

Právní aspekty rozhodování o zdravotní péči v závěru života člověka

Legal aspects of end-of-life decisions

Doc. JUDr. Tomáš Doležal, Ph.D., LL. M. – JUDr. Adam Doležal, LL. M., Kabinet zdravotnického práva a bioetiky, ÚSP AV ČR, v. v. i.

Abstract: The article focuses on the legal analysis of end-of-life decisions. The text also briefly refers to foreign legal systems and especially case law in this area, including court decisions of the European Court of Human Rights. A more detailed analysis is then devoted to the Czech legislation, especially with regard to the persons who can decide on the matter. Legally relevant situations in which decisions are made at the end of life are also briefly defined. In the end, several problematic areas are presented, which the current legislation in the Czech Republic does not address optimally, including a brief consideration *de lege ferenda* taking into account the requirements of the European Court of Human Rights, which he set out in several of its judgments.

Key words: end-of-life decisions – DNR – withholding life-sustaining treatment – withdrawing life-sustaining treatment – medical futility

Abstrakt: Článek je zaměřen na právní analýzu rozhodování v závěru života. V textu je stručně odkázáno i na zahraniční právní řády a zejména judikatury v této oblasti, včetně soudních rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva. Podrobnější rozbor je pak věnován české právní úpravě, zejména s ohledem na to, kdo může o poskytování zdravotní péče v závěru života rozhodovat. Také jsou stručně vymezeny právně relevantní situace, při kterých dochází k rozhodování na konci života. V závěru je pak předloženo i několik problematických okruhů, které současná právní úprava v ČR neřeší optimálně, včetně krátké úvahy *de lege ferenda* zohledňující požadavky Evropského soudu pro lidská práva, kterou předestřel v několika svých rozsudcích.

Klíčová slova: rozhodování na konci života – DNR – ukončení život udržující léčby – nezahájení život udržující léčby – medicínsky marný postup

ÚVOD

Obrovský rozvoj moderní medicíny v 19. a 20. století a zejména pak v jeho druhé polovině přinesl neskonalý společenský užitek a zvýšení lidského blahobytu. Nemoci, na které dříve lidé umírali, dnes umíme bez větších obtíží léčit. Nástup vítězné medicíny ovšem s sebou přinesl i zásadní proměnu diskursu v oblasti medicínské etiky a objevení nových dilematických otázek, které souvisejí právě s uvedeným rozvojem, bez nějž by nevznikly. Zřejmě nejpalčivější nové etické problémy se objevily při rozhodovacích procesech na začátku života a na jeho samotném závěru.

Právě při rozhodování na konci života došlo v moderním bioetickém diskursu k zásadní proměně. Nové medicínské technologie totiž uvedly do chodu „vítěznou medicínu“, při níž lze zachovat biologický život na přístrojové podpoře i v okamžiku, kdy život biografický¹ (tj. život, kdy by osoba vnímala sama sebe a měla o takovém životě jakékoliv povědomí) již dávno skončil. Nizozemský lékař Van den Berg ve své útlé, nicméně velmi průlomové publikaci z roku 1965 uvádí následující:

„[...] nová technologická síla vyžaduje nezbytně nový etický kodex. Jeho motto zní ‚Lékař má povinnost ochraňovat, šetřit a prodlužovat lidský život kdykoliv, kdy taková činnost má nějaký smysl.‘“²

Oproti minulosti tedy podle něj není nutné zachovávat život vždy, za jakýchkoliv okolností. Současná etika pak mluví o tomto problému jako problému dystanázie, tj. udržování při životě za okolností, kdy to již působí pacientovi pouze diskomfort, strádání a jiné újmy.³

Moderní medicína zapojila postupně do svého obsahu i léčbu paliativní.⁴ Apel na důstojné umírání je základním principem novodobé právní úpravy v této oblasti, přičemž ovšem tento pojem může mít řadu různorodých obsahových, často i protikladných, vymezení.

V moderních právních řádech je zároveň kladen důraz na autonomii pacienta,⁵ případně na zjištění jeho hodnotového a osobnostního rámce, podle nějž pak má být rozhodování vedeno. Opět je tento apel v různých právních úpravách rozváděn a zajištěn odlišným způsobem.

