

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Autoreferát disertační práce



Filosofické aspekty rozhodování o zdravotní péči v závěru života

Mgr. Jana Heřmanová

2013

Doktorské studijní programy

Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta

Program: Bioetika

Předseda oborové rady: Doc. MUDr. PhDr. Jan Payne, Ph.D.

Školící pracoviště: ÚHSL 1. LF UK v Praze

Školitel: doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.

Disertační práce bude nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněna k nahlížení veřejnosti v tištěné podobě na Oddělení pro vědeckou činnost a zahraniční styky Děkanátu 1. lékařské fakulty.

Obsah

Abstrakt.....	3
Abstract.....	4
1. Úvod	5
2. Teze	6
3. Cíle a metodika práce	7
4. Výsledky	7
4.1 Dříve vyslovená přání a diskuse o léčbě a péči na konci života	7
4.2 Autonomie a svobodná vůle člověka jako předpoklad autonomního jednání.....	8
4.3 Dříve vyslovená přání v kontextu informovaného souhlasu	9
4.4 Interpretace dříve vyslovených přání perspektivou fenomenologické hermeneutiky	10
4.5 Konkrétní řešení dříve vyslovených přání v praxi.....	14
4.6 Interpretace dříve vyslovených přání u lůžka pacienta.....	16
5. Závěr	17
6. Použitá literatura.....	21
Seznam publikační činnosti	24
A. Publikace vztahující se k tématu disertační práce	24
B. Publikace, které se nevztahují přímo k tématu disertační práce	24

Abstrakt

Úvod: Základem vztahu lékaře a pacienta je informovaný konsensus o poskytované léčbě a péči. Ten vychází z principu respektu k autonomii pacienta a práva na sebeurčení člověka. V závěru života se rozhodování o zdravotní péči komplikuje zejména v situaci, kdy pacient není schopen vyjádřit své preference a aktuálně podepsat právně platný dokument informovaného souhlasu.

Teze: Vhodná implementace dříve vyslovených přání při použití hermeneutiky jako metody interpretace textu je aplikací informovaného souhlasu v závěru života u pacienta, který není aktuálně schopen podepsat právně platný dokument.

Cíle a metodika práce: Cílem práce je popsat a analyzovat situaci nemocného v závěru jeho života a ukázat etická dilemata v práci pečujících zdravotníků i příslušníků rodiny. Hledat cestu, jak uspořádat péči o vážně nemocného, nekompetentního pacienta, aby byla v souladu s jeho hodnotovým systémem a s jeho přáními. Na základě literárního rozboru byla z filosofického hlediska zhodnocena podstata dokumentu „dříve vyslovených přání“ a možnosti jeho aplikace v konkrétní nastalé situaci. Dále byla analyzována možnost interpretace dříve vyslovených přání hermeneutickou metodou.

Výsledky: Pacient, který formuluje dříve vyslovené přání, vyjadřuje svobodnou vůli rozhodovat o svém životě i o smrti způsobem, který je konzistentní s jeho životními hodnotami. Ve vztahu lékaře a pacienta je zásadní, aby lékař přistupoval k pacientovi jako k autonomní osobě i v případě, kdy pacient není schopen své preference vyjádřit. Pro adekvátní aplikaci dříve vyslovených přání je vhodné, aby pacient formuloval dříve vyslovená přání v rozmluvě s lékařem. V ideálním případě společně s lékařem docházejí k dohodě, konsensu, který je výsledkem setkání lékaře a pacienta. Text dříve vyslovených přání obsahuje kromě explicitně vyjádřených představ pacienta o péči v závěru života také důvody a hodnoty, které jej vedly k sepsání textu. Ty celému textu dávají smysl a jsou argumentem k tomu, abychom na dříve vyslovené přání brali zřetel. Lékař, který čte dříve vyslovená přání, však často není ten, kterému byl text původně určen. Důvody a hodnoty pacienta není možné poznat pouze na základě letného přečtení textu. K tomu, aby se lékař co nejvíce přiblížil pravdě o přáních pacienta, musí použít hermeneutickou metodu. Ta se nezabývá pouze analyzováním napsaných pojmů, ale i hledáním toho, co je „za textem“. Pokud bude postupovat metodou hermeneutického kruhu, s ohledem nejen na význam pojmů, ale i na kontexty pacientova rozhodování, může se přiblížit tomu, co by mu pacient sdělil, pokud by byl kompetentní a mluvil by s ním tváří v tvář.

Klíčová slova: péče na konci života, autonomie, informovaný souhlas, dříve vyslovená přání, hermeneutika

Abstract

Introduction: The relationship of the doctor and his patient is based on informed consent about proposed treatment and care. Informed consent is derived from the principle of respect to patient's autonomy and the right patient for self-determination. Decision making at the end of life is complicated by the fact that in some situations the patient is not able to state his preferences and sign the legal document of informed consent.

Thesis: Proper implementation of advance directives using hermeneutics as a method of text interpretation represents application of an informed consent at the end of life in a patient who at that time is not able to sign the legal document.

Aim and methods: The aim is to describe and analyze the situation of patients at the end of life and point to some ethical dilemmas in the work of healthcare workers and family carers. Other aim was to search for a way how to manage the care of a seriously ill incompetent patient that would be in accord with his previous wishes and value preferences. Review of the relevant literature was used to analyse the philosophical nature of advance directives and their implementation in future concrete situation. The possibility of interpretation of advance directives by hermeneutic method was also addressed.

Results: A patient who writes advance directives expresses his free will to make decisions about his life and death in the way that is consistent with his values. It is essential that the physician respects the patient's autonomy even in the situation when the patient is currently not able to express his wishes. For adequate application of the advance directives is therefore beneficial for the patient to formulate the advance directives in the dialog with the physician. In ideal situation the patient, together with the doctor, arrives at the consensus which is the result of their human encounter. Besides listing care preferences at the end of life advance directives also express the patient's reasons and values that made him write the text. These give the meaning to advance directives and are in themselves the argument for us to consider the patient's wishes. The doctor who reads advance directives is often not the reader the text was originally meant for. The reasons and values cannot be understood just by simple reading. The doctor has to use the hermeneutic methodology if he wants to achieve the best possible understanding of the patient's wishes. The hermeneutics does not only analyse the meaning of the words but also searches for the person behind the text. If he follows the hermeneutic circle and tries to understand not only the meaning of the terms but also the contexts of the patients decision making the doctor might be able to find out what would the patient say had he been competent to do so.

Key words: end of life care, autonomy, informed consent, advance directives, hermeneutics

1. Úvod

Téma umírání a smrti se dotýká každého člověka. Kromě snahy o prodloužení lidského života prevencí a léčbou život ohrožujících nemocí i úrazů se současná medicína musí zaměřit i na zkvalitnění života a poskytování kvalitní péče umírajícím. Je ovšem nutné mít neustále na paměti, že posouzení kvality života i umírání je velmi individuální záležitost, složitě propojená s hodnotovým systémem pacienta, jeho blízkých, i profesionálních poskytovatelů péče. Pro dobré rozhodování o léčbě a zdravotní péči je tedy důležité, aby si pacient uvědomil, co má pro něj hodnotu, a které hodnoty jsou na pomyslném žebříčku nejvýše. U pacienta, který se nemůže nebo nedokáže vyjádřit, se musí snažit o poznání těchto hodnot jeho okolí. Na vyjádření a poznání systému hodnot pacienta, jež vychází z principu respektu k druhé osobě, je ostatně postavena i základní idea institutu dříve vyslovených přání. Pokud lékař hovoří s pacientem o tom, jak vnímá pojmy zdraví a kvalitní život, může pacientovi pomoci při formulování jeho představ o péči nejen v průběhu života, ale i na jeho konci. Tyto představy je možné zaznamenat písemně a použít jako vodítko pro péči v případě, kdy již pacient není schopen s lékařem takovýto dialog vést v aktuálním čase.

Již v roce 2001 podepsala Česká republika Úmluvu o lidských právech a biomedicíně, která ve velmi obecné rovině řeší otázku dříve vyslovených přání pacienta. V českém právním řádu však neexistoval předpis, který by umožnil zavedení dříve vyslovených přání do praxe. Relevantní doporučené postupy odborných společností České lékařské společnosti J. E. Purkyně z roku 2009 a České lékařské komory z roku 2010¹ nemohly být dle výkladu právníků považovány za obecně platné předpisy, podle kterých by bylo možné označit konkrétní praktiky jako *lege artis* či *non lege artis*.² Lékaři, kteří by chtěli vyhovět dříve vysloveným přáním pacienta, se tak mohli ocitnout v právní nejistotě. Tento etický a právní problém se však nyní dostává do zcela nového kontextu. 1. dubna 2012 vešel totiž v platnost dlouho připravovaný zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který poprvé upravuje podmínky pro respektování dříve projeveného přání pacienta ohledně léčby pro čas budoucí.

¹ Srovnej: Doporučení představenstva ČLK č.1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. LK, Praha (3/2010) [online].

