

OPONENTSKÝ POSUDEK

Jméno disertanta/disertantky:	Barbora Vráblová
Téma práce:	Občanskoprávní aspekty poskytování paliativní péče
Rozsah práce:	210 stran vlastního textu
Datum odevzdání práce:	dle informačního systému, práce datována 15. 3. 2020

1. Aktuálnost (novost) tématu

Při hodnocení aktuálnosti tématu práce vycházím primárně nikoli z jejího pojmenování, ale spíše z toho, jak téma autorka vymezuje v samotné práci. Název „Občanskoprávní aspekty poskytování paliativní péče“ nepovažuji za zcela výstižný. Autorka sama zaměření své práce vymezuje spíše jako komplexní pojednání týkající se různých otázek vznikajících v prostředí, kde se rozhoduje, do jaké míry má být pacient léčen intenzivně, do jaké míry má smysl kurativní přístup a v jakém okamžiku má být tento přístup částečně nebo zcela nahrazen přístupem paliativním, případně též ve zkratce jako „*law at the end of life*“. Nejde tedy zdaleka jen o paliativní péči ve smyslu jejího medicínského chápání (tedy nejspíše zmírnění utrpení a podpora kvality života pacienta zpravidla nevyлéčitelně nemocného) a nejde rovněž zdaleka jen o její občanskoprávní aspekty, nýbrž samozřejmě i o rovinu trestněprávní, etickou atd.

Pokud vyjdeme z toho, že tématem práce je problematika takto širěji vymezená, pak jde podle mého názoru o téma aktuální s ohledem na stav i vývoj soudobé medicíny, jejíž možnosti jsou značné, ale ne nekonečné. Otázky zdraví, péče o ně, smrti, umírání, utrpení a jeho zmírňování pak pochopitelně poutají stálou pozornost, máloco jiného zasahuje podstatu člověka, jeho niterné pocity, touhy a obavy stejnou měrou.

2. Náročnost tématu na teoretické znalosti, vstupní údaje a jejich zpracování a použité metody

Zvolené téma považuji za poměrně náročné na teoretické znalosti a volbu a užití vhodných metod. Jeho vyčerpání v plné šíři snad ani není v mezích běžného rozsahu disertačních prací reálné, každý autor by proto musel přistoupit k určité redukci, čím se bude konkrétně zabývat. Pokud jde o vstupní údaje, práce nemá sociologický či jinak empirický charakter, s výjimkou využití několika kazuistik (které ji podle mého mínění jednoznačně obohacují), tudíž nevyžaduje rozsáhlá vstupní data.

3. Formální a systematické členění práce

Práce je členěna na osm částí, první z nich je úvod a poslední závěr, které práci uvádějí, resp. shrnují. Pokud jde o obsahově nosné části či kapitoly (2 až 7), liší se nejen svým zaměřením, ale i užitými metodami (např. někde více komparativní, někde spíše jen v podobě určitého autorčina vyjádření názoru či legislativního návrhu). Druhá kapitola se věnuje pojmu marné léčby, přičemž ji považuji za přínosnou tím, jak shrnuje možné přístupy k pojetí marné léčby (autorka navrhuje hovořit spíše o léčbě nepřiměřené, neúčelné apod.), přičemž proponuje, že v hodnocení účelnosti určitého postupu mohou sehrávat roli úvahy nejen čistě medicínské, ale i jiné, přičemž lékař nemůže být sám arbitrem jiných než jen medicínských aspektů; pro srovnávání kvality života pacienta při provedení resp. neprovedení určitého výkonu má samozřejmě zásadní roli názor samotného pacienta. V této kapitole se příznivě projevuje velmi dobrý teoretický základ, který má autorka v anglicky psané literatuře věnované tématu; z ní čerpá v práci nejvíce.

