

Zrod lékařské etiky

Lékařská etika jakožto soustavně pěstovaný obor vědění je dílem druhé poloviny dvacátého století. Minulost sice nebyla k její předmětné oblasti lhostejná, ale necítila potřebu rozpracovávat etiku různých profesí, včetně té lékařské, protože respektovala – byť mnohdy nedůsledně – „etiku vůbec“.

Klasické moralistické texty, jejichž autory jsou významné postavy dějin medicíny, obsahují vedle vět, které jsou morálními normami, i návody, jejichž cílem je zachování stavovské prestiže. Ony morální normy tam nejsou zdůvodňovány, protože jsou pouhou konkretizací morálního nazírání své doby, pokládaného za samozřejmé. Tak je tomu např. v Přísave HIPPOKRATOVĚ, která zapovídá umělý potrat i eutanazii, jimiž by se tehdejší lékař zstudil v očích veřejnosti (jde tedy o dovolávání se uznávané morálky), ale současně zavazuje k stavovské solidaritě, jejímž cílem má být mj. i zajištění lékařovy hmotné existence. HIPPOKRATES se už ale nezajímá o vztah lékař-pacient. Poprvé tak učinil až XXX o X století později.

Také středověk a novověk nešetřil jednotlivými morálními apely na adresu lékařů (příp. ranhojičů), odvozovanými od dobového morálního nazírání, ale nepociťoval potřebu **počinání lékaře z etického hlediska nově promýšlet a výsledky těchto úvah zdůvodňovat**. Ta vznikla teprve nedávno, protože stávající morální konvence naší kultury se ukázaly jako nespolehlivé a nebylo možné se o ně opírat. **Potřeba soustavně pěstovat lékařskou etiku je tedy jedním ze signálů mravní i morální krize naší kultury.**

Ustavení lékařské etiky

Podnětem k ustavení lékařské etiky jako oboru, ba dokonce jako předmětu výuky, byla otřesná zjištění o chování nacistických lékařů za druhé světové války. V dané souvislosti nešlo ani tak o lékaře-sadisty typu Josefa Mengeleho (tam nebylo z etického hlediska co řešit), jako spíše o ty lékaře, kteří prováděli pokusy na věznicích koncentračních táborů. Z metodologického hlediska šlo o zcela racionální výzkumné projekty, např. o sledování reakcí organismu na mimořádné fyzikální a toxické vlivy. Některé výsledky těchto pokusů se staly dokonce praktickým přínosem (např. hibernace v chirurgii) – s tím ovšem, že nedobrovolnými pokusnými osobami byli vězňové, jimž byla **upřena jejich lidská podstata**; nebyl brán ohled na jejich vůli, ani na jejich utrpení, a mnozí toto experimentování nepřežili, a pokud ano, zůstali trvale tělesně i psychicky poznamenáni.

Norimberský tribunál se zabýval kauzou nacistických lékařů až v roce 1947. Při výsleších se ukázalo, jak dalekosáhle byli depersonalizováni dobrovolně akceptovanou ideologií. Hlubokou konsternaci však působila sebeobhajoba těchto experimentátorů: dovolávali se **běžné utilitaristické morálky**, jejíž klíčovou hodnotou je užitečnost: *maximální prospěch pro maximum lidí*. Z výsledků pokusů budou přece těžit celé generace! – Tím byl zaskočen nejen tribunál, ale i celá evropská kultura se svým morálním pluralismem, do jehož palety patří i morální utilitarismus vedle jiných -ismů. Otřesená veřejnost, včetně té lékařské, neměla pohotově pádný rozumový protiargument, intuitivně však cítila potřebu *širšího kontextu nazírání*, v němž by nepřijatelnost očividného zla byla přesvědčivě zdůvodněna. Tímto kontextem se měla stát – *lékařská etika* jakožto soustavně pěstovaný *diskurs* (= rozprava) vycházející ze starosti o dobro. Jeho cílem mělo být formulování takových zásad, které by byly vodítkem *profesionální morálky*, poučené hrůzami nacismu. Tak tehdy rozhodly lékařské stavovské organizace svobodného světa.

Ve 4. kapitole jsme sledovali mj. **zrod etického vědomí v kontinuu zrání**: v „embryonálním“ Já, orientovaném podle principu slasti, se postupně vytvářela nová struktura svědomí nejprve heteronomního (Nadja), závislého na vnější autoritě, která postupně nabývala autonomie (v KANTOVĚ smyslu), aby pak – v nepatologickém případě – splynula se zralým Já, orientovaným podle principu reality, v jeden harmonický celek. Co se takto odehrává v *individuálním* plánu, může mít svou analogii v plánu *kolektivním*, tj. v dějinách určité konkrétní kultury. – Poválečná situace nám předvádí (v kolektivním plánu) **zrod etického vědomí z otřesu**. V prvním případě svědomí zvolna **procítalo**. V druhém se **vzpamatovává** zásahem šokující zkušenosti (pro niž si však uchovalo jakési předběžné porozumění, viz 2. kapitolu; jinak by otřes nenastal). I to je jedna z možných cest.

