

3. ROZHODOVÁNÍ O ZDRAVOTNÍ PÉČI V ZÁVĚRU ŽIVOTA: POKUS O ETICKO-FILOSOFICKOU REFLEXI

Josef Kuře

3.1 Úvod

V této kapitole půjde o to zkoumat, v jaké situaci a v jakém kontextu probíhají procesy rozhodování o zdravotní péči v závěru života, a všítat si přitom toho, co je ve hře při těchto procesech z morálního hlediska. Následující text se zabývá některými etickými a filosofickými aspekty tohoto rozhodování.²¹⁷ Cílem je popsat, **kdy** toto rozhodování probíhá, v jaké klinické, osobní a existenciální situaci dochází k rozhodování o zdravotní péči v závěru života, koho se toto rozhodování týká z hlediska aktérství a na koho toto rozhodování dopadá. Dále se zde budeme zabývat tím, **co** je předmětem rozhodování, jaké modalities zdravotní péče padají v úvahu, mezi jakými možnostmi se rozhoduje. Klíčovou otázkou přitom je, **kdo** je rozhodujícím subjektem, zda pacient, nebo někdo jiný, případně pacient spolu s někým jiným. S tím

.....

217 Dřívější verze tohoto textu byla publikována v: KUŘE, J. Etika rozhodování o zdravotní péči v závěru života. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* 2020, 10(2), s. 84–104.

souvisí další důležitý moment, totiž **jak** vlastně proces rozhodování probíhá, podle jakých kritérií se rozhodování děje, čím se proces rozhodování řídí, podle jakých hodnot se rozhodování orientuje, například podle hodnot pacienta deklarovaných pro určité klinické situace nebo na základě (extrapolace) nejlepšího zájmu pacienta.

Rozhodování o zdravotní péči v závěru života v podstatě je etickou otázkou, není technicistním medicínským rozhodnutím, je mravním rozhodováním. Tento zásadní moment bývá v praxi mnohdy docela přehlížen a toto rozhodování je bráno čistě technicky a realizováno depersonalizovaně, ba i dehumanizovaně. Ve skutečnosti se do tohoto rozhodování promítá nejen klinická faktografie, medicína založená na datech a evidenci (evidence based medicine), ale i osobnost lékaře a jeho klinická a lidská zkušenost, stejně jako zkušenost a osobnost všech dalších zdravotníků a nezdravotníků, kteří se na tomto rozhodování podílejí, v neposlední řadě se pak do něj promítá pacient jako takový, jeho osobnost, jeho nitro, jeho životní příběh, stejně jako jeho názor a náhled na svět a na život.

V zásadě zde jde o morální problém. Jeho řešení se promítá do všech dalších rovin, resp. řešení tohoto problému se děje zároveň na dalších rovinách, ať už jde o rovinu vztahů (pacienta – lékařů – příbuzných – dalších zdravotníků i nezdravotníků) a prožívání a dopadu na psychiku (stres, diskomfort, atd.), o rovinu (dobré) klinické praxe, o rovinu respektu k jedinečnosti, důstojnosti a sebeurčení nemocného a odcházejícího člověka, o psychosociální podporu, kterou mu je na systémové rovině povinována společnost jako celek (např. vytvořením odpovídajícího systému sociální a duševní podpory), či o psychosociální podporu, kterou mu na rovině lidské sounáležitosti jsou povinováni jeho blízcí, nebo o rovinu poskytování zdravotní péče v souladu s právními normami.

3.2 Rozhodování jako morální kategorie

Rozhodování je komplexní aktivitou označující nezbytné momenty aktu vůle předcházejícího a provádějícího každé jednání. Komplexita rozhodování je rovněž dána kontinuitou rozhodovacího procesu, který reaguje na měnící se podmínky a okolnosti situace, jíž se rozhodování týká. V tomto případě se rozhodování týká zdravotní péče v závěru života. Zpravidla nejde tedy o pouhé rozhodnutí, zda učinit či neučinit x ; přičemž x je konkrétním jednáním. Daleko spíše jde o to, zda x učinit za dané situace s ; přičemž s není konstantou, ale libovolně proměnnou zahrnující spoustu jednotlivých faktorů.

