

Úvod

Prvořadým fenoménem, od něhož se odvíjejí právní vztahy v lékařství při vykonávání diagnosticko-léčebné a preventivní činnosti, zůstává porucha zdraví, jakožto právně významná entita. Právě její přítomnost nebo její vznik a zánik nebo také její potenciální vznik a zánik, popřípadě určitá míra rizika vzniku poruchy zdraví, jsou impulzem vyvolávajícím různě rozsáhlou kaskádu právních vťahů a právně významných situací.

Nositel změny je pacient, osoba postižená poruchou zdraví anebo poruchou zdraví ohrožená. Dalšími dotčenými osobami jsou na prvním místě ošetřující lékař, na místě druhém držitelé veřejných fondů zdravotního a sociálního pojištění, státní orgány zodpovědné za zdravotnictví a veřejné zdraví, dále pak zaměstnavatel, rodina a osoby, jichž se dotýká změna zdravotního stavu pacienta a jejich důsledky. Porucha zdraví způsobí změnu podmínek života svého nositele, proti stavu plného skutečného nebo zdánlivého zdraví. Stane-li se tento člověk osobou v péči lékaře, vzniká mezi lékařem (zdravotnickým zařízením) a nemocným soustava nových právních vztahů (práv a povinností), které jsou více nebo méně zřetelné a účastníky bezprostředně vnímané. Současně se uplatní i právní vztahy v trojici pacient – zdravotnické zařízení – třetí osoby (např. zaměstnavatel pacienta). I zde pozice lékaře není prosta právní zodpovědnosti a lékař je nositelem významné pravomoci a zodpovědnosti.

Uvedené situace ovšem nejenže navozují právní vztahy, ale jsou s různou intenzitou vnímány pacientem i lékařem po stránce etické a morální. Lékaři toto může v řadě případů značně komplikovat a ztěžovat výkon jeho práce. Hovoří se o lékařské etice, specifické etice lékařské a zdravotnické profese, která i v době moderní navazuje na zásady Hippokratovy a jejímž ústředním motivem je morální povinnost lékaře (zdravotníka) stavět na první místo prospěch pacienta – prospěch ve smyslu zlepšení nebo zachování zdravotního stavu, anebo úlevy od utrpení a bolesti vzešlých z poruchy zdraví.

1. Právní souvislosti poruchy zdraví

1.1 Obecné faktory

Ústava (ústavní zákon č. 1/1993 Sb., v platném znění) a Listina základních práv

a svobod (ústavní zákon č. 2/1993 Sb., v platném znění) vymezují základní rámec práv občana na zdravotní péči a podrobnější úprava je pak obsažena v několika samostatných zákonech. Stěžejními zákony jsou zákon o veřejném zdravotním pojištění (č. 48/1997 Sb., v platném znění), který stanoví mj. podmínky hrazení zdravotní péče ze zdravotního pojištění, dále zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR (č. 551/1991 Sb., v platném znění) a zákon o rezortních, oborových a dalších zdravotních pojišťovnách (č. 280/1992 Sb., v platném znění). Uvedené právní normy ve svém souhrnu deklarují právo pacienta na zdravotní péči, jeho povinnost mít zdravotní pojištění a povinnost zdravotní pojišťovny hradit smluvnímu zdravotnickému zařízení zdravotní péči poskytnutou jejím pojištěnci. Opomenout nelze ovšem ani mezinárodní úmluvy, které se této problematiky dotýkají, a které jsou pro Českou republiku závazné. A jak stanoví Čl. 10 Ústavy ČR, „vyhlášené mezinárodní smlouvy, k jejichž ratifikaci dal Parlament souhlas a jimiž je Česká republika vázána, jsou součástí právního řádu; stanoví-li mezinárodní smlouva něco jiného než zákon, použije se mezinárodní smlouva“.