Zrůdnost nacistické ideologie byla plně nahlédnuta až po válce. Teprve pak byla možná úplná „inventura“ způsobeného zpuštění. Byl to zejména *holokaust* (hebr. *šoa*), tj. racionálně plánované a technicky dokonale prováděné vyvražďování evropského Židovstva, co zpochybnilo dosavadní evropský důraz na *pouhou technologickou racionalitu* (nezapomeňme, že právě v tomto ohledu asistovala německým nacistům řada příslušníků jiných národů, včetně slovanských). Ozřejmilo se, že „technika (resp. profesionalita) bez etiky“ zavádí nejen do slepé uličky, ale přímo do propasti. Samotná technika (resp. profesionalita), sledující svou vlastní dokonalost, je totiž slepá vůči různým mimotechnickým, mimoprofesionálním zájmům, které se pak snadno stávají pohnutkami její praxe. – Tím byl inspirován pokus formulovat **pevné, jednoduché a evidentní zásady, které se mají napříště stát nezpochybňovanými směrnici etického uvažování a rozhodování kteréhokoli lékaře**.

Formulování čtyř základních zásad lékařské etiky

Iniciativy se ujali především Anglosasové: kontinentální Evropa, předtím semeniště a dějiště nacistických zvěstev, neměla v první chvíli náležitý odstup, byť byla šokována. Budování zásad lékařské etiky proto nese pečeť tradičního *anglického empirismu*. Ony zásady nechť platí jako axiomy, opírající se o prostou empirickou evidenci. Nechť nevyžadují nějaké zvláštní rozumové zdůvodnění, aby mohly být přijatelné komukoli, kdo není předem nasměrován

ideologickým zájmem, ať už se hlásí k jakékoli náboženské víře, nebo je ateistou či skeptikem. Rozumová argumentace nechť přijde ke slovu teprve po jejich přijetí, které samo budiž *samozřejmé*. – Po řadě diskusí byly tedy formulovány **čtyři základní zásady lékařské etiky**, jakási obdoba biblického Desatera. Jsou to:

1. **princip nonmaleficence**,
2. **princip beneficence**,
3. **princip respektu k autonomii (pacientově) a**
4. **princip spravedlnosti** (podrobněji o nich v následující kapitole).

Tyto čtyři zásady nevytvářejí nějakou „hotovou“ lékařskou etiku. Jsou pouze jejím východiskem a směrnicí, která se zatím při řešení etických problémů medicíny vždycky osvědčila. Je možné, že je bude nutno rozšířit o další (v současné době probíhají mj. diskuse o zásadách nakládání s pokusnými zvířaty), ale není třeba je odvolávat či měnit.

Nedostatkové modely medicínské praxe

Socialistické zdravotnictví a byrokratický model

Formulování principů ještě není jejich uváděním v život. K tomu je třeba vůle, a ta může ovšem chybět (podobně i sebedokonalejší legislativa není zárukou právního státu). Zrod lékařské etiky jako soustavně pěstovaného oboru i vyhlášení jejích základních principů bylo jedním z nejvýznamnějších mezníků v dějinách moderní medicíny. **Praxe socialistického zdravotnictví**, vesměs již poválečného, ukázala, že i takovou skutečnost lze ignorovat. Jeho totální byrokratizace umožnila dalekosáhlou **depersonalizaci** (odosobnění) vztahu lékař-pacient: příliš často byl pacient přijímán lékařem ne jako jedinečná osobnost, ale jako jeden z mnohých, jako ten, který „má diagnózu“, potřebuje recept či zákrok, jako někdo, kdo cosi vyžaduje a obtěžuje. Takto přijímá dožadující se „stranu“ nezainteresovaný úředník. Toto zásadní nerespektování pacientovy autonomie (tedy nedbání 3. základního principu lékařské etiky) neblaze poznamenalo i terapii, neboť ji zbavilo jejího psychoterapeutického rozměru. Depersonalizován byl ostatně i lékař. Oboustranná nedůvěra pak vedla k vzájemnému odcizení lékařského stavu a laické veřejnosti (byrokratizace rozbila i team-spirit samotného lékařského stavu).