Třetí kapitola se zabývá nezahájením a ukončením život udržující léčby, přičemž autorka zde argumentuje na podporu stanoviska, že mezi nimi není právně relevantní rozdíl. Čtvrtá část práce se zabývá procesem rozhodování o pokračování či ukončení život udržující léčby a obsahuje i

některé úvahy *de lege ferenda* směřující k novelizaci zákona o zdravotních službách, občanského zákoníku i zákona o zvláštních řízeních soudních. Pátá kapitola je věnována problematice dříve vyslovených přání, tvoří do jisté míry samostatný podcelek v rámci práce, přičemž opět obsahuje návrhy novelizace právních předpisů, zde zákona o zdravotních službách. Šestá kapitola se zabývá kardiopulmonální resuscitací, deaktivací implantabilního kardioverteru-defibrilátoru a paliativní sedací. Sedmá část je věnována šesti konkrétně popsaným kazuistikám, na nichž autorka ilustruje aplikaci právních pravidel týkajících se především souhlasu pacienta se zákrokem (potažmo odmítnutí péče) a praktických úskalí, s nimiž se taková aplikace může potýkat.

Vedle popsaných osmi částí vlastního textu práce obsahuje další standardní součásti, včetně seznamu použitých zdrojů, abstraktu apod., i po stránce systematického členění tedy odpovídá očekáváním kladeným na disertační práce.

4. Vyjádření k práci

Práci celkově hodnotím pozitivně. Považuji za vhodné upozornit též na některé momenty či pasáže, které považuji za diskutabilní či které by mohly stát za další zamyšlení či rozpracování. Předně, oceňuji akcent, který autorka klade na procedurální přístup (viz např. str. 60 a násl.), kdy se snaží s využitím zahraniční inspirace rozvinout v detailech, jak postupovat s cílem dosažení shody zainteresovaných aktérů o optimálním dalším postupu.

Co se týče celkového zaměření práce, nesoustředí se jen na problematiku občanskoprávní, ale zasahuje i do jiných odvětví. To samo o sobě není na škodu, nicméně pokud se uvádí na str. 89 v poznámce pod čarou: „*Spíše na okraj je třeba připomenout také tu skutečnost, že úvahy o úmyslu lékaře jsou relevantní pouze v rovině trestněprávní, nikoliv v rovině občanskoprávní. Existence zavinění poskytovatele zdravotních služeb není podmínkou vzniku povinnosti k náhradě újmy.*“, pak jde o výsostně občanskoprávní otázku, kterou by se práce, jejíž název začíná slovy „Občanskoprávní aspekty ...“ zabývat zřejmě měla. Navíc citovaný útržek vzbuzuje celou řadu otázek, co jím chce autorka říci, například může vzbudit dojem, že jednání lékaře spočívající v nezahájení život udržující léčby sice není pro nedostatek úmyslu trestné (?), ale může zakládat povinnost k náhradě újmy (?).

Není mi zcela zřejmé, co a jak se snaží rozlišit podkapitola 3.3, zda eutanazii od „neeutanzie“, nebo neúčelnou léčbu od účelné, nebo nezahájení léčby od ukončení. Můj vjem z této části práce je určité smíšení různých pojmů a úvah dohromady. Myslím si, že rozlišení konání/nekonání na jedné straně a například význam souhlasu pacienta na druhé straně nejdou nutně proti sobě, nýbrž mohou mít význam v rozdílném kontextu, není mi ale zřejmé, jak pomáhají odlišit eutanazii od „neeutanzie“. Dílčí závěr autorky, že mezi nezahájením a ukončením život udržující léčby neexistuje eticky ani právně relevantní rozdíl, neříká o vymezení eutanazie prakticky nic. Zde by podle mého názoru práci prospělo určité zpřesnění, možná jiné členění či jasnější vymezení, co se v které pasáži od sebe rozlišuje a na základě čeho.