Nicméně je důležité vnímat, že rozhodovací procesy na konci života tvoří poměrně komplexní oblast, která v sobě nutně zahrnuje potřebu vnímat problém v jeho celistvosti, s apelem na multidisciplinární přístup. Jedná se o problém medicínský, psychologický, etický a v konečném

¹ RACHELS, James. *The End of Life. Euthanasia and Morality*. New York: Oxford University Press, 1986, s. 24 an.

² BERG, Jan H. van den. *Medical Power and Medical Ethics*. New York: Norton, c1978, s. 63.

³ KUŘE, Josef. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*. Praha: Academia, 2018, s. 84.

⁴ WHO definuje paliativní péči jako přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů (dospělých a dětí) a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícími nemocemi. Předchází a zmírňuje utrpení včasnou identifikací, správným hodnocením a léčbou bolesti a dalších problémů, ať už fyzických, psychosociálních nebo duchovních. WHO. *Palliative Care*. [cit. 2020-08-20]. Dostupné z: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>.

⁵ K problematice pojetí autonomie v současné bioetice srovnej kupř. KUŘE, Josef. Koncept autonomie v medicíně. *Filosofický časopis*. 2014, Vol. 62, No. 6, s. 895–908, nebo DOLEŽAL, Adam. Pojetí autonomie v moderní bioetice a jeho dopady na teorii informovaného souhlasu. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2019, Vol. 9, No. 1, s. 1–26.

důsledku i právní. Zejména sepětí práva a etiky je proto v této oblasti více než žádoucí a potřebné. Skutečnost, že k prolínání práva a etiky docházelo, ilustrují bohaté zahraniční zkušenosti. Řada problémů souvisejících s rozhodováním na konci života byla řešena v rámci činnosti soudů, přičemž etické názory ovlivňovaly rozhodování soudů, a naopak soudní rozhodnutí měla vliv na formování moderního medicínského diskursu.⁶

Také v tomto článku se nutně budou prolínat etické a právní úvahy, ale významnou měrou bude akcentována zejména rovina právní. Pro lepší pochopení celé problematiky se nevyhneme ani krátkému komparativnímu pohledu, kde budou uvedeny některé prvotní případy řešené v angloamerické judikatuře a dále bude analyzováno i německé právní prostředí, které právní problémy spojené s otázkami rozhodování na konci života má poměrně podrobně upravené. Stručně bude rozebrán i přístup ESLP k uvedeným otázkám, když některé judikaturou ESLP vymezené povinnosti by měly mít zásadní vliv a dopad na český právní řád. Bohužel, jak bude rozebráno níže, česká legislativa upravující procesy rozhodování na konci života apelům zmiňovaným v rozhodnutích ESLP ne zcela vyhovuje a bylo by proto vhodné provést některé legislativní změny.

Rozhodování na konci života v právní rovině zasahují jak civilněprávní oblasti, tak oblasti trestněprávní. V tomto článku se úmyslně zaměříme na civilněprávní problematiku, když trestněprávní otázky v českém právním řádu byly podrobně rozebrány v jiných publikacích.⁷

Lze jen zdůraznit, že problematika rozhodování na konci života je velmi komplexní a složitá a tento článek je tak pouhým nástinem všech problémů v dané oblasti.

1. ZÁKLADNÍ TEMATICKÉ OKRUHY V RÁMCI ROZHODOVÁNÍ NA KONCI ŽIVOTA

Jaké typy a okruhy otázek spadají do právní roviny rozhodování na konci života? V tomto článku shrneme jen ty nejdůležitější, jedná se tedy pouze o příkladový, nikoliv taxativní výčet.⁸ Mezi typické, právem upravované, rozhodovací procesy v rámci rozhodování na konci života můžeme zahrnout např.:

- a) asistované sebeusmrcení⁹ a aktivní vyžádanou eutanazii

⁶ Srov. rozhodovací praxi níže v tomto článku.

⁷ DOLEŽAL, Adam. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*. Praha: Academia, 2017, s. 217 an., KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. Praha: Galén, c2014, s. 25 an., STOLÍNOVÁ, Jitka – MACH, Jan. *Právní odpovědnost v medicíně*. Praha: Galén, c1998, s. 282 an.