Nejde tedy o jedno jediné rozhodnutí, ale o rozhodování jako proces, v němž probíhají jednotlivá rozhodnutí právě v závislosti na měnících se podmínkách a okolnostech, například na progresi choroby. Nejde zde také o pouhé rozhodnutí, kterou z možností, jež připadají v úvahu a jsou prakticky k dispozici, zvolit, ale jde o rozhodnutí, kterou z možností zvolit za daných podmínek. Rozhodování je tedy něco víc než pouhá volba jako výběr z několika možností.

Pro správnost tohoto výběru pak je důležité srovnání možností, z nichž byl výběr dělán. Navíc nejde o jednorázové rozhodnutí, ale o rozhodování jako procesuální záležitost. To je jazykově vyjádřeno nedokonavým videm (rozhodovat – rozhodování). Jde tedy o situačně orientované rozhodování. Nikoliv ovšem o libovolně situační rozhodnutí, ale o rozhodnutí, které se točí kolem středu, jímž je daný pacient a jeho klinická situace. Tím, že pacient je centrem rozhodnutí i rozhodování, nabývá zásadního významu nejen jeho klinická situace, ale jeho osobní a životní situace, tedy pacientova perspektiva, klinická situace viděna a hodnocena pacientem samotným: Buďto explicitním vyjádřením nebo extrapolováním a odhadováním skutečného pacientova hodnocení situace.

Pokud je aktérem rozhodování pacient, jedná se o **dobrovolné rozhodování**, o jednání, jehož počátek je „v jednající osobě, a to

tak, že zná také jednotlivé okolnosti jednání“.²¹⁸ Takové jednání je záměrnou volbou na základě správného úsudku a rozvahy, je dobrovolným jednáním, protože je jednáním na základě rozvahy. Pokud je pacient kompetentní k rozhodování a jednání, je původcem svého jednání, které je svobodnou volbou toho, co má pacient ve své moci.²¹⁹ Pacient tedy jedná podle svého rozhodnutí, jestliže jednáním uskutečňuje to, co uvážil; dobrovolně je to, co se na rozhodování zakládá, jestliže se rozhoduje po zralé úvaze, jedná dobrovolně.²²⁰ Rozhodování se týká jak cílů, tak prostředků, zejména tehdy, kdy cíl není pouze jeden, a to konsensuálně daný – zdraví, ale rozhodování se děje na základě rozvahy o cíli (např. není-li úzdrava možná) a následně o volbě vhodných prostředků k cíli. Tím se rozhodování o zdravotní péči v závěru života významně liší od každého jiného klinického rozhodování, při němž jde pouze o volbu vhodných prostředků k cíli, jímž je zdraví, jeho udržení či znovunabytí. V situaci závěru života úzdrava není reálným cílem.

Komplexita rozhodování tu je dána zejména prolínáním klinické situace a osobního hodnocení (pacientovy preference a hodnoty) a kontinuitou reagování, přehodnocování a nového rozhodnutí (rozhodování) v čase v důsledku měnící se (klinické) situace. Takže jde o to, zda učinit jednání j_n v klinické situaci s_n , s ohledem na (morální) hodnotu h_n a její konkrétní situační význam pro pacienta. Přitom platí, že j , s , i h jsou proměnné. Navíc platí, že může jít nejen o jednu jedinou modalitu jednání, ale o větší počet modalit najednou, tedy více možností j . Krom toho jedna skupina modalit může být negativními eliminacemi v tom smyslu, že rozhodnutí je o tom, že tyto modalitty nebudou použity (například nebude prováděn chirurgický invazivní výkon), případně že již některé poskytované modalitty dále nebudou používány

.....

218 ARISTOTELÉS, *Etika Nikomachova*. Praha: Rezek 1996, s. 71 (1111a).

219 Tamtéž, s. 72n. (1111b–1112a).

220 ARISTOTELÉS, *Magna moralia*. Praha: Rezek, 2005, s. 35 (1189a–b).

(například bude ukončena podávaná chemoterapie). Jiné modalities mohou být pozitivními volbami, kdy začnou být využívány medicínské postupy, které dříve nebyly používány (například některé postupy paliativní medicíny). Zatímco modalit může být pro jedno rozhodnutí *j* i více než jedna, klinická situace *s* bude v danou chvíli pouze jedna, nicméně mohou v ní být zohledněny další pravděpodobné klinické situace, které nejspíš v blízkém čase nastanou (prognóza). K takovému posouzení je zapotřebí medicínská expertiza a klinická zkušenost. Obdobně může jít z hlediska hodnot *h* o jednu jedinou naprosto dominantní hodnotu, ale může jít i o několik hodnot současně, přičemž v takovém případě bude důležitý význam, který jednotlivá hodnota má pro daného pacienta, jaké místo pro něho zaujímá v jeho hodnotové škále a jak moc je pro něj tato hodnota důležitá v jeho konkrétní klinické, osobní, sociální a existenciální situaci. Navíc se může jednat o hodnotu různého druhu, např. o hodnotu intrinsitní nebo instrumentální (viz níže 3.3).