Nesdílím autorčin závěr vyjádřený na str. 99, že „*stejně jako k pokračující přístrojové podpoře je třeba souhlasu pacienta, tak i k ukončení přístrojové podpory je třeba souhlasu pacienta*“, neboť se domnívám, že zde pak hrozí poněkud absurdní situace, kdy bez souhlasu pacienta (nebo zástupného souhlasu, nebo místo toho přivolení soudu, záleží na nuancích konkrétní situace) nelze postupovat ani tak, ani tak, tedy po právu vlastně nijak. Autorka zde polemizuje se mnou a doc. Šustkem, když říká, že naše „*[t]vrzení, že samotný úkon spočívající v ukončení přístrojové podpory není v řešeném kontextu relevantní, by mohlo obstát pouze za předpokladu, že by rozhodnutí ukončit přístrojovou podporu bylo jednostranným rozhodnutím lékaře.*“ Zde musím namítnout, že mé či naše „tvrzení“ je založeno na něčem jiném, a to na názoru (jistě zpochybnitelném jako ostatně každý názor), že je třeba rozlišovat podružné jednotlivosti a celek – na podporu bych zde uvedl názor britského soudce citovaný autorkou na str. 72 („*Nutno připustit, že vyjmutí nasogastrické sondy, stejně jako vypnutí umělé plicní ventilace lze jen obtížně hodnotit*

jako nekonání. Dle mého názoru bychom však ani v jednom případě neměli jednání lékaře kvalifikovat jako konání, neboť bychom tím svou úvahu namísto podstaty jednání lékaře zcela nesprávně opírali o povahu jednotlivých úkonů, které lékař činí. K odlišnému závěru bychom pak museli dospět v případě, kdy by lékař ukončil život udržující léčbu vyjmutím nasogastrické sondy, a v případě, kdy by lékař nechal nasogastrickou sondu na místě, ale nepokračoval by v podávání umělé výživy do sondy. V prvním případě by se s ohledem na takové rozlišování jednalo o konání lékaře, v druhém případě o nekonání. Obdobným způsobem bychom mohli uvažovat v souvislosti s ukončováním umělé plicní ventilace. V případě, kdy by lékař vypnul plicní ventilaci, jednalo by se o konání, v případě, kdy by ventilaci vypnul časovač instalovaný na ventilátoru a lékař by ventilaci znovu nezapnul, jednalo by se o nekonání. Dle mého úsudku, podstata jednání lékaře spočívá v nekonání v tom smyslu, že nepokračuje v poskytování život udržující léčby. Vyjmutí nasogastrické sondy nebo vypnutí umělé plicní ventilace jsou jen dílčí úkony bez právní relevance.“), který říká prakticky totéž, čím jsme se snažili argumentovat i my, tedy že zasahování či nezasahování do integrity pacienta je vhodné nahlížet určitým celkovým, globálním pohledem, ne tím, jestli jednotlivý dílčí úkon budeme formálně klasifikovat jako (aktivní) konání, nebo (pasivní) opomenutí. Podotýkám, že můj nesouhlas s autorkou v tomto bodě nevede k tomu, že bych práci celkově považoval za méně kvalitní, nicméně její argumentace k tomuto aspektu mě nepřesvědčila.

Ke str. 104 – považuji za poněkud překvapivé začínat rozbor posuzování svéprávnosti citací z právního předpisu Spojeného království; vzhledem k tomu, že práce je v oboru českého občanského práva, zdálo by se mi logičtější začít českým právem či přímo občanským zákoníkem. Je otázkou zda anglické právo dosáhlo v otázce svéprávnosti nějakého významného náskoku před českým. Nicméně toto je zřejmě spíše věcí subjektivního očekávání čtenáře, jistě není obecně vyloučeno začínat úvahu o jakémkoli dílčím právním aspektu anglickou (či britskou, pokud je v rámci Spojeného království jednotná) právní úpravou.