⁸ Je jasné, že jednotlivé výše uvedené procesy jsou často blízce propojené. Např. rozhodnutí o neadekvátnosti další léčby a zjištění, že pokračování v kurativní péči je medicínsky marným postupem, je spojeno s možným rozhodováním o limitaci budoucí léčby a je také předpokladem pro rozhodování o nezahájení nebo ukončení život udržující léčby. Odpojení od život udržujících přístrojů je jedním z typů ukončení život udržující léčby, nicméně je zde budeme rozebírat jako speciální druh. A takových propojení je více.

⁹ Termín asistované sebeusmrcení je přesnější a lépe odráží etické konotace daného postupu. Taková lingvistická distinkce se odráží i v jiných zemích, např. v německém jazyce, kde je upřednostňováno *Suizidum* před *Selbstmord*. V českém právním prostředí by však zřejmě bylo nutné vycházet ze současného stavu právní úpravy v trestním zákoníku, a pokud by byl přijímán zákon regulující asistované sebeusmrcení, zřejmě by se musel užít termín asistovaná sebevražda.

b) terapeutickou pasivitu na konci života (ESLP) spojenou s konceptem medicínské marnosti (neadekvátností péče); sem by spadaly zejména tyto rozhodovací procesy:

- odmítnutí (život udržující) léčby ze strany pacienta;
- rozhodování o tom, zda je péče adekvátní, případně, zda se jedná o medicínsky marný (*futile*) či nepřínosný (*non-benefical*) postup a s tím související postup, spočívající v nezahájení život udržující léčby, která je medicínsky neadekvátní (*withholding*) nebo ukončení život udržující léčby, která je medicínsky neadekvátní (*withdrawing*);¹⁰

Toto jsou obecné rozhodovací kategorie, které lze dále specifikovat do podoblastí, jako jsou rozhodnutí o:

- specifickém omezení péče dopředu (DNR, DNI, ...);
- zahájení KPR;
- odpojení od život udržujících přístrojů;
- nezapojení život udržujících přístrojů;
- zahájení paliativní péče, přičemž to je možné i v případech, kdy kurativní péče má ještě význam;
- uvedení do hluboké paliativní sedace a jiná paliativní sedace, která může uspišit smrt (*hastening death*).

Problematiku eutanazie a asistovaného sebeusmrcení ponechává tento článek stranou svého zájmu,¹¹ a to přesto, že se jedná o významné a důležité rozhodovací procesy na konci života, jejichž právní ukotvení prochází velmi dynamickým procesem.¹² Zcela zjevné je, že v rámci tohoto vývoje je viditelný současný trend zapojit pacienty do rozhodovacího procesu o otázkách na konci života a respektovat tak jejich autonomní rozhodování.

¹⁰ KUŘE, Josef. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 93.

¹¹ Opět lze odkázat na některé publikace, zabývající se podrobně touto právní problematikou v ČR, zejména KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*; DOLEŽAL, Adam. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*; MILFAIT, René. *Etické aspekty rozhodování v péči o nevléčitelně nemocné a umírající: souvislosti lidských práv a náboženských tradic*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2019; na Slovensku např. VOZÁR, Jozef. *Eutanázia: právne aspekty*. Pezinok: Formát, 1995, nebo k asistované sebevraždě KEREČMAN, Peter. *Eutanázia, asistovaná samovražda: právne aspekty*. Bratislava: Eurounion, 1999. Všechny tyto publikace samozřejmě nereagovaly na některé poslední změny v zahraničí, které se v této souvislosti odehrály.

¹² Srovnej kupř. nový legislativní přístup v Portugalsku a na Novém Zélandu k aktivní eutanazii a k aktivnímu sebeusmrcení v Německu. S ohledem na důraz na autonomii a princip sebeurčení v rozhodování na konci života lze zmínit posun v judikatuře německého Spolkového ústavního soudu, zejména pak v jeho rozhodnutí z 26. 2. 2020 (Urteil des Zweiten Senats vom 26. Februar 2020, 2 BvR 2347/15, 2 BvR 651/16, 2 BvR 1261/16, 2 BvR 1593/16, 2 BvR 2354/16, BvR 2527/16). Zde Spolkový ústavní soud z principu respektu k lidské důstojnosti a k autonomii osob dovodil, že lidské osoby mají právo na sebeurčení i při rozhodování otázek týkajících se jejich vlastní smrti.