²KOLEKTIV AUTORŮ: *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, 2010., str. 61 - 62

I přes zákonnou úpravu se však dá očekávat, že všeobecně rozšířené využívání institutu dříve vyslovených přání bude narážet na neznalost problematiky ze strany pacientů, i opatrný až odmítavý postoj některých lékařů a právníků, kteří narazí na potíže vyplývající nejen z nesnadné interpretace textu dříve vyslovených přání, ale i terminologických nejasností provázejících diskusi, počínaje termínem označujícím tyto dokumenty.

2. Teze

Vhodná implementace dříve vyslovených přání při použití hermeneutiky jako metody interpretace textu je aplikací informovaného souhlasu v závěru života u pacienta, který není aktuálně schopen podepsat právně platný dokument.

Nejdůležitějším mravním a právním nástrojem pacienta k prosazení jeho práva na sebeurčení je informovaný souhlas. Ten není v závěru života vždy aplikovatelný, protože pacient často není dostatečně kompetentní, aby mohl činit závažná rozhodnutí o dalším postupu léčebných a diagnostických intervencí. Respekt k dříve vysloveným přáním je dobrým řešením této situace a může umožnit, aby i v závěru života probíhala zdravotní péče v souladu s přáními a hodnotovým systémem pacienta. Informovaný souhlas (věcně lépe informovaný konsensus) není jednostranným aktem buď lékaře, nebo pacienta, ale je obvykle výsledkem domluvy obou. To v případě nekompetence pacienta v terminálním stadiu není možné.

Protože text dříve vyslovených přání není možné aplikovat přímo, ale je nutné jej interpretovat v situaci, která nastala určitý čas po sepsání příslušného dokumentu, je jeho interpretace hermeneutickým aktem. I v případě, kdy pacient nemůže svá přání konkretizovat v aktuálním čase, měl by se lékař pokusit o vedení vnitřního dialogu s pacientem o smyslu dokumentu z hlediska jeho materiálního a formálního obsahu v návaznosti na hodnotový systém pacienta i lékaře.

V práci obhajuji myšlenku, že v duchu aristotelské frónésis a Gadamerova pojetí hermeneutiky se jako optimální verze implementace dříve vyslovených přání pacienta do terminální péče jeví „konference“ členů zdravotnického týmu a zástupců rodiny pacienta. V diskusi zvažují účastníci „konference“ dostupné možnosti aplikace dříve vyslovených přání pacienta v dané konkrétní situaci a společně interpretují pacientem zanechaný text. Lékař jako expert na biologické stránky medicíny a jako hlavní aktér (on aplikuje příslušnou léčbu a je za

ni odpovědný) by měl mít v rozhodování poslední slovo, vždy však s ohledem na nejlepší zájem pacienta, který může být definován jen ve spolupráci s ostatními účastníky debaty.

3. Cíle a metodika práce

Cílem práce je popsat a analyzovat situaci nemocného v závěru jeho života a ukázat etická dilemata v práci pečujících zdravotníků i příslušníků rodiny. Ústředním problémem práce je hledání cesty, jak uspořádat péči o vážně nemocného, nekompetentního pacienta, aby byla v souladu s jeho hodnotovým systémem a s jeho přáními. Na základě literárního rozboru byla z filosofického hlediska zhodnocena podstata dokumentu „dříve vyslovených přání“ a možnosti jeho aplikace v konkrétní nastalé situaci. Dále byla analyzována možnost interpretace dříve vyslovených přání hermeneutickou metodou.

4. Výsledky

4.1 Dříve vyslovená přání a diskuse o léčbě a péči na konci života

Dříve vyslovená přání se aplikují v závěru života a přístup zdravotníků i právníků k nim je ovlivněn diskusí o lékařsky asistované smrti. Eutanázie a asistovaná sebevražda jsou často v literatuře kladeny do přímého protikladu k paliativní péči jako ideálnímu přístupu k pacientům v terminálním stavu. To, co může výrazně ovlivnit postoj odborníků i laiků k přípravě, obsahu a možné implementaci dříve vyslovených přání, je používání termínů pasivní eutanázie, marná a neúčelná léčba, zabití nebo ponechání zemřít, v souvislosti s nezahájením či ukončením lékařských postupů, které by mohly udržet či prodloužit život pacienta. Nejednoznačnost v používání uvedených pojmů a emoce, které při poskytování péče na konci života vyvolávají jak u zdravotníků, tak u pacientů a jejich blízkých, může vést k tomu, že na jedné straně budou pacienti podstupovat marnou, neúčelnou a zatěžující léčbu, která povede k velmi pochybným výsledkům, a na straně druhé hrozí i léčba nedostatečná, protože jak příbuzní tak někteří zdravotníci se mohou obávat toho, že jakmile léčbu zahájí a ona se ukáže být neúčinnou, nebudou ji moci ukončit. Může se tedy stát, že nezahájí léčbu i v případě, kdy by byla ku prospěchu pacienta.³

³ BEAUCHAMP, T.L.CHILDRESS, J.F.: *Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition.* Oxford: Oxford University Press, 2009., str. 158

Při analýze uvedených pojmů jsem došla k těmto závěrům: 1. v diskusi o dříve vyslovených přáních je vždy nutné terminologicky i morálně odlišit eutanazii od ponechání zemřít; 2. cílem dříve vyslovených přání není ukončení života pacienta, ale umožnit mu zemřít podle jeho vlastních představ. 3. Proto vyhovění dříve vysloveným přáním není formou pasivní eutanazie a nemělo by se tak označovat. Užívání pojmu eutanazie může poškodit statut dříve vyslovených přání a být překážkou pro ochotu lékařů tuto do budoucna vyjádřenou vůli pacientů nejen vykonávat, ale i pacienty o možnosti podílet se na rozhodování o zdravotní péči do budoucna informovat.

4.2 Autonomie a svobodná vůle člověka jako předpoklad autonomního jednání

Instituce dříve vyslovených přání se vyvinula v souvislosti s prosazováním zásady poskytovat léčbu a péči na základě informovaného souhlasu pacienta, který je praktickým vyjádřením respektu k autonomii pacienta, zejména v souvislosti s rozhodováním o zdravotní péči. Princip respektu k autonomii člověka je jedním ze základních principů lékařské etiky, na kterých jsou podle anglosaské literatury založena rozhodování o otázkách konce života.

Autonomie člověka a respekt k autonomii jsou fundamentální pojmy bioetiky. V průběhu staletí od doby renesance podnes autonomie člověka byla a je spojována s otázkou důstojnosti, osobní identity a nezávislosti, morální integrity a odpovědnosti vůči sobě i druhým. Stručně lze říci, že autonomie či sebeurčení znamená, že dělám to, co chci dělat, protože jsem se pro to rozhodla. Svoboda je o možnosti zvolit si z alternativ. Splnění přání je o tom, zda a kolik dostanu z toho, co chci.

V kontextu lékařské péče se autonomie začala výrazně uplatňovat na konci sedmdesátých let minulého století. Koncept změnil tradiční pohled na roli lékaře a pacienta, a přinesl jak pozitivní změny v přístupu k rozhodování o léčbě a k právům pacientů na informace, tak negativní dopady na některé aspekty vztahu pacienta a lékaře, které z výše uvedeného mohou vyplývat. Zásadní kritiku individuální autonomie pacienta přednesla anglická filosofka Onora O'Neillová, která volá po kantovském pojetí autonomie v souladu s principem odpovědnosti. Přijmeme-li její pojetí autonomie ve zdravotnictví, budeme vztahovat autonomii nejen na pacienta, ale i na lékaře a další zdravotnické pracovníky. Pacient by se měl rozhodovat takovým způsobem, aby se ostatní lidé podle principů jeho jednání chovali k ostatním lidem stejně. Pacient, který vstupuje do vztahu s lékařem, bude nejen očekávat právo na informace a lékařskou péči, ale také si uvědomovat, že má i určité povinnosti jak k lékaři, který mu chce

pomoci, tak ke svému vlastnímu zdraví. Obě strany ovšem také mají mít možnost rozhodovat se svobodně na základě vlastního zodpovědného uvážení. I když má pacient právo rozhodovat se svobodně, autonomie lékaře musí být vyjádřena i v tom, že není povinen každé rozhodnutí nebo přání pacienta respektovat, pokud je považuje za ohrožení pacientova nejlepšího zájmu i své morální integrity. Vzhledem k tomu, že lékař z titulu svého vzdělání a profesionálních zkušeností bude mít vždy informační převahu nad pacientem, lze mluvit o autonomii pacienta i tehdy, pokud pacient rozhodnutí o dalším léčebném postupu vědomě a svobodně přenechá lékaři. Ten bude rozhodovat tak, aby navrhované postupy byly v souladu s principem zachování důstojnosti a pokud možno se co nejvíce přiblížily představám pacienta o důstojném životě.