K textu na str. 113-115 týkajícímu se § 34 odst. 4 zákona o zdravotních službách se nabízí, zda spíše než derogace není namíste adekvátní, relativně úzký výklad zákonného ustanovení. Mám tím na mysli, zda zde zákon ve skutečnosti necílí na případ, kdy by pro náhlé odvolání souhlasu lékaři měli „zahodit nástroje uprostřed operace“, aniž by se přitom pacient nacházel v natolik stabilizovaném stavu, aby ho to bezprostředně neohrožovalo – zde se snad nepřičí ani principu autonomie vůle, aby v takovém případě, pokud se vyskytne, lékaři vykonali alespoň tolik, aby uvedli pacienta do stabilního stavu, i kdyby to bylo méně než původně plánovaný rozsah výkonu. Nicméně souhlasím s autorkou, že toto zákonné ustanovení nemá být používáno jako zdůvodnění pro nerespektování vůle pacienta ukončit (zejména dlouhodobější) kontinuální léčbu, ať již přístrojovou, farmakologickou apod.

Za zajímavé považuji úvahy *de lege ferenda* (str. 126-127); pokud jde o jejich rozvinutí (str. 140 a násl.), podotkl bych k nim několik poznámek. Vypuštění některých ustanovení občanského zákoníku by mohlo způsobovat určité zhoršení jeho funkčnosti ve vztahu k nezdravotnickým zásahům do integrity (§ 93 odst. 2), případně se mi nezdá, že by k němu byl věcný důvod, přinejmenším v práci jej nenacházím (§ 103). Dále, při řešení rozporu nejde jen o rozpor mezi názorem zástupce a poskytovatele, ale mezi různými osobami z okruhu blízkých pacienta (pro názornou ukázkou viz případ *Lambert v. Francie*). Navrhovanou procesní úpravu rozhodnutí soudu v § 65 zákona o zvláštních řízeních soudních považuji za základní úvahu, která by vyžadovala hlubší propracování založené především na jasném hmotněprávním vodítku, zda má rozhodnutí soudu v tomto případě mít deklaratorní, či konstitutivní ráz a jaký má být jeho obsah (Má soud vyslovit souladnost určitého postupu s právem? Má nahradit něčí, např. pacientův, projev vůle? Má uložit poskytovateli povinnost nějak postupovat? Spojení „vymezí soud způsob poskytování zdravotních služeb nevyléčitelně nemocnému pacientovi“ považuji za nejasné. S tím souvisí i možnost využití předběžného opatření, neboť to v sobě pojmově nese uložení nějaké povinnosti, kterou lze vynutit nuceným výkonem – tudíž by bylo nutné, aby rozhodnutí soudu znělo na plnění.)

Podle autorkou předestíraných úvah (str. 151) by rozhodnutí soudu nebránilo mimosoudnímu odstranění rozporu – budiž, ale jak se to pak promítne do existence již vydaného rozhodnutí? Bude zrušeno? Stane se bezvýznamným?

Za velmi podnětnou považuji připomínku na str. 157-158, že dříve vyslovené přání nemá mířit jen na poskytovatele zdravotních služeb, ale například též na poskytovatele sociálních služeb. Oceňuji též kazuistiky předkládané v kapitole 7 práce, které jsou velmi vhodně a názorně vybrány a podporují právní názor, který podle mého mínění v poslední dekádě v české právní nauce a literatuře již dominuje. Zde autorka ukazuje, že byť určitá právní norma není novinkou, její prosazování v každodenní realitě nemusí být lehké a může trvat dlouhou dobu, než si ji adresáti natolik vezmou za svou, že ji jsou připraveni skutečně uplatňovat.