2. ROZHODOVÁNÍ NA KONCI ŽIVOTA – VYMEZENÍ PODSTATNÝCH ASPEKTŮ A TERMINOLOGIE

V rámci toho článku se soustředíme zejména na situace spojené s problematikou poskytování medicínsky neadekvátní péče a přechodem na péči paliativní. Tyto případy jsou totiž v medicínské praxi nejčastější a často není jejich řešení zcela uspokojivě legislativně řešeno. V ČR nepanuje v této oblasti ani terminologická shoda, a proto se pokusíme přiblížit základní aspekty rozhodování na konci života a vysvětlit terminologii, která je s tím spojena.

2.1. ODMÍTNUTÍ LÉČBY ZE STRANY PACIENTA

Významným prvkem problematiky rozhodování na konci života, je uznání možnosti pacienta odmítnout navrhanou péči. Tato možnost je již standardní součástí moderních právních řádů a je podrobně rozvedena i v judikatuře ESLP. Jedná se o vyjádření práva na sebeurčení a principu nedotknutelnosti integrity osobnosti a ochrany jejího soukromí.¹³ Možnost odmítnout zdravotní péči má pacient i v případě, kdy by jeho rozhodnutí vedlo k jisté smrti. Ústavní soud ČR se v tomto smyslu jasně vyslovil např. v nálezu ze dne 18. 5. 2001, sp. zn. IV. ÚS 639/2000, kde konstatoval, že právo nebýt léčen je silnější než povinnost léčit, že v žádném případě nelze stavět lékařskou diagnózu nad právo pacienta. Podobně ESLP několikrát zdůraznil možnost svobodného odmítnutí určitého způsobu léčby kompetentním a plně svéprávným pacientem, i když takové odmítnutí povede nevyhnutelně k fatálním důsledkům.¹⁴ Takové rozhodnutí je totiž plně v souladu s čl. 8 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, a jen pacient má právo rozhodnout o tom, zda se chce i nadále léčit nebo zda se rozhodne život udržující léčbu odmítnout.¹⁵ Možnost plně odmítnout takovou léčbu plně umožňuje i česká legislativa a tento typ provedení rozhodnutí na konci života nepřináší vážnější právní rozpory.

2.2. PÉČE MEDICÍNSKY NEADEKVÁTNÍ (FUTILNÍ, MARNÁ)

Koncept medicínsky marného postupu či péče, která je nadále neadekvátní, a tudíž její poskytování není vhodné a je marné, je jedním z nejproblematictějších konceptů při rozhodování na konci života.¹⁶ V zahraničí proto existují odborné publikace, které jsou tomuto tématu v medicínské, etické i právní oblasti věnovány.¹⁷ Samotné pojetí marnosti v medicíně prochází určitým pozvolným

¹³ Z mnoha publikací srovnej kupř. rozbor v TĚŠINOVÁ, Jolana – DOLEŽAL, Tomáš – POLICAR, Radek. *Medicínské právo*. 2. vydání. Praha: C. H. Beck, 2019, s. 105 an.

¹⁴ Např. *Pretty v. Spojené Království*, stížnost č. 2346/02, 29. 4. 2002, bod 63, nebo *Moskevští Svědci Jehovovi a další v. Rusko*, stížnost č. 302/02, 10. 6. 2010, bod 136.

¹⁵ Podrobněji MALÍŘ, Jan – DOLEŽAL, Tomáš. *Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod a zdravotnictví: současný stav a perspektivy*. Praha: Wolters Kluwer, 2016, s. 70 an.

¹⁶ Spočívá to i v tom, že zde dochází k jakési proměně filosofie poskytované péče – zatímco v běžné kurativní péči jsou základní cíle odstranění bolesti a jiných symptomů způsobených bolestí, částečná nebo celková obnova funkcí organismu a prodloužení života, v péči na konci života může být poslední cíl potlačován, právě proto, že postrádá smysl. Srovnej RANDALL, Fiona – DOWNIE, Robin S. *The Philosophy of Palliative Care: Critique and Reconstruction*. New York: Oxford University Press, 2006, s. 97 an.