Porucha zdraví tedy znamená, že se občan s touto poruchou zdraví dostává do postavení, v němž dochází k uplatnění jeho zákonem vymezených práv pro případ nemoci. Tato skutečnost však není prosta určitých záležitostí, zejména pro občana. Postihne-li porucha zdraví někoho, kdo není zběhlý ve využívání zdravotních služeb a uplatňování svých práv v případě nemoci, ocitá se tím na neznámé nebo málo známé půdě a může se proto začít chovat zdánlivě nelogicky, zmateně nebo i provádět kroky ke své škodě. Nedostatek znalosti administrativních i dalších organizačních procedur a prostředí zdravotnického pracoviště ztěžuje takovému pacientu zřetelně prožívání jeho problému poruchy zdravotního stavu a současně výrazně může ovlivnit jeho chování při jednání se zdravotnickým personálem. Postavení zdravotníka (tj. zejména lékaře a zdravotní sestry), který má v této situaci nad pacientem zřetelnou převahu.

1.2 Právní postavení pacienta

Porucha zdraví postihuje nejčastěji osobu standardního občanského postavení, tj. osobu plně způsobilou k právním úkonům, osobu schopnou práce a soběstačnou. Taková osoba představuje modelového pacienta a osoby

s odlišným vstupním právním postavením jsou specificky odlišné zejména tím, že u nich nejsou plně uplatněny změny právního postavení vlivem poruchy zdraví a její závažnosti: např. u nezletilých dětí nevznikají přímé dopady v oblasti pracovního práva, ani nebývá řešeno v příslušných případech omezení způsobilosti k právním úkonům apod. Výklad se proto přidrží právní problematiky spjaté se standardním (ve smyslu právního postavení) pacientem a pouze tam, kde je nezbytné zmínit i odlišnosti platné pro jiné pacientské skupiny (nezletilé děti, starobní důchodci, zdravotně těžce postižení aj.), jsou tato specifika popsána.

Vlivem poruchy zdraví anebo kvůli její přítomnosti se může právní postavení občana zásadně změnit. Dochází ke změnám v rozsahu a počtu aktivně uplatňovaných práv a povinností, a to jak fakticky, tak oficiálně, tj. administrativní, úřední cestou. Jedná se zejména o způsobilost občana k právním úkonům, pracovní schopnost a vztah ke zdravotnímu a sociálnímu pojištění a zdravotnickým zařízením.

1.2.1 Způsobilost k právním úkonům

Způsobilost k právním úkonům vychází u občana z několika kritérií. Východiskem je naplnění základních předpokladů podle právního řádu, které jsou vyjádřeny jednoduše výroky v § 7 až 9 Občanského zákoníku. Zdravotní porucha sama o sobě sice nepředstavuje automaticky důvod pro omezení způsobilosti k právním úkonům u svého nositele, avšak je nezřídka příčinou mající nepříznivý vliv na duševní stav nemocného. Takovými poruchami zdraví mohou být například cévní mozkové příhody, úraz CNS, nebo jiná akutní porucha zdraví ohrožující život (závažné polytrauma, akutní infarkt myokardu, náhlá příhoda břišní, metabolický rozvrát aj.). Stranou nemůže v této souvislosti zůstat i možnost pouhého souběhu různých poruch zdraví, z nichž jedna může poškozovat pacientovy duševní schopnosti až do té míry, že je vhodné posuzovat, zda je pacient plně způsobilý k právním úkonům.

Ačkoliv obligatorně v takových případech nebývá uplatněn § 10 Občanského zákoníku a otázka způsobilosti k právním úkonům se bezprostředně a někdy ani později neřeší (obvykle z etických a morálních důvodů) ve smyslu zmíněného paragrafu omezení způsobilosti k právním úkonům soudem, uplatňuje se zde ustanovení odst. 2) § 38 Občanského zákoníku, definující neplatnost právního úkonu

z důvodu nezpůsobilosti k právním úkonům – „rovněž je neplatný právní úkon osoby jednající v duševní poruše, která ji činí k tomuto právnímu úkonu neschopnou“.

