

Asistovaná smrt, profesní etika a svědomí

Assisted death, professional ethics and conscience

*PhDr. Tomáš Hříbek, Ph.D., Filosofický ústav AV ČR, v. v. i. **

Abstract: The critics of euthanasia and physician-assisted suicide question not only the usual arguments in favor of these controversial methods of assisted dying, based on the principles of autonomy and wellbeing. The critics also claim that these methods contradict either the professional integrity of physicians, or their personal integrity, or both. I examine and critique these claims. As far as the alleged contradiction between euthanasia and the professional medical ethics is concerned, it assumes an essentialist understanding of medicine as a discipline which has not changed for millennia. In fact, medicine has kept changing; if so, why could it not change even further to permit euthanasia? As for an alleged conflict between euthanasia and the personal integrity, or conscience, of physicians, it is first of all important to choose between an appeal to professional integrity and an appeal to personal integrity; one cannot maintain both. On the issue of personal integrity, I am inclined to the view that conscience must not be either absolutized, or ignored. As long as certain medical practices remain ethically controversial—and euthanasia will certainly belong in this category—physicians should have a right to an exception on the grounds of conscience, although no refusal must directly discriminate against any patients, or burden them in a disproportionate way.

Key words: euthanasia – professional ethics – personal integrity – conscience

Abstrakt: Kritici eutanazie či asistovaného sebeusmrcení zpochybňují nejen obvyklé argumenty ve prospěch těchto kontroverzních forem asistované smrti, založené na principech autonomie či prospěchu. Kromě toho rovněž tvrdí, že tyto metody jsou v rozporu s profesionální integritou lékařů, nebo s osobní integritou lékařů, či s obojím. V článku tato tvrzení zkoumám a kritizuji. Pokud jde o údajný rozpor mezi eutanazií a etikou lékařské profese, jejím předpokladem je esencialistické pojetí medicíny jako oboru, který se po tisíciletí nezměnil. Ve skutečnosti se medicína mění. Je-li tomu tak, proč by se medicína nemohla vyvíjet i dále a připustit i eutanazii? Co se týče rozporu mezi praxí eutanazie a osobní integritou lékařů, kteří podobné metody asistované smrti odmítají z důvodu svědomí, je třeba si v první řadě vybrat mezi apelem k profesní integritě a apelem k osobní integritě; obojí zastávat nelze. V otázce osobní integrity se kloním k názoru, že svědomí nelze ani absolutizovat,

* Tato stať je upravenou verzí kapitoly 11 mé knihy *Obrana asistované smrti: filozofické argumenty ve prospěch eutanazie a sebeusmrcení za pomoci lékaře*, která vyjde letos v nakladatelství Academia.

ale ani ignorovat. Dokud jisté lékařské praktiky zůstanou eticky kontroverzní – a eutanazie k nim jistě bude dlouho patřit – měli by lékaři mít právo na výjimku z důvodu svědomí, ačkoli žádné odmítnutí jakéhokoli úkonu nesmí pacienty otevřeně diskriminovat nebo neúměrně zatěžovat.

Klíčová slova: eutanazie – profesní etika – osobní integrita – svědomí

1. PROFESNÍ A OSOBNÍ INTEGRITA

Zastánci asistovaného sebeusmrcení a eutanazie se obvykle opírají o principy autonomie a prospěchu pacienta. Podle principu autonomie je pacient za normálních okolností osobou, schopnou samostatně rozhodovat o svém životě ve shodě s hodnotami, které si zvolila. Autonomii pacienta nelze jen tak obětovat ve prospěch zájmů druhých; nelze ji však omezit ani odkazem na zájmy samého pacienta, jež druzí – například lékaři – znají údajně lépe; to by byl paternalismus. Pokud je třeba respektovat autonomii pacientů, je zřejmě nutné brát vážně i jejich přání o tom, kdy a jak by si přáli zemřít. Vzhledem k tomu, že splnění tohoto přání je primárně v kompetenci lékařů, je na nich, aby žádostem o eutanazii vyhověli. Většina zastánců eutanazie a asistovaného sebeusmrcení kromě autonomie odkazuje i na prospěch (*wellbeing*) pacientů, přičemž ku prospěchu jim má v daném kontextu být to, že smrtí skončí jejich utrpení. Apel k prospěchu je opět míněn antipaternalisticky; ačkoli lékaři jsou jistě nejlépe kvalifikováni k tomu, aby pacientům objasnili jejich situaci, vyhlídky a možnosti, tak o tom, co pro sebe považují za prospěšné, mají v poslední instanci rozhodnout opět sami pacienti. Lze však narazit na autory, kteří si vystačí s principem autonomie. Například významný americký politický a právní filozof Joel Feinberg tvrdí, že

„podle liberálních principů [...] by bylo neoprávněným narušením autonomie [žadatelů o smrt – T. H.] odmítnout [tyto] žádosti, jestliže se primárně týkají jen dotyčných žadatelů [they are primarily self-regarding]. Pro liberála je rozhodující jen dobrovolnost žádosti o smrt (za předpokladu, že se týká jen dotyčné osoby), kdežto bolest a utrpení během zbývajících života nejsou pro splnění žádosti nutné.“¹

Je pravda, že Feinberg na tomto místě v první řadě polemizuje s Rachelsovým zúžením kandidátů na eutanazii na pacienty v terminálním stadiu smrtelné nemoci.² Feinbergovo tvrzení je však pozoruhodné i tím, že zcela pomíjí perspektivu příslušníků lékařské profese, jimž je žádost o pomoc s umíráním adresována. Nemají lékaři a zdravotní pracovníci také co říci k oprávněnosti takové žádosti, když se její splnění žádá po nich? Spíše než stoupenci asistované smrti se pohled lékařů a zdravotníků snažili vzít v potaz někteří kritici. Ti obvykle poukazují na dva typy konfliktu, k nimž tyto formy asistované smrti údajně vedou ze strany příslušníků lékařské profese. Za prvé jsou prý tyto formy

¹ FEINBERG, J. *The Moral Limits of the Criminal Law. Volume 3: Harm to Self*. New York: Oxford University Press, 1986, s. 351.