¹⁷ ZUCKER, Marjorie B. – ZUCKER, Howard D. *Medical Futility and the Evaluation of Life-sustaining Interventions*. New York: Cambridge University Press, 1997, RANDALL, Fiona – DOWNIE, Robin S. *The Philosophy of Palliative*

vývojem, zejména v USA se ujasněním tohoto konceptu zabývala celá řada právních sporů.¹⁸ Lze říci, že původní kvantitativní přístup (rozhodujícím faktorem byla pravděpodobnost úspěšnosti daného postupu) byl postupně nahrazen spíše kvalitativním přístupem (tj. rozhodujícím faktorem se stala kvalita života pacienta a jako marnou byla shledávána léčba vedoucí k nežádoucím stavům), až nakonec, i v důsledku právních intervencí, došlo k procedurálnímu přístupu vnímání marné péče. Ani to však není konečný stav diskuse, často se nyní spíše mluví o léčbě prospěšné či neprospěšné pro pacienta.¹⁹

Jestliže se postup jeví nadále jako postup, který z medicínského hlediska postrádá smysl, nabízí se dvě obecné základní verze redukování léčby, nezahájení určitých život udržujících postupů nebo ukončení takovýchto postupů.²⁰ Z etického hlediska bývají tradičně považovány za morálně ekvivalentní, byť existují jisté výjimky v odborné literatuře,²¹ které tento názor problematizují. Dominující diskurs ovšem považuje obě jednání za eticky shodně hodnocená. V některých právních rádech ovšem jim ovšem rovnocenné posouzení není přiznáno.²² S oběma reduktivními přístupy však bývá spojováno zahájení nebo rozšíření poskytování paliativní péče. O nezahájení život udržující péče nebo o jejím ukončení lze rozhodovat i dopředu a v řadě životních situací je to i vhodné. Pokud je pacient kompetentní, pak je nutné tuto limitaci řešit s ním, pokud tomu tak není, pak s jeho zástupci.²³

V každém případě je třeba mít na paměti, že jedním ze základních kritérií při posuzování omezení péče je kvalita života pacienta. Ačkoliv tradičně bývala posuzována pouze ve spojení se zdravím, měli by mít lékaři na paměti, že kvalita života²⁴ je koncept spojený se subjektivními hodnotami každého člověka, se smyslem jeho bytí a jeho existenciálními preferencemi. Hodnotová struktura pacienta může být a často bývá odlišná od ošetřujícího lékaře.

2.3. CÍL LÉČBY

Care: Critique and Reconstruction, v Německu např. MÖLLER, Tina. *Die Indikation lebenserhaltender Massnahmen*. Baden-Baden: Nomos, 2010.

¹⁸ Pro ucelený přehled sporů v USA týkající se marné péče srov. DOLEŽAL, Adam. *Marná léčba (futile care) v judikatuře soudů ve Spojených státech amerických*. 21. 12. 2015 [cit. 2020-09-01] Dostupné z: <<https://zdravotnickepravo.info/marna-lecba-futile-care-v-judikature-soudu-ve-spojonych-statech-americkych/>>. Případně srov. přehled judikatury na medicínsky futilní péči: *Medical Futility & Non-Beneficial Treatment Cases*. [cit. 2020-09-01] Dostupné z: <<http://www.thaddeuspope.com/futilitycases.html>>.

¹⁹ SLÁMA, Ondřej. Lze objektivně vymezit, která léčba je u nevléčitelně nemocného pacienta „marná“? In: ČERNÝ, David – DOLEŽAL, Adam (eds). *Smrt a umírání: etické, právní a medicínské otazníky na konci života*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013, s. 221.

²⁰ KUŘE, Josef. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 93.

²¹ Viz např. URSIN, Lars Ø. Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Treatment: Ethically Equivalent? *American Journal of Bioethics*. 2019, Vol. 19, No. 3, s. 10–20, nebo GLICK, Shimon – JOTKOWITZ, Alan. We Reject the “Equivalence Thesis”. *The American Journal of Bioethics*. 2019, Vol. 19, No. 3, s. 53–54.

