UNIVERZITA KARLOVA
1. lékařská fakulta

Číslo výzvy:	02_16_015
Název projektu:	Zvýšení kvality vzdělávání na UK a jeho relevance pro potřeby trhu práce
Číslo projektu:	CZ.02.2.69/0.0/0.0/16_015/0002362
Příjemce:	Univerzita Karlova
Řídící orgán:	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

Ekonomické, právní a etické aspekty řízení a poskytování zdravotní péče II

Studijní texty

pro studijní programy Všeobecná sestra a Intenzivní péče

Dílo „Ekonomické, právní a etické aspekty řízení a poskytování zdravotní péče II“ autora 1 LF UK je vydáno pod licencí Creative Commons BY-SA 4.0.

EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

Ekonomické, právní a etické aspekty řízení a poskytování zdravotní péče I

Editor: Mgr. Jana Heczková, Ph.D.

Autorský kolektiv:

Mgr. Lenka Jeřábková

Mgr. Veronika Kulířová

Ing. Mgr. Petra Králová

Recenze:

Mgr. Miluše Kulhavá

Mgr. Zuznana Pražáková

Ústav teorie a praxe ošetřovatelství

1. lékařská fakulta

Univerzita Karlova

Rok vydání: 2019

ISBN: 978-80-270-7270-5

Obsah

1. Péče lege artis 5

1.1. Pojem a obsah péče lege artis 5

1.2. Právní důsledky péče non lege artis 7

1.3. Výjimky z péče non lege artis 7

1.4. Zdravotník a odmítnutí výkonu 8

1.5. Zdravotník a odmítnutí výkonu pacientem 9

1.6. Odmítnutí péče (negativní reverz) 9

2. Soukromí pacienta a povinná mlčenlivost zdravotnického pracovníka, zdravotnická dokumentace 15

2.1. Právní a etické souvislosti mlčenlivosti a jejího prolomení 15

2.2. Oznamovací povinnost, zdravotník a týrané děti nebo svěřené osoby 16

2.3. Zdravotnická dokumentace 17

3. Informovaný souhlas 24

3.1. Právní úprava a etické souvislosti 24

3.1.1. Obsah informovaného souhlasu 26

3.2. Zdravotní péče poskytovaná bez souhlasu pacienta 27

3.2.1. Hlášení soudu 28

3.3. Zástupné rozhodování, etické a právní aspekty 28

3.4. Pravdivé sdělování závažné diagnózy 29

4. Práva a povinnosti občanů v péči o zdraví 34

4.1. Práva pacientů v péči o zdraví 34

4.2. Diskriminace a spravedlnost ve zdravotní péči 38

5. Etické a právní otázky v intenzivní a v urgentní péči 43

5.1. Etické a právní otázky v intenzivní péči a v urgentní péči 43

5.2. Evropské dokumenty pro intenzivní medicínu a péči 44

5.3. Dětská intenzivní a urgentní péče 44

5.4. Poskytování informací o pacientovi v bezvědomí (bez souhlasu pacienta) 45

5.5. Etické problémy spojené s resuscitací 45

5.6. Rozhodování o změně z intenzivní léčby na bazální léčbu 46

5.7. Marná léčba 47

5.8. DNR (Do Not Resuscitace) 48

6. Etické a právní otázky transplantace 53

6.1. Etické a právní otázky transplantace 53

6.2. Odběr od živých a odběr od mrtvých dárců 54

6.3. Transplantace v České republice 58

7. Etické a právní otázky asistované reprodukce 65

7.1. Základní pojmy asistované reprodukce 65

7.2. Dělení asistované reprodukce 66

7.3. Právní otázky asistované reprodukce 66

7.4. Etické problémy asistované reprodukce 68

7.4.1. Preimplantační diagnostika, nadpočetná embrya, sdělování dárcovství 68

7.4.2. Surogátní (náhradní) mateřství 70

8. Etické a právní otázky umírání a smrti 75

8.1. Péče o umírající, fáze umírání 75

8.2. Paliativní péče 77

8.3. Eutanázie, etické a právní souvislosti 79

8.4. Diagnostika smrti, péče o mrtvé tělo, mrtvé tělo jako předmět vlastnictví, pitva zemřelého 81

1. Péče lege artis

Mgr. Veronika Kulířová

Mgr. Lenka Jeřábková

Obsah kapitoly

- Pojem a obsah péče lege artis.
- Právní důsledky péče non lege artis a disciplinární odpovědnost.
- Výjimky z péče non lege artis.
- Zdravotník a odmítnutí výkonu.
- Pacient a odmítnutí výkonu.
- Odmítnutí péče – negativní reverz.

1.1. Pojem a obsah péče lege artis

Základní povinností zdravotníků je postupovat tzv. lege artis. Pojem lege artis nebo také lex artis vznikl zkrácením *de lege artis medicinae*. V obecně závazných právních předpisech však tento pojem není legální definicí, přesto je zdravotníky a právníky dlouhodobě a běžně používán. Ekvivalentem pojmu lege artis může být také **náležitá odborná úroveň** (ČLK 2007).

Postup lege artis znamená postup podle pravidel lékařského umění. Ekvivalentem pojmu je také náležitá odborná úroveň. Podle zákona č. 372/2011 Sb., §4 odst. 5 *„Náležitou odbornou úrovní se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti“*.

Za právní základ je tedy považován zákon č. 372/2011 Sb. zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zkráceně: **zákon o zdravotních službách**). Zákon vyšel v platnost dne 8. 12. 2011, avšak v celé v účinnosti je od 1. 4. 2012, a nahradil zákon č. 20/1966 Sb., o péči zdraví lidu.

Podle zákona č. 372/2011 Sb. je každý zdravotnický pracovník povinen vykonávat své povolání v rozsahu, způsobem a podle zásad, které jsou stanoveny Ministerstvem zdravotnictví ČR s příslušnou profesní komorou (Mach, Horáková 2018).

V Úmluvě o lidských právech a biomedicíně je v kapitole 1, v článku 4 doslovně stanoveno: *„Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu, je nutno provádět v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy.* "

V Etickém kodexu České lékařské komory v §2, v článku 1 je uvedeno: „Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného nebo jeho zákonného zástupce (Mach 2013)."

Redefinice lege artis

Nový zákon o zdravotních službách č. 372/2011 zavádí novou redefinici pojmu lege artis a pacient má podle § 28 odst. 2 zákona *„právo na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni".* Toto ustanovení je třeba vykládat za pomoci § 4 odst. 5 zákona, vymezující*: „Náležitou odbornou úrovní se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů**, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti."***

Tento nový kodex se tak stává pro pacienty výrazným posílením jejich postavení. Postupovat dle lege artis je však také ohraničeno ekonomickými možnostmi konkrétního zdravotnického zařízení. Pro praxi je myšleno, že například jinou odbornou péči může pacient dostat ve specializovaném špičkovém zařízení a jinou v malé nemocnici, kde má službu jen jeden odborný lékař, který však musí použít všech dostupných a vhodných metod, které v té chvíli má a jejich využití by bylo po něm spravedlivé požadovat. K tomuto se také vyjádřil Ústavní soud ve spisu zn. Pl ÚS 36/11 (publikováno ve Sbírce zákonů pod č. 238/2013 Sb.): prostředky veřejného zdravotního pojištění musí plně krýt kvalitní, plnohodnotnou a účinnou péči jakožto péči standartní a z ústavních i zákonných principů nelze tuto péči dělit na levnější a dražší. Všichni pojištěnci by měli mít stejnou měrou nárok na takové ošetření a léčbu, jenž odpovídá objektivně zjištěným potřebám a požadavkům náležité úrovně a lékařské etiky (Mach, Horáková 2018).

1.2. Právní důsledky péče non lege artis

Non lege artis je péče v rozporu s pravidly lékařské vědy a s uznávanými postupy; je to neodpovídající péče či nečinnost, nevyužití všech dostupných a vhodných metod ale také péče bez souhlasu pacienta nebo bez jeho informovanosti (Mach 2013).

V medicínské praxi se používá označení non lege artis nejen v situaci, kdy jde o postupy neověřené, ale i o situaci, kdy jde o postupy zastaralé, méně účinné nebo dokonce nebezpečné. Tato péče je právním řádem hodnocena jako pochybení úmyslné nebo jako nedbalost (nejčastější případy) (Mach, Horáková 2018).

O péči **vitium artis** se podle judikatury českého Nejvyššího soudu jedná, kdy jde o malou chybu v jinak celkově správném lékařském postupu, který je proto stále *lege artis*. Jde o chybu sice neúmyslnou a nevědomou, přesto ale učiněnou v nevědomé nedbalosti. Příkladem může být špatná diagnostika při časové tísní (Prudil 2017).

V soudní praxi však docházelo k tomu, že postup lékaře původně hodnocen vitium artis byl soudy shledán jako non lege artis. Česká lékařská komora proto již dlouhodobě navrhuje tento termín již neužívat a nahradit jej závěrem, že došlo **k naplnění přípustného rizika výkonu** a není profesní porušení povinností zdravotníka (Ptáček, Bartůněk, Mach 2013).

1.3. Výjimky z péče non lege artis

Postup, který by byl jinak jednoznačně non lege artis nemusí být protiprávní, pokud je použit v několika specifických situacích, jako je výzkum, krajní nouze, souhlas pacienta a přání pacienta.

Výzkum

Při výzkumu jsou zkoušeny preventivní, diagnostické nebo terapeutické postupy, které nejsou obvykle široce přijímány odbornou veřejností, protože důkazy pro účinnost se teprve hledají, a proto by se jednalo o postup non lege artis. Za splněných podmínek daných zejména Úmluvou o lidských právech a biomedicíně však jde o postup lege artis.

Krajní nouze

V krajní nouzi jde obvykle o situaci, kdy dvě právní normy vydávají protichůdné pokyny. Lékařovou povinností je odvrátit riziko pro pacienta i za cenu, že bude postupovat non lege

artis. Například jsou pacientovi zlomeny končetiny při záchraně života způsobené autonehodou (Mach, Horáková 2018).

Souhlas pacienta

Za non lege artis je pokládán jakýkoliv výkon, pokud s ním pacient nesouhlasí, tedy pokud nevyjádří informovaný souhlas. V případě, kdy pacient nemůže z důvodu poruchy vědomí souhlas vyjádřit a jeho zdraví je vážně ohroženo, poskytuje se péče bez jeho souhlasu. Mezi tyto situace patří také případy krajní nouze, kdy nelze souhlas pacienta vyžádat (Prudil 2017).

Přání pacienta

Respektování písemného přání pacienta je podmínkou nutnou k tomu, aby byl daný výkon lege artis. Ani přání pacienta však lékaře neopravňuje k provedení výkonu, který je za daných okolností non lege artis (Mach 2013).

1.4. Zdravotník a odmítnutí výkonu

Odmítnutí přijetí pacienta do péče nelze uplatnit, když se jedná o (Mach, Horáková 2018):

- neodkladnou péči,
- porod,
- ochranu veřejného zdraví nebo ochranu zdraví při práci,
- krizovou situaci,
- ochranné léčení nařízené soudem,
- návaznost zdravotní péče Vězeňskou službou.

Odmítnutí přijetí pacienta do péče lze za podmínek:

- jestliže se pacient nebo zákonný zástupce neprokáže průkazem totožnosti,
- překročení únosného pracovního zatížení, netýká se urgentní péče,
- provozní důvody, personální zabezpečení nebo technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení,
- je pojištěncem zdravotní pojišťovny, se kterou nemá poskytovatel uzavřenou smlouvu,
- vzdálenost místa pobytu pacienta neumožňuje poskytování zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost.

Výhrada svědomí

Zdravotnický pracovník může odmítnout poskytnutí zdravotních služeb pacientovi v případě, že by jejich poskytnutí odporovalo jeho svědomí nebo náboženskému vyznání. To vymezuje zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, § 50 práva zdravotnického pracovníka (Mach 2013).

1.5. Zdravotník a odmítnutí výkonu pacientem

Zdravotník musí respektovat vůli způsobilého a poučeného pacienta; tedy jeho autonomii. Vždy musí postupovat v nejlepším zdravotním zájmu nezpůsobilého i v případě nesouhlasu zákonných zástupců a v ohrožení života nezletilého pacienta. Svou péči je však nutno objektivizovat a vše dokumentovat, a to vždy povinnou písemnou formou. Pokud pacient odmítne zdravotní výkon je nutno vytvořit dokument, který se nazývá negativní reverz (Mach, Horáková 2018).

1.6. Odmítnutí péče (negativní reverz)

Každý pacient má právo odmítnout určité zdravotnické služby a vyjádřit s nimi svůj informovaný nesouhlas (Mach 2013).

Písemné právo pacienta na odmítnutí určité péče určuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách §34, odst. 3 „*Pacientovi, kterému byla podána informace o zdravotním stavu nebo se podání informace podle § 32 odst. 1 vzdal a který odmítá vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, nejde-li o případ, kdy lze zdravotní služby poskytnout bez souhlasu, je opakovaně podána informace o jeho zdravotním stavu v rozsahu a způsobem, ze kterého je zřejmé, že neposkytnutí zdravotních služeb může vážně poškodit jeho zdraví nebo ohrozit život. Jestliže pacient i nadále odmítá vyslovit souhlas, učiní o tom písemné prohlášení (reverz)*.“

Ve zdravotnictví je dlouhodobě také používán výraz negativní reverz. Nesouhlas musí být proveden písemně do zdravotnické dokumentace a musí mít určité náležitosti, které obsahují:

- údaje o zdravotním stavu pacienta a potřebném zdravotním výkonu,
- podrobné údaje o možných následcích a rizicích spojených s odmítnutím výkonu,
- místo, datum, hodina a podpis pacienta,
- prohlášení pacienta, že i přes poučení výkon odmítá,
- podpis zdravotníka (lékaře), místo podpisu, čas a datum.

Nemůže-li pacient negativní reverz podepsat, nebo pokud ho podepsat odmítá, je potřeba zajistit podpis svědka a do dokumentace napsat důvod, který pacientovi brání v podpisu. Pokud je více možností léčby lege artis, nemusí se podepisovat reverz. Je však potřeba tuto skutečnost uvést do dokumentace a nechat také podepsat (Vondráček, Wirthová 2009).

Negativní reverz u nezletilých a omezeně svéprávných pacientů

Pro negativní reverz u nezletilých a omezeně svéprávných pacientů platí následující pravidla:

- souhlas poskytuje zákonný zástupce,
- souhlas s poskytováním zdravotních služeb může poskytnout nezletilý pacient, pokud je přiměřeně rozumově dostatečně vyspělý, což může posoudit lékař,
- jedná-li se o neodkladnou zdravotní péči nezbytnou k záchraně života nebo k vážnému zamezení poškození zdraví lze péči poskytnout bez souhlasu zákonných zástupců i bez souhlasu nezletilého pacienta.

Právní specifiku dětských nezletilých pacientů vymezuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Možné je péči poskytnout taktéž přímo na základě souhlasu nezletilého, jestliže posouzení provedení takového zdravotního úkonu je přiměřené rozumové a volní vyspělosti jeho věku, což posuzuje sám lékař (Prudil 2017).

Rodičovskou odpovědnost vykonávají oba rodiče, ale je možno, aby jeden rodič rozhodl sám. Lékař pak již není povinen zjišťovat stanovisko druhého rodiče. Pokud se však jeden z rodičů aktivně přihlásí a vysloveně s postupem nesouhlasí a sám vyhledá lékaře, lze poskytovat jen neodkladné zdravotní služby o dalším postupu rozhoduje soud, a to na základě žádosti jednoho z rodičů. Soud může v případě, že je nebezpečí z prodlení, vydat i předběžné opatření, kterým předběžně, do konečného rozhodnutí, nahradí souhlas jednoho z rodičů (Mach 2013).

Nezletilému pacientovi lze bez jeho souhlasu a souhlasu zákonných zástupců poskytnout neodkladnou péči. V případě akutní neodkladné péče, při které by byl ohrožen život a zdraví nezletilého, a nesouhlasu zákonného zástupce rozhoduje také soud. Nezletilému lze také poskytnout neodkladnou péči bez souhlasu zákonného zástupce tehdy, když se jedná o podezření z týrání, zanedbávání nebo zneužívání. V této situaci je vždy potřeba o situaci informovat orgán sociálněprávní ochrany dětí (OSPOD) a Policii ČR (Mach, Horáková 2018). Stanovisko nezletilého pacienta je třeba brát v úvahu. Věková hranice rozumové vyspělosti je individuální. Obecně se však uznává, že nezletilý, kterému je 12 let, by měl mít za normálních okolností vlastní názor i schopnost pochopit vysvětlení lékaře. Nový občanský zákoník také stanovil hranici věku 14 let, kdy může nezletilý pacient vyjádřit svůj nesouhlas s lékařským výkonem do tělesné integrity nezletilého a nejedná se o neodkladný výkon (Mach, Horáková 2018).

Dokumentem, který popisuje práva hospitalizovaných dětí je **Charta práv dětí v nemocnici** a týká se hospitalizace dětí, práva na kontakt s rodinou, práva na informace, které odpovídají věku a chápání, práva mít vlastní oblečení, možnost si hrát…).