1.2.2 Trestní zodpovědnost

Obdobný vztah má zdravotní porucha k trestní odpovědnosti. Kromě paralely s předchozím odstavcem, tj. s omezením způsobilosti k právním úkonům daném nesplněním kritérií pro tuto (plnou) způsobilost, ovšem definuje Trestní zákon (zákon č. 140/1961 Sb., v platném znění) trestní zodpovědnost odlišným způsobem. V § 11 stanoví dolní věkovou hranici trestní zodpovědnosti striktně na patnáct let věku („kdo v době spáchání činu nedovršil patnáctý rok svého věku, není trestně zodpovědný“), tj. vylučuje trestní odpovědnost u osob, které této věkové hranice nedosáhly. Ve vztahu k poruchám zdraví je pak rozhodující § 12: „Kdo pro duševní poruchu v době spáchání činu nemohl rozpoznat jeho nebezpečnost pro společnost nebo ovládat své jednání, není za tento čin trestně zodpovědný.“ V této souvislosti je mimořádně důležité, že nepřičetnost (a její oslabená varianta – snížená přičetnost) představuje samostatnou právní kategorii duševního stavu občana, která je odlišná od způsobilosti k právním úkonům, s níž se může do jisté míry překrývat. Nepřičetnost se vždy bude posuzovat ve vztahu ke konkrétní události, konkrétnímu činu posuzované osoby, a přestože její určení nebo stanovení míry snížení přičetnosti se bude opírat o odborné lékařské stanovisko, jde o právní a nikoli medicínský pojem a rozhodnutí o nepřičetnosti bude v rukách soudu, tj. v rukách právních a nikoli lékařských.

1.2.3 Jiné ovlivnění právního postavení

I v dalších směrech ovšem může porucha zdraví právní postavení svého nositele ovlivnit. Zdravotní porucha – v souvislosti s mírou a tíží svých projevů – představuje různě významnou překážku pro výkon pracovní činnosti a zaměstnání a rovněž snižuje různým stupněm úroveň pacientovy soběstačnosti. Pacient se může proto kvůli poruše zdraví stát dočasně, nebo také dlouhodobě až trvale, práce neschopným, nebo je poruchou zdraví založena invalidita různého stupně. Poruchy zdraví druhotně ovlivňují pacientovy možnosti pro výkon různých činností nebo životních aktivit. Jde mj. o způsobilost k řízení motorových vozidel a rovněž o způsobilost k výkonu povolání, vyžadujících plné zdraví nebo pohybové či smyslové a duševní schopnosti.

2. Práva, právní povinnosti a zodpovědnost lékaře

2.1 Komplex práv a povinností

Lékař je při výkonu své profese nositelem práv, povinností a zodpovědnosti, které před-

stavují provázaný komplex, s ne vždy jasnými konturami a vnitřními hranicemi. Musí se však dokázat vyrovnat s tím, že se často dostává do rozporných situací, v nichž se střetávají práva, povinnosti a zodpovědnost proti sobě. Právní prostor, v němž se lékař, stejně jako další zdravotníci na straně jedné a občan (pacient) na straně druhé a další účastníci procesů souvisejících s chodem zdravotnictví jako systému na straně třetí a dalších pohybují, vytváří kromě základních norem ústavního práva především skupina ne zcela sourodých zákonů (v platném znění) upravujících systém zdravotnictví: zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, dále zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, rovněž zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR a zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, jakož i zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních a v neposlední řadě i zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře.

Lékařova práva, povinnosti a zodpovědnosti diktované a vymezené právním řádem nejsou, stejně jako sada zákonů upravujících zdravotnictví, sourodé a pohybují se po různých i kolizních drahách. Rozbor aktuálního právního stavu a jeho kritických a problematických míst ovšem není předmětem této stati. Jako ilustraci poněkud komplikovaného právního rámce výkonu lékařské praxe lze uvést alespoň rozpor závazku lékaře vykonávat svou činnost v souladu se soudobým stupněm medicínského poznání na straně jedné a ekonomickými bariérami diktovanými zdravotními pojišťovnami na straně druhé. Přitom současně lékař zůstává plně zodpovědný za věcný obsah a důsledky jím prováděné lékařské praxe, jednotlivých vyšetřovacích, léčebných a ošetrovacích úkonů, zvoleného postupu při péči o pacienta, stejně tak jako posudkových rozhodnutí.