² Jeden z pionýrů moderní filosofické diskuse o eutanazii, americký filosof James Rachels, zastával názor, že třídu uchazečů o eutanazii je žádoucí omezit na pacienty v terminálním stadiu nějaké nemoci (viz RACHELS, James. *The End of Life: Euthanasia and Morality*. Oxford: Oxford University Press, 1986). Během následujících desetiletí však řada autorů dokazovala, že tuto třídu je třeba rozšířit. Někteří pacienti totiž mohou být odsouzeni k dlouhým intervalům utrpení, naprosté závislosti a ztrátě důstojnosti, jež považují za netolerovatelné a horší než smrt. Kromě těchto pacientů, kteří alespoň mohou o asistovanou smrt požádat, je třeba myslet i na pacienty, kteří se ocitli v perzistentním vegetativním stavu, v němž mohou strávit i dlouhá léta. Tito pacienti již nejsou s to vyjádřit žádnou preferenci ohledně svého dalšího osudu, ale navíc se nenacházejí v terminální fázi žádné nemoci, takže podle původního striktního Rachelsova kritéria by byli vyloučeni ze skupiny kandidátů na eutanazii. Lze však argumentovat, že jejich pouze biologická existence jim již není ku prospěchu a měla by být ukončena. Osobně se rovněž kloním k názoru, že množinu kandidátů je třeba rozšířit, ačkoli tato otázka přesahuje téma mé studie. Podrobněji se jí věnuji in: HŘÍBEK, Tomáš. *Obrana asistované smrti: filozofické argumenty ve prospěch eutanazie a sebeusmrcení za pomoci lékaře*. V tisku, kap. 10.

asistované smrti v rozporu s *profesní integritou* lékařů a zdravotníků, či přímo s *étosem medicíny*. Za druhé, i kdyby praktikování těchto nových forem asistované smrti nebránila profesní etika medicíny, mohly by být v rozporu s *osobní integritou* přinejmenším některých z příslušníků této profese. Prozkoumejme tyto argumenty jeden po druhém.

2. MEDICÍNSKÝ ESENCIALISMUS A EVOLUCIONISMUS

První argument, který poukazuje na údajný rozpor mezi asistovaným sebeusmrcením a eutanazií a profesní etikou medicíny, zastávají ve Spojených státech prominentní konzervativní autoři Leon Kass a Edmund D. Pellegrino, u nás pak Marta Munzarová. Kass v často citovaném článku tvrdí, že medicína je „*niterně morální profese se svými vlastními imanentními principy a standardy chování, jež kladou meze tomu, co lékaři mohou oprávněně vykonat*“.³ Kass se snaží dokázat, že aktivní vyžádaná eutanazie a sebeusmrcení pacienta za asistence lékaře prý od příslušníků lékařské profese požadují typy úkonů, jejichž výkon je v rozporu s „*imanentními principy a standardy*“ tohoto oboru. Jaké principy a standardy jednání, jež jsou údajně imanentní medicíně, má na mysli Leon Kass? Tyto principy jsou prý vyjádřeny například v Hippokratově přísaze, která mimo jiné lékařům zakazuje, aby pacientům podali smrtící prostředky. Kass to komentuje tak, že „*přinejmenším od lékaře vyžaduje lidský život, obsažený v lidských tělech, ze své bytostné povahy respekt a úctu*“.⁴ Lékaři by tudíž neměli vyhovět žádostem o aktivní eutanazii nebo asistenci při sebeusmrcení pacienta, protože podobné konání by bylo v rozporu s bytostným účelem medicíny, jímž je prý léčba jako prostředek udržení života. Kass tedy hájí *esencialistické pojetí medicíny*, podle něhož má tento obor lidské činnosti povahu, jež se nezměnila přinejmenším od doby, kdy ji kodifikoval Hippokratés. Mnohem propracovanější variantu tohoto přístupu nabídl katolický filozof medicíny Edmund D. Pellegrino zvláště v zásadní monografii *The Virtues in Medical Practice*. Pellegrino se v zásadě snaží o oživení klasické lékařské etiky za pomoci metodologie etiky ctností. Podle tohoto přístupu je medicíně implicitní jistý soubor ctností proto, že vztah lékaře a pacienta konstituuje specifický druh praxe, v níž jde o naplnění určitých cílů – zvláště „*léčby*“ (*healing*). Z tohoto cíle pak můžeme odvodit ctnosti jako dobročinnost, poctivost, důvěru, odvahu, vytrvalost, pravdomluvnost atd. Tato implicitní lékařská etika je nezávislá na morálních postojích jednotlivých lékařů nebo obecných etických teoriích (ačkoli může být s některými z těchto teorií konzistentní – konkrétně právě s etikou ctností). Díky této nezávislosti a zároveň jisté neměnnosti a univerzálnosti vztahu mezi lékařem a pacientem je etika medicíny neměnná. Pokud je takovému vztahu implicitní zákaz uspišit smrt pacienta, pak platí, že niterná etika medicíny vylučuje sebeusmrcení za asistence lékaře a aktivní eutanazii.⁵

³ KASS, Leon. Neither for Love Nor Money: Why Doctors Should Not Kill. *The Public Interest*. 1989, No. 94, s. 28.