4.3 Dříve vyslovená přání v kontextu informovaného souhlasu

Proces informovaného souhlasu má především etický rozměr setkání lékaře a pacienta při rozhodování o postupu léčby. V praktické rovině podporuje lékař autonomii pacienta tím, že poskytuje informace, přesvědčuje se, že pacient informacím rozumí, ale přesvědčuje se také zároveň, zda on rozumí informacím, které mu sděluje pacient, i těm, které nevyjádří expresivně. Aby mohl posoudit, zda pacient rozvažuje očekávané cíle léčby v kontextu životního plánu, musí lékař ten plán znát, musí se tedy pacienta na něj ptát. Může při tom zjistit, že se jeho hodnoty nepotkávají s hodnotami pacienta. Teprve v konfrontaci s hodnotami a životním projektem pacienta může lékař pomoci pacientovi zvážit možná rizika a přínos léčby, posoudit důsledky rozhodnutí a rozumně se rozhodnout. Ve smysluplné komunikaci lékaře s pacientem informovaný souhlas umožňuje sebevyjádření pacienta a naplnění jednoho z fundamentálních principů bioetiky. Důraz na zapojení pacienta do procesu rozhodování o lékařské a ošetrovatelské péči a respekt k jeho potřebě mít kontrolu nad tím, co se s ním děje i v době nemoci, posouvá paradigma klinického rozhodování od modelu zaměřeného na rozhodování lékaře k modelům péče zaměřeným na pacienta.⁴

Dříve vyslovené přání je specifická forma informovaného souhlasu, která umožní činit rozhodování pro budoucí situace. Platnost takto daného informovaného souhlasu je ale komplikována skutečností, že nemocný rozhoduje o situaci, která ještě nenastala. Základní dilema spočívá v tom, že pacient, ve chvíli, kdy je plně kompetentní, rozhoduje o léčbě v hypotetické budoucí situaci. Při svém rozhodování nemůže znát všechny významné okolnosti

⁴ HALL, D.E., et al.: Informed consent for clinical treatment, *Can Med Assoc J*, 184(5) (2012), 533-540.

té situace, a protože s ní dosud neměl osobní zkušenost, nedokáže si ji představit a adekvátně zhodnotit na racionální i emoční úrovni. Tím v jeho volbě chybí podstatná složka kompetence, jíž je co možná plné porozumění situaci, které se dříve vysloveného přání týká.

Pokud chceme vyřešit dilema dříve vyslovených přání, nezbyvá než odhlédnout od schopnosti pacienta plně porozumět a pracovat s důvody, proč pacient dříve vyslovené přání formuloval tak, jak je formuloval. Těmi důvody jsou hodnoty pacienta. Některé své hodnoty vyjádří explicitně přímo ve svém přání, jiné můžeme identifikovat při jeho interpretaci.

Nejlepším řešením dilematu dříve vyslovených přání je proto práce s textem dříve vysloveného přání hermeneutickou metodou. Předpokládáme přitom, že tato práce nezačíná až v krizové situaci, kdy se lékař rozhoduje o tom, zda je bude respektovat, ale již při formulaci textu. Ta nemůže být izolovanou akcí pacienta ani formálním procesem klinické konzultace. Lékař a pacient se musí potkat v rozhovoru. Lékař pacientovi vysvětlí podstatu jeho onemocnění či budoucího stavu, který pacient předvídá, že by mohl nastat, a možnosti řešení. Pacient pak lékaři ukáže, kde se dobré medicínské rady dostávají do sporu s jeho osobními hodnotami, co je a co není schopen přijmout. Vzájemně se pak dohodnou na řešení, které umožní zachovat mravní integritu obou. Pacient si zachová smysl svého života a lékař své čisté svědomí. Později, kdy je již lékař v situaci, kdy se rozhoduje, zda bude přihlížet k dříve vyslovenému přání pacienta, setkává se znovu s pacientem, tentokrát však již ne v promluvě tváří v tvář, ale prostřednictvím textu. Mají-li být dříve vyslovená přání nástrojem podpory autonomie pacientů, musí být informovaný souhlas proces, který probíhá v hermeneutickém vztahu lékaře a pacienta. V kontextu splývání horizontů dojde k dosažení informovaného konsensu. Diskursivní dílo, které lékař s pacientem vytvoří, fixují do písemné formy informovaného souhlasu, který je potom právním dokumentem.

4.4 Interpretace dříve vyslovených přání perspektivou fenomenologické hermeneutiky

Hermeneutika jako nauka zabývající se uměním výkladu. Pro umění interpretace ve vztahu lékaře a pacienta je důležitý odkaz představitelů německé romantické hermeneutiky 19. století stejně tak jako fenomenologické hermeneutiky 20. století představované zejména Hansem Georgem Gadamerem.

Podle Friedricha Schleiermachera, který se zabýval nejen gramatickou, ale i psychologickou stránkou výkladu, nikdy nemůžeme vyloučit neporozumění, musíme se neustále snažit o

pokračující a co nejhlubší proniknutí do věci. Výklad textu tak probíhá v kruhu od jednotlivých článků k celku a od celku k jednotlivým částem. Smysl něčeho jednotlivého vyplývá vždy jen ze souvislosti, a tedy nakonec z celku. Tato zásada hermeneutického kruhu byla aplikována ve filosofii a teologii již před Schleiermacherem. Jeho přínos spočívá v tom, že tvrzení, které dříve platilo pro gramatické porozumění, používá na psychologické porozumění, které musí každému myšlenkovému výtvaru rozumět jako momentu života v celkové souvislosti tohoto člověka.⁵

Inspirativní je rovněž dialektický aspekt Schleiermacherovy hermeneutiky, nebo, jak jej označuje Grondin, dialogický horizont.⁶ Dialektiku Schleiermacher chápe jako umění vzájemného dorozumívání. Protože navzájem komunikujeme i prostřednictvím psaných textů, musíme chtít a umět vést rozhovor i s textem. Tak jako při přímém osobním rozhovoru tváří v tvář klademe otázky a odpovídáme na otázky jiných, musíme i zde, kde autora nemáme před sebou, klást otázky textu (a jeho prostřednictvím autorovi) a nechat si klást otázky od textu. Schleiermacherovo pojetí hermeneutického kruhu je zasazeno do rámce tohoto dialogu. Nezkoumáme pouze, jak zapadají jednotlivé znaky do celku slov, jednotlivá slova do celku vět a jednotlivé věty do celku textu, ale také jak zapadají jednotlivé události, problémy, překážky, ale i radosti a úspěchy do celku života autora - pacienta.

Hans Georg Gadamer při formulování hermeneutiky navázal na Heideggera, podle kterého je pro bytí existenciální a nevyhnutné interpretovat, jedná se o apriorní zkušenost. Být člověkem znamená rozumět, interpretovat sama sebe a svět okolo nás. Gadamer za prostředek rozumění a zároveň hlavní způsob bytí spolu považoval řeč. Základními prvky Gadamerovy teorie jsou hermeneutický kruh, problém předsudků, časový odstup textu a princip působících dějin. Tyto prvky a jejich uchopení významně ovlivňují, jak se nám daří interpretovat svět okolo nás.

Máme-li na mysli psaný text (nebo, chceme-li, psanou řeč), nabízí se nám příklad dříve vyslovených přání, jež je jeden z mála textů, ve kterém pacient lékaři něco sděluje písemně. Lékař k textu nepřistupuje z neutrální pozice, jeho přístup je poznamenán před-rozuměním, kterému ze samotné podstaty bytí nelze uniknout. Velkou výzvou pro lékaře v situaci interpretace dříve vyslovených přání jsou zejména ty části textu, které se nevyslovují ke konkrétním lékařským výkonům, ale k hodnotovým preferencím pacienta. Zde se mohou

⁵ GADAMER, H.G.: *Pravda a metoda I: Návys filosofické hermeneutiky*. Praha: Triáda, 2010., str. 175

⁶ GRONDIN, J.: *Úvod do hermeneutiky*. Praha: Oikúmené, 1997., str. 100

světy obou aktérů výrazně rozcházet a lékař musí hledat způsob, jak se pacientovu významu přiblížit. Důvodem, proč dochází k nepochopení, jsou naše vlastní předsudky, které se mohou dotýkat kontroverzní problematiky vysazení nebo nezahájení určitých lékařských postupů, léčby bolesti, umělého podávání výživy a tekutin, vnímání kvality života i postojů k otázce autonomie pacienta. Pokud bychom se však snažili předsudku zcela zbavit, museli bychom se také zbavit znalosti odborného jazyka, medicínských vědomostí, získaných praktických zkušeností, což by vlastně negovalo možnost interpretace. Předsudků se nelze zbavit, ale je nutné si je uvědomit a umět od nich při interpretaci odstoupit, posoudit jejich vliv v konkrétním případě a vzít na milost při neustálém souběžném usilování o přiblížení se k horizontu pacienta či jím vytvořeného textu.