Svévolný odchod pacienta

Pokud pacient svévolně opustí lůžkové zdravotnické zařízení a je ve vážném zdravotním stavu, je potřeba kontaktovat rodinu a Policii ČR (Mach, Horáková 2018).

Sestra má povinnost ihned po zjištění svévolného odchodu informovat ošetřujícího lékaře a je potřeba provést podrobný záznam do zdravotnické dokumentace. Prevencí svévolných odchodů především dezorientovaných a neklidných pacientů je zvýšený dohled u těchto pacientů (Ptáček, Bartůněk 2014).

Kontrolní otázky

Jaký je obsah pojmu péče lege artis a kdy mohou být použity výjimky péče lege artis?

Pokud pacient není o průběhu léčby lékařem informován je postup lege artis?

Může zdravotnické zařízení odmítnout pacienta a za jakých podmínek?

Jaké jsou odlišnosti negativního reverzu u nezletilých pacientů?

Jak postupovat při svévolném odchodu vážně nemocného pacienta ze zdravotnického zařízení?

Použitá a doporučená literatura

ČLK. Etický kodex České lékařské komory, stavovský předpis č. 10. Česká lékařska komora, ©2011 [cit. 2019-09-20]. Dostupné z https://www.lkcr.cz/stavovske-predpisy-clk-212.html.

MACH, J. *Univerzita medicínského práva*. Praha: Grada. 2013. ISBN 978-80-247-5113-9.

MACH, J., HORÁKOVÁ, M. *Zdravotníci, právo a praxe*. Praha: Galén. 2018. ISBN 978-80-7492-371-5.

PRUDIL, L. *Právo pro zdravotnické pracovníky*. 2. ed. Praha: Wolters Kluwer. 2017. ISBN 978-80-7552-507-9.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., MACH, J. (eds.) *Lege artis v medicíně*. Praha: Grada. 2013. ISBN 978-80-247-5126-9.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. (eds.) *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. 2014. ISBN 978-80-247-5471-0.

VONDRÁČEK, L., WIRTHOVÁ, V. *Právní minimum pro sestry: příručka pro praxi*. Praha: Grada. 2009. ISBN 978-80-247-3132-2.

Prameny práva

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In *Sbírka zákonů ČR*, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211–1244.

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva o lidských právech a biomedicíně), 2001. In Sbírka mezinárodních smluv, částka 44, s. 1899-1919.

2. Soukromí pacienta a povinná mlčenlivost zdravotnického pracovníka, zdravotnická dokumentace

Mgr. Veronika Kulířová

Mgr. Lenka Jeřábková

Obsah kapitoly

- Právní a etické souvislosti mlčenlivosti a jejího prolomení.
- Zdravotník a týrané děti nebo svěřené osoby, oznamovací povinnost.
- Zdravotnická dokumentace.
- Nahlížení do dokumentace, archivace a skartování zdravotnické dokumentace.

2.1. Právní a etické souvislosti mlčenlivosti a jejího prolomení

Mlčenlivost o zdravotním stavu je základem důvěry mezi pacientem a zdravotníkem. Povinná mlčenlivost platí pro všechny zdravotníky, pro osoby získávající způsobilost pro zdravotnického pracovníka, ale i jiné odborné pracovníky v souvislosti s výkonem jejich povolání. Povinná mlčenlivost také platí i při změně zaměstnání, profese či odchodu do penze (Dolanský 2018).

Povinná mlčenlivost zdravotnického pracovníka je dána zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování), který nahradil zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, a vymezuje povinnost zachovávat mlčenlivost zdravotnickým pracovníkem o skutečnostech, o nichž se zdravotnický pracovník dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání (Dolanský 2018). V případě porušení mlčenlivosti hrozí trestný čin neoprávněné nakládání s osobními údaji.

Za neporušení mlčenlivosti se nepovažuje (Mach, Horáková 2018):

- souhlas pacienta s určením, komu možno informace a v jakém rozsahu sdělit,
- poskytování návazných služeb,
- ochrana vlastních práv,
- sdělování údajů pro potřeby trestního řízení,

- další zákonné důvody: revizní lékař, ochrana veřejného zdraví,
- plnění povinnosti překazit nebo oznámit spáchání trestného činu.

2.2. Oznamovací povinnost, zdravotník a týrané děti nebo svěřené osoby

Oznamovací povinnost

Povinná mlčenlivost zdravotníků musí být porušena v případě, kdy zákon nebo jiný právní předpis ukládá oznamovací povinnost nebo oznamovat určité skutečnosti určitým orgánům. Například zdravotník zjistí, že je páchán trestný čin týrání. Podle trestního zákona je úplně každý, nikoliv tedy jen zdravotnický pracovník, povinen písemně nebo ústně oznámit Policii České republiky skutečnost, že na někom byl spáchán trestný čin týrání svěřené osoby nebo úmyslné těžké ublížení na zdraví (tj. vážného zranění). Pokud by tak zdravotník neučinil, hrozilo by mu v opačném případě trestní stíhání pro neoznámení daného trestného činu.

Pokud se jedná o případ, kdy zákonní zástupci dítěte zanedbávají jeho zdravý vývoj a mohou mu tak způsobit újmu na zdraví, tak je povinnost lékaře podat zprávu orgánu sociálně-právní ochrany dětí (Prudil 2017).

Týrání dětí nebo svěřené osoby

V praxi se zdravotník může setkat s týráním dítěte v rodině nebo svéprávně omezené osoby. To může poznat podle známek na těle nebo se mu pacient sám svěří.

Týrání dětí nebo svěřené osoby může být fyzické, psychické, sexuální zneužívání (aktivní nebo pasivní forma). Fyzické týrání je nepřiměřené používání fyzických trestů, omezování osobní svobody pohybu, přivazování k předmětu, záměrné vystavování chladu, neposkytování hygieny atd. Psychické týrání může být prováděno různými formami ponižování lidské důstojnosti, vyvoláváním strachu, přetěžováním, šikanováním a užíváním hrubých urážek (Mach 2013).

2.3. Zdravotnická dokumentace

Zdravotnická dokumentace je soubor informací velmi citlivé povahy, který je chráněn lékařským tajemstvím a povinnou zdravotnickou mlčenlivostí. Z právnického hlediska je zdravotnická dokumentace informační systém, který obsahuje osobní údaje shromážděné v souvislosti se zdravotní péčí (Mach, Horáková 2018). Vedení zdravotnické dokumentace upravuje zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci.

Povinností každého zdravotnického zařízení je řádně vést zdravotnickou dokumentaci. Zdravotnická dokumentace musí obsahovat nezbytné a rozhodné údaje sloužící k identifikace pacienta; informace potřebné ke stanovení diagnózy, údaje o zdravotním stavu pacienta; informace o diagnostickém a léčebném postupu a jeho průběhu a výsledky poskytované zdravotní péče**.** Za součást zdravotnické dokumentace se považují také i další záznamy (výsledky vyšetření, pozvánky na prohlídky, úmrtí pacienta…). Dokumentace obsahuje také identifikace zdravotnického zařízení a jména konkrétních fyzických osob, které prováděly zdravotnickou péči.

Zdravotnická dokumentace má být pravdivá, věcná, úplná, čitelná a přehledná. Opravy zápisů se provádí vždy novým zápisem a původní zápis musí zůstat čitelný. **Zdravotnická dokumentace je dokladem toho, že poskytovaná péče je lege artis** (Mach 2013).

Dokumentace má mít textovou, grafickou nebo audiovizuální formu. Povinnost vést zdravotnickou dokumentaci pacienta je uložena každému poskytovateli zdravotních služeb, tedy i tomu zařízení, které nemá uzavřenou smlouvu se zdravotními pojišťovnami.

Do zdravotnické dokumentace může bez souhlasu pacienta nahlížet ošetřující lékař, konziliární lékař, sestra a další ošetřující nelékařský personál v rozsahu potřebném pro výkon své činnosti; dále nadřízení, kteří jsou oprávněni kontrolovat úroveň zdravotnické dokumentace, revizní lékař zdravotní pojišťovny, pracovníci orgánu ochrany veřejného zdraví a členové znaleckých komisí při řešení konkrétního případu (Mach, 2013).

Forma zdravotnické dokumentace

Dokumentace může být vedena v listinné nebo elektronické podobě. Je možná také kombinace obou variant. Zápis v elektronické formě bez zaručeného elektronického podpisu je nutno vytisknout na papír, který se opatří datem a podpisem. V případě

používání elektronického podpisu je nutné se řídit zákonem č. 297/2016 Sb., o službách vytvářejících důvěru pro elektronické transakce (Mach 2013).

Nahlížení pacienta do zdravotnické dokumentace

Pacient má právo nahlížet do své dokumentace nebo do ní mohou nahlížet osoby pacientem určené, zákonný zástupce nebo opatrovník pacienta. Nahlížení do zdravotnické dokumentace by mělo však probíhat za přítomnosti zaměstnance pověřeného poskytovatelem (hrozí nebezpečí ztráty některých částí dokumentace). Pacient má právo si činit výpisy nebo fotokopie vlastním technickým zařízením (Mach 2013).

Při úmrtí pacienta mohou do dokumentace nahlížet osoby blízké zemřelému pacientovi. Ti mají také právo dostat informace o zdravotním stavu zemřelého pacienta, informace o výsledku pitvy (byla-li provedena), včetně práva nahlížet do zdravotnické dokumentace. Zemřelý mohl však tento přístup ještě za svého života zakázat. Pokud pacient nebo osoby určené žádají, aby jim dané zdravotnické zařízení pořídilo kopii či výpis ze zdravotnické dokumentace, tak mají právo získat výpis či kopii do 30 dnů, ale za poplatek určený daným zařízením (Dolanský 2018).

Informace o zdravotním stavu pacienta vyžádané orgány veřejné moci

Informace o zdravotním stavu pacienta mohou ve zdravotnických zařízeních vyžadovat také orgány veřejné moci (policie, soudy). Informace však mohou získat výhradně jen v případech, kdy jim to zákon výslovně umožňuje. Například nestačí jen, že policista přijde do nemocnice a ptá se na zhoršený zdravotní stav pacienta, který byl zapříčiněný jinou osobou. Policista musí předložit písemnou žádost soudu, tedy souhlas soudce s poskytováním údajů nebo písemný souhlas pacienta (Ptáček, Bartůněk, Mach 2017). Zdravotník může policistovi podat informace jen tehdy, když se jedná o osobu, po které je veřejně pátráno, ale informace mohou být jen v rozsahu, v jaký čas byla daná osoba ve zdravotnickém zařízení ošetřena. Policisté také nemají přístup do originální zdravotnické dokumentace pacienta. V případě policejního vyšetřování do ní může nahlížet jen soudní znalec, který je k tomu orgány veřejné moci pověřen (Haškovcová 2007).

Osoby získávající způsobilost k výkonu povolání zdravotnického pracovníka

Studenti mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace v nezbytně nutném rozsahu pro potřebu výuky. Pacient však může nahlížení studentů do jeho zdravotnické dokumentace zakázat. Opisy, výpisy a pořizování kopií je však možné pouze s výslovným souhlasem pacienta. Fotografovat pacienta nebo části jeho těla je možné jen s jeho vědomím a souhlasem. Nikdy by se tedy neměli fotografovat pacienti v bezvědomí. Během studentských výzkumných pracích je potřeba minimalizovat zásahy do soukromí pacienta, i když je skutečná anonymizace skoro nemožná. Mělo by však platit pravidlo, že každá sesbíraná informace musí mít svůj účel (Ptáček, Bartůněk, Mach 2017).

Archivace zdravotnické dokumentace

Archivaci zdravotnické dokumentace upravuje vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci v platném znění:

- u registrovaných poskytovatelů v oboru praktické lékařství se musí dokumentace uchovávat nejméně 10 let od změny registrujícího poskytovatele nebo 10 let od úmrtí pacienta,
- u registrovaných poskytovatelů v oboru praktické lékařství pro děti a dorost se musí dokumentace uchovávat nejméně 10 let od dosažení 19 let věku pacienta,
- u registrovaných poskytovatelů v oboru zubní lékařství nebo v oboru gynekologie a porodnictví se musí dokumentace uchovávat nejméně 5 let po posledním poskytnutí zdravotních služeb pacientovi, v případě registrujícího poskytovatele,
- ostatní odborné ambulance, kde se pacient léčil či byl vyšetřován, musí dokumentaci uchovávat 5 let od posledního poskytnutí služeb,
- při poskytování dispenzární péče 10 let od vyřazení pacienta z dispenzární péče nebo ukončení této péče nebo 10 let od úmrtí pacienta; 10 let také od úmrtí pacienta, který je podle jiného právního předpisu nosičem infekčního onemocnění,
- v případě lůžkové péče se zdravotnická dokumentace uchovává 40 let od poslední hospitalizace pacienta nebo 10 let od úmrtí pacienta,
- kratší doba je u následné a dlouhodobé lůžkové péče, kdy se zdravotnická dokumentace uchovává 20 let od ukončení poslední hospitalizace pacienta nebo 10 let od úmrtí pacienta,

- v případě jednodenní péče se uchovává 10 let od poslední péče nebo 10 let od úmrtí,
- v případě lázeňské a rehabilitační péče se uchovává 5 let od ukončení lázeňské nebo rehabilitační péče,
- v případě léčby duševních poruch nebo poruch chování se dokumentace uchovává 100 let od data narození pacienta nebo 10 let od jeho úmrtí.

Uplynutí dané časové doby by však nemělo znamenat automatickou skartaci, ale zdravotnické zařízení by mělo u každé jednotlivé dokumentace zvážit, zda ji ještě nemá dále uchovávat (Prudil 2017).

Skartace zdravotnické dokumentace

Skartace zdravotnické dokumentace musí být prováděna tak, aby nedošlo k úniku informací. Negativním příkladem z praxe je případ soukromé lékařky, která na malém městě po svém odchodu do penze, vynášela zdravotnickou dokumentaci do přístupné popelnice. Tehdy bylo proti ní zahájeno trestní stíhání pro trestný čin neoprávněné nakládání s osobními údaji. Správným řešením by bylo například předání dokumentace dalším ošetřujícím lékařům nebo předání dokumentace krajskému úřadu. Ten by následně předal dokumentaci ošetřujícím lékařům nebo by zajistil skartaci (Haškovcová 2015).

Implementace evropského nařízení o ochraně osobních údajů (GDPR) ve zdravotnictví

GPDR (General Data Protection Regulation) je nařízení Evropského parlamentu a Rady EU ze dne 27. 4. 2016 a jeho cílem je ochrana fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a volném pohybu těchto údajů. V České republice je platné toto nařízení od 25. 5. 2018 a nahrazuje zákon o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb. a jde o dosud nejobsáhlejší legislativu s cílem zajistit základní práva občanů EU.

Osobní údaje pacienta by měly být zpracovány jen pro zdravotní účely. Pokud jsou tyto informace, z důvodu veřejného zájmu v oblasti veřejného zdraví, dále zpracovávány, může tak dojít bez souhlasu subjektu, ale musí být přísně chráněny a nesmí být zpracovány pro jiné účely (Haškovcová 2015).

Kontrolní otázky

Za jakých podmínek může zdravotník porušit povinnou mlčenlivost?

Jak se může projevit fyzické či psychické týrání u dítěte a jak by měl zdravotník reagovat?

Pokud se policista prokáže služebním průkazem, mohou mu být sděleny informace o pacientovi?

Jak dlouho se musí archivovat zdravotnická dokumentace u praktického lékaře a jak dlouho v lůžkovém zařízení nemocnice?

Použitá a doporučená literatura

DOLANSKÝ, H. *Zdravotnická dokumentace v praxi praktického lékaře*. Praha: Nakladatelství Dr. Josef Raabe, s. r. o. 2018. 144 s. ISBN 978-80-7496-375-9.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas: Proč a jak?* Praha: Galén. 2007. ISBN 978-80-7262-497-3.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén. 2015. ISBN 978-80-7262-497-3.

MACH, J. *Univerzita medicínského práva*. Praha: Grada. 2013. ISBN 978-80-247-5113-9.

MACH, J., HORÁKOVÁ, M. *Zdravotníci, právo a praxe*. Praha: Galén. 2018. ISBN 978-80-7492-371-5.

PRUDIL, L. *Právo pro zdravotnické pracovníky*. 2. ed. Praha: Wolters Kluwer. 2017. ISBN 978-80-7552-507-9.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., MACH, J. (eds.) *Informovaný souhlas*. Praha: Galén. 2017. ISBN 978-80-7492-334-0.

Prameny práva

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In *Sbírka zákonů ČR*, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244.

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 39, 1666-1685. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 297/2016 Sb., o službách vytvářejících důvěru pro elektronické transakce, 2016. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 115, s. 4466-4472.

Nařízení Evropského parlamentu a Rady EU č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (GPDR). In *Úřední věstník Evropské unie*.

3. Informovaný souhlas

Mgr. Veronika Kulířová

Mgr. Lenka Jeřábková

Obsah kapitoly

- Právní úprava a etické souvislosti.
- Právo na tělesnou a duševní integritu.
- Péče poskytovaná bez souhlasu pacienta, detence.
- Zástupné rozhodování.
- Pravdivé sdělování závažné diagnózy.
- Právní specifika nezletilých a nesvéprávných pacientů.