Samotné **rozhodnutí** lze charakterizovat jako intencionální akt zdůvodněné volby mezi vícero možnostmi. Pro rozhodnutí je podstatná (1) aktivita, v níž reagujeme na danou situaci, (2) cíl, který jednáním sledujeme, (3) způsob, jakým uskutečňujeme cíl jednání (tj. prostředky a nástroje, které k tomu volíme). Cíl jednání se vztahuje k určité hodnotě (viz níže 3.3). Z toho pak pro rozhodování o zdravotní péči v závěru života vyplývá, že jednotlivé medicínské modalities nejsou cíli, které jsou jednáním sledovány, ale nástroji, pomocí nichž je uskutečňován cíl jednání. Účelnost jednání je tedy dána tím, že modalities zdravotní péče (jednotlivé lékařské a ošetrovatelské postupy, stejně jako postupy dalších profesí, jako je psycholog, sociální pracovník či duchovní) nejsou samoučelné, ale jsou právě pouhými prostředky, jejichž smysl spočívá v tom, že mohou a mají napomáhat v dosažení cíle jednání, že tedy jsou **účelné**. Rozhodnutí je nutné především v situacích, které pro nás jsou nové či neobvyklé; v každodenních situacích nám rozhodování usnadňuje navykklý způsob jednání, takže nejsme vystaveni tlaku rozhodnutí a rozhodování. Mnohdy

se ani nemusíme rozhodovat, jednáme na základě rutiny, zvyku, automatismu. To se ale týká jednání a rozhodování, která patří k naší každodenní samozřejmosti. Závěr lidského života zpravidla vybočuje z této samozřejmosti. Přinejmenším z perspektivy jedince, který se nachází v situaci života na jeho konci. Pro něho není závěr života něčím, kde si vytvořil obvyklé způsoby jednání, ale naopak je situací zcela novou, neobvyklou a unikátní, v tom smyslu, že jí člověk prochází pouze jednou v životě. Tím je dána specifčnost rozhodování v takovéto – z osobní a existenciální perspektivy terminálně nemocného – bezprecedentní situaci.

Pro rozhodování je rovněž důležité, že ten, kdo se rozhoduje, kdo činí rozhodnutí, je aktérem, je autorem jednání, je jednajícím subjektem (moral agent).²²¹ A jako morální subjekt odpovídá za svoje jednání a rozhodnutí. Lze předpokládat, že jedná racionálně, tj. v rámci svého nejlepšího zájmu, rozhoduje se pro to, co pro sebe považuje za nejlepší. K tomu ovšem jako nutnou podmínku potřebuje odpovídající epistemickou bázi: relevantní informace a porozumění jim i svému zdravotnímu stavu. Morální subjektivita jednajícího se v našem kontextu může vztahovat nejen na pacienta, ale i na lékaře (v jednotném i množném čísle), zejména nemá-li pacient aktuálně či kontinuálně ztrátu schopnosti rozhodování; může se vztahovat případně i na další osoby, které vstupují do procesu rozhodování v situacích, kdy pacient o sobě a o svojí zdravotní péči nemůže rozhodovat, protože k tomu už nemá schopnosti (např. má změněné či zmenšené vědomí nebo utrpěl celkovou ztrátu vědomí).

Z filosofického hlediska je význam rozhodování v obecné rovině dán tím, že spoluutváří subjektivitu člověka. Subjektivita znamená, že člověk určuje svůj život, je jednajícím a konajícím

.....