⁴ Ibidem, s. 38.

⁵ PELLEGRINO, Edmund D. – THOMASMA, David C. *The Virtues in Medical Practice*. New York: Oxford University Press, 1993. O niterné etice medicíny nověji též PELLEGRINO, Edmund D. The Internal Morality of Clinical Medicine: A Paradigm for the Ethics of the Helping and Healing Professions. *Journal of Medicine and Philosophy*. 2001, Vol. 26, s. 559–579, a PELLEGRINO, Edmund D. Toward a Reconstruction of Medical Morality. *American Journal of Bioethics*. 2006, Vol. 6, s. 65–71. Pozdní verze argumentu proti eutanazii, vyvozeného z těchto premis, viz PELLEGRINO, Edmund D. Physician-Assisted Suicide and Euthanasia: Rebuttals of Rebuttals – The Moral Prohibition Remains. *Journal of Medicine and Philosophy*. 2001, Vol. 26, s. 93–100.

Navzdory subtilitě zvláště Pellegrinova projektu se domnívám, že toto pojetí niterné etiky medicíny není těžké zpochybnit. Uvažme například jeden z nových oborů medicíny, tzv. paliativní péči. Nyní mi nejde o otázku, zda je paliativní péče alternativou vůči eutanazii.⁶ Jde mi spíše o to, že obhájci i odpůrci eutanazie se nejspíš shodnou na tom, že paliativní péče je součástí medicíny, ale přitom jejím cílem není léčba pacienta v běžném slova smyslu; nejde jí o uzdravení pacienta, ale spíše o zmírnění symptomů, jež v některých případech přináší proces umírání. Jestliže jsou dnes součástí medicíny obory, jež nemají za cíl návrat pacienta ke zdraví a prodloužení jeho života, plyne z toho, že obsah medicíny se nejspíše během doby mění. Pokud vůbec kdy byla pravda, že medicína byla svým zaměřením aktivnímu uspíšení smrti v minulosti protikladná, v současnosti tomu tak již není. U nás sice není mnoho kritiků eutanazie, kteří by se explicitně odvolávali na Kassův esencialismus, ale mnoho z nich, podobně jako americký bioetik, cituje Hippokratovu přísahu jako soubor principů, které navždy vymezují rozsah přípustné lékařské praxe. Součástí Hippokratovy přísahy je, jak známo, zákaz podání smrtícího prostředku pacientovi.⁷ Tyto odkazy ke starobylému dokumentu jsou ovšem nepřesvědčivé. Jak známo, původní text Hippokratovy přísahy zakazoval i chirurgické úkony, umělé potraty a další typy jednání, které jsou přinejmenším v našich podmínkách nezpochybňovanými typy lékařské praxe. Jestliže byla Hippokratova přísaha revidována do té míry, že v současné verzi povoluje chirurgické zásahy, potraty atd., proč bychom ji nemohli revidovat i dále a učinit součástí profesionální medicíny i různé formy aktivní asistence při umírání? A obecně – proč trvat na závaznosti dokumentu z doby dávno před vznikem moderní vědecké medicíny, když současné technické možnosti, a tudíž i morální dilemata, jsou vesměs zcela nové a odlišné? Stojí za pozornost, že sám Pellegrino ve své knize odmítá řadu komponent hippokratovské tradice, a dokonce poznamenává: „Stěží lze říci, co vlastně konstituuje současnou etiku medicíny.“⁸ Jestliže sám klíčový reprezentant hippokratovského pojetí etiky medicíny konstatuje, že lze revidovat kdeco, proč ne i zákaz eutanazie?

V současnosti je esencialistický model medicíny každopádně předmětem kritiky. Například lékaři Franklin Miller a Howard Brody tvrdí, že sice existuje cosi jako étos medicíny, ale ten se mění pod vlivem vývoje společenských hodnot. V kontrastu ke Kassově esencialismu lze tento alternativní přístup nazvat *evolucionismem*.⁹ V důsledku společenského vývoje došlo například ke změně zaměření

⁶ Tuto otázku zodpovídám záporně in: HRÍBEK, Tomáš. *Obrana asistované smrti: filozofické argumenty ve prospěch eutanazie a sebeusmrcení za pomoci lékaře*, zvl. kap. 8 a 9.

⁷ Z výkladů a analýz v českém jazyce srov. nověji FISCHEROVÁ, Sylva. Hippokratova přísaha a eutanazie. In: PTÁČEK, Radek – BARTŮNĚK, Petr a kol. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Grada, 2012, s. 98-114.

⁸ PELLEGRINO, Edmund D. – THOMASMA, David C. *The Virtues in Medical Practice*, s. 35.