2.2 Léčba

Léčba pacienta se řadí mezi modelové situace, ve kterých, v souvislosti s konkrétními skutečnostmi každého individuálního případu, se lékař dostává do složitě a nejednoznačně pozice. Pacient se domáhá účinné a rychlé úlevy od zdravotních potíží, někdy se dožaduje také léčebných postupů a metod, které nejsou v jeho případě právě vhodné. Lékař je dle práva povinen léčit v souladu se soudobou úrovní medicínského poznání, avšak společenská realita a ekonomické limity zdravotní péče lékařovy možnosti i volnost rozhodování značně omezují. Zdravotní pojišťovna, prostřednictvím revizního lékaře a systému úhrad materiálů

a výkonů v léčebné péči, vstupuje do hry se zájmem brzdit jakékoli výdaje a chová se tomu přiměřeně. Nenese však za osud pacienta – pojištěnce žádnou zodpovědnost.

Některé rozpaky lékaře, jak řešit konkrétní případ pacienta, může ušetřit odbornou společností vydané doporučení postupu při léčbě příslušného druhu nebo kategorie poruchy zdraví. Ovšem zdaleka ne všechno může takové doporučení přesně stanovit a většina rozhodování zůstává – právě v kombinaci práv, povinností a zodpovědnosti – na samotném ošetřujícím lékaři. Má-li takový lékař najít vhodnou rozhodovací proceduru, která využívá jeho práv, respektuje povinnosti a zodpovědnost a současně představuje určitou ochranu před pochybením, které by mělo právně závažný (ve smyslu zodpovědnosti hmotné a trestní) dopad, měl by, kromě respektování případně existujícího doporučení odborné společnosti jak postupovat u pacienta s danou poruchou zdraví, vyjít z několika zásadních otázek, které položí sám sobě:

- Jde u pacienta skutečně o projevy příslušného typu poruchy zdraví?
- Je možná kauzální léčba?
- Je vhodné aplikovat cílenou symptomatickou léčbu?
- Je zvolená metoda léčby (dostupným) optimem z hlediska odborné vědy i subjektivního prospěchu pacienta?
- Je očekávaný výsledek úměrný předpokládaným nákladům?
- Má léčba a její očekávaný výsledek nepochybný význam pro zdravotní stav pacienta?
- Představuje zvolená léčba a její očekávaný výsledek zřetelný přínos pro subjektivní blaho pacienta?

Odpoví-li si lékař na všech sedm výše uvedených otázek kladně, má zaručen základní předpoklad pro to, že zvolený léčebný postup bude schopen v případě pochybností o jeho správnosti, včetně právního (soudního) sporu, obhájit jako odborně, právně i eticky odůvodněný.

Lékař nese totiž zodpovědnost za svou léčebnou (a rovněž diagnostickou) činnost nejen na obecné úrovni, ale – v trestním i občanském právu – zejména ve vztahu k uplatnění u konkrétního pacienta.

Lékař se může ocitnout v rozpacích o vhodné volbě léčebného postupu u pacienta obzvláště za takovýchto okolností:

- souběh různých poruch zdraví
- celkový těžký stav pacienta nebo nepříznivá prognóza quod vitam.

Souběh poruch zdraví je s to navodit situaci, kdy léčby jednotlivých poruch jsou vůči sobě neslučitelné nebo jinak nepříznivě působící. I cílená léčba jedné zdravotní

poruchy může být nevhodná v kombinaci se souběžnými léčbami jiných poruch zdraví. Lékař pak může být postaven před problém, kterou ze zdravotních poruch u pacienta léčit přednostně. Takové rozhodování nemusí být nikterak jednoduché a bude se odvíjet zejména od prioritního řešení těch aspektů zdravotního stavu pacienta, které jej bezprostředně ohrožují na životě, anebo mu způsobují mimořádné útrapy.

Celkově těžký zdravotní stav pacienta nebo nepříznivá prognóza *quod vitam* je další variantou, kdy rozvaha o léčbě je obtížná; přichází zde specifická otázka – přinese uvažovaná léčba pacientovi takovou úlevu od utrpení, aby byl její výsledek úměrný nákladům?