3.1. Právní úprava a etické souvislosti

Poskytovat zdravotní péči je možno jen na základě informovaného souhlasu pacienta a je základní povinností zdravotníka řádně informovat pacienta o každém zákroku. Informovaný souhlas je právním důvodem pro provedení zdravotnické péče. Samotné rozhodnutí a péče o pacienta bez jeho souhlasu je protiprávní (Haškovcová 2007).

V článku 5 Úmluvy o biomedicíně je uvedeno, že „Jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas.“

Pacient musí být předem o zákroku řádně informován, a to o účelu a povaze zákroku; včetně důsledků a možných rizicích. Na druhé straně se může pacientův souhlas považovat za informovaný tehdy, pokud je svobodný, informovaný a pacient od ošetřujícího lékaře získal objektivní, srozumitelné a pravdivé informace. Srozumitelnost musí být jak při samotném poučení, tak i při zodpovězení otázek (Ptáček, Bartůněk, Mach 2017).

Výjimkou je stav, kdy nelze získat od ošetřované osoby příslušný souhlas (například člověk je v bezvědomí); v takových případech je pacientův souhlas předpokládán (presumpce souhlasu) a lékař postupuje podle postupu lege artis.

Informace o svém zdravotním stavu může pacient získat ústně nebo písemně. Písemnému souhlasu však musí vždy ještě předcházet ústně předané informace. Informace by měly být pacientovi podávány v jazyce, kterému rozumí, a to jak v ústní, tak i v písemné formě (Haškovcová 2007). Nedostatečná informace o výkonu se považuje za neplatný souhlas. Neexistence souhlasu je protiprávní zákrok. Pacient může ještě před výkonem svůj souhlas s výkonem odvolat, a to stačí i ústně (Vácha, Königová, Mauer 2012).

Novela vyhlášky č. 98/2012 Sb. z roku 2018 odstranila povinnou strukturu informovaného souhlasu a rozsah informací. Vyhláškou se však nemění povinnost poskytovatele zdravotních služeb poskytnout pacientovi informace, na které má nárok a vyžádat si od něho informovaný souhlas s každým zdravotním zákrokem. K tomu je Česká republika zavázána i Úmluvou o lidských právech a biomedicíně, článek 5.

Písemnou formu informovaného souhlasu musí mít pouze souhlas s hospitalizací, nikoli však již s jednotlivými zákroky. Důležité je, aby byl pacient před každým zákrokem seznámen se skutečnostmi informovaného souhlasu (účel zákroku, jeho průběh, důsledky, rizika, případné alternativy a potřeba následného léčebného režimu). Nově dle vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, novelizované vyhláškou č. 137/2018 Sb. však forma tohoto seznámení nemusí být písemná. Zdravotní poskytovatel si však písemnou formu informovaného souhlasu může sám určit nebo podle pravidel občanského zákoníku si ji může vyžádat sám pacient. Poskytovatel zdravotních služeb se může také rozhodnout, že pacienti obdrží informace sice písemně, ale nebudou každý informovaný souhlas podepisovat, ale podepíší pouze jeden písemný informovaný souhlas, který odkáže na písemnou informaci o dalších zákrocích, kterým bude pacient podroben. Tento postup v souladu s právní legislativou. Novelizace vyhlášky vyšla ze skutečnosti, že soudy se opakovaně setkávaly se situacemi, že pacienti podepsali informovaný souhlas před zákrokem, avšak následně bylo prokázáno, že jim papír předala všeobecná sestra, a že lékař před zákrokem s nimi vůbec nehovořil. Podle soudu má být i písemný souhlas důkazem rozhovoru mezi lékařem a pacientem. Lékař, který náležitě informoval pacienta, má vždy provést záznam do zdravotnické dokumentace s tím, že pacient obdržel všechny potřebné informace a se zákrokem vyslovil informovaný souhlas (Mach, Horáková 2018).

3.1.1. Obsah informovaného souhlasu

Smyslem informovaného souhlasu je poučit nemocného, umožnit potřebnou zdravotnickou péči a zároveň také právně chránit zdravotníka (Mach 2013).

Každý informovaný souhlas by měl proto obsahovat:

- údaje o účelu, povaze, předpokládaném prospěchu nebo možných rizicích daného zdravotního výkonu,
- zda byly pacientovi předestřeny i jiné alternativy než doporučený výkon, popřípadě jaké a zda byl poučen o výhodách a nevýhodách jednotlivých možností,
- údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení očekávat,
- údaje o příslušném léčebném režimu a preventivních opatřeních,
- prohlášení pacienta, že mu bylo umožněno klást lékaři otázky, že všechny informace chápe a rozumí jim,
- prohlášení pacienta, že s konkrétním výkonem vyslovuje souhlas,
- datum a vlastnoruční podpis pacienta,
- datum a podpis lékaře.

Každý informovaný souhlas je určen vždy pro konkrétního pacienta a pro konkrétní zdravotnické výkony (Dolanský 2018). Nemůže-li písemný informovaný souhlas pacient podepsat, opatří se záznam celým jménem pacienta, podpisem svědka a uvedou se důvody, proč pacient nemohl záznam podepsat a dále se uvede, jakým způsobem pacient svou vůli projevil. Jedná-li se o nezletilého pacienta nebo pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům, podepíše informovaný souhlas jeho zákonný zástupce (Prudil 2017).

Příklad z praxe

V nemocnici 80. letá pacientka souhlasila s operací kyčelního kloubu (endoprotéza). Její manžel a dcera však s výkonem nesouhlasili, protože podle nich si paní neuvědomuje, co podepsala a písemný informovaný souhlas považují za neplatný. Vždy je však rozhodující stanovisko daného pacienta. Lékař může zhodnotit, zda pacientka jeví známky duševní choroby či zmatenosti (nejlépe je zařídit psychiatrické konzilium). Je dobré vše zapsat do zdravotnické dokumentace; příklad: pacient nejeví známky duševní poruchy a popsat stanoviska příbuzných (Haškovcová, 2015).

Právo na tělesnou a duševní integritu

Právní řád klade důraz na nedotknutelnost duševní a tělesné integrity. Integrita člověka je základní lidská hodnota. Pro integritu člověka platí, že nelze zasáhnout do integrity člověka bez jeho souhlasu. Lidské tělo ani jeho části nesmí být zdrojem majetkového prospěchu, a i po smrti je lidské tělo pod právní ochranou a musí se s ním důstojně zacházet. V České republice nesmí být nikdo usmrcen na vlastní žádost. Bezdůvodné provedení výkonu proti vůli pacienta nebo bez jeho souhlasu je posuzováno jako omezování svobody a trestný čin (Ptáček, Bartůněk 2014).

3.2. Zdravotní péče poskytovaná bez souhlasu pacienta

Každý člověk je zodpovědný za svůj život a za své zdraví. Poskytování zdravotní péče je podmíněno informovaným souhlasem pacienta. Nutný je i souhlas pacienta s hospitalizací, a to vždy v písemné podobě. Proto pouze v zákonem stanovených případech (Zákon č. 372/2011 Sb.) lze provádět bez souhlasu pacienta vyšetřovací a léčebné výkony nebo převzít nemocného do ústavní péče (Haškovcová 2015).

Pacienta lze bez jeho souhlasu vyšetřovat, léčit a hospitalizovat v případě (Zákon č. 372/2011 Sb., § 38):

- byla pravomocným soudním řízením stanovena ochranná léčba, jde-li o nosiče infekční nemoci a je nařízena ochranná léčba,
- jestliže pacient jeví známky duševní choroby nebo intoxikace a ohrožuje sebe nebo své okolí,
- jestliže není možné vyžádat si souhlas nemocného a jde o neodkladné výkony nutné k záchraně života nebo zdraví,
- pokud se jedná o vyšetřovací a léčebné výkony případu ochranného léčení (př. byl trestný čin spáchán pod vlivem drog).

Jsou-li zdravotníkovi známa dříve vyslovená přání, je zdravotník povinen, kromě zákonem uvedených důvodů, respektovat přání pacienta.

V případě péče o nezletilé osoby, když nelze získat souhlas zákonného zástupce a jedná se o neodkladný výkon nutný k záchraně života či zdraví nebo zákonný zástupce nechce dát s výkonem souhlas, je lékař povinen udělat vše pro záchranu zdraví a života nezletilého

i bez souhlasu zákonného zástupce nebo proti jeho vůli. Obdobným způsobem se postupuje u osob, které jsou zbaveny způsobilosti k právním úkonům (Mach 2013).

3.2.1. Hlášení soudu

Podle zákona č. 372/2011 Sb., § 40 je poskytovatel zdravotnické péče povinen oznámit soudu do 24 h hospitalizaci pacienta, která je bez jeho souhlasu, avšak z důvodu neodkladné péče. Ve zdravotnictví se užívá termín detence (nucená hospitalizace).

Oznamovací povinnost zahrnuje uvedené náležitosti:

- zdravotnické zařízení je povinno do 24 h oznámit hospitalizaci soudu, a to k obvodu, kam patří zdravotnické zařízení (platí to také pro pacienty nebo zákonné zástupce, kteří souhlas odvolali a nadále existují důvody pro hospitalizaci i bez souhlasu),
- soud je povinen zahájit řízení o vyslovení přípustnosti převzetí do péče,
- soud stanoví pro řízení opatrovníka (nemá-li jiného),
- do 7 dnů, kdy došlo k omezení nebo nucené hospitalizaci, soud usnesením rozhodne, zda je vše dle zákonných důvodů,
- rozsudek soudu musí být do 3 měsíců od převzetí do zdravotnického zařízení.

Příslušnému soudu je vždy také nutné neprodleně oznamovat jakékoliv změny stavu pacienta: vyslovení souhlasu s hospitalizací a dodatečné podepsání souhlasu s hospitalizaci přeložení pacienta do jiného zdravotnického zařízení, úmrtí pacienta (Mach 2018).

3.3. Zástupné rozhodování, etické a právní aspekty

Zástupné rozhodování stanovuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Pacient může při přijetí do zdravotní péče určit osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu, a také může zároveň určit, zda tyto osoby mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace nebo jiných zápisů, týkajících se zdravotního stavu a pořizovat si výpisky a kopie. Pacient také může naopak vyslovit zákaz poskytovat informace o zdravotním stavu jakékoliv osobě. Tento zákaz však může kdykoliv odvolat. Tyto informace se zaznamenávají do zdravotnické dokumentace pacienta a podepíše je pacient a zdravotník (Zákon č. 372/2011 Sb., §33).

V případě, že pacient nemůže, s ohledem na svůj zdravotní stav, vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb a jedná se o zdravotní služby, které nelze poskytnout bez souhlasu, může zástupný souhlas či nesouhlas poskytnout osoba, která byla již dříve určená pacientem. Není-li však taková osoba nebo není-li dostupná, vyžaduje se souhlas manžela/manželky nebo registrovaného partnera, nejsou-li, vyžaduje se souhlas rodiče/rodičů, nejsou-li takové osoby, tak je kontaktována osoba blízká. (Zákon č. 372/2001 Sb., §34).

Těžiště zástupného rozhodování je především na konci života pacienta (např. pacient s těžkou demencí, v kómatu, ve vegetativním stavu). Zástupné osoby, mají být osoby, které znají pacienta nejlépe. V rozhodování by se proto vždy měli brát v úvahu to, co by si pacient skutečně přál, kdyby se mohl sám rozhodovat. Co by si býval sám přál, kdyby věděl, v jakém zdravotním stavu bude nyní. Nezbytností pro zástupné rozhodování je to, aby rozhodnutí bylo činěno osobou, která není ve střetu s pacientem. V právní legislativě upravuje zástupné rozhodování zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (Prudil 2017).

3.4. Pravdivé sdělování závažné diagnózy

V současné době se preferuje ve sdělování diagnózy a prognózy onemocnění přiklánět se k pravdě jako k dominantní strategii, neboť každý člověk má nárok na pravdivé informace týkající se jeho osoby (Listina základních práv a svobod, Charta práv pacientů).

V minulosti se ve zdravotnictví často pravdivé informace o zdravotním stavu a špatné prognóze pacientovi v dobrém úmyslu zatajovaly tzv. „pia fraus“. Což znamená nepravda v dobrém úmyslu nebo strategie milosrdného oklamání (Mach, Horáková 2018).

Podle Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, článku 10, odstavce 3, mohou lékaři využít terapeutického privilegia **(tzv. bílé lži).** Podstatou terapeutického privilegia je zadržení konkrétní informace na nezbytnou dobu, která slouží k tomu, aby byla učiněna taková opatření, která odvrátí nebo minimalizují riziko, kvůli kterému nemohla být pacientovi informace poskytnuta neprodleně.

Zákon č. 372/2011 Sb., § 32 stanovuje: „Informace o nepříznivé diagnóze nebo prognóze zdravotního stavu pacienta může být v nezbytně nutném rozsahu a po dobu nezbytně nutnou zadržena, lze-li důvodně předpokládat, že by její podání mohlo pacientovi způsobit

závažnou újmu na zdraví. Podle věty první nelze postupovat v případě, kdy informace o určité nemoci nebo predispozici k ní je jediným způsobem, jak pacientovi umožnit podniknout preventivní opatření nebo podstoupit včasnou léčbu, zdravotní stav pacienta představuje riziko pro jeho okolí, pacient žádá výslovně o přesnou a pravdivou informaci, aby si mohl zajistit osobní záležitost.“

Terapeutické privilegium se často využívá v obavě ze zkratovité reakce pacienta, a tedy pro ochranu před pacientem samotným. Právo zadržet informaci, neznamená však nikdy informaci o zdravotním stavu nesdělit (Úmluva o lidských právech a biomedicíně).

Kontrolní otázky

Co musí obsahovat informovaný souhlas?

Za jakých podmínek je možno poskytovat péči bez souhlasu pacienta?

Musí být souhlas ke zdravotní péči u nezletilého od obou rodičů?

Do jaké časové doby je nutno soudu nahlásit hospitalizaci pacienta bez jeho souhlasu?

Je plánovaná operace bez písemného informovaného souhlasu lege artis?

Co znamená pojem bílá lež?

Použitá a doporučená literatura

DOLANSKÝ, H. *Zdravotnická dokumentace v praxi praktického lékaře*. Praha: Nakladatelství Dr. Josef Raabe, s. r. o. 2018. 144 s. ISBN 978-80-7496-375-9.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas: Proč a jak?* Praha: Galén. 2007. ISBN 978-80-7262-497-3.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén. 2015. ISBN 978-80-7262-497-3.

MACH, J. *Univerzita medicínského práva*. Praha: Grada. 2013. ISBN 978-80-247-5113-9.

MACH, J. 2018. Vy se ptáte, právník odpovídá [Online]. *Tempus medicorum: Časopis České lékařské komory*, 27(9), 32-33. ISSN 1214-7524.

MACH, J., HORÁKOVÁ, M. *Zdravotníci, právo a praxe*. Praha: Galén. 2018. ISBN 978-80-7492-371-5.

PRUDIL, L. *Právo pro zdravotnické pracovníky*. 2. ed. Praha: Wolters Kluwer. 2017. ISBN 978-80-7552-507-9.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. (eds.) *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. 2014. ISBN 978-80-247-5471-0.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., MACH, J. (eds.) *Informovaný souhlas*. Praha: Galén. 2017. ISBN 978-80-7492-334-0.

VÁCHA, M.O., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál. 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.

Prameny práva

Zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České Republiky. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 1-2, s. 3-16.

Zákon č. 2/1993, Listina základních práv a svobod. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 1-2, s. 17-23.

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva o lidských právech a biomedicíně), 2001. In *Sbírka mezinárodních smluv*, částka 44, s. 1899-1919.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In *Sbírka zákonů ČR*, částka 131, 4730-4801. ISSN s. 1211-1244.

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 33, s. 1026-1368.

Vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. In *Sbírka zákonů České republiky*, částka 39, s. 1666-1685. ISSN 1211-1244.

4. Práva a povinnosti občanů v péči o zdraví

Mgr. Veronika Kulířová

Mgr. Lenka Jeřábková

Obsah kapitoly

- Práva pacientů v péči o zdraví.
- Povinnosti pacientů.
- Etický kodex práv pacientů (Charta práv pacientů).
- Ukončení péče poskytovatele zdravotních služeb.
- Autonomie vůle pacienta.
- Dříve vyslovená přání pacienta.
- Diskriminace a spravedlnost ve zdravotní péči.

4.1. Práva pacientů v péči o zdraví

Práva pacienta vymezuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni, a to podle pravidel vědy a medicinských postupů, tedy lege artis. Je potřeba respektovat individualitu pacienta a dbát na důstojné zacházení.

Každý pacient má v péči o zdraví svá práva, a to jako **občan, pojištěnec a pacient.**

Jako občan má právo na ochranu zdraví, na bezplatnou zdravotní péči, na zdravotní pomůcky, za podmínek, které stanovuje zákon, na časovou a místní dostupnost hrazených služeb, na léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely.

Jako pojištěnec má právo na výběr zdravotní pojišťovny. **Zdravotní pojišťovnu lze však změnit pouze 1 x za rok**; a to v termínu, buď k 1. červenci (pokud o přeregistraci požádá mezi 1. lednem až 31. březnem) nebo k 1. lednu (pokud o přeregistraci požádá mezi 1. červencem až 30. zářím).