⁹ MILLER, Franklin G. – BRODY, Howard. The Internal Morality of Medicine: An Evolutionary Perspective. *Journal of Medicine and Philosophy*. 2001, Vol. 26, s. 581–599. Ačkoli Miller a Brody v tomto článku odmítají medicínský esencialismus ve prospěch evolucionismu, přesto s Kassem sdílejí předpoklad, že medicína je jaksí niterně morální profese. Zdá se však, že pod tíhou kritiky neobstojí ani tento předpoklad. Co vlastně teze o niterné morálnosti medicíny znamená? Nejspíš bychom ji neměli interpretovat v tom smyslu, že žádný jiný obor činnosti neimplikuje nějaké morální závazky. Jistý profesní kód totiž zřejmě najdeme v mnoha oborech lidské činnosti, zvláště je-li jejich předmětem prospěch, štěstí a důstojný život lidí. Kromě medicíny mne jako příklady napadají právo, stavitelství nebo pohostinství. Každý z těchto a dalších oborů činnosti nejspíš vyžaduje dodržování určitého rejstříku hodnot, a některé z těchto hodnot možná sdílejí všechny podobné obory. Vyžadují-li profesní kód i jiné obory než medicína, není tedy jasné, proč by jen ona měla být „niterně morální profesí“. A přestože je

medicíny z výlučně kurativního k takovému, které zahrnuje i paliativní péči. Zdá se, že pokusy o formulaci nových cílů a rozsahu činnosti medicíny sdílí v současnosti mnoho profesionálů v řadě zemí. Například mezinárodní tým pod vedením Daniela Callahana dospěl k formulaci čtyř takových cílů medicíny: 1) „*prevence onemocnění a poranění a podpora a udržení zdraví*“, 2) „*úleva od bolesti a utrpení způsobených nemocemi*“, 3) „*péče a léčba těch, kteří trpí nemocí, a péče o ty, které již nelze vyléčit*“ a 4) „*zabránění předčasné smrti a snaha o klidnou smrt*“.¹⁰ Stojí za pozornost, že citované cíle medicíny byly formulovány bez zřetele k otázce etického ospravedlnění asistované sebeusmrcení nebo vyžádané eutanazie, a přesto vytvářejí pro tyto činnosti pojmový prostor. Bod 3) mimo jiné definuje pole pro paliativní medicínu, jejímž cílem není kurativní léčba, ale úleva umírajícím. A bod 4) explicitně hovoří o „*snaze o klidnou smrt*“, což lze interpretovat jako legitimizaci nových forem asistované smrti. Někteří pacienti mohou dát přednost před o něco delším životem (nastaveném však již jen o interval plný utrpení) klidné smrti a podle výsledků Callahanova mezinárodního výzkumu je něco takového jedním z morálně přijatelných cílů současné medicíny. Mnohým lékařům v řadě zemí se to může jevit skutečně přijatelnějším, a to i z morálního hlediska, než udržování života v lidském těle tak dlouho, jak je to jen možné, což zjevně požaduje Leon Kass. Můžeme si tudíž představit, že Kass by podpořil stanovisko značné části laické veřejnosti v USA, která trvala z nedostatku informací o skutečné povaze věcí na dalším udržování života Terri Schiavové, jež strávila celých patnáct let v perzistentním vegetativním stavu, přestože by měl jakožto expert vědět, že se jednalo o udržení pouhého *biologického* života.¹¹

Vedle teze, že lékaři by měli mít možnost odmítnout žádosti pacientů o asistenci při umírání, protože takové žádosti jsou v rozporu s profesní etikou medicíny, se objevuje i myšlenka, že by lékaři měli mít možnost podobné žádosti odmítnout v případě, že jsou v rozporu s jejich svědomím. Každopádně se zdůvodnění nějakého jednání tím, že je ve shodě s aktérovým svědomím, obvykle těší široké podpoře a obdivu, zvláště když je spojeno s nějakými osobními oběťmi ze strany aktéra. Mezi příklady z morální praxe lze uvést zřídka případy rezignace na politický úřad, protože jeho další výkon je v rozporu s politikovým svědomím, a ještě spíše odmítnutí z důvodu svědomí vykonat rozkaz nebo dokonce nastoupit vojenskou službu, protože takové typy jednání vystavují dané aktéry vysokému riziku (ztráty moci a výhod v případě rezignace na politickou pozici, nebo dokonce osobní svobody či

nepochybně pravda, že některé z hodnot, jež tvoří profesní kód medicíny, jsou morální hodnoty, mnohé jsou spíše instrumentální povahy, protože medicína slouží vnějším cílům. To ovšem znamená, že tezi o niterné morálnosti medicíny nemůžeme interpretovat ani v tom smyslu, že by tato profese byla „*niterně morální*“. Medicína se tedy podobá výše jmenovaným dalším profesím i v tom, že jejím účelem je přispívat k nějakému vnějšímu dobru. Jinými slovy, její hodnota je především instrumentální. Teze o „*niterné morálnosti*“ medicíny je tedy spíše matoucí a bylo by žádoucí ji opustit. Miller to skutečně udělal v pozdější monografii MILLER, Franklin G. – TRUOG, Robert D. *Death, Dying, and Organ Transplantation: Reconstructing Medical Ethics at the End of Life*. New York: Oxford University Press, 2011.

¹⁰ CALLAHAN, Daniel. The Goals of Medicine: Setting New Priorities. *Hastings Center Report*. 1996, Vol. 26, s. S1–S26.