Oba dva výše komentované příklady složitých situací znamenají do značné míry uplatnění rozporu mezi technickou a vědeckou odborností a lékařskou etikou, a to ve stínu ekonomických omezení provádění zdravotní péče. Z hlediska práva je na místě konstatovat, že nepříznivá prognóza *quod vitam* není, pokud lze pacientovi léčbou přinést významnou úlevu od utrpení, obhajitelným důvodem pro odmítnutí poskytnutí takové léčby.

2.3 Posudková činnost

Lékař při výkonu své práce neunikne ani takovým prvkům lékařské práce, jakou představuje posudková činnost. Při ní je rovněž nositelem, a to nemalé, zodpovědnosti. Lékař rozhoduje, anebo někdy spolurozhoduje, o tom, zda je pacient práce schopen, o tom, zda je způsobilý po stránce zdravotní vykonávat nějakou profesní, ale i neprofesní činnost, vyžadující naplnění určitých zdravotních kritérií pro oprávněnou osobu.

Rozhodování o pracovní neschopnosti je běžnou činností lékaře. Je třeba jen poznamenat, že toto rozhodování není již pouze ve vazbě na míru poruchy zdraví, ale současně v provázanosti na druh zaměstnání a konkrétní obsah pacientovy práce. Složitější rozhodování přichází u posuzování, zda se u pacienta jedná o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav – invaliditu. Zde již rozhodování není jako v případě pracovní neschopnosti vázáno bezprostředně na pacientovo aktuální zaměstnání, ale má být posuzována pracovní schopnost pacienta na obecnější úrovni, ovšem se zohledněním kvalifikace. Jelikož jde vždy při rozhodování o pracovní neschopnosti a obzvláště u invalidity o nemalé peníze (plat, nemocenské dávky, invalidní důchod aj.), nese lékař zodpovědnost i za druhotný dopad svého posudkového rozhodnutí.

Požadavek lékařské etiky, aby lékař postupoval ve prospěch pacienta se vztahuje, a to je vhodné zdůraznit, na péči o zdravotní stav pacienta a nikoli již na jeho materiální situaci.

Lékař je při posudkových rozhodnutích o zdravotní způsobilosti pacienta k některým činnostem často v nelehké pozici, když nezná dostatečně podrobně náplň činnosti, ve smyslu náročnosti na zdravotní stav, k níž se vyjadřuje. Neměl by proto rezignovat na kvalifikovanost svého rozhodnutí a neváhat nechat se před vydáním rozhodnutí dostatečně detailně informovat o tom, jak činnost, k níž se vyjadřuje, vypadá po stránce pohybové a jiné zdravotní náročnosti.

3. Etické souvislosti lékařské praxe

3.1 Obecné faktory

Profese lékaře (a potažmo zdravotníka) je všeobecně považována spíše za veřejnou službu, než zaměstnání, a to za službu na pomezí dobročinného poslání. Způsobuje to etický rozměr práce zdravotníka, který má velmi pradávno historické kořeny.

Lékař se dotýká při své diagnosticko-léčebné činnosti nejen tělesné integrity svého pacienta, ale rovněž jeho duševního a citového světa a vstupuje obrazně mnohdy do nejsoukromějšího pacientova světa, kam pacient nikoho jinak nepustí. Toto postavení je pro lékaře mimořádně zavazující a diktuje nutnost vysokých etických a morálních standardů pro výkon lékařské práce – standardů uplatňovaných ve vztahu lékař – pacient. Právně ošetřeným aspektem tohoto standardu je ostatně povinná lékařská mlčenlivost, respektující citlivý charakter lékařských informací o zdravotním stavu pacienta a jejich nebezpečnost – v případě neautorizovaného zveřejnění – pro pacienta v jeho společenském, pracovním nebo rodinném postavení.

Prastarý imperativ pro lékaře – „*nolli nocere!*“, tj. „neškod!“ – se vztahuje plným právem na lékařovo počínání a lékař by měl toto kritérium při své práci důsledně ctít.