Každý má také své práva jako pacient (pacientem se rozumí fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby), kdy si může zvolit zdravotnické zařízení oprávněné

poskytovat zdravotní služby, být seznámen s vnitřním řádem zdravotnického zařízení během hospitalizace, být předem informován o cenách zdravotních služeb nehrazených ze zdravotního pojištění, znát jména a příjmení zdravotních pracovníků přímo zúčastněných na poskytování zdravotních služeb, odmítnout přítomnost osob, které nejsou přímo zúčastněny při poskytování zdravotních služeb, včetně osob, připravujících se na výkon zdravotnického povolání (Mach 2013).

Povinnosti pacienta

Pacienti mají i své povinnosti, které by měli dodržovat. Tyto povinnosti zahrnují dodržování navrženého individuálního léčebného postupu (pokud s poskytnutím zdravotních služeb vyslovil souhlas); pacient se musí řídit vnitřním řádem daného zdravotnického zařízení; jeho povinností je také uhradit poskytovateli cenu za poskytování zdravotních služeb (nehrazených zdravotní pojišťovnou), které mu byly poskytnuty s jeho souhlasem; musí pravdivě informovat ošetřujícího zdravotnického pracovníka o dosavadním vývoji zdravotního stavu, a to včetně informací o infekčních nemocech. Během hospitalizace ve zdravotnickém zařízení nesmí požívat alkohol nebo jiné návykové látky a v případě podezření na požití se musí podrobit prokázání, zda není pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek; rozhodnutí s vyšetřením stanovuje ošetřující lékař (Vácha, Königová, Mauer 2012).

Etický kodex práv pacientů (Charta práv pacientů)

V roce 1971 byl zveřejněn první Etický kodex práv pacientů, jehož autorem byl David Anderson ze státu Virginie v USA. Zahrnoval právo pacienta na respekt, sebeurčení a individuální přístup.

Charta práv pacientů vyjadřuje větší rovnost ve vztahu lékař a pacient a určuje nejdůležitější práva v tomto vztahu:

- právo na zdravotní péči,
- právo na informovaný souhlas,
- právo odmítnout zdravotní výkon,
- právo na informace,
- právo nebýt informován,

- právo na ochranu soukromí,
- právo na určení osob i rozsah poskytovaných informací,
- právo osob pozůstalých.

Etický kodex práv pacientů v České republice byl schválen dne 25. 2. 1992 (Prudil 2017). Etický kodex práv pacienta uvádí, že pacient má právo znát jméno lékaře a dalších ošetřujících zdravotnických pracovníků. Pokud se jedná o ambulanci, kde je jméno lékaře a sestry uvedeno na dveřích ordinace nebo jiném viditelném místě, jmenovku již zdravotníci nosit nemusejí. Zdravotníci, kteří pracují v lůžkové části nebo na příjmových ambulancích by však měli mít viditelnou jmenovku. Pokud jmenovku zdravotníci nemají, měli by se vždy představit (například sestra v domácí péči). Platí to také pro studenty zdravotnických škol (Mach, Horáková 2018).

Ukončení péče poskytovatele zdravotních služeb

Ukončení péče ze strany poskytovatele zdravotních služeb je možné za následujících podmínek: zdravotnické zařízení prokazatelně předá pacienta, s jeho souhlasem, a to do péče jiného poskytovatele; pokud pominou důvody pro poskytování zdravotních služeb; pacient vysloví nesouhlas s poskytováním veškerých zdravotních služeb; pacient závažným způsobem omezuje práva ostatních pacientů; úmyslně a soustavně nedodržuje navržený individuální léčebný postup nebo se neřídí vnitřním řádem (Mach 2013).

Autonomie vůle pacienta

Vztah lékaře a pacienta by měl být partnerský. Zdravotníky by měla být při léčbě respektována autonomie člověka (právo na tělesnou a duševní integritu). Moderní medicína dává svobodné vůli pacienta přednost před zachováním jeho zdraví za každou cenu a pacient má právo rozhodovat o všech záležitostech, týkajících se jeho zdraví. To vše však za předpokladu předchozího předmětného poučení ošetřujícím lékařem (Prudil 2017).

Respektování dříve vyslovených přání

Respektování dříve vyslovených přání (Liwing Will) je respektem k autonomii člověka. V České republice to stanovuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který podporuje autonomii a svobodnou vůli pacienta.

Pacient může předem sepsat přání pro případ zhoršení svého zdravotního stavu nebo určit zástupce, který bude rozhodovat. Dříve vyslovená přání musí mít písemnou formu s úředně ověřeným podpisem. Pokud dojde k rozhodnutí během hospitalizace, v tom případě je nutné provést záznam do zdravotnické dokumentace s podpisem pacienta, lékaře a svědka. Lékař musí však posoudit, zda byl pacient kompetentní a zda nedošlo k nátlaku jiné osoby. Dříve vyslovená přání však nelze respektovat, pokud došlo k takovému vývoji ve zdravotnictví, že by pacient vyslovil souhlas s poskytnutím léčby; pokud by výsledek vedl k aktivní smrti pacienta; také pokud by došlo k ohrožení jiné osoby. Respektování dříve vyslovených přání však nelze u nezletilých osob nebo osob zbavených způsobilosti k právním úkonům. Za nezletilého nesmí vyslovit přání ani jeho zákonní zástupci či opatrovník (Vácha, Königová, Mauer 2012).

Dříve vyslovená přání jsou někdy v rozporu s lékařským svědomím a s postupem lege artis. Pokud by například člen náboženské společnosti Svědků Jehovových měl domluvenou plánovanou operaci, u které nelze vyloučit krevní transfuzi nenahraditelnou jiným krevním derivátem, musí zdravotníci respektovat jeho dříve vyslovená přání. Všichni zúčastnění lékaři však musí být o přání pacienta informováni a mají však také právo odmítnout zúčastnit se výkonu z důvodu **výhrady svědomí,** tedy že nechtějí vidět, jak pacient umírá s ohledem na jeho vyslovené přání. Za postup non lege artis, například nepodání krevní transfuze při ohrožení života, nelze vyvodit vůči lékařům a zdravotníkům žádnou odpovědnost. Občanskoprávní odpovědnost by naopak připadala v úvahu, pokud by byl pacient ujištěn, že jeho dříve vyslovené přání bude respektováno a poté se tak nestalo (Ptáček, Bartůněk 2014).

Doporučení pro sepsání dříve vyslovených přání

Pacient může předem pro případ, kdyby se dostal do takového zdravotního stavu, kdy nebude schopen vyslovit svůj souhlas či nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb, vyslovit svá přání. Podle české legislativy je během poskytování zdravotnické péče nutno brát zřetel ke dříve vysloveným přáním pacienta. Platná dříve vyslovená přání však musí být v písemné formě, podpis musí být ověřen a listina musí také obsahovat poučení ošetřujícího lékaře o možných následcích (Zákon č.372/2011 Sb., § 36).

V případě, že pacient sepíše svá dříve vyslovená přání během hospitalizace, vyslovená přání se zaznamenávají do zdravotnické dokumentace. Podpis pacienta nemusí být ověřen, záznam však musí obsahovat ještě podpis ošetřujícího lékaře a jednoho svědka (další zdravotník, příbuzný pacienta…). Takto vyslovená přání platí však jen v rámci hospitalizace v daném zařízení (Mach, Horáková 2018).

Dříve vyslovená přání nelze respektovat pokud (Zákon č.372/2011 Sb., § 36):

- od doby jeho vyslovení došlo během poskytování zdravotních služeb k takovému vývoji, kdy lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím,
- jsou zdravotníci nabádáni k takovým postupům, jejichž výsledkem by mohlo být aktivní způsobení smrti,
- by jejich splnění mohlo ohrozit další osoby,
- byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti pacienta,
- se jedná o nezletilé pacienty nebo pacienty s omezenou svéprávností.

Pro sepsání předem vyslovených přání je vhodné ponechat pacientovi dostatek času na přemýšlení, na rozhovory s blízkými či s rodinou, ale take lékařem, právníkem, duchovním, psychologem. Pacient by si měl také promyslet, jak popsat situaci, ve které se dříve vyslovená přání mají začít naplňovat a jaký má být obsah dříve vyslovených přání. V zásadě platí, že odmítnutí je silnější formulace než požadavek (např. „nechci dialýzu“ je silnější požadavek, než „při infekci vyžaduji léčbu antibiotiky“).

Dříve vyslovená přání se týkají nejčastěji tzv. předvídatelných situací (např. srdeční selhání, respirační zástava, permanentní vegetativní stav (Mach 2013).

4.2. Diskriminace a spravedlnost ve zdravotní péči

Diskriminace ve zdravotní péči

V České republice je systém zdravotnictví založen na solidaritě společnosti k jedinci; to znamená, že je rovná dostupnost péče pro všechny bez jakékoliv diskriminace (nepřirozené znevýhodnění určitých jedinců). Legislativně to stanovuje zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně

některých zákonů (Antidiskriminační zákon) a zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (Mach, Horáková 2018).

Spravedlnost ve zdravotní péči

Pro zdravotní péči by měl platit princip spravedlnosti.

Spravedlnost ve zdravotní péči obsahuje:

- stejný přístup k dosažitelné péči při stejných potřebách,
- stejné využívání zdravotnických služeb při stejných potřebách,
- stejná kvalita péče pro všechny,
- respektování uznávaných preferencí.

V reálné praxi ve zdravotnictví je však nejzávažnějším problémem zdravotní péče nedostatek finančních zdrojů. Spravedlnost je proto významnou, ale ne zcela konkrétní hodnotou. Řešením by byl dohled určených institucí a praktické uskutečňování předem stanovených zásad (Ptáček, Bartůněk 2014).

Kontrolní otázky

Jaká má pacient práva a jaké má naopak povinnosti?

Jak často je možno měnit zdravotní pojišťovnu?

Co je to autonomie pacienta?

Co je cílem Etického kodexu práv pacientů?

Jak se naše legislativa staví k respektování dříve vyslovených přání u nezletilých osob?

Použitá a doporučená literatura

MACH, J. *Univerzita medicínského práva*. Praha: Grada. 2013. ISBN 978-80-247-5113-9.

MACH, J., HORÁKOVÁ, M. *Zdravotníci, právo a praxe*. Praha: Galén. 2018. ISBN 978-80-7492-371-5.

PRUDIL, L. *Právo pro zdravotnické pracovníky*. 2. ed. Praha: Wolters Kluwer. 2017. ISBN 978-80-7552-507-9.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. (eds.) *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. 2014. ISBN 978-80-247-5471-0.

VÁCHA, M.O., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál. 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.

Prameny práva

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, 1997. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 16, s. 1186-1264.

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva o lidských právech a biomedicíně), 2001. In *Sbírka mezinárodních smluv,* částka 44, s. 1899-1919.

Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon). In *Sbírka zákonů České republiky*, částka 58, s. 2822-2830. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244.

5. Etické a právní otázky v intenzivní a v urgentní péči

Mgr. Veronika Kulířová

Mgr. Lenka Jeřábková

Obsah kapitoly

- Etické a právní otázky v intenzivní a v urgentní péči.
- Evropské dokumenty pro intenzivní medicínu a péči.
- Dětská intenzivní a urgentní péče.
- Poskytování informací o pacientovi v bezvědomí (bez souhlasu pacienta).
- Etické problémy spojené s resuscitací.
- Rozhodování o změně léčby z intenzivní na bazální.
- Marná péče.
- DNR (Do Not Resuscitace).

5.1. Etické a právní otázky v intenzivní péči a v urgentní péči

Práce zdravotníků v intenzivní a v urgentní péči je nesmírně náročná. Objevují se stále nové diagnózy a zvyšuje se počet pacientů indikovaných do intenzivní péče. Zvýšil se průměrný věk pacientů a přidružená onemocnění tak často komplikují průběh léčby. Dochází k častým komplikacím, které hospitalizaci a následný návrat pacienta domů znesnadňují.

Zdravotníci zde pracují nejen s pacienty, ale musí také ovládat nejrůznější zdravotnickou techniku. Ze strany veřejnosti (také zásluhou televizních seriálů) jsou kladeny na zdravotníky v těchto oborech vysoké nároky. Pacienti zdůrazňují stále více svou autonomii, vyžadují lidský a empatický přístup, bezpečnou a účinnou terapii a léčbu, požadují jednotnou spravedlnost zdravotních služeb. Od zdravotníků se proto vyžadují vyšší znalosti, dovednosti, schopnost komunikace a zároveň etický přístup. Je od nich očekávána psychofyzická připravenost a dostatečná odolnost; denně musí být připraveni na různorodé kontakty s lidmi. Zdravotníci jsou neustále pod dohledem pacientů, jejich rodin, ale i široké veřejnosti a vyskytují se časté stížnosti pacientů: zda byl postup lege artis, zda byl

nestandartní postup zdůvodněn jako „krajní nouze“, zda byl pacient informován a dal poučený souhlas, zda a jak je zdokumentováno, že byl pacient psychicky inkompetentní v rozhodování o sobě samém, zda byla včas zařazena profylaxe pozdních následků (Vitoň, Velemínský 2014).

Proto jsou v současné době zdravotníci v intenzivní a urgentní péči řazeni mezi stresové profese s nepravidelným směnným životním rytmem.

5.2. Evropské dokumenty pro intenzivní medicínu a péči

Jedním ze zásadních dokumentů pro intenzivní medicínu a péči je Vídeňská deklarace o bezpečnosti pacientů v intenzivní péči. Tento dokument byl podepsán 51 evropskými odbornými společnostmi intenzivní medicíny v září 2009. Cílem bylo zlepšit stav pacienta v kritickém ohrožení života podle současných vědeckých poznatků uskutečnitelných v klinické praxi. Bezpečnost je zajištěna vyvarováním se klinického omylu a pochybení.

Hodnocení probíhá podle dvou kritérií (Mach, Horáková 2018):

- **Hodnocení bezpečnosti pacienta v intenzivní péči**
  - jednotlivý pacient; přínos versus riziko
  - kolektivní úroveň; přínos versus náklady
- **Hodnocení z pohledu kvality**
  - účinnost léčby, zda povede k určitému klinickému výsledku

5.3. Dětská intenzivní a urgentní péče

Během hospitalizace dětských pacientů by se měla respektovat Charta práv hospitalizovaného dítěte, která obsahuje především právo na kontakt s rodiči, a to i během hospitalizace na intenzivní péči. Dítě má také právo na informaci i vlastní názor (nutno brát také ohled na věk dítěte). Během zdravotnické péče se musí lékař rozhodovat tak, aby to bylo v nejlepším zájmu dítěte. Lékař má povinnost zachránit dítěti zdraví i život a v případě nesouhlasu rodičů se musí obrátit na soud (Ptáček, Bartůněk 2011).

Pro dítě je rodina nejsilnější vazba, na které je zcela závislé. Avšak naopak také platí, že rodiče mají silnou vazbu ke svému dítěti. Proto, pokud je to možné, je rodič s dítětem

hospitalizovaný nebo jsou alespoň povoleny návštěvy bez časového omezení. U dětí mladších než 6 let vyplývá úhrada hospitalizace rodiče ze zákona č. 282/2018 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a je tedy hrazena zdravotní pojišťovnou. V mladším školním věku je přítomnost individuální, velmi často však děti přítomnost rodičů během hospitalizace potřebují (Mach, Horáková 2018).

5.4. Poskytování informací o pacientovi v bezvědomí (bez souhlasu pacienta)

Informace o pacientovi v bezvědomí mohou získat jen osoby blízké. Tyto osoby definuje občanský zákoník (rodiče, sourozenci, zletilé děti, manžel/ka, registrovaný partner).
Pokud pacient nedal před ztrátou vědomí písemný souhlas, tak se jiným osobám podávat informace nesmí, i když žijí například ve společné domácnosti s pacientem nebo jsou to blízcí přátelé či kolegové (Ptáček, Bartůněk 2011).

5.5. Etické problémy spojené s resuscitací

Kardiopulmonální resuscitace (KPR) se provádí při zjištění zástavy krevního oběhu; postižený nereaguje na podněty, nedýchá nebo se nadechuje ojediněle či v nápadně dlouhých intervalech. Při zástavě oběhu ve zdravotnickém zařízení je výchozím předpokladem k nezahájení resuscitace předem stanovené rozhodnutí lékařů KPR nezahajovat, avšak správnost rozhodnutí neresuscitovat by měla být následedně znovu individuálně posouzena.
Pokud dojde k zástavě oběhu v terénu, je rozhodnutí nezahájit nebo ukončit KPR náročné především pro nedostatečné informace o pacientově zdravotním stavu, ale také informacích o jeho přáních a hodnotách.
Zdravotnický personál by měl však zvážit nebo ukončit KPR v případech, pokud nemůže být zajištěna bezpečnost zachránce, pokud jsou zřejmá zranění neslučitelná se životem, pokud jsou přítomné jisté známky smrti, ale také pokud jsou k dispozici platné předem vyslovené přání pacienta pro tuto situaci (Truhlář 2015).

Resuscitaci lze samozřejmě ukončit také tehdy, pokud došlo k úspěšnému obnovení základních životních funkcí; v případě, že resuscitace trvale nejméně 30 minut a nevedla k obnově základních životních funkcí, v případě komorové fibrilace se interval prodlužuje na 60 minut a v případě podání trombolytika při podezření na embolizaci do plícnice se interval se prodlužuje až na 60 minut. Při hypotermii se resuscituje až do dosažení normální tělesné teploty a asystolie. Resuscitaci lze také ukončit, pokud došlo k absolutnímu vyčerpání zachránců (Mach, Horáková 2018).