¹¹ Viz HRÍBEK, Tomáš. *Obrana asistované smrti: filozofické argumenty ve prospěch eutanazie a sebeusmrcení za pomoci lékaře*, kap. 6, kde vysvětlují, že takový život postrádá absolutní hodnotu, kterou mu zjevně připisují odpůrci eutanazie.

života v případě odpíračů vojenské služby a neposlušných vojáků). Na druhou stranu, jednat určitým způsobem proto, že mi to přikazuje svědomí, může být známkou fanatismu, neboť bychom se měli starat nejen o to, zda jednáme ve shodě se svým svědomím, ale i to, zda jednáme správně. Svědomí totiž není garantem správnosti našich hodnot. Mnoho filozofů souhlasí s postřehem Tomáše Akvinského, že jednání ve shodě s vlastním svědomím nezabaví aktéra viny, pokud je jeho jednání nemorální. Akvinský má tudíž za to, že jednání je morálně přípustné za dvou podmínek: aktér musí jednat způsobem, který je objektivně správný, ale zároveň musí věřit, že jeho způsob jednání je správný.¹²

Ale co to vlastně je svědomí? Tradičně vlivné bylo *orakulární* pojetí svědomí, podle něhož naslouchat svému svědomí je něco podobného jako naslouchat hlasu delfské věštkyně; v obou případech údajně získáváme určité poznání. Ale co jiného je porada se svým vlastním svědomím, než porada se sebou samým? Připustíme tedy, že naslouchám-li svému svědomí, radím se ve skutečnosti sám se sebou. V tom případě není jasné, proč bych měl výsledek takové porady považovat za poznatek. Porada se sebou samým je v nejlepším případě reflexe hodnot, které aktér považuje za správné, ale jak jsem již zmínil, v tomto soudu se aktér může snadno mýlit. Populární požadavek, abychom jednali v souladu se svým svědomím, sugeruje tudíž mylný předpoklad, že schopnost morální reflexe, jíž je vybaven daný jedinec, je nutně lepší, než schopnost reflexe, kterou má kdokoli jiný. Vědomí omylnosti našich individuálních morálních soudů by nás mělo vést k větší otevřenosti vůči morálním soudům druhých místo toho, abychom zarputile spoléhali jen na vlastní úsudek.

Respekt, který často cítíme k aktérům, kteří i za cenu osobních obětí jednají podle svého svědomí, se tedy nejspíš nezakládá na představě, že individuální aktér má k dispozici neomylný kompas, který mu ukazuje správný směr. Ve vztahu k pacifistům, kteří jsou ochotni jít do vězení, nebo dokonce obětovat svůj život, protože jim jejich svědomí zakazuje pozvednout zbraň proti druhým lidem, si někteří z nás jsou dokonce naprosto jisti, že se tito zásadoví odmítači mýlí, a přesto vůči nim cítí respekt. To znamená, že se domníváme, že ačkoli se tito odpírači mohou mýlit, způsobili bychom jim jakousi újmu, kdybychom je nutili jednat proti jejich svědomí. O jakou újmu se jedná?

Autoři, kteří diskutují o roli svědomí ve výkonu lékařské profese, považují náš respekt k jednání ve shodě se svědomím za výraz ohledu na integritu aktéra (v daném případě lékaře).¹³ Pojem integrity zde můžeme chápat v tom smyslu, který mu dal britský filosof Bernard Williams ve své slavné polemice proti utilitarismu. Utilitarismus žádá, abychom konali dobro, třeba i bez ohledu na legitimní představy a cíle, které má každý z nás o svém vlastním životě. Tyto představy a cíle konstituují integritu jednotlivého morálního aktéra. Williams tvrdí, že pokud narušíme něčí integritu, učiníme z něj pouhý nástroj obecného dobra.¹⁴ Jestliže je něčí integrita narušována trvale a systematicky, může to mít

¹² BENN, Piers. The Role of Conscience in Medical Ethics. In: ATHANASSOULIS, N. (ed.). *Philosophical Reflections on Medical Ethics*. London: Palgrave, 2005, s. 161.

¹³ Ibidem, s. 173.

¹⁴ Williams ilustruje tuto myšlenku příkladem nešťastného cestovatele, jenž v cizí zemi, ovládané vojenskou diktaturou, narazí na veřejnou popravu odpůrců režimu. Brutální důstojník tohoto cestovatele „pocití“ nabídkou zastřelit jednoho zajatce, aby tak zachránil dalších dvacet. Williams naznačuje, že utilitarismus nutí cestovatele

tragické následky: je-li někdo nucen následovat pravidla a hodnoty, jež nepovažuje za své, může to mít za následek úplnou atrofii smyslu pro morálku a manipulovatelnost pro jakékoli cíle. Pojem integrity bývá někdy zaměňován s příbuznými pojmy, jako jsou autonomie a autenticita. Jak jsem stručně naznačil na začátku této stati, autonomie spočívá ve schopnosti navigovat životem ve shodě s hodnotami a prioritami, jež si aktér sám zvolil, místo aby mu byly vnuceny zvenčí. Někteří aktéři však nejsou, ani se necítí být, pod tlakem okolí, ačkoli jejich hodnoty a priority nejsou jejich vlastním výtvořem, nýbrž jsou nepromyšleně převzaté od druhých lidí. Takoví aktéři mohou být autonomní ve smyslu zodpovědnosti za vlastní rozhodnutí, ale říkáme o nich, že jejich život postrádá autenticitu. Autenticita je tudíž zřejmě nejnáročnější požadavek, jemuž učiní zadosť málokdo. Integritu má ten, kdo má vlastní projekty. A autonomie je nejspíš minimální podmínka, kterou splní každý, kdo je schopen jednat samostatně.