3.2 Diagnostika

Klíčem lékařova počínání je diagnostický proces, kterým nejčastěji péče o pacientovo zdraví ze strany lékaře začíná. Lékař by měl ctít při jeho provádění nejen medicínskou odbornost, jakožto praktickou aplikaci aktuálního vědeckého poznání a technických možností v rozpoznávání zdravotních poruch a jejich příčin, ale rovněž etické principy zajišťování odborné zdravotní péče v souladu se zákonnými příkazy a limity pro obsah, rozsah a kvalitu těchto zdravotnických služeb.

Vhodné stanovení toho, které diagnostické úkony a postupy použít v péči o konkrétního pacienta, je z právního pohledu někdy velmi ošemetná záležitost a měla by být důsledně zohledňována také etická stránka věci. Právní

posuzování lékařova postupu ve věci diagnostiky by nemělo obcházet etickou stránku zdravotní péče, která se plně nepromítá do zavedených standardů postupů při různých poruchách zdraví. Při zadávání expertního medicínského posudku ve sporné věci by zadavatel otázek neměl při jejich formulaci opomíjet právě tento mimořádně významný aspekt výkonu lékařské (zdravotnické) profese.

Rozhodující úvahy – právně i eticky relevantní – při stanovování diagnostického postupu se dají vymezit do několika jednoduchých bodů:

- Je uvažované vyšetření nezbytné pro stanovení správného léčebného postupu?
- Je uvažované vyšetření nezbytné pro kontrolu účinnosti léčebného postupu?
- Může výsledek uvažovaného vyšetření významným způsobem ovlivnit další léčebný postup a osud nemocného?

Etický náboj rozvahy spočívá v zásadním zvažování prospěchu nemocného ve vztahu k provedení zvažovaného diagnostického výkonu. Zde může dojít k rozchodu mezi medicínským vědecko-odborným zájmem a zájmem o omezení útrap pacienta a ulehčení jeho situace (zdravotní). Znamená to, že sice může být některé vyšetření (a jsou i vyšetření dosti zatěžující nebo nepříjemná pro pacienta) standardní součástí procedury při řešení některých poruch zdraví, ale ve vztahu ke konkrétnímu pacientu a jeho aktuálnímu stavu a zjevné prognóze tohoto stavu je provedení takového vyšetření neúčelné – protože pacientovi samotnému nemůže přinést jeho výsledek žádný prospěch. A prospěch pacienta (i umírajícího) by měl být cten na prvním místě, před odborným zájmem, například na přesném stanovení diagnózy.

3.3 Léčení

Obdobná dilemata jako u diagnostických úkonů a výkonů se týkají rovněž samotného léčebného postupu. O něco výraznější je v úseku léčby, proti analogické situaci v diagnostice, právně-etický problém související s potřebou souhlasu pacienta s léčebným postupem. Lékař je pod několikerým právně relevantním tlakem, avšak nejde o synergické vlivy. Sice právní řád předpokládá povinnost lékaře léčit v souladu se soudobým medicínským poznáním a rovněž mezinárodní úmluva vyhláší právo občana na léčebnou péči v souladu se soudobým medicínským poznáním, avšak sporná je definice toho, co je postup odpovídající soudobému medicínskému poznání. Příslušnou definici právní řád neobsahuje. Lékař je současně povinen respektovat právně stanovené regulace uvnitř systému zdravotnictví a v mnoha případech není sám autoritou, která může o použití

určitého léčebného postupu (nebo jen speciálního léčiva a léčebné pomůcky) rozhodnout. K tomu ještě přistupuje osobnost pacienta, který má právo – je-li s to vzhledem ke svému okamžitému nebo i dlouhodobému duševnímu stavu o takové věci se rozhodovat – odmítnout navržený léčebný postup.

S výše uvedeným dále souvisí na jedné straně potřeba pacientovy součinnosti při vlastním léčení, která může mít zásadní význam pro úspěch léčebného postupu, na straně druhé nezodpovědnost pacienta za výsledek léčebného procesu.