Podle právní legislativy je povinnost každého občana, tedy nejen zdravotníka, poskytnout první pomoc nebo alespoň první pomoc zajistit. V případě zástavy krevního oběhu nebo dechu či závažného krvácení je každý zdravotník způsobilý poskytnout první pomoc okamžitě. Pokud by zdravotník první pomoc neposkytl, dopustil se trestného činu a je za to sankciován (Ptáček, Bartůněk 2014).

Rozhodování, které se týkají marné léčby, mohou být pro lékaře velmi náročné. Je nesporné, že prodlužování života bez naděje na výslednou přijatelnou kvalitu života mohou být neetické. Jiná situace však je, pokud lékař poskytuje první pomoc v terénu a musí se rozhodnout během velmi krátké doby. V případě, kdy se vyskytují pochyby a zároveň nejsou zjevné kontraindikace, měla by být resuscitace vždy zahájena. Kvalifikované rozhodnutí o marnosti a neúčelnosti léčby, s ohledem na zachování důstojnosti pacienta a kvality jeho života, by mělo být rozhodnuto až během nemocniční hospitalizace (Heřmanová et al. 2012).

Každý občan má také právo odmítnout resuscitaci (dříve vyslovená přání). I když se zdravotník dostává do rozporu s postupem lege artis, musí písemné přání pacienta respektovat, a to i v případě neprovedení životně důležitého úkonu (Ptáček, Bartůněk 2014).

5.6. Rozhodování o změně z intenzivní léčby na bazální léčbu

Intenzivní medicína je velmi dynamický obor, který se neustále rozvíjí a zdokonaluje. Přestože se i vývoj lékové terapie vyvíjí, jsou lékaři stále konfrontováni se situací, zda další intenzivní léčba je vzhledem k perspektivě zlepšení zdravotního stavu a zachování kvality života, pro pacienta přínosná a zda budou pokračovat v zavedené terapii.

Rozlišujeme tři základní typy kategorie rozsahu léčby:

- **Plná standartní léčba** (tzv. terapie lege artis; léčba, která se řídí aktuálními názory současné medicíny, vyučovaná na lékařských fakultách, uznaná odbornými společnostmi a která využívá všechny moderní dostupné prostředky).
- **Nerozšiřovaná léčba** (zadržovaná, angl. withholding therapy; jedná se o léčbu, při které není rozšiřováno stávající spektrum diagnostických a terapeutických postupů).
- **Bazální** (redukovaná angl. withdrawing therapy).

Při bazální léčbě dochází k zastavení či k omezení stávající úrovně léčby. Cílem bazální péče je zachovat důstojnost pacienta, zabezpečit úlevu od bolesti a od utrpení. Především je potřeba zajistit, aby pacient netrpěl bolestmi, žízní, hladem a dušností. Vzhledem k tomu, že vede ke smrti pacienta, mělo by se jednat o spolurozhodnutí lékařského týmu.

Pokud je pacient při vědomí, tak na základě empatického a velmi citlivého přístupu, je potřeba ho plně informovat o dalším postupu a vývoji, a také získat jeho souhlas. Samozřejmě je důležitá spolupráce s rodinou, ale její souhlas s přechodem na bazální léčbu není nutností. Úkolem lékaře je rodině citlivě vysvětlit změnu léčby, avšak rozhodování o dalším postupu a rozsahu léčby rodině nepatří, i když se to může stát předmětem možné frustrace či stížností, na které se i zdravotní tým musí připravit. Rodině pacienta však může zdravotnické pracoviště nabídnout: emoční podporu, komunikaci, kontinuitu léčby. V každém případě by mělo však platit pravidlo, že za všech okolností musí zdravotník jednat v nejlepším zájmu pacienta (Kuře 2012).

Umírání by mělo být důstojné a měla by se zajistit prevence zbytečných invazivních terapeutických a diagnostických procedur, prevence bolesti a odstranitelného stresu a adekvátní sociální podmínky (Mach, Horáková 2018).

5.7. Marná léčba

Marná léčba je léčba, která nevede k záchraně lidského života, uchování zdraví či udržení kvality života. Bohužel i dobře míněná léčba může pacientovi přinášet více utrpení než prospěchu a zatěžuje jej zbytečným strádáním či vznikem komplikací.

Marná léčba se rozděluje na **kvantitativní** (pravděpodobnost, že daný postup bude pro pacienta přínosem, je velmi malá) a **kvalitativní** (přínos daného postupu je pro pacienta velmi malý) (Kuře 2012).

Rozhodnutí, zda je nějaký postup marnou léčbou, je vždy názor jako celku lékařské profese a nemělo by být rozhodnutím pouze jednoho lékaře.

Také pacient může sám další postup léčby odmítnout v dříve vysloveném přání a zdravotníky má být jeho přání respektováno. Pokud však pacient nebo rodina požadují léčbu, kterou považují zdravotníci za marnou, je nesmírně důležitá otevřená komunikace a vysvětlení daného rozhodnutí (Ptáček, Bartůněk 2014).

Vždy je však nutné rozlišit mezi marnou léčbou a marnou péčí, **protože žádná péče není marná.** Vždy je potřeba respektovat důstojnost pacienta, zabezpečit úlevu od bolesti a utrpení (Mach, Horáková 2018).

S pojmem marná léčba také souvisí termín dynastazie (tzv. zadržená smrt), kdy je snaha léčit a prodlužovat život umírajícího pacienta. Smrt je neodvratná, ale technologickými prostředky je pacient udržován při životě. Tato léčba mu však může přinášet naopak velké utrpení (Ptáček, Bartůněk 2011).

5.8. DNR (Do Not Resuscitace)

Do Not Resuscitate (DNR) znamená pokyn nezahájit kardiopulmonální resuscitace při náhlé zástavě srdeční a zástavě oběhu (zadržení veškerých snah k obnovení životně důležitých funkcí jakými jsou srdeční akce a dýchání). I když je neodkladná kardiopulmonální resuscitace stále základní nástroj pro obnovení vitálních funkcí člověka, jsou případy, kdy její použití již není vhodné, a to u pacientů v paliativní péči nebo v terminálním stavu. DNR ordinaci je možno považovat za součást bazální terapie a lékaři o ní rozhodují na základě posouzení klinického stavu pacienta s ohledem na jeho individualitu a posouzení další kvality života (Kieslichová, Pokorná, Ročeň 2015).

I když je rozhodnutí zahájit či nezahájit kardiopulmonální resuscitaci medicínskou otázkou, může o ní rozhodnout i sám pacient. Pokud je pacient uvede ve svých dříve vyslovených přáních, že si přeje v případě zhoršení zdravotního stavu nebýt resuscitován, a tato dříve

vyslovená přání obsahují všechna zákonem stanovená opatření, pak je potřeba dříve vyslovená přání respektovat a k resuscitace nepřistupovat. Platí zde zásada, že svobodná vůle a rozhodnutí pacienta má přednost před ochranou zdraví a záchrany života (Ptáček, Bartůněk 2014).

I komunikace s příbuznými hospitalizovaných pacientů na intenzivní péči, kteří přechází na bazální péči, může být někdy velmi obtížná. Příbuzní by však měli porozumět stavu nemocného, měli by získat reálnou představu o stavu a prognóze, aby se dostali do shody se zdravotnickým týmem při přechodu na tuto léčbu. Je vhodné vést připravený rozhovor s nejbližší rodinou na klidném místě oddělení a vše podrobně vysvětlit, a to vždy citlivě s empatií a s porozuměním. Někdy je nutné rozhovor opakovat a ponechat rodině dostatek času na pochopení a smíření se se situací. Rodina má možnost vyjádřit se k plánu kategorizace do bazální péče, ale konečné rozhodnutí je věcí ošetřujících lékařů (Kieslichová, Pokorná, Ročeň 2015).

Kontrolní otázky

Co je cílem Evropských dokumentů pro intenzivní medicínu a péči?

Komu mohou být poskytovány informace o pacientovi v bezvědomí?

Proč je důležitá přítomnost rodičů během hospitalizace dítěte a v kterém věku dítěte je nejdůležitější?

Jaká jsou kontraindikace k zahájení KPR?

Jak je možno charakterizovat marnou léčbu a co je to DNR?

Použitá a doporučená literatura

HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M.O., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M., SLOVÁK, J. *Etika v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.

KIESLICHOVÁ, E., POKORNÁ, E., ROČEŇ, M. (eds.) *Dárci orgánů*. Praha: Maxdorf. 2015. ISBN 978-80-7345-451-7.

KUŘE, J. *Kapitoly z lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. 2012. ISBN 978-80-210-5951-1.

MACH, J., HORÁKOVÁ, M. *Zdravotníci, právo a praxe*. Praha: Galén. 2018. ISBN 978-80-7492-371-5.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. (eds.) *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. 2011. ISBN 978-80-247-3976-2.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. (eds.) *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada. 2014. ISBN 978-80-247-5471-0.

TRUHLÁŘ, A. (ed.) *Souhrn doporučení pro KPR 2015*: ERC a ČRR. 2015. ISBN 1212-1924.

VITOŇ, J., VELEMÍNSKÝ, M. *Etický aspekt komunikace v pediatrii a v kontaktu s umíráním a smrtí - jeho reflexe v umělecké literatuře*. Praha: Triton. 2014. ISBN 978-80-7387-844-3.

Prameny práva

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In *Sbírka zákonů České republiky*, částka 16, s. 1186-1264.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 131, s. 4730-4801. ISSN 1211-1244.

6. Etické a právní otázky transplantace

Mgr. Veronika Kulířová

Mgr. Lenka Jeřábková

Obsah kapitoly

- Etické a právní otázky transplantace.
- Odběr od živých a odběr od mrtvých dárců.
- Stanovení smrti mozku, zacházení s lidským tělem a jeho částmi.
- Typy posmrtného dárcovství.
- Transplantace v České republice.

6.1. Etické a právní otázky transplantace

Transplantace je přenos celého orgánu, jeho části či určité tkáně z jednoho těla do druhého nebo také z jednoho místa těla na druhé. Důvodem pro transplantaci (chirurgický zákrok) je poškození nebo selhání původního orgánu, často způsobené určitým onemocněním (Kuře 2012).

Otázky transplantace vymezuje právní řád. Základem je Úmluva o lidských právech a biomedicíně, článek 19-22. V České republice určuje podmínky transplantace zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů (Transplantační zákon), který byl zásadně novelizován v r. 2013.

Již od počátku transplantace je k zamyšlení etická otázka, komu je možno orgány odebrat a komu je naopak možno orgány darovat (Kuře 2012). Transplantuje se lidský orgán nebo tkáně či buňky. Lidský orgán je část lidského těla, tvořená strukturovaným uspořádáním tkání, které neumí lidský organismus nahradit. Tkáně a buňky jsou stavební části lidského těla. První úspěšná transplantace lidského orgánu se podařila roku 1950 americkému chirurgovi Richardu Lawlerovi, který transplantoval ledvinu. Pacientka Ruth Tuckerová žila dalších šest let. Necelý rok po operaci se však vrátila do nemocnice, kde bylo zjištěno, že její tělo implantát odmítlo. V té době ještě stále nebyla plně vyvinuta imunosupresiva, tedy

léky, jež pomáhají zabránit odmítnutí transplantovaného orgánu. Tuckerové ale mezitím začala znovu pracovat její vlastní, nemocná ledvina.

Někdy je však toto prvenství opomíjeno a je uváděno, že první úspěšná transplantace ledviny byla provedena Josephem Murrayem a Hartwelem Harrisonem v USA v Bostonu v roce 1954 mezi jednovaječnými dvojčaty. Pacient Richard Herrick žil s ledvinou, kterou mu daroval jeho bratr Ronald, dalších 9 let (Kieslichová, Pokorná, Ročeň 2015).

6.2. Odběr od živých a odběr od mrtvých dárců

Odběr orgánů a tkání pro účely transplantace od žijící osoby lze pouze tehdy, není-li vhodný orgán od zemřelé osoby, tzv. upřednostňující transplantace (Štefan, Mach 2005).

Odběr od živých dárců

Odběr tkání a orgánů od žijících dárců se provádí jen v zájmu léčebného přínosu pro příjemce. Provádí se tehdy, pokud není vhodná tkáň nebo orgán od zemřelého dárce a neexistuje jiná srovnatelná léčebná metoda. Dárcem je osoba způsobilá dát konkrétní informovaný svobodný souhlas. Jde o obnovitelnou tkáň nebo jeden z funkčních párových orgánů, ledviny, části jater, děloha, spermie, oocyty, krev, kostní dřeň (do této kategorie nepatří oko). Před samotnou transplantací je nejprve potřeba zhodnotit zdravotní a psychickou způsobilost potencionálního dárce; ověřit schopnost odebraného orgánu či tkáně naplnit požadovanou funkci v těle příjemce; posoudit anatomickou proveditelnost zákroku a také zhodnotit míru rizika pro dárce (Kieslichová, Pokorná, Ročeň 2015).

Odběr od žijícího dárce nelze provést za podmínek (Kuře 2012):

- kdy lze předpokládat, že provedení odběru by mohlo závažným způsobem ohrozit zdraví nebo život dárce,
- pokud je dárce osobou nacházející se ve výkonu trestu odnětí svobody, ve vazbě, či v ochranném léčení (výjimkou je dárcovství mezi dětmi a rodiči, mezi sourozenci a mezi manželi),
- pokud vzniklo na základě posouzení zdravotní způsobilosti podezření, že dárce trpí nemocí nebo stavem, které by mohl ohrozit zdraví nebo život příjemce,

- pokud dárce daroval orgán nebo tkáň ve prospěch určité osoby a transplantace neproběhla, pokud má být využito pro jinou osobu, je potřeba souhlas dárce.

Rozlišujeme transplantace od osoby blízké nebo osoby, která není dárci blízká.

Odběr od osoby, která není dárci blízká

Jak se postupuje, pokud se jedná o osobu, která není k dárci blízká?

Dárce prokazatelným způsobem musí výslovně projevit vůli darovat svůj orgán určitému příjemci, výslovný projev vůle musí být učiněn písemně a musí být notářsky ověřen. S darováním vysloví souhlas etická komise zřízena podle transplantačního zákona (Kieslichová, Pokorná, Ročeň 2015).

Každý živý dárce postupuje při transplantaci určitou míru rizika. Kromě samotného omezení způsobené samotným odejmutím orgánu či tkáně, mohou také nastat i pooperační komplikace (infekce, trombóza, poškození tkání). Přesto je toto dárcovství velkým přínosem a snižuje nedostatek orgánů a tkání (Kieslichová, Pokorná, Ročeň 2015).

Odběr od mrtvých dárců

Odběr od mrtvého dárce do 2 h lze uskutečnit za podmínek, pokud byla smrt zjištěna ve zdravotnickém zařízení (ARO, JIP, operační sál, příjmová ambulance nebo příjmové oddělení nemocnice nebo byla smrt stanovena na základě neúspěšné resuscitace, prováděné lékařem v délce nejméně 30 min (umělé dýchání a masáž srdce) (Kieslichová, Pokorná, Ročeň 2015).

Podmínky k odběru od mrtvého dárce jsou stanoveny zákonem č. 285/2002 Sb. Zemřelí dárci se rozdělují na dárce s prokázanou smrtí mozku a na dárce po nezvratné zástavě krevního oběhu.

Zemřelý dárce DBD (donors after brain death) dárce s prokázanou smrtí mozku

Většina mrtvých dárců orgánů jsou osoby s diagnostikovanou smrtí mozku. Smrt mozku je definována jako nezvratná ztráta funkce celého mozku nebo mozkového kmene, v případech, kdy jsou funkce dýchání nebo krevního oběhu udržovány uměle. Klinickými známkami smrti mozku, na základě jejichž prokázání lze stanovit diagnózu smrti mozku, jsou:

- zornicová areflexie,
- korneální areflexie,
- vestibulookulární areflexie,
- absence jakékoli motorické reakce na algický podnět aplikovaný v inervační oblasti hlavových nervů,
- absence kašlacího reflexu nebo jakékoli bezprostřední motorické reakce na hluboké tracheobronchiální odsávání,
- trvalá zástava spontánního dýchání prokázaná apnoickým testem,
- hluboké bezvědomí (bez ovlivnění léky).

V případě zjištění smrti prokázáním nevratné zástavy krevního oběhu lze odběr provést před uplynutím 2 hodin od tohoto zjištění. Platí to v případech, že je známa doba zjištění smrti, a byla-li smrt zjištěna ve zdravotnickém zařízení (na jednotce intenzivní péče, na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, na operačním sále, na příjmové ambulanci oddělení) nebo na příjmovém oddělení nemocnice, nebo pokud smrt byla zjištěna na základě ukončení neúspěšné resuscitace (Mach 2013).

Vyšetřeními potvrzujícími nevratnost smrti mozku jsou angiografie mozkových tepen, mozková perfuzní scintigrafie, počítačová tomografická angiografie, transkraniální dopplerovská ultrasonografie, vyšetření sluchových kmenových evokovaných potenciálů (BAEP). U zemřelých osob s jasně objektivně prokázanou těžkou strukturální infratentoriální lézí se provádí pouze klinická vyšetření (Zákon 44 /2013 Sb.).