5. Kritéria hodnocení práce

Splnění cíle práce	Cílem autorky bylo zřejmě souborně pojednat o právních aspektech souvisejících s medicínou na pomezí intenzivní a paliativní péče zejména v závěru života pacienta, což práce v podstatné míře plní.
Samostatnost při zpracování tématu včetně zhodnocení práce z hlediska plagiátorství	Nemám k dispozici žádné poznatky, které by svědčily o tom, že by práce nebyla zpracována samostatně nebo že by byla plagiátem.
Logická stavba práce	Zvolené téma, vymezené nikoli názvem, ale jak uvádím výše, spíše v širokém pojetí vybraných právních aspektů týkajících se rozhodování na konci života pacienta, je poměrně široké. Autorka se ho snaží vyčerpávat v poměrně velkém záběru. Z tohoto pohledu má práce na jednu stranu logickou strukturu – jednotlivé kapitoly se snaží postihnout různé souvislosti, na druhou stranu ovšem takto vytvořený text není zcela sourodý, jednotlivé kapitoly jsou pojaty (i metodicky) odlišně, byť se jimi některé ideje prolínají.
Práce se zdroji (využití cizojazyčných zdrojů) včetně citací	Práci se zdroji považuji za převážně vyhovující. V porovnání využití jednotlivých zdrojů je nejlepší práce autorky s anglicky psanou literaturou. Co se týče zdrojů domácí (české) provenience, zde mám dvě výhrady: jednak v řadě případů autorka sice prezentuje jmenovitě názory různých autorů, ale ne vždy cituje, z jakého díla (případně z jaké konkrétní pasáže) názor reprodukuje; jednak dosti často se v práci tvrdí, že něco v klinické praxi nějak je či se děje, případně že nějaké názory jsou (například veřejností) zastávány, ale bez opory v konkrétně uvedených pramenech. Je pochopitelné, že ne vše lze podložit sociologickými studiemi, ale problémem tohoto přístupu je nefalzifikovatelnost předkládaných tvrzení, že něco je běžné, že to je běžně zastáváno atd. To lze ilustrovat třeba na str. 67-69, kde autorka poměrně ostře kritizuje českou odbornou i laickou veřejnost (takto paušálně označenou) za názory

	<p>k eutanazii, ale není zřejmé, z čeho čerpá údajné názory této veřejnosti, které posléze vyvrací. Obdobně na str. 86: „<i>tvrzení opakovaně zaznívajících v českém prostředí, že totiž lze nepokračovat v intermitentní léčbě, neboť v takovém případě lékař nekoná, avšak nelze ukončit kontinuální léčbu, neboť v takovém případě lékař koná, není správné a v kontextu současné klinické praxe není udržitelné</i>“ – s tímto názorem autorky mohu souhlasit, ale bylo by vhodné, aby uvedla pramen, z něhož plyne, kdo uvedenou tezi v českém prostředí (opakovaně) zastává. Anebo na str. 93: „<i>Stále zaznívá názor, že „pacienta lze nenapojit, pokud v tomto smyslu vyjádřil svou vůli, v okamžiku, kdy je pacient napojen, ho však už nelze odpojit, i kdyby pacient další léčbu odmítal</i>“.“ – s autorkou i tu věcně souhlasím, ostatně jsem to vyjádřil vícekrát i publikačně, ale ani zde se neobjevuje, odkud citované nesprávné tvrzení podle ní pramení.</p>
<p>Hloubka provedené analýzy (ve vztahu k tématu)</p>	<p>Autorkou vymezené téma je velice široké, tudíž nelze mít za to, že hloubka provedené analýzy je rovnoměrná a že ve všech případech vyčerpává všechny aspekty, na druhou stranu taková ambice by byla zřejmě jen obtížně naplnitelná. Za podstatné považuji, že dosavadní českou právní diskusi o tématu autorka obohacuje o některé pohledy, které v ní dosud nebyly tolik zdůrazněny, mám zde na mysli zejména volání po rozlišení hodnocení marnosti (neúčelnosti atd.) léčby ze striktně medicínského, a širšího nemedicínského (či nejen medicínského) hlediska.</p>
<p>Úprava práce (text, grafy, tabulky)</p>	<p>K formální úpravě práce nemám námitek, grafy a tabulky se v práci s ohledem na její zaměření, pojetí a obsah ani nevyskytují.</p>
<p>Jazyková a stylistická úroveň</p>	<p>Jazyková a stylistická úroveň je převážně na velmi dobré úrovni. Pokud jde o jazyk a styl psaní, práce je napsána srozumitelně a čtivě. Nevyhnula se zcela drobným písařským chybám (překlepy, chybějící či přebývající interpunkce, „<i>Terriho Schiavy</i>“ na str. 12 – Terri Schiavo byla žena), ale s ohledem na rozsah textu jich není příliš mnoho. Určité nedostatky, které nejsou zásadní z hlediska pochopení smyslu práce, ale stály by podle mého názoru za zvážení autorkou, neboť poněkud narušují vnímání práce čtenářem, spatřuji např. v:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nepřekládání výrazu „section“ (v textu se pak objevují spojení typu „<i>Section 4Mental Capacity Act 2005 upravuje</i>“ na str. 37) či užívání výrazu „<i>britský House of Lords</i>“ (str. 71) – v rámci USA ale hovoří o „nejvyšším soudu“; střídání