V případě dříve vyslovených přání může být porozumění bohatší v souvislosti s vědomostmi a zkušenostmi lékaře, který text interpretuje v okamžiku, kdy pacient již není schopen se k obsahu textu vyjádřit. Texty dříve vyslovených přání se vztahují k budoucí situaci, kterou pacient může předpokládat na základě zkušenosti s již probíhající a určitým směrem se vyvíjející nemocí, nebo jde o hypotetickou situaci, které se pacient obává, a chce i v případě, kdy taková situace nastane, mít kontrolu nad tím, co se s ním bude dít. I když může být pacient v případě první alternativy poučen lékařem a mít poměrně dobrou představu o tom, jak se bude nemoc dále vyvíjet, nemůže nikdy přesně odhadnout, jaká situace se nakonec vyvine. V případě hypotetické situace to platí ještě důrazněji. Lékař se tedy při interpretaci dříve vyslovených přání v situaci, která již nastala, ocitá ve zcela jiné pozici. Jeho porozumění je bohatší o současné vědomosti a zkušenosti, které promítá do posouzení aktuálního stavu pacienta.

Gadamerův model setkávání horizontů je stěžejní pro aplikaci hermeneutiky v medicíně. Gadamerova hermeneutika se vyvíjela z ontologie bytí ve světě. Role řeči je zde vyjádřena spíše jako dialogická bytnost, pojmy řeč a rozhovor jsou zaměnitelné. Vlastní bytí řeči spočívá v tom, co je v ní řečené, skrývá se v ní společný svět, ve kterém žijeme. Další bytostný rys řeči zdůrazňuje, že řeč je mezi jedním a druhým, není já, ale my. Pokud budu mluvit jazykem, kterému nikdo nerozumí, nemluví, protože mi nemá kdo naslouchat. Tento bytostný rys Gadamer označuje jako nepřipoutanost k já. Mluvit znamená mluvit k někomu.⁷ Toto je pro vztah lékaře a pacienta zásadní. Třetím rysem je universálnost řeči. Řeč není uzavřená oblast toho, co se dá vyslovit, ale zahrnuje všechno, i neřečené. Vyslovené odkazuje

⁷ GADAMER, H.G.: *Člověk a řeč: (Výbor textů)*. Praha: Oikúmené, 1999., str. 27

dopředu i dozadu na nevyslovené.⁸ Pokud chceme výpovědi rozumět, musíme se ptát i na ono nevyslovené, zjistit, čím jsou výpovědi druhého, odpovědi na naše otázky, motivované.

Fronésis v centru lékařské hermeneutiky

V situaci terminálního onemocnění a interpretace dříve vyslovených přání lékaři nestačí informace, které je možné získat s použitím klasických diagnostických postupů a lékařské technologie. Mnohé z okolností pacientova stavu mohou být vyjádřeny a popsány pouze vyprávěním, a bez obohacující interpretace lékařem tvoří vlastně nehotový příběh. Interpretace vyžaduje nejen hermeneutické dovednosti, ale i hermeneutické ctnosti. Gadamerově hermeneutice je vlastní dialog mezi dvěma lidmi, kteří se snaží o vzájemné porozumění v řeči, dílem je tedy dialog a ne text. Cílem dialogu je dohodnout se na tom, jaké má pacient potíže a jak je bude lékař léčit. Lékař tedy potřebuje správně interpretovat, co mu pacient říká, aby mohl poskytnout správnou léčbu. V otázce přesnosti interpretace Svenaeus vychází z toho, jak Gadamer pracuje s frónésis jako s hermeneutickou ctností. Tak, jako se v mravním vědomí nemůže jednat o přesnost nejvyššího stupně, jako v případě matematiky, tak není cílem hermeneutiky správné rozumění, ale dobré rozumění. Dobré čtení, spíše než správné čtení.⁹ K otázce dialogu a textu můžeme dodat, že pokud budeme vnímat text dříve vyslovených přání jako diskursivní dílo fixované v písmu, týkají se uvedené cíle dialogu i těchto dokumentů. Lékaři jsou vzděláváni zejména v postupech, jež přinášejí objektivní poznatky, a je pro ně důležité, aby mohli nejen objektivizovat výsledky svých vyšetření, ale také aby výsledky jejich konání mohli být objektivně hodnocené. Otázkou tedy je, nakolik se smíří s tím, že jejich porozumění textu dříve vyslovených přání nebude nikdy vzhledem k mnohobarevným horizontům všech zúčastněných zcela správné, i když bude dobré. Cílem lékaře hermeneuta v pojetí frónésis je usilovat v dialogu s pacientem o dobrý život. Cílem klinického setkání je vzájemné porozumění zaměřené na zdraví pacienta, lékaři se stávají hermeneuty zdraví a nemoci. Vztah, který vzniká, je vztahem asymetrickým nejen s ohledem na informace, které oba mají, ale i v souvislosti s tím, že pacient je ten, který je v tísní, a je závislý na pomoci lékaře. Tato asymetrie vyžaduje od lékaře empatii, schopnost vžít se do pacientovy situace. Porozumění musí být sdílené i nezávislé zároveň. Chceme rozumět,

⁸ Ibid., str. 28

⁹ SVENAEUS, F.: Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer: The issue of phronesis, *ibid.*24(5) (2003), 407-431.

abychom mohli uzdravovat, protože uzdravení je dobrá věc (hodnota).¹⁰ Chceme také porozumět, abychom dokázali pomoc pacientovi v závěru života, kdy uzdravení již není reálným. Místo uzdravení ale můžeme usilovat o zajištění pohody, komfortu, absenci strádání. Cílem bude optimální stav well-being. Snad můžeme i říci, že cílem interpretace dříve vyslovených přání bude jak dosažení dobrého života – well-being, tak i dobré smrti. Dříve vyslovená přání totiž neobsahují vždy jen negativní vymezení postupů, které si pacient nepřeje, ale i péči a léčbu, kterou naopak požaduje.

4.5 Konkrétní řešení dříve vyslovených přání v praxi

Dříve vyslovená přání se pod názvem living wills (v současné době i Five wishes) v USA používají od roku 1969, v Evropě (UK) byly tyto dokumenty poprvé představeny o deset let později. Za dobu svého trvání se jim dostalo přijetí i velké kritiky nejen ze strany zdravotníků, ale i laické veřejnosti. Obsah těchto dokumentů se postupně měnil od velmi vágních formulací a obecných pokynů, které se omezily na neurčený stav, kdy pacient nebude schopen vyjádřit svá přání, a žádost, že nechce, aby v takovém případě byl jeho život prodlužován, po konkrétní označení stavů a výkonů, kterých by se přání měla týkat.

Průlomem do rozhodování o péči v závěru života v České republice je Zákon č.172/2012 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Tento zákon v souvislosti s informovaným souhlasem používá termín dříve vyslovené přání a v odstavcích příslušného paragrafu vymezuje podmínky, za kterých bude na dříve vyslovené brán zřetel. V zákonu se mimo jiné uvádí, že poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, pokud v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje. Aby tedy mohla být vůle pacienta vykonána, bude se muset pacient v dokumentu co nejkonkrétněji vyjádřit jak ke stavu, ve kterém by chtěl nebo nechtěl být léčen, tak ke službám (lékařským postupům), se kterými chce vyslovit nesouhlas. To bude ovšem vyžadovat, aby lékaři a pacienti byli ochotni spolu vést otevřený rozhovor na téma nevyléčitelných stavů, nepříjemných symptomů, bolesti, umírání a smrti, tedy témat, kterým se v současné době jak mnozí zdravotníci, tak laici vyhýbají. Dříve vyslovená přání by tak na druhou stranu mohla být významným nástrojem k zahájení dialogu o tom, co je marná a neúčelná léčba, co znamená nezahájení či vysazení marné léčby, jaké životní hodnoty jsou pro pacienta důležité a jak podpořit autonomní rozhodování pacientů i členů ošetřujícího týmu.

¹⁰ Ibid

Dříve vyslovená přání mají své nesporné výhody v tom, že 1. podporují autonomii pacienta a umožňují využití konceptu informovaného souhlasu i pro situace budoucí; 2. Podporují mezi lékaři a pacienty komunikaci, která není zaměřená pouze na biologické aspekty nemoci, ale i na psychosociální a spirituální kontext; pokud pomáhají rodičům připravit dokument jejich dospělé děti, podporuje se sdílení názorů, hodnot a přání mezi členy rodiny, tato skutečnost může vnést do dynamiky vztahů v rodině zcela novou a pozitivní dimenzi; 3. Pokud jsou dříve vyslovená přání připravena s časovým předstihem, nejsou pacienti v době, kdy se rozhodují, pod tlakem fyzického a psychického strádání. Rozhodnutí je tak více autonomní. 4. Zdravotnickým pracovníkům poskytují informace o hodnotách a přáních pacienta a pomáhají nacházet nejlepší řešení v konkrétní situaci. I když někdy mohou být dříve vyslovená přání chápána spíše jako právní ochrana zdravotníků, než jako ochrana práv pacienta, pořád zůstává fakt, že lékař má alespoň základní představu o tom, s jakou péčí by pacient souhlasil.