Všechna vyšetření, jejich průběh i výsledky musí být zaznamenány do protokolu o zjištění smrti, který musí obsahovat základní a vedlejší diagnózy zemřelého, záznam o provedených vyšetřeních, identifikační údaje o lékařích zjišťujících smrt a lékařích provádějících vyšetření potvrzující nezvratnost smrti mozku (Vácha, Königová, Mauer 2012).

Dárce po nezvratné zástavě krevního oběhu (DCD)

Dárcem se také může stát zemřelý po nezvratné zástavě krevního oběhu. Podle Maastrichtské klasifikace pro DCD (dárce po srdeční smrti) platí následující podmínky:

- pacient je zemřelý při příjezdu do zdravotnického zařízení,
- proběhla neúspěšná kardiopulmonální resuscitace,

- očekávaná srdeční zástava po zrušení podpory života,
- srdeční zástava u pacienta s prokázanou mozkovou smrtí,
- neočekávaná srdeční zástava na jednotce intenzivní péče.

Po zjištění zástavy oběhu musí následovat vždy tzv. bezdotykový interval (No-touch interval). To je doba, kdy dojde k zástavě krevního oběhu do konstatování smrti. Tento interval je využíván před stanovením smrti z důvodu existence případů, kdy došlo k spontánnímu obnovení krevního oběhu (tzv. Lazarův fenomén). Doba trvání intervalu je stanovena na 5-10 minut. Jedná se o dobu, kdy není s dárcem prováděna žádná intervence ze strany zdravotnického personálu a potenciálnímu dárci je tak dána šance na autoresuscitaci.

V České republice se doporučuje interval minimálně 5 minut. Například v Itálii však je tato doba prodloužena na dobu 20 minut. Pokud nedojde k obnovení srdeční činnosti po uplynutí No-touch intervalu, tak je konstatována nevratná zástava krevního oběhu a úmrtí. K průkazu srdeční zástavy u DCD u zemřelých dárců je vyžadováno splnění vždy minimálně dvou ze tří následujících kritérií: průkazné zjištění absence organizované elektrické aktivity na EKG; průkazné zjištění absence pulzové křivky při invazivní monitoraci krevního tlaku; průkazné zjištění absence mechanické aktivity srdce při ultrazvukovém vyšetření srdce.

Stejně jako u mozkové smrti musí být vše zaznamenáno do protokolu o zjištění smrti. Protokol musí navíc obsahovat časový údaj o době nezvratné zástavy krevního oběhu (Tráva 2019).

Nepřípustnost odběru od mrtvého dárce

Za určitých podmínek není možné provést odběr orgánu od mrtvého dárce a to pokud (Mach 2013):

- zemřelý nebo zákonný zástupce vyslovil prokazatelný nesouhlas s dárcovstvím;
- zemřelý trpěl nemocí či stavem, který by mohl darovaného ohrozit;
- zemřelého nelze identifkovat;
- v případě podezření, že zemřelý zemřel násilnou smrtí, orgán lze odebrat za podmínek, že nebude mařeno policejní vyšetřování.

Typy posmrtného dárcovství

Ve světě jsou dva základní typy odběrů orgánů od zemřelých osob: opting in a opting out.

Opting in znamená, že za života musí být případným dárcem vysloven souhlas, které orgány mohou být po smrti darovány. Dárci nosí kartičku u sebe. Tento typ dárcovství je například v USA, v Kanadě, ve Velké Británii, v Německu, v Dánsku, v Irsku, v Japonsku, v Austrálii). Problémem tohoto typu dárcovství je nedostatek orgánů. Pozitiva jsou naopak „mít dobrý pocit," pokud se člověk rozhodne pro dárcovství.

Opting out nebo také „předpokládaný souhlas" je druhým typem dárcovství. Nesouhlas s posmrtným odběrem orgánů je potřeba vyjádřit ještě za života. Tento typ funguje například v těchto zemích: Česká republika, Slovensko, Rakousko, Francie, Belgie, Španělsko, Finsko, Itálie, Bulharsko, Maďarsko, Řecko (Kieslichová, Pokorná, Ročeň 2015).

6.3. Transplantace v České republice

Jak je výše uvedeno, v České republice platí typ dárcovství opting out (předpokládaný souhlas). Osoby, které nesouhlasí s transplantací tkání a orgánů se musí ještě během života nahlásit **do Národní registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů** a také musí uvést v jakém rozsahu je jejich nesouhlas.

K 31. 1. 2019 bylo v tomto registru evidováno 2001 osob (Kieslichová, Pokorná, Ročeň 2015).

Osoby blízké zemřelé osobě musí být o odběru orgánů informováni, ale sami nemůžou vyjádřit případný nesouhlas. Jiná situace je u nezletilých a osob zbavených svéprávnosti. Zde je možno odebrat orgány jen se souhlasem zákonného zástupce (Kieslichová, Pokorná, Ročeň 2015).

V České republice se provádí transplantace srdce, plic, jater, ledvin, slinivky břišní, Langerhansových ostrůvků, tenkého střeva a transplantace dělohy.

V České republice je 7 transplantačních center (Mach 2013):

- Institut klinické a experimentální medicíny, Praha: transplantace srdce, jater, ledvin, slinivky břišní, Langerhansových ostrůvků a tenkého střeva,
- Fakultní nemocnice Motol, Praha: transplantace plic, srdce a ledviny pouze dětským příjemcům,

- Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie, Brno: transplantace srdce, jater a ledvin,
- Fakultní nemocnice Ostrava: transplantace ledvin,
- Urologická klinika, Fakultní nemocnice Hradec Králové: transplantace ledvin,
- Fakultní nemocnice v Plzni: transplantace ledvin,
- Fakultní nemocnice Olomouc: transplantace ledvin.

Jednotlivá centra spolupracují s dárcovskými nemocnicemi v daném regionu, zodpovídají za zařazení nemocných na čekací listiny a pečují o žijící dárce orgánů a příjemce orgánů.

Čekatel na transplantaci orgánů je jako pacient zařazený **v Národním registru osob čekajících na transplantaci** na čekací listině. Listiny jsou seznamy na jednotlivé orgány nebo tkáně a jsou jednotné pro celou republiku. Obsahují identifikační a medicínské údaje, které je nutné aktualizovat. Správu a aktualizaci má na starosti **Koordinační středisko transplantací.** Stejně jako ve světě se u nás nejčastěji transplantují ledviny. Jedná se o párový orgán. Jeden dárce může zlepšit kvalitu života až dvěma nemocným. Dárcem orgánu se může stát až osoba starší 18. let (KST 2014).

V České republice byla provedena první transplantace ledviny v Hradci Králové v roce 1961. Nebyla však klinicky úspěšná a důvodem byla rejekce, tedy „odmítnutí" transplantované ledviny imunitním systémem příjemkyně. Nicméně, i tak se jednalo o průkopnický počin. O několik let později, v roce 1966, byl zahájen transplantační program v Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze (IKEM), kde první transplantovaný pacient Karel Pavlík přijal ledvinu své matky. V šedesátých letech pak pokračovala snaha vědců vyřešit problém rejekce štěpu u pacientů, kteří přijali ledvinu od zemřelého dárce. Byl poprvé použit lék merkaptopurin, který později nahradila moderní imunosupresiva (Kuře 2012).

V současné době je v Evropě i ve světě velká poptávka po transplantacích orgánů jako jsou, ledviny, játra, srdce a podobně. V důsledku nedostatku dárců vznikl fenomén nazývaný „transplantační turistika", což znamená, že pacienti odcestují do zahraničí, aby si zde nechali orgán transplantovat. Kolébkou a vyhledávanou destinací transplantační turistiky se stala Čína. Čínské zdravotnictví a zejména potom jeho odvětví transplantační chirurgie ovšem čelí již od roku 2005 neustálé kritice za svoje neetické postupy. Čína totiž oficiálně legalizovala používání orgánů od popravených vězňů, což potvrdil v roce 2005 náměstek čínského ministra zdravotnictví Chuang Ťie-fu. V roce 2012 se svět dozvěděl, že praxe stále pokračuje (Evropský parlament 2013).

Z etického pohledu je zcela neobhajitelná transplantační praxe, která nedokáže obhájit velmi krátkou čekací dobu a velmi vysoký počet transplantačních zákroků.

Mezinárodní společnost pro transplantaci srdce a plic (ISHLT) zveřejnila případ z roku 2005, kdy pacient usilující o transplantaci v Čině dostal prostřednictvím pojišťovny příkaz, aby se za dva týdny dostavil na operaci srdce v Číně. Operace srdce se opravdu uskutečnila v uvedený den (Pfauser 2015).

Legislativa České republiky zakazuje obchodování s tkáněmi a orgány pro transplantaci. Možná je však finanční kompenzace rodinám zemřelého dárce; konkrétně se vyplácí pohřebné ve výši 5.000 Kč a pojišťovna příjemce transplantovaného orgánu hradí dopravu těla z místa pitvy do místa pohřbu. Žijící dárci mají nárok na cestovní výdeje a náhradu ušlého výdělku. Z ekonomického hlediska je transplantace ledvin méně finančně náročná než dlouhodobá dialýza (Heřmanová et al. 2012).

V České republice je povinnost informovat příbuzné zemřelého o mozkové smrti a o plánovaném odběru orgánů pro transplantaci. Existuje tedy povinnost informovat, ale ne však žádat od příbuzných souhlas (Sedláčková 2012).

Kontrolní otázky

Jaké jsou dva typy posmrtného dárcovství a jaký typ dárcovství je v České republice?

Jaká jsou kritéria stanovení mozkové smrti?

Co je potřeba udělat, pokud někdo nechce být po své smrti dárcem orgánů?

Kdy je odběr orgánů u mrtvého dárce nepřípustný?

Použitá a doporučená literatura

EVROPSKÝ PARLAMENT. Usnesení Evropského parlamentu o nedobrovolném odebírání orgánů v Číně (2013/2981(RSP)). 2013-12-12 [cit. 2019-11-20]. Dostupné z http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+MOTION+P7-RC-2013-0562+0+DOC+XML+V0//CS.

HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M.O., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M., SLOVÁK, J. *Etika v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.

KIESLICHOVÁ, E., POKORNÁ, E., ROČEŇ, M. (eds.) *Dárci orgánů*. Praha: Maxdorf. 2015. ISBN 978-80-7345-451-7.

KST. Informovany souhlas přijemce. *Všeobecné pracovní postupy* [Online]. Koordinační středisko transplantací, ©2014. Dostupné z https://www.kst.cz/wp-content/uploads/2014/11/VPP-3-1-Informovany-souhlas-prijemce.pdf.

KUŘE, J. *Kapitoly z lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. 2012. ISBN 978-80-210-5951-1.

MACH, J. *Univerzita medicínského práva*. Praha: Grada. 2013. ISBN 978-80-247-5113-9.

PFAUSER, L. 2015. Čína čelí tlaku kvůli využívání orgánů vězňů pro transplantace. [Online]. *TEMPUS MEDICORUM: Časopis České lékařské komory*, 24(4), 20-21. ISSN 1214-7524. Dostupné z https://www.lkcr.cz/casopis-clk-353.html?state=DATA_LIST&editing=0&paging.pageNo=0.

SEDLÁČKOVÁ, M. *Právní a etické aspekty asistované reprodukce*. Brno: Masarykova univerzita, Právnická fakulta. 2012. ISBN Rigorózní práce.

ŠTEFAN, J., MACH, J. *Soudně lékařská a medicínsko-právní problematika v praxi*. Praha: Grada. 2005. ISBN 80-247-0931-7.

TRÁVA, J. *Počet osob v Národním registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů*, Adresát Recepient. 2019-02-04.

VÁCHA, M.O., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál. 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.

Prameny práva

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva o lidských právech a biomedicíně), 2001. In *Sbírka mezinárodních smluv*, částka 44, s. 1899-1919.

Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon). In *Sbírka zákonů ČR*, částka 103, s. 6050-6071.

7. Etické a právní otázky asistované reprodukce

Mgr. Veronika Kulířová

Mgr. Lenka Jeřábková

Obsah kapitoly

- Rozdělení a základní pojmy asistované reprodukce.
- Právní a etické aspekty asistované reprodukce.
- Dárcovství.
- Etické problémy spojené s asistovanou reprodukcí.

7.1. Základní pojmy asistované reprodukce

Důvodem asistované reprodukce je porucha plodnosti. V 80. letech minulého století bylo neplodné každé 10. manželství či partnerství, dnes se již neplodnost vyskytuje v každém 5. až 6. partnerském vztahu. Nejčastější příčinou poruch neplodnosti u žen je poškození či ucpání vejcovodů, hormonální problémy, endometriózy. U mužů je to například pokles kvality spermatu, špatná pohyblivost spermií (Kuře 2012).

Asistovaná reprodukce (umělé oplodnění) je označení pro lékařské postupy a metody, při kterých dochází k manipulaci se zárodečnými buňkami nebo s embryi, včetně jejich uchovávání, a to za účelem léčby neplodnosti ženy nebo muže. Asistovaná reprodukce je jakýkoliv medicínský zásah, který napomáhá lidskému rozmnožování (Heřmanová et al. 2012).

První dítě ze „zkumavky“ je Joy Brown, narozena 25. 6. 1978 ve Velké Británii, která má již v současné době vlastní dítě, které se narodilo přirozenou cestou. Vyvrátilo to tak domněnku, že děti narozené pomocí asistované reprodukce budou neplodné. Dr. Steptoe a Dr. Edwards jsou považováni za průkopníky metody in vitro fertilizace a transferu embrya (IVF/ET). V České republice proběhl v Brně v roce 1982 porod prvního dítěte ze zkumavky. Naše země se tak stala prvním státem bývalé východní Evropy. Také zároveň získala světové prvenství v použití metody GIFT (transferu gamet do vejcovodu). Touto metodou se narodil

chlapeček, jehož jméno nebylo nikdy uvedeno, protože si jeho rodina přála zachovat anonymitu. V roce 1984 se v Brně narodilo první dítě po metodě in vitro fertilization (Mach 2013).

V České republice je dnes přes 40 center asistované reprodukce státních i soukromých a zájem o jejich služby neustále stoupá, a to i ze strany zahraniční klientely. Je to zřejmě také vzhledem k tomu, že je u nás, oproti jiným státům Evropy, celkem liberální legislativa a poměrně levná možnost provedení zákroku asistované reprodukce (Kuře 2012).

7.2. Dělení asistované reprodukce

Homologní oplodnění (AIH – artificial insemination husband)

Sociální rodiče jsou ti, kteří budou dítě vychovávat a jsou zároveň dárci gamet.

Heterologní oplodnění (AID – artificial insemination donor)

Jedna z gamet pochází od dárce, nikoliv od sociálního rodiče.

IVF plus et (in vitro fertilization and embryo transfer)

K oplodnění vajíčka spermií od manžela či dárce dojde ve zkumavce a vzniklé embryo se přenese do dělohy ženy (85 % procent metod oplodnění).

GIFT (gamete intrafallopian transfer)

Zavedení spermie do vejcovodu ženy, dnes je to již téměř nepoužívaná metoda.

ICSI (intracytoplasmic sperm injection)

Intra cytoplazmatická injekce pomocí mikro injekce se zavede jediná, předem vybraná spermie do cytoplazmy oocytu.

Preimplantační genetická diagnostika (PGD-Preimplanatation Genetic Diagnosis)

Zajištuje znalost karyotypu embrya před přenesením do dělohy. Dokáže zjistit genetické vady (Rumpíková, Oborná, Konečná 2017).

7.3. Právní otázky asistované reprodukce

Právní otázky vymezuje zákon o specifických zdravotních službách č. 373/2011 Sb. Umělé oplodnění lze provést pouze neplodnému páru (muž, žena); nikoliv jednotlivci. Neplodný

pár musí být rozdílného pohlaví, není však podmínkou manželství. Musí být vždy před výkonem písemný souhlas ženy a muže. Umělé oplodnění nelze použít pro výběr pohlaví, dárcovství je oboustranně anonymní. Při asistované reprodukci smí být u jedné příjemkyně oplozeno jen tolik vajíček a přeneseno do pohlavních orgánů jen tolik embryí, kolik je podle současného stavu lékařské vědy pravděpodobné k úspěšnému narození dětí. Legislativa již přesně neupravuje, kolik embryí může být vlastně přeneseno do dělohy. Ovšem zdravotní pojišťovny hradí ženě čtyři pokusy asistované reprodukce s podmínkou, že v prvních dvou pokusech se bude používat jedno, nikoliv více embryí. Umělé oplodnění je možné do 49 let věku ženy, to znamená, že v den embryotransferu nesmí přesáhnout 48 let + 364 dní. Pokud lidská embrya nebyla použita nebo pár neučinil písemné prohlášení o jejich likvidaci, po 10 letech po další výzvě je možná jejich likvidace (Sedláčková 2012).