	<p>anglických a českých pojmů majících podobnou roli na mě působí rušivě a není konzistentní</p> <ul style="list-style-type: none"> - užívání výrazu „národní soudy“ pro soudy jednotlivých států v rámci USA (str. 42-43) - užívání spojení typu „<i>francouzského Public Health Code</i>“ (na str. 46) – originálním jazykem tohoto předpisu je francouzština (je to <i>Code de la santé publique</i>), tudíž citování z angličtiny či v angličtině zde nedává smysl, obdobně „<i>francouzském Code of Medical Ethics</i>“ tamtéž, „<i>francouzského Administrative Courts Code</i>“ na str. 47 – zde by podle mého mínění bylo lepší držet se buď francouzštiny, nebo češtiny
--	--

6. Připomínky a otázky k zodpovězení při obhajobě

V práci se na více místech objevuje myšlenka v následujícím duchu (zde cituji ze str. 24): „*v situaci, kdy léčba nemůže vyvolat předpokládaný fyziologický efekt, nemá fyziologický potenciál, není klinicky indikovaná, je úvaha o marnosti léčby úvahou náležející výhradně lékařovi, v situaci, kdy je třeba porovnat přínos léčby se zátěží a riziky spojenými s léčbou, je úvaha o marnosti léčby úvahou náležející pacientovi nebo osobě, která pacienta zastupuje*“. Navrhuji při obhajobě diskusně rozvinout, a to zcela v rovině občanského práva, druhou část této teze, tedy že nad rámec samotné klinické indikace náleží úvaha pacientovi.

Znamená to „pouze pacientovi“, nebo „též pacientovi“ (v nějaké součinnosti s lékařem)? Dále, vyjdeme-li z předpokladu, že většina zdravotní péče se poskytuje v právním poměru založeném smlouvou, jaká je míra autonomie lékaře coby smluvní strany? Právo mu ukládá někdy léčit i tehdy, pokud by se k tomu sám nechtěl zavázat (nechme stranou morální aspekt, Hippokratovu přísahu apod.), ale je to vlastně omezení jeho svobody coby soukromého subjektu, mělo by toto omezení být vykládáno restriktivně jako jiná omezení svobody? A dále, mělo by se při uvedené úvaze přihlížet též k tomu, že poskytování péče, která podle názoru lékaře nepřináší pacientovi velký benefit (ale není fyziologicky futilní, jak tento výraz autorka v práci užívá) může znamenat vynaložení zdrojů, které pak mohou chybět v péči o jiné pacienty, přičemž lékař zde do určité míry plní společenskou roli „přidělovatele“ těchto zdrojů, tudíž má mít právo posuzovat i širší rozvahu „přínosů“ a „nákladů“, než jenom „fyziologický potenciál“?

Doporučení/nedoporučení k obhajobě	práce	Práci doporučuji k obhajobě před příslušnou komisí pro obhajobu disertační práce.
---	--------------	---

V Praze dne 7. června 2020

Tomáš Holčapek