3. SVĚDOMÍ: ABSOLUTISMUS A INKOMPATIBILISMUS

Vypadá to tedy, že ohled na jednání ve shodě se svědomím se nakonec opírá o podobné hodnoty, jaké jsou východiskem některých argumentů ve prospěch asistovaného sebeusmrcení a aktivní eutanazie. Vede-li nás respekt k autonomii pacienta k tomu, abychom vyhověli jeho žádosti o asistovanou smrt, měl by nás vést respekt k autonomii lékaře k toleranci jeho případného odmítnutí takovému pacientovi asistovat. Jiní lékaři mohou z důvodu svědomí odmítnout další typy úkonů: křesťansky smýšlející lékař odmítne provést potrat nebo poskytnout antikoncepci, muslimská sestra se nebude chtít dotýkat mužského pacienta atd. Podobné případy jsou poměrně běžné v zahraničí, ačkoli v našem stále ještě kulturně velmi homogenním prostředí na ně nejsme zvyklí. Vyžaduje ohled na autonomii či integritu lékaře respekt k jejich odmítání některých úkonů vyžadovaných jejich pacienty? Diskuse v předchozích odstavcích nám může poskytnout některá vodítka. Na jedné straně, autonomii lékaře je nepřijatelné ignorovat, i kdyby některé z jeho hodnot byly pochybné; na druhé straně, svědomím nelze omluvit každé jednání. Je třeba hledat jistý kompromis mezi potřebami pacienta a požadavky svědomí lékaře.

Kýžená pozice se tedy musí vyhnout dvěma extrémním názorům, které Mark R. Wicclair – autor dosud patrně nejpečlivějšího monografického zpracování daného tématu *Conscientious Objection in Health Care* (2011) – nazval absolutismem a inkompatibilismem ohledně svědomí. *Absolutismus* uděluje požadavkům svědomí prioritu před nároky pacientů i lékařské profese; *inkompatibilismus* naopak žádá naprosté potlačení svědomí v zájmu profesních nároků a norem. Absolutismus na první pohled konvenuje kritikům kontroverzních forem asistované smrti, takže není překvapující, že u nás se k němu hlásí profesorka Munzarová.¹⁵ Nevím o žádných místních zastáncích inkompatibilismu, ale v zahraničí ho v krystalicky čisté podobě zastává britský bioetik Julian Savulescu. Ve svém článku píše:

nabídku přijmout, a že podobná volba dokazuje necitlivost utilitarismu vůči tak důležité hodnotě, jakou je osobní morální integrita. Viz WILLIAMS, Bernard. A Critique of Utilitarianism. In: SMART, J. J. C. – WILLIAMS, Bernard. *Utilitarianism: For and Against*. Cambridge: Cambridge University Press, 1973, s. 98.

¹⁵ MUNZAROVÁ, Marta. Etika medicíny 21. století v historických kontextech. In: PTÁČEK, Radek – BARTŮNĚK, Petr a kol. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014, zvl. s. 58.

„Lidé na sebe musejí vzít určité závazky, aby se mohli stát lékaři. Tyto závazky jsou totiž součástí role lékaře. Pokud někdo není z náboženských důvodů připraven provádět vnitřní vyšetření žen, neměl by být gynekologem. Být lékařem znamená být schopen nabízet vhodné lékařské zákroky, které jsou legální, prospěšné, vyžadované pacientem, a jsou součástí férového zdravotního systému.“¹⁶

Savulescu je striktní utilitarista, takže není divu, že ve své koncepci nemá místo pro integritu, autonomii a podobné hodnoty. Absolutismus však není o nic přijatelnější, protože lékař nesmí vnucovat svou soukromou morálku pacientům, kteří ji nesdílejí. Vnucovat své hodnoty druhým je nepřipustné obecně, ale mnohem horší je, když to činí osoba, jež má vliv na zdraví a tělesné i duševní blaho druhých. Na adresu absolutistických odmítačů asistované smrti lze navíc poznamenat, že by se měli rozhodnout, zda si svůj odpor vůči asistovanému sebeusmrcení a eutanazii opřou o koncepci niterné etiky medicíny, nebo o absolutistické pojetí svědomí lékaře. Tyto dvě strategie jsou totiž ve vzájemném rozporu. Shora citovaný Edmund Pellegrino tvrdí, že lékař se musí podřídit zájmům pacienta; absolutistické pojetí svědomí však uděluje prioritu morálním skrupulím lékaře.¹⁷ Zdá se, že konzervativcům vyhovuje apel na profesní kód, dokud zakazuje asistované sebeusmrcení a aktivní eutanazii. Jakmile by se situace změnila – například kdyby Česká lékařská komora revidovala své stavovské předpisy –, odepřeli by splnit svou profesní povinnost z důvodu svědomí. Naopak inkompatibilisté odmítají jakékoli výjimky z důvodu svědomí a považují za směrodatné výhradně profesionální povinnosti.