Hranice etického a neetického postupu při léčení pacienta (úmyslně jsou ponechány mimo komentář nucené léčby vyplývající ze zákona nebo z rozhodnutí soudu) jsou méně zřetelné, než na úseku diagnostiky. Lékař musí postupovat v tomto velmi obezřetně, dokázat pacienta vhodně informovat o navržené léčbě a především – ve smyslu právního zkoumání sporných záležitostí – dbát na dostatečně podrobně vedenou dokumentaci, v níž by mělo být zaznamenáno i to, o čem byl pacient informován, jak se rozhodl při volbě variant a pokud možno i proč se tak rozhodl. Zpětně lze totiž taková fakta jen obtížně prokázat a dobře vedená dokumentace může být později velmi cenným dokladem. Za neetické může být právem považováno nedostatečné, nesrozumitelné nebo neúplné informování pacienta o navrhované léčbě a jejích důvodech. A takový postup by nebyl zřejmě posouzen ani jako právně korektní, i když by formálně splňoval potřebné náležitosti vedoucí k pacientovu

souhlasu s léčbou, nebo naopak k pacientovu odmítnutí této léčby.

Spornou a v zásadě nevyřešenou, po právní i etické stránce, je oblast léčby nevyléčitelných stavů nebo terminálních stavů, kde může úvaha o charakteru léčby stát na otázce, zda jde ještě o léčbu anebo pouze o prodlužování utrpení a zda je prioritou lékaře imperativ prodlužovat (udržovat) život za každou cenu, anebo pomoc (smrtelně nebo nevyléčitelně) nemocnému zmírnit nebo odstranit utrpení.

3.4 Jednání s pacientem a jeho blízkými

Nenápadná a právně jen minimálně ošetřená je ošemetná součást lékařské práce, kterou představuje samotné lékařovo jednání s pacientem a pacientovými blízkými osobami. Etická stránka těchto jednání je značně významná a právně relevantní jsou především důsledky takových jednání. Zákon č. 20/1966 Sb. řeší pouze základní záležitost, již je tzv. lékařské tajemství, neboli povinná lékařská mlčenlivost. S ní do značné míry souvisí i ostatní aspekty jednání lékaře s pacientem a jemu blízkými osobami. Rámec statí nedovoluje rozebírat podrobně otázky s lékařskou mlčenlivostí spjaté. Avšak zmínit je vhodné skutečnost, že každé lékařovo slovo pronesené v doslechu pacienta může působit jako psychoterapie – léčba slovem, tak může naopak působit negativně a pacientovi ublížit. Ačkoliv takové počiny (tj. ublížení pacientovi slovem) nejsou – zatím – obvykle

nijak sankcionovány, představují přinejmenším etický problém, který při výkonu zdravotnického povolání nelze obcházet.

Nejde totiž z pohledu etického jen o to, zda lékař naplní své, v zásadě právními normami stanovené, povinnosti při informování pacienta a jednání s ním, ale také dodrží etický princip nutnosti jednat s pacientem způsobem přiměřeným okolnostem a pacientovi, cítící zásadu, že lékař má pacientovu zdravotnímu stavu svými činy prospívat a pacientovi neubližovat. Pro pacientovo vnímání informace – jak příznivé, tak nepříznivé – je totiž mimořádně podstatné, v jaké formě a jakým způsobem a za jakých okolností mu je taková informace podána. Pro informace pacientovým blízkým to platí obdobě, navíc s výstrahou, že pacient často podléhá více výrokům svých blízkých, než odbornému lékařskému názoru a lze spoléhat na to, že pacient se od svých blízkých dozví zprostředkovaně to, co jim lékař sdělil. Odlišná, zkreslená nebo misinterpretovaná informace může mít pak těžce negativní dopad na pacienta i snahy zdravotníků o zlepšení pacientova zdravotního stavu.

I takovými věcmi, jaké představuje etický způsob jednání s pacientem, sdělování a formulace informací pro pacienta a pro pacientovy blízké, etické a právní aspekty rozhodovacích procesů při poskytování zdravotní péče by se mělo zabývat vzdělávání zdravotníků a lékařů. K jejich prospěchu a rovněž prospěchu jejich pacientů.