Je však třeba se zamýšlet i nad problémy, které s dříve vyslovenými přáními mohou souviset. Kromě praktických problémů souvisejících s uchováváním dokumentu, předávání informací a přístupem zdravotníků k dokumentu v kritické situaci, se etici i filosofové zabývají především otázkou autonomie pacienta. Widdershoven a Berghmans přistupují ke kritice anglosaského pojetí autonomie z pozice evropského myšlení, kterému je bližší hermeneutické pojetí dříve vyslovených přání. Důraz na respekt k autonomii pacienta potlačuje komunikaci a pečlivé rozvažování všech možností. Pokyny pacienta, které adresuje lékaři, snad mohou napovídat, jaké výkony si pacient přeje či nepřeje, ale není možné aplikovat dříve vyslovené přání bez jejich interpretace. Pro rozhodování je důležitá interpretace, vzájemná komunikace a společné hledání smyslu. Autoři pokračují zcela v duchu gadamerovské hermeneutiky a docházejí k závěru, že v perspektivě kombinace interpretace a intersubjektivní není rozhodování záležitostí logické dedukce, ale společného hledání a utváření smyslu dříve vyslovených přání. Aby mohl být zvolen určitý způsob léčby, musí lékař a pacient najít společnou odpověď na otázku, která vyplývá ze situace, v níž se pacient nachází. Rozhodování neznamená abstraktní žonglování s jednotlivými možnostmi, ale posuzování nabízených možností v interaktivním procesu rozvažování a pátrání po smyslu.¹¹

¹¹ WIDDERSHOVEN, G.A.M.BERGHMANS, R.L.P.: Advance directives in dementia care: from instructions to instruments, *Patient Education and Counseling*, 44(2) (2001), 179-186.

4.6 Interpretace dříve vyslovených přání u lůžka pacienta

Interpretaci dříve vysloveného přání u lůžka pacienta předchází samotná formulace textu dokumentu. Význačný úkol zde vyvstává nejen pro lékaře, ale i pro samotného pacienta. Ten by měl volit takové výrazy, které bude moci lékař co nejjednoznačněji interpretovat. Protože pacient často nemá lékařské vzdělání a může se tedy stát, že při pozdějším dialogu lékaře s pacientem skrze text bude složité hledat společnou řeč, „věc textu“, bylo by ideální, kdyby byl text napsán společným úsilím pacienta a lékaře. Tomu se potom bude lépe posuzovat, zda text psaný v minulosti odpovídá momentálnímu stavu pacienta, v aktuálním čase a prostoru, který již není pro pacienta a lékaře společný, a lépe zasadí text do současného kontextu.

Je nanejvýš vhodné, aby lékaři nevnímali text dříve vyslovených přání pouze jako písemný seznam zdravotních služeb, které si pacient přeje nebo nepřeje, ale jako text, který je nutné číst pečlivě, uvědomovat si horizonty pacientova rozhodnutí i horizonty lékařova rozhodování.

Interpretace dříve vyslovených přání v intencích fenomenologické hermeneutiky probíhá v hermeneutickém kruhu. Pro účel postupu v hermeneutickém kruhu můžeme smysl textu označit jako celek, ze kterého budeme odvozovat jednotlivé části, a ke kterému se na základě analýzy jednotlivých částí budeme opět vracet. Lékař se tedy zamýšlí nad smyslem dříve vysloveného přání a přemýšlí, zda chtěl pacient tím, že podstoupil proces přípravy dříve vysloveného přání, vyjádřit, že je pro něj důležité, aby umíral důstojně, aby jeho život nebyl prodlužován. Pokud by stav pacienta neodpovídal jeho představě o dobrém životě, aby měl kontrolu nad tím, co se s ním bude dít v případě, že on sám již nebude moci rozhodovat. Hlavní smysl textu, celek, tedy můžeme vyjádřit stručně jako důstojné umírání, neprodlužování utrpení a autonomie pacienta. Text může přitom obsahovat všechny jmenované položky nebo jen některé.

V průběhu celého procesu hermeneutické interpretace se lékař pohybuje v kruhu mezi horizontem pacienta a horizontem svým. Pojmy, které analyzuje s ohledem na hodnotový postoj pacienta k jednotlivým částem textu, porovnává nejen s celkovým významem textu, ale i v perspektivě vlastních hodnot. Snaží se z textu vyčíst obavy, pocity, postoje, morální přesvědčení pacienta i principy, které pacient implicitně podporuje. Lékař se snaží vztahovat jednotlivé části k celku a celek k jednotlivým částem, obojí zarámované do vztahu pacienta k nemoci a utrpení, k životu, umírání a smrti. Zároveň se dívá na význam celku i jednotlivých

částí pacientova sdělení skrze prisma vlastních vědomostí, zkušeností, obav a úzkostí, morálních postojů a přesvědčení, jež tvoří horizont lékaře. Oba dva aktéři dialogu, pacient prostřednictvím textu, i lékař, který jej interpretuje, chtějí předejít utrpení pacienta, oba chtějí zajistit pacientovi důstojné umírání, a oba chtějí zaručit pacientovi autonomii, ale oba vycházejí z jiných kontextů, jejich horizonty se liší. Úkolem interpretace je přiblížit tyto horizonty tak, aby došlo ke společnému porozumění. Je velmi pravděpodobné, že lékař bude potřebovat pomoc dalších osob. Kromě pacienta to budou jeho blízcí a také další členové zdravotnického týmu, zejména sestry. I jejich horizonty se budou potkávat v procesu interpretace textu dříve vyslovených přání.

Do rozhodování o zdravotní péči na konci života se tak promítají různé pohledy jednotlivých aktérů na biologickou stránku nemoci, psychické aspekty situace, sociální stránku a stránku spirituální. Klíčová slova jsou bolest, utrpení, kvalita života, empatie, soucit, hodnoty, mezilidské vztahy, spiritualita, komunikace.

Protože je však v konečném důsledku za léčbu pacienta odpovědný lékař, a protože lékař vzhledem ke svým vědomostem a zkušenostem dokáže nejlépe posoudit patofyziologický stav pacienta a jeho možný vývoj, bude to lékař, který po zvážení všech okolností rozhodne o dalším postupu. Aby i z morálního hlediska mohlo být jeho rozhodnutí považováno za legitimní, musí mít podle Habermasovy teorie diskursivní etiky všichni ostatní účastníci diskursu možnost promluvit bez toho, aby byl někdo mocensky umlčen.

5. Závěr

Pro mou základní tezi svědčí následující argumenty:

1. Argument práva na sebeurčení

Informovaný souhlas a dříve vyslovená přání vycházejí z fundamentálního práva člověka na sebeurčení. Právo na sebeurčení nelze pojímat bez autonomie pacienta. V průběhu staletí od renesance po dnešní dobu byla a je autonomie spojována s otázkami důstojnosti, osobní identity a nezávislosti, morální integrity a odpovědnosti vůči sobě i druhým. Pokud přiznáme pacientům právo na sebeurčení, musíme jim přiznat také právo na rozhodování o tom, jak o ně bude pečováno v době, kdy nebudou kompetentní k tomu, aby své právo na sebeurčení prosazovali. Pacient, který formuluje dříve vyslovené přání, vyjadřuje svobodnou vůli rozhodovat o svém životě i o smrti způsobem, který je konzistentní s jeho životními

hodnotami. Pro západní společnost je svobodná vůle vysoká hodnota a ve vztahu lékaře a pacienta je zásadní, aby lékař přistupoval k pacientovi jako k autonomní osobě i v případě, kdy je pacient v bezvědomí, či se z důvodu závažné poruchy kognitivních funkcí nemůže vztahovat ke svému okolí, nemůže dát najevo své hodnoty a nemůže ani svobodně rozhodovat o každodenních věcech života.

Situace dříve vysloveného přání je specifická v tom, že v situaci ztráty kompetence nemocného je text dokumentu dříve vysloveného přání a konfrontace názoru lékaře s názory dalších osob, které pacienta znají, jedinou zpětnou vazbou, která zajišťuje, aby lékař rozhodoval v zájmu pacienta. Pokud by lékař nebral ohled na přání pacienta, popřel by autonomii pacienta a tím i podstatu dříve vysloveného přání. Institut dříve vyslovených přání se tak ukazuje být nejvhodnějším nástrojem pro uplatnění práva na seburčení nemocného v situaci ztráty jeho kompetence.

2. *Argument informovaného konsensu*

Dokumenty dříve vyslovených přání vyjadřují kromě postojů ke konkrétním lékařským postupům zejména hodnoty pacienta, které dávají smysl jeho životu. Právě tuto stránku textu je obtížné interpretovat. Proto je pro adekvátní aplikaci dříve vyslovených přání vhodné, aby pacient formuloval dříve vyslovená přání v rozmluvě s lékařem. Kompetentní pacient v diskursu s lékařem sdílí své hodnoty a vyjadřuje přání ohledně péče do budoucna. V ideálním případě společně s lékařem docházejí k dohodě, konsensu, který je výsledkem setkání lékaře a pacienta. Ten se posuzuje podle různých měřítek kompetence pacienta. Informovaný souhlas k aplikaci zdravotních výkonů v budoucí době však není možné posuzovat pouze na základě aktuální kompetence založené na racionálním úsudku, protože pacient nemůže plně porozumět situaci, ve které budou jeho přání aplikována. Negovat z těchto důvodů institut dříve vyslovených přání a informovaného konsensu nelze, protože jak informovaný souhlas tak dříve vyslovené přání zajišťují nedotknutelnost tělesné a morální integrity pacienta a jeho právo na seburčení. Informovaný souhlas je tedy platný, pokud lékař s pacientem došli ke společnému konsensu ohledně hodnot a lékařských postupů v předem určené situaci. Pokud by lékař později takové dříve vyslovené přání nerespektoval, popřel by samotnou podstatu informovaného konsensu, jež je výsledkem vzájemné rozmluvy lékaře s pacientem.