Zdravotní pojišťovny hradí podle novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (tzv. transparenční novelou) čtyři cykly IVF za život ženy, a to ženám s oboustrannou neprůchodností vejcovodů ve věku od 18 let do dne dosažení 39 let, případně ostatním ženám ve věku od 22 let do dne dosažení 39 let (38 let + 364 dní). Pro úhradu čtvrtého cyklu je podmínkou, že v prvních dvou cyklech bylo přeneseno pouze jedno embryo. Pokud byla transferována embrya dvě, hradí pojišťovna jen první 3 cykly IVF cyklu s vlastními vajíčky.

Dárcovství gamet

Podle zákonů České republiky je darování gamet anonymní, dobrovolné a bezplatné; dárci však mají nárok na „přiměřenou kompenzaci“. Požadavek na dárcovství oocytů oproti dárcovství spermatu stoupá. Vzájemná idenfikace dárců není možná. Jednotlivé státy mají svou legislativu pro dárcovství, a tak například v Německu a v Norsku není dárcovství vajíček povoleno (Vácha, Königová, Mauer 2012).

V České republice není povoleno cílené darování blízkému příbuznému (např. sestře). Zdravotní údaje o dárcích se v centrech asistované reprodukce uchovávají po dobu 30 let.

Podmínky pro dárce a dárkyně jsou: kritéria věku je 18 až 35 let (muži do 40 let); dárce musí mít výborný zdravotní stav (nekuřáci, bez nadváhy, bez anamnézy drogové závislosti) a příznivé genetické testy. Všichni dárci musí projít zdravotními testy (HIV, sexuálně přenosné

nemoci, hepatitida B, C, chlamydie). Dárcovství je v naší republice bezplatné, hradí se jen tzv. kompenzační náklady (ztráta času, cestovné…).

U žen dárkyň je častěji těžší rozhodnutí stát se dárkyní, než je tomu u mužů. I pohled společnosti je k tomuto dárcovství více kritický. Kromě samotného psychologického faktoru je odběr oocytů chirurgický zákrok s krátkodobou anestézií a dárkyně také před samotným výkonem musí podstoupit hormonální stimulaci k podpoře růstu vajíček.

Dárkyně jsou povinně před dárcovstvím vyšetřeny (protilátky proti HBV, HCV, HIV1 a HIV2 a syfilidě). Zákon č. 296/2008 Sb., o lidských tkáních a buňkách stanovuje, že dárkyní musí být zdravá žena ve věku od 18 do 35 let s normálními výsledky genetického a sérologického vyšetření. Příjemkyně darovaných vajíček jsou většinou ženy s normální funkcí vaječníků po opakovaně neúspěšné IVF, po chemoterapii, těsně před nebo po menopauze, ženy s genetickou odchylkou (Rumpík 2018).

7.4. Etické problémy asistované reprodukce

V 80. letech 20. století bylo obvyklou praxí transferovat do dělohy co nejvyšší počet embryí a poté se zvyšovala možnost otěhotnět. Pokud došlo k vícečetnému těhotenství, tak došlo k tzv. redukci plodu, což znamenalo selektivní interrupci nadbytečných plodů během druhého trimestru gravidity. Dnes je již používán postup, že se do dělohy transferuje jen tolik embryí, kolik může žena donosit bez vážnějších komplikací (Sedláčková 2012).

7.4.1. Preimplantační diagnostika, nadpočetná embrya, sdělování dárcovství

Preimplantační diagnostika se zabývá zjišťováním genetických vad (Down syndrom, hemofilie…). U této metody je však možné zneužití.; například výběr pohlaví dítěte je v Evropských zemích zcela zakázán.

Nadpočetná embrya jsou v centrech asistované reprodukce uchovávána většinou po dobu 10 let. Pokud lidská embrya nebyla použita nebo neplodný pár neučinil písemné prohlášení o jejich likvidaci, může poskytovatel po 10 letech uchovávání těchto embryí opakovaně prokazatelně písemně vyzvat neplodný pár o vyjádření k dalšímu uchovávání těchto

embryí, včetně udělení souhlasu s jejich zlikvidováním. Pokud neplodný pár nereaguje na opakovanou prokazatelně zaslanou písemnou výzvu poskytovatele, lze i bez vyjádření neplodného páru lidská embrya zlikvidovat (Zákon č. 373/2011 Sb.).

Páry mohou embrya použít pro další oplodnění, nebo je mohou poskytnout k výzkumu, mohou je také poskytnout jinému neplodnému páru či se rozhodnout o jejich likvidaci. Jednotlivé státy si samy určují právní legislativu, zda se embrya mohou použít pro další výzkum. V České republice je výzkum povolen jen na základě svolení Ministerstva školství, Rady pro výzkum a vývoj, a to pouze v případě, že výzkum bude sloužit k získání důležitých vědeckých poznatků, k vývoji diagnostiky nebo terapeutických postupů. Klonování je však u nás přísně zakázáno.

Etická otázka se také týká redukce těhotenství, které je u více než 3 embryí, a to ve věku 10. až 14. týdne života. Do srdce embrya se aplikuje přes abdominální stěnu roztok chloridu draselného. Od této metody se ustupuje; především proto, že smrtí jsou ohroženy všechny embrya (Rumpík 2018).

Ve světě se již v souvislosti s asistovanou reprodukcí objevuje otázka, zda se má sdělovat dětem, že jsou z darovaných gamet? Zda by se tedy nemělo postupovat stejně jako u sdělování informací u adoptovaných dětí. Trend sdělování je proto již v některých zemích otevřenější a reflektuje zájmy všech zúčastněných stran. Umožňuje tedy jak anonymní, tak i neanonymní dárcovství (příklad: Finsko, Německo, Rakousko, Velká Británie, Švédsko, Dánsko). Cílem je umožnit dítěti znát identitu dárce (Rumpíková, Oborná, Konečná 2017).

V naší legislativě je dárcovství zatím zcela anonymní. Poskytovatel, který provádí asistovanou reprodukci, je povinen zajistit zachování vzájemné anonymity dárce a neplodného páru a anonymity dárce a dítěte narozeného z asistované reprodukce. Je však povinen uchovávat údaje o zdravotním stavu anonymního dárce po dobu 30 let od provedení umělého oplodnění a případně, na základě písemné žádosti, předat neplodnému páru nebo zletilé osobě narozené z asistované reprodukce informaci o zdravotním stavu anonymního dárce (Zákon č. 373/2011 Sb.).

7.4.2. Surogátní (náhradní) mateřství

V indikovaných případech lze léčbu neplodnosti provádět za pomoci náhradní matky. O nutnosti využití náhradní matky rozhoduje vždy lékař, který se specializuje na tuto problematiku.

Biologická matka postupuje rutinní ovariální stimulaci s přenosem čerstvých nebo kryokonzervovaných embryí do dělohy náhradní matky. Úkolem náhradní matky je plod odnosit a porodit. Náhradní matka nemá s dítětem genetickou vazbu. Musí však souhlasit s tím, že dá dítě po porodu k adopci, protože náš právní řád považuje za matku tu ženu, která dítě porodila (Zákon č. 89/2012 Sb.).

Pro indikaci k léčbě za pomocí surogátky musí být jednoznačný důvod (poškození dutiny děložní, opakované potrácení po vyloučení, že se nejedná o genetickou příčinu potratů, hematologická a imunologická terapie bez efektu, vrozené nebo získané chybění dělohy…). Počet přenášených embryí do dělohy náhradní matky je limitován pouze na jedno embryo. Surogátní matku si každá žena musí najít sama; není to povinnost centra asistované reprodukce.

Náhradní mateřství není českou legislativou nijak upraveno, avšak není ani zakázáno.

Proces náhradního mateřství je velmi složitý a přináší řadu úskalí jak pro biologické rodiče, tak pro náhradní matku. Pro biologické rodiče se jedná o období dlouhodobé nejistoty, neboť náhradní matka nemusí dát souhlas k přímému osvojení dítěte (jediná možnost, jak může být přiznáno rodičovství biologické matce). Jakákoliv dohoda, která by byla v tomto smyslu předem uzavřena mezi náhradní matkou a neplodným párem, by nebyla právně vynutitelná. Stejně tak nemusí soud návrhu na vyslovení osvojení vyhovět. Pro náhradní matku může být těžké vzdát se po porodu dítěte či vysvětlit svým blízkým, že po těhotenství zůstane bez dítěte (Rumpík 2018).

Občanský zákoník vylučuje osvojení mezi osobami spolu příbuznými v přímé linii a mezi sourozenci. To však není platné v případě náhradního mateřství. Matka tedy může například odnosit a porodit dítě svoji dceři (Zákon č. 373/2011 Sb.).

V rámci procesu náhradního mateřství nelze akceptovat, aby náhradní matce byla poskytnuta úplata za donošení dítěte a jeho následné svěření do péče za účelem adopce, neboť by se jednalo o trestný čin (Ingletonová, Payneová, Seymourová 2007).

Na druhé straně má náhradní matka nárok na náhradu výdajů spojených s těhotenstvím a porodem, protože to není v rozporu s českou legislativou. Pokud došlo mezi objednateli a náhradní matkou k jakékoliv smlouvě, její plnění je soudně nevymahatelné (Ingletonová, Payneová, Seymourová 2007).

Zcela prvním státem, který přijal zákonnou úpravu náhradního mateřství, byl Izrael (1996). Podmínky pro uzavření smlouvy jsou takové, že pár musí mít izraelské občanství. Dále musí být stejného náboženského vyznání za podmínky, že náhradní matka bude svobodná, rozvedená, nebo vdovou a objednatelský neplodný pár bude heterosexuální. Povolena je pouze altruistická forma plného náhradního mateřství. Ve Spojených státech amerických mají jednotlivé státy svá pravidla. Náhradní mateřství povoluje například stát Florida nebo Texas. Naopak státy jako Indiana, New York a Michigan ho zakazují nebo jakákoliv ujednání o náhradním mateřství prohlašují za neplatná. Konkrétně v Texasu je surogační mateřství umožněno těm, kteří podepíší písemnou dohodu. Podepsána musí být všemi zúčastněnými a schválena soudem. Objednatelským párem musí být neplodní manželé. Umělé oplodnění nelze tedy provést z jiných než zdravotních důvodů. Další podmínkou je, že vajíčka musí poskytnout žena neplodného páru a aspoň jedna ze zúčastněných stran musí mít své trvalé bydliště na území státu Texas. Velice důležitý je zápis na matrice, neboť objednatelský pár je již od narození zapsán v rodném listě dítěte.

V Evropských zemích není shodná právní úprava a v některých zemích je náhradní mateřství upraveno zákonem (povoleno pro manželské páry, ne pro páry homosexuální). Práva biologickým rodičům poskytují například Velká Británie, Gruzie a Ukrajina. Naopak v Rakousku a v Německu je náhradní mateřství výslovně zakázáno a jeho účastníci se dopouští trestného činu (Ingletonová, Payneová, Seymourová 2007).

Kontrolní otázky

Jaké jsou právní podmínky asistované reprodukce?

Co je to surogátní mateřství a jak se k němu staví český právní řád?

Jaká jsou etická dilemata v asistované reprodukci?

Použitá a doporučená literatura

HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M.O., SVOBODOVÁ, H., ZVONÍČKOVÁ, M., SLOVÁK, J. *Etika v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.

INGLETONOVÁ, C., PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.

KUŘE, J. *Kapitoly z lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. 2012. ISBN 978-80-210-5951-1.

MACH, J. *Univerzita medicínského práva*. Praha: Grada. 2013. ISBN 978-80-247-5113-9.

RUMPÍK, D. *Etické a právní aspekty náhradního mateřství.* Brno, 2018. Disertační práce. Masarykova univerzita Lékařská fakulta. Vedoucí práce VENTRUBA, P.

RUMPÍKOVÁ, T., OBORNÁ, I., KONEČNÁ, H. 2017. Současné trendy v psychosociální a etické problematice dárcovství gamet. *Česká gynekologie*, 82(4), 293-299. ISSN 1210-7832

SEDLÁČKOVÁ, M. *Právní a etické aspekty asistované reprodukce*. Brno: Masarykova univerzita, Právnická fakulta. 2012. ISBN Rigorózní práce.

VÁCHA, M.O., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál. 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.

Prameny práva

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, 1991. In *Sbírka zákonů České republiky*, částka 104, s. 2728-2731.

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, 1992. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 58, 1579-1582.

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, 1992. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 119, s. 3558-3565.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, 1997. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 16, 1186-1264.

Zákon č. 296/2008 Sb., o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů (zákon o lidských tkáních a buňkách), 2008. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 97, s. 444-4459.

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 131, s. 4802-4838.

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 33, s. 1026-1368.

8. Etické a právní otázky umírání a smrti

Mgr. Veronika Kulířová

Mgr. Lenka Jeřábková

Obsah kapitoly

- Péče o umírající, fáze umírání.
- Respektování předem vyslovených přání.
- Pasivní a aktivní eutanázie, etické a právní souvislosti.
- Diagnostika smrti, péče o mrtvé tělo, mrtvé tělo jako předmět vlastnictví, pitva zemřelého.

8.1. Péče o umírající, fáze umírání

Při péči o umírající se řídíme doporučením Charty práv umírajících (Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 o ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících). Při umírání se nejedná pouze o terminální stav, jak bývá často vnímáno.

Umírání člověka má většinou tři fáze (Kutnohorská 2007):

- **Pre finem (období před umíráním),**
- **In finem (období vlastního umírání),**
- **Post finem (období po smrti).**

S péčí o umírající (paliativní přístup) se sestry setkávají ve všech zdravotnických zařízeních, a proto by v péči o tyto pacienty měly být rozpoznány všechny fyzické, psychické, sociální a spirituální potřeby; sestra by měla pochopit, co prožívá nejen umírající, ale také jeho rodina. I když je umírání součástí procesu života, pro zdravotníka to může být stresující součást jeho profese, a to především pro pochopení konečnosti lidského života. Pro sestry je těžké pečovat o umírající pacienty, protože s nimi často navážou i blízký vztah (O´Connor, Aranda 2003).

Fáze umírání

První období se nazývá **pre finem.** Podle Elizabeth Kübler – Rossové prochází v tomto období člověk několika psychickými fázemi, které obvykle přichází za sebou, někdy se ale vracejí nebo vzájemně prolínají:

- **Negace (šok, popření nemoci)**

  Je obdobím, kdy je potřeba navázat kontakt s pacientem a získat důvěru.

- **Agrese (hněv, vzpoura)**

  Je fází, kdy může mít pacient zlost na rodinu, zdravotníky; důležité je nepohoršovat se a neodsuzovat pacienta.

- **Smlouvání (vyjednávání)**

  Je obdobím, kdy pacient vyžaduje trpělivost, může hledat pomoc v jiných zařízeních nebo u léčitelů.

- **Deprese**

  Je obdobím naslouchání a trpělivosti.

- **Smíření**

  Je poslední fází, kdy se nemocný začíná vyrovnávat se svou smrtí jako s neodvratitelnou skutečností.

Všechny uvedené fáze vyžadují podporu zdravotníků a sestra by měla vědět, že podkladem psychiky pacienta je strach a úzkost, a to i v případě agresivního jednání. Jednotlivé fáze nemusí jít vždy ve sledu za sebou. Naopak se často některé z nich opakovaně vracejí či střídají. Období pre finem může trvat roky, měsíce nebo jen týdny. Pacient se dozvídá o svém nevyléčitelném onemocnění. Kromě léčby tělesných potíží je nutno poskytnout psychickou, sociální a duchovní péči (Kübler-Ross 2015). Nebezpečím pro toto období je tzv. **sociální nebo psychická smrt,** kdy se nemocný dostane do stavu beznaděje a rezignace. Tento stav může výrazně urychlit jeho fyzickou smrt (Haškovcová 2015). Kromě psychických potíží se musí pacienti vyrovnat i s fyzickými příznaky onemocnění jako jsou například bolest, dušnost, únava, zácpa, nevolnost, nechutenství, maligní rány. Do popředí jejich života se v konečné fázi života dostávají otázky sociální a duchovní.

Hospitalizace pacienta, změna prostředí, osamocenost, ztráta smyslu života mohou u pacienta vést až k psychické tísni. Proto je nesmírně důležitý empatický přístup všech pečujících zdravotníků (O´Connor, Aranda 2003).

Období **in finem** je druhým obdobím. Zdravotníci používají především pojem terminální stav. Umírající většinou nechce být sám a touží po přítomnosti blízkého člověka. Vzhledem k tomu, že většina lidí dnes umírá v nemocnicích nebo v sociálních zařízeních, je vhodné umožnit příbuzným nejen častý kontakt s umírajícím, ale také je zapojit do ošetřovatelské péče. Podle výzkumu agentury STEM/MARK z roku 2013 umírá v nemocnicích v České republice 60 % osob a v ústavech dlouhodobé péče je to 10 % osob. Dle výzkumu dané agentury by si však 70 % osob přálo zemřít nejraději doma (Nezbeda 2017).

Období **post finem** je posledním obdobím a začíná smrtí člověka. Následuje péče o mrtvé tělo a kontakt s příbuznými zemřelého. Fyzickou smrt pacienta vždy určuje lékař a je to konečný zánik organismu.

Sestra by měla citlivě vyjádřit příbuzným zemřelého svoji soustrast. Psychologové řadí úmrtí v rodině mezi velmi stresové situace. V případě některých úmrtí (především rychlých a náhlých) potřebuje rodina poskytnout i odbornou psychologickou pomoc.