Další deficientní modely

Byrokratický model je pouze jedním z **deficientních** (= nedostatkových) **způsobů praktikování lékařského povolání**. Všechny se tak či onak přiči zásadě respektování pacientovy autonomie a depersonalizují obě strany vztahu lékař-pacient. Dnes, kdy se u nás zdravotnictví privatizuje, je zvláště přitažlivý **komerční (tržní) model**, který imituje vztah mezi výrobcem a spotřebitelem, případně prodejcem a kupcem. Zájem prvního je maximální zisk, zájem druhého minimální výdaje. – V **juristickém (právnickém) modelu** se lékař a pacient k sobě chovají nedůvěřivě jako odpůrci strany sporu, kdy pacient představuje stranu potenciálně žalující a lékař potenciálně žalovanou, při jejímž pochybení (skutečném i domnělém) zasahuje soud. – Nenápadně deficientní je i **expertní (vědecký) model**, kdy dominantním zájmem lékaře je vršení odborné erudice, případně vědeckých poznatků a jejich publikací, zatímco pacient je nenápadně odsunut do pozice pozorovaného objektu či pokusné osoby. – Z etického hlediska je jediný přijatelný **partnerský model**, v němž lékař i pacient otevřeně komunikují jako svébytné svobodné lidské bytosti. Do tohoto modelu lze nezasťřeně integrovat i ony zájmy, které v deficientních modelech dominují na úkor partnerství.

Přijetí ustavení lékařské etiky

Samotné ustavení lékařské etiky jako samostatného oboru bylo přijato vesměs kladně. Po roce 1989 také u nás. Tato vstřícnost však není vždy spontánní. V 6. kapitole byla zmíněna obtížnost etické rozpravy v intelektuální atmosféře naší současné kultury. **Také v lékařském prostředí se lze setkat s rozpačitou reakcí na tematizaci etického rozměru lékařského povolání.** Jednostranný důraz na *expertní* resp. *technologickou* složku medicínské praxe, na profesionalitu výkonu a jeho úspěšnost, tedy **pragmatismus lékaře**, je postojem, z jehož hlediska je etická úvaha čímsi neproduktivním a nadbytečným. Lékař-pragmatismus zpravidla opouští toto stanovisko, až když se sám stane pacientem. Z toho je patrné, že jde o postoj egocentrický.

Jiná potíž s akceptováním lékařské etiky samotnými lékaři spočívá v představě, že jejím účelem je poskytovat **direktivní návod, jak si v konkrétní situaci počínat**. Že jde vlastně o jakousi zjemnělou, luxusní obdobu zdravotnické legislativy. Je to názor u nás, v zemi duchovně devastované půlstoletým totalitním režimem, dosti rozšířený. **Přehlíží netotožnost etiky, morálky a práva** (viz 3. kapitolu). I lékařská etika je především úvahou a rozpravou o tom, co je (v dané situaci) dobré, tedy hledáním a nalézáním. Často i v situacích jedinečných, které nemají precedens, kdy je nutno se rozhodovat i v nejistotě a riziko tohoto rozhodnutí prostě nést. I lékařská etika může dospět k závěrům, které lze zevšeobecnit, resp. jejichž zevšeobecnění lze nabídnout. Nikdy však při tom nelze obejít úvahu a rozhodnutí onou úvahou zdůvodněné. Snaha o opak, o mechanické respektování norem, je projevem regresivní potřeby řídit se morálkou toliko heteronomní (prekonvenční – viz 4. kapitola), tedy formou alibismu.

Shrnutí

Lékařská etika jako samostatný obor vznikla kolektivním rozhodnutím. Jeho podnětem byl otřes, který vyvolalo chování nacistických lékařů za druhé světové války. Potřeba ustavit lékařskou etiku signalizuje desorientovanost a nespolehlivost morálky naší soudobé kultury. Její ustavení je úctyhodným pokusem této demoralizaci čelit.

Prvním z výkonů lékařské etiky bylo stanovení **čtyř základních principů**, vycházejících ze zkušenostní evidence. Jsou to: princip *nonmaleficence*, *beneficence*, *respektování autonomie* a *spravedlnosti*. Jsou východiskem a směrnicí každé etické úvahy a každý lékař by si je měl osvojit jako samozřejmost.

Lékařská etika osvětluje etickou dimenzi medicínské praxe. Tato její intence naráží na odpor, jehož nejčastějším zdrojem je pragmatický postoj lékaře a jeho neochota nést tíži úvahy a rizika autonomního rozhodování.

Zásadám lékařské etiky se přičí **nedostatkové (deficientní) modely medicínské praxe**. Nejčastějšími jsou model byrokratický (úřednický), komerční (tržní), juristický (právníkový) a expertní (vědecký). Optimální je model partnerský.

Odkazy

Související články

*Další kapitoly z článku **PŘÍHODA, Petr.: Etika**:*

1. Místo úvodu aneb co je etika
2. Slova a jejich významy
3. Etika – morálka – právo
4. Psychologické předpoklady etického chování
5. Etika a (psycho)patologie
6. Etika a kultura
7. Zrod lékařské etiky
8. Čtvero základních principů lékařské etiky
9. Informovaný souhlas
10. Alokace

Zdroj

- PŘÍHODA, Petr. *Etika : Zrod lékařské etiky* [online]. [cit. 2011-12-23]. <<http://www.lf2.cuni.cz/ustav-lekarske-etiky-a-humanitnich-zakladu-mediciny-2-lf-uk/etika>>.