3. *Argument hermeneutické interpretace*

Lékařská praxe je interpretativní setkání lékaře a pacienta, jehož cílem je navrátit zdraví. U pacientů v terminálním stadiu nemoci je úkolem medicíny eliminovat utrpení a pomoci pacientovi zemřít způsobem, který považuje, nebo v minulosti považoval, za důstojný. Péči do budoucna je možné plánovat. I když je rozhovor, který spolu vedou lékař a pacient, ovlivněn předsudky obou, vzájemnému dorozumění napomůže trpělivost, citlivost, empatie a důvěra v rozum, jenž je částí nás všech. Podle Gadamera rozumět jeden druhému znamená rozumět si v něčem.¹² V případě plánování péče na konci života je velmi důležité dokázat se domluvit o hodnotách, které jsou pro nás podstatné v této mezní životní situaci. Teprve, když o umírání mluvíme, vychází najevo, jak ona „věc“ umírání jest. Advance care planning je naplněním hermeneutického vztahu pacienta a lékaře.

Pravdu hledá lékař v životním příběhu pacienta. V závěru života pacient nemusí být schopen vyprávět svůj příběh přímo, ale podává jej lékaři skrze text. V případě dříve vysloveného přání pacienta, které není výsledkem předchozího konsensu pacienta a lékaře, a v případě kdy došlo k delší časové prodlevě mezi získáním konsensu a jeho uplatněním v nastalé konkrétní situaci, není možné přímé použití informovaného konsensu či textu dříve vyslovených přání. Kromě toho, že ve chvíli podpisu pacientova textu nemohly být známy všechny okolnosti situace, která ještě nenastala, jde také o situaci, kdy text nečte původně míněný čtenář. Proto je nutné zvážit aplikaci textu v nastalé situaci. To je možné pouze na základě interpretace tohoto textu.

Text dříve vyslovených přání obsahuje kromě explicitně vyjádřených představ pacienta o lékařské a ošetrovatelské péči v závěru života, také důvody a hodnoty, které jej vedly k sepsání textu. Ty celému textu dávají smysl a jsou argumentem k tomu, abychom na dříve vyslovené přání brali zřetel. Důvody a hodnoty ovšem není možné poznat na základě letného přečtení textu. K tomu, aby se lékař co nejvíce přiblížil pravdě o přáních pacienta, musí použít hermeneutickou metodu. Ta se nezabývá pouze analyzováním napsaných pojmů, ale i hledáním toho, co je „za textem“. Pokud bude postupovat metodou hermeneutického kruhu, s ohledem nejen na význam pojmů, ale i na kontexty pacientova rozhodování, může se přiblížit tomu, co by mu pacient sdělil, pokud by byl kompetentní a mluvil by s ním tvář v tvář.

¹² GADAMER, H.G.: *Pravda a metoda II: Dodatky a rejstříky*. Praha: Triáda, 2011., s. 54

Z textu se dozvíme, pro co se pacient rozhodl v době, kdy dříve vyslovené přání psal. Otázkou je, zda by se tak rozhodl i nyní. Pokud pacient například vyjádřil ve svém dříve vysloveném přání, že nechce být udržován při životě umělou výživou, když bude ve stadiu pokročilé demence, budeme postupovat tak, abychom zvážili, zda by se tak pacient rozhodoval i nyní, když už demenci má a může mít jinou zkušenost, než tu, kterou předvídal v době sepsání dokumentu. Lékař se tedy bude snažit najít v textu doklad konzistence důvodů, které vedly pacienta k tomu, že odmítl být v případě demence udržován při životě umělou výživou. A bude zvažovat, zda jsou tyto důvody pro pacienta platné i v nastalé situaci.

Stejně jako v případě posuzování kompetence pacienta, mohou i při interpretaci textu ovlivňovat posuzování lékaře jeho vlastní předsudky. Pokud však vědomě postupuje hermeneutickou metodou, je si této skutečnosti vědom, a své předporozumění (předsudky) koriguje v setkání s horizontem pacienta, a tak se posouvá blíže k pravdě.

Protože však v horizontu lékaře převládají hodnoty, znalosti a zkušenosti z oblasti biologické medicíny, je vhodné konfrontovat lékařovo předporozumění nejen s horizontem pacienta, ale i s horizonty dalších aktérů, kteří tvoří společenský kontext péče o pacienta. Z těchto důvodů se jako optimální verze implementace dříve vyslovených přání pacienta do terminální péče jeví „konference“ členů zdravotnického týmu a zástupců rodiny pacienta. V diskusi zvažují účastníci „konference“ dostupné možnosti aplikace dříve vyslovených přání pacienta v dané konkrétní situaci a společně interpretují pacientem zanechaný text. Ve vzájemné promluvě se uvádí do hry předsudky všech zúčastněných, mohou o nich pochybovat, vznášet námítky. Lékař jako expert na biologické stránky medicíny a jako hlavní aktér (on aplikuje příslušnou léčbu a je za ni odpovědný) by měl mít v rozhodování poslední slovo, vždy však s ohledem na nejlepší zájem pacienta, který může být definován jen ve spolupráci s ostatními účastníky debaty. Aby i z morálního hlediska mohlo být jeho rozhodnutí považováno za legitimní, musí mít podle Habermasovy teorie diskursivní etiky všichni ostatní účastníci diskursu možnost promluvit, a nikdo nebude mocensky umlčen.

Pro hledání pravdy používá medicína metody přírodních věd. Důraz je kladen na přesnost, objektivitu, měřitelnost. Interpretace textu je však doménou věd humanitních. V humanitních vědách není možné vždy dojít k přesně měřitelnému výsledku tak jako ve vědách přírodních. Snaha o přesnou interpretaci by mohla skončit rezignací na interpretaci jako takovou. Spíše než o přesnou interpretaci bude tedy lékař usilovat o dobrou interpretaci.

Hermeneutická metoda pomůže rozpoznat hodnoty, které tvoří rámec, od něhož se odvíjí rozhodnutí pacienta. Pokud by lékař rezignoval na interpretaci dříve vysloveného přání pacienta, popřel by význam samotného informovaného souhlasu, jenž vychází z uznání hodnot pacienta a práva na sebeurčení člověka.

6. Použitá literatura

(vybrané tituly, úplný seznam literatury je součástí disertační práce)

- ARISTOTELÉS: *Etika Nikomachova*. Praha: Rezek, 2009, 305 s., ISBN 978-8086-027296.
- ASHKROFT, R.E.: Kant, Mill, Durkheim? Trust and autonomy in bioethics and politics, *Stud. Hist. Phil. Biol. & Biomed. Sci.*, 34 (2003), 359–366.
- BEAUCHAMP, T.L. (ed.) David Hume: An Enquiry Concerning Human Understanding. Oxford Philosophical Texts. The complete editions for students. Oxford: Oxford University Press, 1999, 296 s., ISBN 0-19-875248-2.
- BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F.: *Principles of Biomedical Ethics. Sixth Edition*. Oxford: Oxford University Press, 2009, 418 s., ISBN 13:978-0-19-533570-5.
- BERNHEIM, J.L., DESCHEPPER, R., DISTELMANS, W., MULLIE, A., BILSEN, J., DELIENS, L.: Development of palliative care and legalisation of euthanasia: antagonism or synergy?, *British Medical Journal*, 336(7649) (2008), 864-867, ISSN 0959-8146, ISI:000255136800031.
- BRAUER, S., BILER-ANDORNO, N., ANDORNO, R.: Country Reports on Advance Directives. University of Zurich, Zurich (2008) [online], <http://www.ethik.uzh.ch/ibme/newsarchiv/advance-directives/Country_Reports_AD.pdf>, [cit. 28.5. 2009].
- CÍSAŘOVÁ, D.: *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010, 97 s., ISBN 9788087146316.
- COUNCIL OF EUROPE: Recommendation Rec 24 (2003) of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care. [online], <<http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=3KJ5U3BQLVY%3d&tabid=1709>>, [cit. 12.3. 2012].
- CROSTA, P.M.: In Belgium, Euthanasia and Palliative Care Work Together. (2008) [online], <<http://www.medicalnewstoday.com/articles/104629.php>>, [cit. 10.6. 2012].
- DANIEL, S.L.: The patient as text: a model of clinical hermeneutics, *Theor Med*, 7(2) (1986), 195-210, ISSN 0167-9902
- DEKKERS, W.: Hermeneutics and experiences of the body. The case of low back pain, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 19(3) (1998), 277-93, ISSN 1386-7415.
- DWORKIN, G.: Can You Trust Autonomy?, *Hastings Center Report*, 33(2) (2003), 42-44, ISSN 0093-0334, ISI:000185974700020.
- ENGELHARDT, H.T.: Confronting Moral Pluralism in Posttraditional Western Societies: Bioethics Critically Reassessed, *Journal of Medicine and Philosophy*, 36(3) (2011), 243-260, ISSN 0360-5310, Doi 10.1093/Jmp/Jhr011, ISI:000292562400003.
- FAGERLIN, A., SCHNEIDER, C.E.: Enough - The failure of the living will, *Hastings Center Report*, 34(2) (2004), 30-42, ISSN 0093-0334, ISI:000221181000017.
- FRANK, A.W.: Asking the right question about pain: Narrative and phronesis, *Literature and Medicine*, 23(2) (2004), 209-225, ISSN 0278-9671, ISI:000226372500002.
- FURBERG, E.: Advance Directives and Personal Identity: What Is the Problem?, *Journal of Medicine and Philosophy*, 37(1) (2012), 60-73, ISSN 0360-5310, Doi 10.1093/Jmp/Jhr055, ISI:000299786600005.
- GADAMER, H.G.: *Člověk a řeč: (Výbor textů)*. Praha: Oikúmené, 1999, 154 s., ISBN 80-86005-76-3.