4. KOMPROMISNÍ ŘEŠENÍ

Ve sporu mezi absolutismem a inkompatibilismem se obecně kloním ke kompromisní pozici, kterou artikuluje Wicclair. Tento americký bioetik formuluje detailní systém principů a pravidel, s jejichž pomocí by mohly být řešeny etické spory, jež nastanou v různých případech konfliktu mezi požadavky lékařské profese a soukromou morálkou lékaře. Domnívám se sice, že na rozdíl od velkých hodnotově pluralitních společností, jako jsou Spojené státy nebo Velká Británie, není řešení sporu mezi absolutismem a inkompatibilismem v českém prostředí zatím urgentní. Avšak pokud se i naše společnosti časem více hodnotově diverzifikuje, bude i u nás třeba hledat kompromisní řešení v podobě velmi detailního systému pravidel nejen pro praktikující lékaře, ale i pro zájemce o studium medicíny. Některá z těchto pravidel bude moci převzít od zahraničních vzorů, jiné bude třeba formulovat s ohledem na specifika naší historické a kulturní situace. Na rozdíl od Savulesca se například domnívám, že studium medicíny a výkon lékařského povolání bude možné odepřít jen uchazečům, jejichž privátní systém hodnot by byl vůči pacientům výslovně diskriminující a degradující. Značný rozdíl mezi situací v Evropě, včetně České republiky, a ve Spojených státech jistě spočívá v tom, že díky systému všeobecného zdravotního pojištění se u nás ani v budoucnosti zřejmě neprosadí natolik byznysový model vztahu mezi pacientem a lékařem, který existuje v USA. Přesto si lze představit, že i u nás bude možné po praktikujících lékařích požadovat, aby s pacienty uzavřeli svého druhu smlouvu o tom, jaké výkony budou povinni poskytnout, a jaké budou smět odmítnout. Lékař bude moci odepřít

¹⁶ SAVULESCU, Julian. Conscientious Objection in Medicine. *British Medical Journal*. 2006, No. 332, s. 295.

¹⁷ Situaci ještě komplikuje skutečnost, že konzervativní autoři jako Pellegrino a Munzarová nekonzistentně zastávají obě koncepce. V případě Pellegrina na tento rozpor upozorňuje i Wicclair – viz WICCLAIR, Mark R. *Conscientious Objection in Health Care: An Ethical Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 2011, s. 52.

určité služby jen za podmínky, že nepoškodí zdraví pacienta a bude ochoten doporučit mu služby kolegů, kteří sporný výkon provedou. (Obávám se, že podobný manévrovací prostor nelze dopřát ostatnímu zdravotnickému personálu. Zatímco lékaři mohou o svých omezeních předem informovat tak, aby pacienti mohli včas najít alternativní řešení, nemá pacient možnost zjišťovat morální skrupule zdravotních sester apod.¹⁸) Tato změna ošetřujícího lékaře navíc nesmí pacienta neúměrně zatížit – po pacientovi nelze například žádat, aby kvůli určitým výkonům musel cestovat do jiného města apod. A už vůbec by nemělo být přípustné, aby pacientovi byly odepřeny, či naopak vnučovány, jisté výkony v situaci, kdy se již nemůže rozhodnout jinak či hledat pomoc jinde.¹⁹

Na druhé straně, ve shodě s Millerovou a Brodyho evoluční koncepcí medicíny, podle níž se její etické parametry během doby mění, je myslím přijatelné, aby lékaři měli ve vztahu k novým, eticky zatím velmi kontroverzním úkonům – mezi něž budou jistě patřit asistované sebeusmrcení a aktivní eutanazie ještě dlouho poté, co budou legalizovány – větší manévrovací prostor a byl brán větší ohled na jejich morální skrupule. V těchto ohledech je asi situace odlišná v různých kulturních prostředích. Zatímco u nás stěží kdy slýcháme o odpírání potratu z důvodu svědomí, v Polsku nebo Spojených státech to není řídký jev, zatímco u nás bude možná více odpíračů žádosti o asistovanou smrt, přestože například v Nizozemí se jedná o službu, jejíž výkon může pacient od lékaře s důvěrou očekávat. Až i u nás dojde k příslušným legislativním změnám, lze jen doufat, že lékaři budou navzdory svým morálním výhradám se svými pacienty jednat férově a transparentně, aby jim umožnili včas řešit situaci jinak.²⁰

¹⁸ Z uvedeného důvodu tudíž považuji za nevhodnou současnou právní úpravu v ČR, která dovoluje, aby zdravotní služby pacientovi odmítl z důvodu svědomí i zdravotnický personál (s výjimkou ohrožení života pacienta nebo vážného ohrožení jeho zdraví); viz § 50 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Stávající zákon neúměrně zvýhodňuje zdravotnický personál na úkor pacientů, což se nepochybně ukáže v budoucnu, až u nás budou tyto pozice zastávat lidé, jejichž soukromá morálka se bude výrazněji lišit od standardu, na nějž jsme zde zvyklí. Za upozornění na stávající právní úpravu v ČR děkuji kolegovi Adamu Doležalovi.