221 Viz OSHANA, M. Self-identity and moral agency. In: KÜHLER, M. – JELINEK, N. (eds.). *Autonomy and the Self*. Dordrecht: Springer, 2013, s. 231–252.

subjektem, nikoliv objektem (předmětem), který by byl určován někým druhým, o němž by rozhodoval někdo druhý (jiný konající subjekt). Člověk je sám sebou, je tím, kdo o sobě rozhoduje, je aktérem, je tím, kdo utváří děj, je subjektem děje, nikoliv něčím (objektem), o čem je rozhodováno jinými. Pouze subjektivita umožňuje odpovědné realizování lidské existence a jejich výzev. Volba sama jako výběr z možností otevírá další morální rozměr jednání. Už pouhá volba, která spočívá ve volbě pouze jediné modalitě (tedy udělat *A* či neudělat *A*), je morálním jednáním: ať se člověk rozhodne pro realizování *A* nebo pro nerealizování *A*, jedná, a nemůže nejednat. S nadsázkou lze říct, že je odsouzen ke svobodě, ke svobodné volbě. Rozhodování, jež je volbou mezi několika modalitami (například konzervativní či radikální formy terapie), je ještě komplikovanějším morálním jednáním než předchozí situace jediné modalitě. Často totiž nejsou bezprostředně jasné a zřejmé přednosti a negativa jednotlivých možností volby, takže rozhodnutí zároveň vyžaduje proces přemýšlení a zvažování, které slouží k ujasnění předností i záporů, navíc v síti různých možností či jejich kombinací. Tento proces může být různě dlouhý a různě obtížný.

Jednotlivé možnosti volby si totiž mohou konkurovat, v průběhu času mohou měnit svoji významnost. Takže jedny možnosti budou upřednostněny, jiné upozaděny. Jednotlivé možnosti souvisejí s hodnotami nikoliv empirickými, ale morálními. Proto je třeba diferencovat hodnoty, jichž se jednotlivé možnosti týkají. Z tohoto hlediska rozhodování obsahuje odvažování hodnot. To je přinejmenším ze subjektivního hlediska rozhodující pro proces volby. Takže rozhodnutí je uměním a schopností, jíž člověk jako jednající subjekt situaci, v níž jedná, dodává určitou jednoznačnost svému životu. Lze říct, že rozhodnutí je z tohoto hlediska rozhodností, je subjektivním přiznáním se k určitým hodnotám. Otázka rozhodnutí a konání je otázkou celého života. Rozhodnutí a následné jednání je odpovědí na existenci jako takovou. Možnost se rozhodnout a konat je nakonec vším, co lidská existence může. Rozhodnutí je odpovědí jedince dávanou na existenci a její výzvy.

Z hlediska správnosti je možné říct, že správným rozhodnutím je takové, které následně vede k tomu, že ten, kdo ho učinil, ho vnímá jako soulad se svojí existencí a s tím, jak ji chápe, že rozhodnutí smysluplně zapadá do jeho životního příběhu. Takže jenom *správné* rozhodnutí je *skutečným* rozhodnutím.

3.3 Hodnoty

Jednou z oblastí, kterých se rozhodování o zdravotní péči specifickým způsobem týká, je oblast morální. Ta souvisí nejen s modalitami rozhodování a vlastním procesem rozhodování, ale především se základem, z něhož rozhodování vychází, a tím jsou **morální hodnoty** a jejich význam pro život člověka – v obecné rovině i v situační rovině, tedy v konkrétní dané situaci. Jde tedy o začlenění morálních hodnot do rozhodovacího procesu. Určujícím faktorem pro rozhodnutí tu je hodnotový soud, tedy normativní rozvaha o významu té či oné hodnoty a míře tohoto významu pro toho či onoho jedince v té či oné situaci. Je zřejmé, že se mravní úsudek o správnosti jednání a rozhodnutí výrazně liší od čistě medicínského algoritmu daného zejména hodnotami laboratorními a fyziologickými, které navíc lze snadno a velmi přesně měřit. Je třeba podotknout, že se tu setkávají dva docela odlišné světy hodnot: svět hodnot empirických (fyziologických, biochemických, biofyzikálních atd.), měřitelných přístroji a laboratorními metodami, a svět jiných hodnot než hodnot empirických, včetně hodnot morálních. První typ hodnot je pro klinické rozhodování podstatnou medicínskou informací a lékaři jsou v rozpoznávání těchto hodnot a orientování se v jejich významu skvěle trénováni. Morální hodnoty a vůbec hodnoty jiné než přírodovědně-empirické jsou informacemi úplně jiného druhu.

Pro jednoduchost lze **hodnotu** definovat jako **to, co je důležité**, jako něco, co je pro člověka hodnotné, významné a hodné úsilí, co si přeje a co uznává, co proto (pro sebe) považuje za *dobré*. „Hodnota má tu význačnou vlastnost, že plní jistou funkci