- GADAMER, H.G.: *Pravda a metoda I: Nárýs filosofické hermeneutiky*. Praha: Triáda, 2010, 415 s., ISBN 978-80-87256-04-6.
- GADAMER, H.G.: *Pravda a metoda II: Dodatky a rejstříky*. Praha: Triáda, 2011, 471 s., ISBN 978-80-87256-44-2.
- GRONDIN, J.: *Úvod do hermeneutiky*. Praha: Oikúmené, 1997, 247 s., ISBN 80-86005-43-7.
- GUPTA, U.C., KHARAWALA, S.: Informed consent in psychiatry clinical research: A conceptual review of issues, challenges, and recommendations, *Perspect Clin Res*, 3(1) (2012), 8-15, ISSN 2229-5488, 10.4103/2229-3485.92301, 22347696.
- HALL, D.E., PROCHAZKA, A.V., FINK, A.S.: Informed consent for clinical treatment, *Can Med Assoc J*, 184(5) (2012), 533-540, ISSN 0820-3946, Doi 10.1503/Cmaj.112120, ISI:000303149700030.
- HAUKE, D., REITER-THEIL, S., HOSTER, E., HIDDEMANN, W., WINKLER, E.C.: The role of relatives in decisions concerning life-prolonging treatment in patients with end-stage malignant disorders: informants, advocates or surrogate decision-makers?, *Annals of Oncology*, 22(12) (2011), 2667-2674, ISSN 0923-7534, DOI 10.1093/annonc/mdr019, ISI:000297351700020.
- HAVE, H.T., CLARK, D.: *The ethics of palliative care: European perspectives*. Buckingham: Open University Press, 2002, 258 s., ISBN 978-0-335-21140-2.
- HEŘMANOVÁ, J., ŠIMEK, J.: Dříve vyslovená přání aneb o lidské svobodě a důstojnosti, *Praktický lékař*, 89(9) (2009), 480-482, ISSN 0032-6739.
- HEŘMANOVÁ, J., ŠIMEK, J.: Advance directives v Evropě, *Praktický lékař*, 90(2) (2010), 78 – 80, ISSN 0032-6739.
- HOFMANN, B.: Medicine as techne - A perspective from antiquity, *Journal of Medicine and Philosophy*, 28(4) (2003), 403-425, ISSN 0360-5310, ISI:000185900900002.
- HROCH, J.: *Filosofická hermeneutika v dějinách a v současnosti*. Brno: Georgetown, 1997, 204 s., ISBN 80-210-1709-0.
- HROCH, J., KONEČNÁ, M., HLOUCH, L.: *Proměny hermeneutického myšlení*. Brno: CDK, 2010, 420 s., ISBN 978-80-7325-231-1.
- CHARALAMBOUS, A.: Interpreting patients as a means of clinical practice: Introducing nursing hermeneutics, *International Journal of Nursing Studies*, 47(10) (2010), 1283-1291, ISSN 0020-7489, DOI 10.1016/j.ijnurstu.2010.02.011, ISI:000281995600011.
- KANT, I.: *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda, 1990, 129 s., ISBN 80-205-0152-5
- KANT, I.: *Kritika čistého rozumu*. Praha: Oikúmené, 2001, 567 s., ISBN 8072980351.
- KASTENBAUM, R.J.: *Death, Society and Human Experience. 8th Edition*. Boston: Pearson Education Inc., 2004, 535 s., ISBN 0-205-38193-6.
- KISSANE, D.W.: The contribution of demoralization to end of life decisionmaking, *Hastings Center Report*, 34(4) (2004), 21-31, ISSN 0093-0334, ISI:000223305700019.
- KOLEKTIV AUTORŮ: *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi*. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, 2010, 97 s., ISBN 978-80-87146-31-6.
- KORSGAARD, C.: The Sources of Normativity. Clare Hall, Cambridge University (1992) [online], <<http://tannerlectures.utah.edu/lectures/documents/korsgaard94.pdf>>, [cit. 12.6. 2012].
- LEDER, D.: Clinical interpretation: the hermeneutics of medicine, *Theor Med*, 11(1) (1990), 9-24, ISSN 0167-9902.
- LÉVINAS, E.: *Etika a nekonečno. 2. Vydání*. Praha: Oikumene, 2009, 231 s., ISBN 978-80-7298-394-0.
- LIDZ, C.W.: The therapeutic misconception and our models of competency and informed consent, *Behavioral Sciences & the Law*, 24(4) (2006), 535-546, ISSN 0735-3936, Doi 10.1002/Bsl.700, ISI:000240161200012.
- LOCKE, J.: *Esej o lidském rozumu*. Praha: Svoboda, 1984, 407 s., ISBN 25-051-84.
- LOCKE, J.: *Two Treatises of Government. (Reprint 7. edice z roku 1772)*. London: Forgotten Books, 2010, 392 s., ISBN 978-1440058639.
- MATĚJEK, J.: *Dříve projevená přání pacientů: Výhody a rizika*. Praha: Galén, 2011, 190 s., ISBN 978-80-7262-850-6.
- MATERSTVEDT, L.J., CLARK, D., ELLERSHAW, J., FORDE, R., GRAVGAARD, A.M.B., MULLER-BUSCH, H.C., SALES, J.P.I., RAPIN, C.H.: Euthanasia and physician-assisted

- suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force, *Palliative Medicine*, 17(2) (2003), 97-101, ISSN 0269-2163, Doi 10.1191/0269216303pm673oa, ISI:000182204300004.
- MILL, J.S.: *Utilitarismus*. Praha: Vyšehrad, 2011, 182 s., ISBN 978-80-7429-140-1.
- MUNZAROVÁ, M.: *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Praha: Grada, 2004, 108 s., ISBN 80-247-1025-0.
- NORTON, D.F., NORTON, M. (eds.): *David Hume: A Treatise of Human Nature*. Oxford Philosophical Texts. The complete editions for students. Oxford: Oxford University Press, 2000, 622 s., ISBN 0-19-875173-7.
- O'NEILL, O.: The dark side of human rights, *International Affairs*, 81(2) (2005), 427-439, ISSN 0020-5850, Doi.10.1111/j.1468-2346.2005.00459.x, ISI:000228064800011.
- PAYNE, J.: *Hermeneutická etika. Jeden filosofický pokus o setkání s lidskou bytostí*. Praha: Triton, 1995, 109 s., ISBN 80-858575-07-1.
- PETRŮ, M.: Mody lékařského myšlení, in L. Fialová, P. Kouba a M. Špaček (eds.) *Medicína v kontextu západního myšlení*. Praha: Galén, 2008, 110-112, ISBN 978-80-7262-513-0.
- PICO DELLA MIRANDOLA, G.: *O důstojnosti člověka*. Praha: Oikoymenh, 2005, 135 s., ISBN 80-7298-164-1.
- PLATÓN: *Faidón. Přel. F. Novotný. 6. opravené vyd.* Praha: Oikúmené, 2005, 112 s., ISBN 80-86005-26-7.
- RANDALL, F., DOWNIE, R.S.: *Palliative Care Ethics: A Companion for All Specialties. Second Edition*. Oxford: Oxford University Press, 2003, 312 s., ISBN 0-19-263068-7.
- RENDTDORFF, J.D.: Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability – Towards a foundation of bioethics and biolaw *Medicine, Health Care and Philosophy*, 5(3) (2002), 235–244, ISSN 1386-7423.
- RICOEUR, P.: *Úkol hermeneutiky*. Praha: Filosofía, 2004, 44 s., ISBN 80-7007-185-0.
- SANDMAN, L.: *A Good Death: On the value of death and dying*. Buckingham: Open University Press, 2004, 184 s., ISBN 978-0335-214112.
- SCHLEIFER, R.: Narrative Knowledge, Phronesis, and Paradigm-Based Medicine, *Narrative*, 20(1) (2012), 64-86, ISSN 1063-3685, ISI:000298774000004.
- SCHULTZ, D.S., FLASHER, L.V.: Charles Taylor, Phronesis, and Medicine: Ethics and Interpretation in Illness Narrative, *Journal of Medicine and Philosophy*, 36(4) (2011), 394-409, ISSN 0360-5310, Doi 10.1093/Jmp/Jhr032, ISI:000295682600008.
- STIRRAT, G.M., GILL, R.: Autonomy in medical ethics after O'Neill, *Journal of Medical Ethics*, 31(3) (2005), 127-130, ISSN 0306-6800, DOI 10.1136/jme.2004.008292, ISI:000227470200002.
- STOLJAR, N.: Informed Consent and Relational Conceptions of Autonomy, *Journal of Medicine and Philosophy*, 36(4) (2011), 375-384, ISSN 0360-5310, Doi 10.1093/Jmp/Jhr029, ISI:000295682600006.
- SVENAEUS, F.: Hermeneutics of clinical practice: The question of textuality, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21(2) (2000), 171-189, ISSN 1386-7415, ISI:000088360700004.
- SVENAEUS, F.: Hermeneutics of medicine in the wake of Gadamer: The issue of phronesis, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 24(5) (2003), 407-431, ISSN 1386-7415, ISI:000186999800004.
- ŠIMEK, J., ŠPALEK, V.: *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada Publishing, 2003, 113 s., ISBN 80-247-0440-4.
- ŠUSTEK, P., HOLČAPEK, T.: *Informovaný souhlas: Teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Praha: API, 244 s., ISBN 978-80-7357-268-6.
- TAUBER, A.I.: *Patient Autonomy and the Ethics of responsibility*. Cambridge: The MIT Press, 2005, 328 s., ISBN 9-780262-701129.
- TILDEN, V.P., TOLLE, S.W., DRACH, L.L., PERRIN, N.A.: Out-of-hospital death: Advance care planning, decedent symptoms, and caregiver burden, *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(4) (2004), 532-539, ISSN 0002-8614, ISI:000220355000007.
- VEATCH, R.M.: Abandoning Informed Consent, *Hastings Center Report*, 25(2) (1995), 5-12, ISSN 0093-0334, ISI:A1995QQ10200007.