Během období truchlení mohou příbuzní chtít navštívit zařízení, kde jejich zemřelí strávili poslední chvíle svého života. Sestra by měla mít pro tyto návštěvy pochopení. Přiměřené truchlení trvá přibližně rok a má tři fáze (Kutnohorská 2007):

- otřes (šok, intenzívní období po úmrtí);
- truchlení (období žalu);
- přijetí skutečnosti.

8.2. Paliativní péče

Paliativní péče je podle Světové zdravotnické organizace charakterizována jako celková léčba a péče o nemocné, jejichž nemoc již nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších fyzických potíží, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocného. Cílem péče je dosažení co nejlepší kvality života nemocných a jejich rodin.

Paliativní péče prolíná všechny lékařské a ošetřovatelské obory. Člověku na konci života poskytuje nejen úlevu od bolesti nebo jiných tíživých problémů, ale naplňuje všechny jeho tělesné, psychosociální a duchovní potřeby (Haškovcová 2015).

Zakladatelkou hospicového hnutí a propagátorkou paliativní medicíny je anglická lékařka Cicely Saundersová (1918–2005). První hospic svatého Kryštofa v Sydenhamu v Londýně založila roku 1967 (Ingletonová, Payneová, Seymourová 2007). V České republice je za průkopnici hospicového hnutí považována lékařka Marie Svatošová, která otevřela první hospic v roce 1995 v Červeném Kostelci (Svatošová 2018).

„Jsem doktorka lékařství, která studovala spíše v pozdějším věku, když už jsem získala kvalifikaci jako ošetřovatelka a poté jako sociální pracovnice v nemocnici, protože mne zajímaly a znepokojovaly problémy pacientů umírajících na rakovinu, a v posledních dvanácti letech jsem se v myšlenkách obírala nadějí, že mohu přispět k založení nového domova pro tyto pacienty…“

(Ingletonová, Payneová, Seymourová, 2007, str. 51)

Dětská paliativní péče

Pro dětskou paliativní péči je nutná komplexní péče o somatickou, psychickou a spirituální dimenzi nemocného dítěte, a to včetně podpory rodiny. V dětské paliativní péči rozdělujeme dvě základní skupiny umírajících:

- nemoci s limitující diagnózou, kdy je předčasné úmrtí obvyklé (svalová dystrofie, spinální muskulární atrofie, dědičné poruchy metabolismu, degenerativní onemocnění CNS);
- život ohrožující onemocnění s vysokou pravděpodobností úmrtí (onkologická onemocnění, intenzivní péče po vážném úrazu…).

V současné době je i v dětské paliativní péči snaha přesunout paliativní péči z nemocnic do domácího prostředí. Pomoc nabízí domácí hospicové péče např. Cesta domů, Ondrášek, Nejste sami (Mojžíšová 2018).

Charta práv umírajících

Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost a práva všech lidí, včetně umírajících. Právním ukazatelem je doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti

nevyléčitelně nemocných a umírajících". Text tohoto doporučení byl v České republice přijat dne 25. 6. 1999 jako Charta práv umírajících (Bystřinský 2010).

Dříve vyslovená přání v paliativní péči

Respektování dříve vyslovených přání je úctou k autonomii člověka v konečné fázi života. Pacient může předem sepsat přání pro případ zhoršení zdravotního stavu nebo určit zástupce, který bude o něm rozhodovat. Pokud učiní pacient rozhodnutí během hospitalizace, tak se provede záznam do zdravotnické dokumentace. Záznam musí obsahovat podpis pacienta, lékaře a svědka. Lékař musí posoudit, zda byl pacient kompetentní a zda nedošlo k nátlaku ze strany jiné osoby (Mach 2013). O dříve vyslovených přání se více zmiňuje jiná kapitola této publikace.

8.3. Eutanázie, etické a právní souvislosti

Eutanázie bývá označována jako usmrcení z útrpnosti, soucitu a ukončení života těžce nemocného. Důvodem je přání nemocného rychle a bezbolestně zemřít. Je to často odraz zoufalství v těžké bolesti a stavu beznaděje na zlepšení a příznivou prognózu. Otázkou je, zda má však trpící člověk požadovat na jiném člověku, lékaři, splnění svého přání zemřít (Haškovcová 2015).

I když by se jednalo o milosrdné ukončení života, jedná se o zabití, a tedy vraždu. Tak to hodnotí i právní řád České republiky a eutanázie je hodnocena jako trestný čin. Většina států světa odmítá legalizaci eutanázie. Nejčastějším důvodem je možnost jejího zneužití. Podle deklarace Světové lékařské asociace z roku 1983 by měl lékař nemocnému pomoci v umírání, ale nikoliv ke smrti (Vácha, Königová, Mauer 2012).

Princip dvojího efektu

Zastánci eutanázie argumentují, že podávání vysokých dávek opioidů, může způsobit urychlení smrti. Podáváním opioidů se jedná o **tzv. princip dvojího efektu,** kdy podávání opioidů má kromě pozitivních efektů (tlumení silné bolesti) i nežádoucí efekty (návyk, tlumení dechového centra atd.). Negativní efekt však není v záměru jednajícího lékaře.

Hlavní činnost je sama o sobě dobrá, pozitivní efekt je do té míry závažný a hodnotný, že ospravedlňuje tolerování negativního efektu; ten také není v záměru jednajícího lékaře. Přímým záměrem je efekt pozitivní, přičemž negativní efekt není podporován, ať jako prostředek nebo cíl. Pokud by však byla jiná možnost, jak tlumit bolest, a to bez rizika špatného efektu, měla by se upřednostnit (Munzarová 2005).

Aktivní eutanázie

Aktivní eutanázie je smrt pacienta navozena důsledkem použití látky, kterou lékař pacientovi dal, aby urychlil konec jeho života. Lékař se však k tomuto kroku rozhodl výslovně na přání pacienta. Pacient musí dát k eutanázii platný souhlas, kde je uvedeno, že se jedná o jeho trvalé a nezvratné přání. Utrpení pacienta musí být neúměrné a beznadějné; bez vyhlídky na zlepšení zdravotního stavu. Pacient nesmí být pod tlakem a nesmí být duševně chorý. Ve všech státech, kde je eutanazie legální, však pro ni platí přesná pravidla. Pacient musí být dobře informován o svém zdravotním stavu a musí o usmrcení při plném vědomí opakovaně požádat (Vácha, Königová, Mauer 2012).

Země, v nichž je povolena aktivní eutanazie (podání smrtícího prostředku na žádost nemocného) jsou Nizozemsko (1994, resp. 2002), Belgie (2002), Lucembursko (2009) a Kolumbie (2015). V roce 2014 byla v Belgii schválena eutanazie u dětí (Loučka, Špinka, Špinková 2015).

Pasivní eutanázie

K pasivní eutanazii dochází tehdy, když se nečiní žádná opatření prodlužující život pacienta a lékař upouští od života udržující léčbě, případně nezahájí takovou léčbu vůbec. Pokud by však byla taková léčba vnímána jako marná, je tento postup v některých případech považován za postup lege artis – někdy se proto mluví o terapeutické pasivitě na konci života (Doležal 2018).

Termín pasivní eutanázie je v současné době velmi diskutován a proto je vždy potřeba přesně definovat, co je cílem léčby pacienta a proč případně k ukončení léčby přistupovat. Je proto důležité porozumět rozdílu mezi aktivní eutanázií a ukončením léčby. Případ, kdy je cílem lékařova jednání ukončení léčby, která již nepřináší nemocnému reálný prospěch

ve smyslu zlepšení zdravotního stavu nebo kvality života, je totiž velmi odlišný od situace, kdy přicházíme s jasným cílem ukončit v daný okamžik pacientův život.
V lékařské etice je používán pojem „marná léčba“; kdy poskytování určité odborné péče či zákroků již nejsou v souladu s cíli péče a v zájmu pacienta (Loučka, Špinka, Špinková 2015). V české legislativě však pojem marná nebo také neúčelná léčba není stanoven (Doležal 2018).

Asistovaná sebevražda

Asistovaná sebevražda je akt úmyslné sebevraždy s asistencí jiného člověka, který vědomě poskytuje znalosti, prostředky nebo obojí. Podle českého trestního zákoníku je asistované usmrcení považováno za trestný čin účasti na sebevraždě (Doležal 2018).
Asistovaná sebevražda je legalizována v několika státech USA: v Oregonu, ve Washingtonu, ve Vermontu a Kalifornii a od roku 2016 je take legalizovaná v Kanadě. Americká legislativa je však oproti evropské přísnější a asistovanou sebevraždu lze provést jen u dospělých pacientů, u kterých odborný lékař předpokládá dožití v maximální délce do šesti měsíců. V Evropě je asistovaná sebevražda povolena v Nizozemí, v Belgii, v Lucembursku a ve Švýcarsku (Loučka, Špinka, Špinková 2015).

8.4. Diagnostika smrti, péče o mrtvé tělo, mrtvé tělo jako předmět vlastnictví, pitva zemřelého

Diagnostika smrti

Za tradici se považuje smrt, která je konstatována jako zástava srdce a zemřelý zůstává ještě 2 hodiny na lůžku; poté je pak možno ošetřit zemřelého s úctou a podle pravidel. Problém však nastával u případné transplantace, kdy se orgány zemřelého staly již bezcennými, neboť byly poškozené procesem zvaným ischemie.
Zlom nastal v roce 1968, kdy byla definována kritéria smrti mozku (důvodem se stává právě možnost transplantace orgánů od zemřelého dárce). Smrt mozku je definována jako ireverzibilní (nezvratné) vymizení veškerých mozkových funkcí, včetně funkcí mozkového

kmene. Paradoxem se stává to, že člověk je prohlášen za mrtvého, i když srdce bije, a to z důvodu napojení na přístroje.

Podle zákona č. 44/2013 Sb. musí být konstatování smrti možného dárce prováděno vždy nejméně dvěma lékaři s příslušnou specializovanou způsobilostí, kteří dárce, nezávisle na sobě vyšetřili. Zjištění smrti možného dárce se v případě předpokládaného odběru před uplynutím 2 hodin od tohoto zjištění zaznamená do protokolu, který je nedílnou součástí zdravotnické dokumentace dárce. Klinická diagnóza smrti mozku musí být potvrzena instrumentální vyšetřovací metodou, která potvrdí klinické známky smrti mozku (angiografie mozkových tepen, počítačová tomografie, mozková perfuzní scintigrafie, dopplerovská ultrasonografie…). Protokol o zjištění smrti podepíší lékaři, kteří zjistili smrt (Haškovcová 2015).

Péče o mrtvé tělo

Po smrti člověka se z důvodu potvrzení úmrtí a její příčiny provádí prohlídka zemřelého. Lékař musí sepsat dokument s názvem List o prohlídce zemřelého.

Mrtvý musí být pohřben nejdříve po 48 hodinách od konstatování úmrtí a během lhůty 96 hodin je třeba uzavřít příkazní smlouvu s pohřební službou (Zákon č. 256/2001 Sb.).

Nesjedná-li ve lhůtě 96 hodin od oznámení úmrtí žádná fyzická nebo právnická osoba pohřbení, nebo nebyla-li zjištěna totožnost mrtvého do 1 týdne od zjištění úmrtí a žádný poskytovatel zdravotních služeb neprojevil zájem o využití lidských pozůstatků pro potřeby lékařské vědy a výzkumu nebo k výukovým účelům, je povinna zajistit pohřbení obec, na jejímž území k úmrtí došlo nebo byly lidské pozůstatky nalezeny, případně vyloženy z dopravního prostředku. Lidské pozůstatky osob, u nichž nebyla zjištěna totožnost, mohou být pohřbeny pouze uložením do hrobu nebo hrobky (tj. nemohou být zpopelněny). Obec má právo na úhradu účelně vynaložených nákladů na pohřbení vůči dědicům zemřelého, a není-li dědiců, obec uplatní nárok vůči státu (Varvařovský et al. 2016).

Mrtvé tělo jako předmět vlastnictví

Při odběru orgánů a také při pitvě se musí zacházet s tělem zemřelého s úctou. Blízkým nebo určeným osobám náleží právo na informace o zemřelém, a také o možném dárcovství orgánů. Nemohou však již vyjádřit svůj nesouhlas s dárcovstvím. Pokud se však jedná

o nezletilého nebo člověka zbaveného způsobilosti k právním úkonům, má zákonný zástupce právo vyjádřit svůj souhlas či nesouhlas s dárcovstvím orgánů.

Nedovolené nakládání s tkáněmi a orgány je hodnoceno jako trestný čin. Použít tělo zemřelého pro lékařské potřeby je možné tehdy, pokud zemřelý nebo osoby blízké vyslovili prokazatelně souhlas. Použití zemřelého těla však není možné, pokud je příčina úmrtí přenosná nemoc, a také v případech, že nebude zmařen účel pitvy, kdy je podezření na trestný čin nebo sebevraždu (Zákon č. 256/2001 Sb.).

Pitva zemřelého

V současné době již nemají lékaři v České republice takovou možnost rozhodovat o provedení pitvy zemřelého, ale mohou tak činit pouze v případech, kdy zákon provedení pitvy nařizuje, nebo také v případě souhlasu zesnulého či jeho rodiny (Zákon č. 256/2001 Sb.):

- **Soudní pitvy**

  Provádějí oddělení soudního lékařství při podezření, že úmrtí bylo způsobeno trestným činem.
- **Anatomické pitvy**

  Provádějí univerzitní vysoké školy, na kterých se vzdělávají budoucí zdravotníci, a to k výukovým účelům nebo pro účely vědy a výzkumu v oblasti zdravotnictví.
- **Patologicko-anatomické pitvy**

  Provádějí oddělení patologie za účelem zjištění základních nemocí a jejich komplikací, k ověření klinické diagnózy a léčebného postupu u osob zemřelých ve zdravotnickém zařízení smrtí z chorobných příčin.
- **Zdravotní pitvy**

  Provádějí oddělení soudního lékařství za účelem zjištění příčiny smrti a objasnění dalších závažných okolností a mechanismu úmrtí u osob, které zemřely mimo zdravotnické zařízení nebo náhlým, neočekávaným nebo násilným úmrtím, včetně sebevraždy.

Kontrolní otázky

Jaké jsou jednotlivá období umírání a ve kterém období se vyskytují psychické fáze podle Elizabeth Kübler – Rossové?

Co je to paliativní péče a jaká jsou specifika ošetřovatelství v paliativní péči?

Co je cílem Charty práv umírajících?

Jaké jsou dva základní typy eutanázie, v kterých zemích je umožněna a jak se k této problematice staví legislativa v České republice?

Jaká je podmínka k respektování k dříve vyslovených přání pacienta ze strany zdravotníka?

Použitá a doporučená literatura:

BYSTŘINSKÝ, Z. 2010. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících, Charta práv umírajících. *Sociální práce*, 10(2), 57-59. ISSN 1213-6204

DOLEŽAL, A. 2018. 2018. Eutanazie: právní komparace ve vybraných evropských státech [Online]. *Vnitřní lékařství*, 64(3), 257-265. ISSN 1801-7592.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. Praha: Galén. 2015. ISBN 978-80-7262-497-3.

INGLETONOVÁ, C., PAYNEOVÁ, S., SEYMOUROVÁ, J. *Principy a praxe paliativní péče*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu. 2007. ISBN 978-80-87029-25-1.

KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání : co by se lidé měli naučit od umírajících*. 2. ed. Přeložil/a KRÁLOVEC, J. Praha: Portál. 2015. ISBN 978-80-262-0911-9.

KUTNOHORSKÁ, E. *Etika v ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing. 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.

LOUČKA, M., ŠPINKA, Š., ŠPINKOVÁ, M. *Eutanazie. Víme, o čem mluvíme?* 2015. ISBN 978-80-88126-08-9.

MACH, J. *Univerzita medicínského práva*. Praha: Grada. 2013. ISBN 978-80-247-5113-9.

MOJŽÍŠOVÁ, M. 2018. Dětská paliativní péče. *Časopis lékařů českých*, 157(1), 37-40. ISSN 0008-7335

MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada. 2005. ISBN 80-247-1025-0.

NEZBEDA, O. Zase začíná být přirozené umírat doma. Rozhovor. In *Fórum*. Place published.

O´CONNOR, M., ARANDA, S. (eds.) *Paliativní péče*. Praha: Grada Publishing. 2003. ISBN 80-247-1295-4.

SVATOŠOVÁ, M. Neboj se vrátit domů: Marie Svatošová v rozhovoru s Alešem Palánem Rozhovor. Place published: Kalich.

VÁCHA, M.O., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál. 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.

VARVAŘOVSKÝ, P., GREGOROVÁ, J., HANÁK, M., BĚLOHRADOVÁ, J. *Pohřebnictví. Sborník stanovisek veřejného ochránce práv.* Praha: Wolters Kluwer. 2016. ISBN 978-80-7357-986-9.

Prameny práva

Zákon č. 256/2001 Sb., o pohřebnictví a o změně některých zákonů, 2001. In *Sbírka zákonů ČR*, částka 98, s. 5669- 5682.

Zákon č. 285/2002 Sb., o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon). In *Sbírka zákonů ČR*, částka 103, s. 6050-6071.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In *Sbírka zákonů ČR*, částka 131, s. 4730-4801.