¹⁹ Případ drastického příkladu vnučování vlastní morálky pacientovi – jmenovitě nerespektování jeho dříve vysloveného přání nebýt léčen – je kriticky pojednán ve WARNOCK, Mary – MacDONALD, Elisabeth. *Easeful Death*. Oxford: Oxford University Press, 2011, s. 52–53. Nemám doklady o podobném případě v českém zdravotnictví, ale i zde dochází k nerespektování dříve vyslovených přání pacientů, ačkoli ze zcela jiného důvodu, než je svědomí jednotlivých lékařů. Ačkoli zde nemáme co do činění s vnučováním morálky lékaře pacientovi, situace je přesto relevantní pro téma etiky asistované smrti. Do českého právního řádu byl poměrně nedávno zaveden tzv. testament, nebo institut dříve vyslovených přání, který je některými vnímán jako první krok k legalizaci eutanazie, zatímco jiní ho považují za její dostatečnou alternativu. Avšak čeští lékaři se z důvodu nedopracované podoby příslušného zákona oprávněně obávají trestního postihu v případě, že by přání svých pacientů nebýt za jistých okolností léčení, resuscitování apod. vyhověli, a následně byli obviněni ze zanedbání péče, ne-li zabití. Nerespektování příslušných přání českých pacientů jejich lékaři má tudíž stejný výsledek, jako odepření takových přání z důvodu svědomí; některým konzervativním lékařům se splnění podobných přání skutečně může jevit nerozlišitelné od eutanazie, konkrétně pasivní eutanazie prostřednictvím nezahájení léčby. Obě situace jsou zcela analogické v tom, že dotyční pacienti se již nemohou bránit, hledat alternativní řešení apod.

²⁰ Načrtnuté podmínky, za nichž by bylo eticky přijatelné, aby lékař pacientům odepřel určité služby, diskutují kromě Wicclaira – WICCLAIR, Mark R. *Conscientious Objection in Health Care: An Ethical Analysis* – také například BROCK, Dan. *Conscientious Refusal by Physicians and Pharmacists: Who is Obligated to do What, and Why? Theoretical Medicine and Bioethics*. 2008, No. 29, s. 187–200, a DRESSER, Rebecca. *Professionals, Conformity, and Conscience. Hastings Center Report*. 2005, Vol. 35, s. 9–10.

REFERENČNÍ SEZNAM:

BENN, Piers. The Role of Conscience in Medical Ethics. In: ATHANASSOULIS, N. (ed.). *Philosophical Reflections on Medical Ethics*. London: Palgrave, 2005, s. 160–197.

BROCK, Dan. Conscientious Refusal by Physicians and Pharmacists: Who is Obligated to do What, and Why? *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2008, No. 29, s. 187–200.

CALLAHAN, Daniel. The Goals of Medicine: Setting New Priorities. *Hastings Center Report*. 1996, Vol. 26, s. S1–S26.

DRESSER, Rebecca. Professionals, Conformity, and Conscience. *Hastings Center Report*. 2005, Vol. 35, s. 9–10.

FEINBERG, Joel. *The Moral Limits of the Criminal Law. Volume 3: Harm to Self*. Oxford: Oxford University Press, 1986.

FISCHEROVÁ, Sylva. Hippokratova přísaha a eutanazie. In: PTÁČEK, Radek – BARTŮŇEK, Petr a kol. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Grada, 2012, s. 98–114.

HŘÍBEK, Tomáš. *Obrana asistované smrti: filozofické argumenty ve prospěch eutanazie a sebeusmrcení za pomoci lékaře*. Praha: Academia, 2019.

KASS, Leon. Neither For Love Nor Money: Why Doctors Should Not Kill. *The Public Interest*. 1989, No. 94, s. 25–46.

MILLER, Franklin G. – BRODY, Howard. The Internal Morality of Medicine: An Evolutionary Perspective. *Journal of Medicine and Philosophy*. 2011, Vol. 26, s. 581–599.

MILLER, Franklin G. – TRUOG, Robert D. *Death, Dying, and Organ Transplantation: Reconstructing Medical Ethics at the End of Life*. New York: Oxford University Press, 2011.

MUNZAROVÁ, Marta. Etika medicíny 21. století v historických kontextech. In: PTÁČEK, Radek – BARTŮŇEK, Petr a kol. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada, 2014, s. 51–58.

PELLEGRINO, Edmund D. – THOMASMA, David C. *The Virtues in Medical Practice*. New York: Oxford University Press, 1993.

PELLEGRINO, Edmund D. The Internal Morality of Clinical Medicine: A Paradigm for the Ethics of the Helping and Healing Professions. *Journal of Medicine and Philosophy*. 2011, Vol. 26, s. 559–579.

PELLEGRINO, Edmund D. Physician-Assisted Suicide and Euthanasia: Rebuttals of Rebuttals – The Moral Prohibition Remains. *Journal of Medicine and Philosophy*. 2011, Vol. 26, s. 93–100.

PELLEGRINO, Edmund D. Toward a Reconstruction of Medical Morality. *American Journal of Bioethics*. 2006, Vol. 6, s. 65–71.

PTÁČEK, Radek – BARTŮŇEK, Petr a kol. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Grada, 2012.

RACHELS, James. *The End of Life: Euthanasia and Morality*. Oxford: Oxford University Press, 1985.

SAVULESCU, Julian. Conscientious Objection in Medicine. *British Medical Journal*. 2006, No. 332, s. 294–297.

WARNOCK, Mary – MacDONALD, Elisabeth. *Easeful Death: Is There a Case for Assisted Dying?* Oxford: Oxford University Press, 2008.

WICCLAIR, Mark R. *Conscientious Objection in Health Care: An Ethical Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.

WILLIAMS, Bernard. A Critique of Utilitarianism. In: SMART, J. J. C. – WILLIAMS, Bernard. *Utilitarianism: For and Against*. Cambridge: Cambridge University Press, 1973, s. 75–150.