- WARING, D.: Why the practice of medicine is not a phronetic activity, *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21(2) (2000), 139-151, ISSN 1386-7415, ISI:000088360700002.
- WERNOW, J., R.: History of the Advanced Directive. The Northwest Center for Bioethics. The Northwest Center for Bioethics, (2003), [online], http://www.ncbioethics.org/publications/AdvanceDirInfo/History.htm#_ftnref2, Publikováno online 11.12. 2003, [cit. 15.6.2012].
- WHITE, B.C., ZIMBELMAN, J.: Abandoning informed consent: An idea whose time has not yet come, *Journal of Medicine and Philosophy*, 23(5) (1998), 477-499, ISSN 0360-5310, ISI:000078014900003.
- WIDDERSHOVEN, G.A.M., BERGHMANS, R.L.P.: Advance directives in dementia care: from instructions to instruments, *Patient Education and Counseling*, 44(2) (2001), 179-186, ISSN 0738-3991, ISI:000170502700009.
- Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) ze dne 6. listopadu 2011. [online], <http://www.mzcr.cz/Legislativa/Soubor.ashx?souborID=13695&typ=application/pdf&nazev=z%C3%A1kon%20o%20zdrav.%20slu%C5%BEb%C3%A1ch.pdf>, [cit. 14.6. 2012].

Seznam publikační činnosti

A. Publikace vztahující se k tématu disertační práce

1. **Heřmanová J.:** Rozhodování o péči v závěru života, In: Edukační sborník, Masarykův onkologický ústav Brno 2005, s. 326, ISBN 80-86793-05-2. Konference: XXIX. Brněnské onkologické dny s XIX. Konferencí pro sestry a laboranty, 24. – 26.5.2005 Brno
2. **Heřmanová J.** Některé aspekty plánování péče na konci života. *Diagnóza v ošetrovatelství* 2006; 2(3): 118–119, ISSN 1801-1349.
3. **Heřmanová J.** Rozhodování o zdravotní péči v závěru života. *Onkologická péče* 2006, 10(1):32–34, ISSN 1214-5602.
4. **Heřmanová J.,** Rozhodování na konci života. *Vita Nostra Revue* 2006, 15(2): 72–73, ISSN 1212-5083.
5. **Heřmanová, J.** Some issues in End of Life Care. In: Sborník příspěvků. XI. International Intensive Course Bioethics Applied to the Multicultural Aspects of Biomedicine. Praha 2007
6. **Heřmanová, J.** Issues in End of Life Care. In: Sborník příspěvků. XI. International Intensive Course Bioethics at the Frontier of Multicultural Biomedicine. Lignano Sabbiadoro 2008.
7. **Heřmanová, J.** Šimek, J. Dříve vyslovená přání, aneb o lidské svobodě a důstojnosti člověka. *Časopis lékařů českých* 2009, 89 (9): 480 - 482. ISSN 0032-6739
8. **Heřmanová, J.** Šimek, J. Dříve vyslovená přání v USA. *Časopis lékařů českých.* 2009, 89 (10): 552 - 555. ISSN 0032-6739
9. **Heřmanová, J.** Šimek, J. Advance directives v Evropě. *Časopis lékařů českých.* 2009, 90 (2): 78 - 80. ISSN 0032-6739

B. Publikace, které se nevztahují přímo k tématu disertační práce

1. **Heřmanová J.,** Zvoníčková M.: Bezpečnost pacienta a omezovací prostředky, *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2005, roč. 1 (4), s. 167 – 170, ISSN 1801-1349
2. Zvoníčková M., Svobodová H., **Heřmanová J.:** Pomoc nemocnému při ochraně před nebezpečím z okolí a pomoc ostatním v ochraně před nebezpečím pocházejícím od nemocného (úrazy, násilím, nákazami) podle Virginie Hendersonové, *Diagnóza v ošetrovatelství*, 2005, roč. 1 (4), s. 187 – 188, ISSN 1801-1349
3. **Heřmanová J.,** Zvoníčková M. Možnosti hodnocení soběstačnosti sestrou. *Diagnóza v ošetrovatelství* 2006; 2(8): 295–297, ISSN 1801-1349.
4. **Heřmanová J.,** Svobodová H., Zvoníčková M. Co znamená pečovat? In: Edukační sborník, Masarykův onkologický ústav Brno 2006, s. 100, ISBN 80-86793-06-0. Konference: XXX. Brněnské onkologické dny s XIX. Konferencí pro sestry a laboranty, 11. – 13.5.2006 Brno

5. **Heřmanová J.**, Svobodová H., Zvoníčková M. Morální distres. In: Edukační sborník, Masarykův onkologický ústav Brno 2009, s. 166, ISBN 978-80-86793-12-2. Konference: XXXIII. Brněnské onkologické dny s XXIII. Konferencí pro nelékařské zdravotnické pracovníky, 16. – 18.4.2009 Brno
6. **Heřmanová, J.**, Zvoníčková, M., Svobodová, H. Morální tíseň jako jedna z příčin syndromu vyhoření. Cesta k modernímu ošetřovatelství XI, sborník příspěvků z odborné konference konané ve dnech 17.9. a 18.9.2009 ve FN Motol, vydala Fakultní nemocnice v Motole, editor: Daniel Jirkovský, ISBN 978-80-87347-02-7, počet stran 205, strany 57-61
7. **Heřmanová, J.**, Zvoníčková, M., Svobodová, H. Řeší sestry etické problémy? In: Sborník z 1. Konference k aplikované etice s mezinárodní účastí Etické aspekty ošetřovatelské péče v teorii a praxi. S. 41 – 45. ISBN 978-80-7013-506-8
8. **Heřmanová, J.**, Zvoníčková, M., Svobodová Morální tíseň – nové téma etiky v ošetřovatelství. *Sestra*, 2010; 20(2): 16–17, ISSN 1210-0404.
9. **Heřmanová, J.**, Zvoníčková, M., Svobodová. Od etiky principů k etice odpovědnosti. In: Zrubáková, K., Hudáková, Z., Kadučáková, H.: Zborník z 2. mezinárodní konference „Etické aspekty ošetřovatelské starostlivosti v teorii a praxi“. Str. 175 – 179. Verbum. Ružomberok 2010. ISBN 978-80-808-616-9
10. **Heřmanová, J.** Sestra a odpovědnost. *Vita nostra revue* 2010, 19(4): 60 – 64. ISSN 1212-5083
11. Zvoníčková, M., **Heřmanová, J.**, Svobodová, H. Etické problémy ošetřovatelské péče. *Sestra* 2012, 22(7- 8): 35 – 36. ISSN 1210-0404.
12. **Heřmanová, J.**, Vácha, M., Svobodová, H., Zvoníčková, M., Slovák, J. *Etika v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. 200 s., ISBN 978-80-247-3469-9