²² Tak je tomu i například v českém právním řáde v souvislosti s problematikou dříve vyslovených přání. Srov. DOLEŽAL, Adam. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*. Praha: Academia, 2017, s. 238.

²³ Podrobněji k tomu viz dále v tomto článku.

²⁴ Podrobněji k pojmu kvalita života srovnej kupř. KAASA, Stein – LOGE, Jon H. Quality of Life in Palliative Medicine: Principles and Practice. In: ČERNÝ, Nathan – FALLON, Marie – KAASA, Stein – PORTENOY, Russell – CURROW, David C. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 5th ed. New York: Oxford University Press, 2015, s. 1198 an.

Řada problematických situací v rámci medicínského postupu vzniká proto, že není jasně (anebo vůbec) definován cíl léčby. Skutečnost, že vztah mezi lékařem (poskytovatelem) a pacientem se zakládá na smlouvě je již dostatečně známa. Ale samotné uzavření smlouvy o péči o zdraví ještě není dostatečné, neboť teprve v jejím rámci je mezi lékařem a pacientem stanovován cíl léčby. Tím jsou konkretizovány povinnosti lékaře, neboť jeho povinností je následně provádět pouze ty lékařské výkony, které jsou v souladu se stanoveným cílem. Cíl léčby je tak bodem, k němuž se vztahuje indikace medicínských výkonů; indikace musí být stanovena s ohledem na příslušný cíl léčby.²⁵ Indikace je tedy vždy na jedné straně vztažena k určitému cíli léčby, na straně druhé na aktuální situaci a konkrétního pacienta, tj. je relační, konkrétní a individuální.²⁶ Proto nelze stanovit indikaci abstraktně a obecně na základě obecných medicínských kritérií. V rámci poskytování zdravotních služeb je tedy důležité si uvědomit, že indikace je závislá na konkrétním cíli léčby, který společně určují lékař a pacient. Tato dohoda je součástí smlouvy o péči o zdraví.

V některých případech může být stanovení cíle léčby relativně jednoduché a cíl nemusí být výslovně formulován (např. v případě běžné chřipky je cílem uzdravení). Jsou však případy, kdy stanovení cíle léčby může být složitější – zejména při rozhodnutích na konci života. Pokud ovšem chce lékař v těchto situacích skutečně postupovat ve prospěch pacienta, musí mít na paměti, že často nemusí „medicínsky možné“ odpovídat osobním preferencím pacienta.

2.4. INDIKACE

Dalším velmi frekventovaným a relativně nejasným pojmem je indikace. Lékařská indikace je chápána jako v medicíně platný důvod pro použití určitého testu, medikace, výkonu atd. Toto úzké pojetí ovšem opomíjí, že se jedná o pojem zahrnující jak medicínská kritéria, tak preference pacienta.²⁷ Proto o indikaci určitého zdravotnického výkonu pro pacienta nemůžeme hovořit obecně, ale vždy až ve vztahu ke konkrétnímu pacientovi. Indikace představuje odborný úsudek ošetřujícího lékaře o tom, zda určitý lékařský výkon je vhodný pro dosažení společně stanoveného cíle léčby a zda se z medicínského pohledu jedná o přiměřený prostředek. Přitom musí být brána v úvahu míra úspěšnosti daného výkonu a jím způsobená zátěž a rizika. Stanovení indikace je tedy plně v kompetenci lékaře – jde o jeho odborný úsudek, který ovšem bere v potaz stanovený cíl léčby. Preference pacienta jsou tedy pro indikaci určitého výkonu důležité, ale nikoliv přímo, ale pouze zprostředkovaně – přes cíl léčby.

2.5. ADVANCE CARE PLANING – PLÁN BUDOUCÍ PÉČE

Velmi důležitým institutem, byť v ČR ne mnoho užívaným, je tzv. *Advance Care Planing*, neboli plán budoucí péče. V zahraničí se jedná o velmi frekventovaný pojem, který zejména v posledních letech nabývá na významu. Jedná se o institut vztahující se specificky k problematice rozhodování na

²⁵ LIPP, Volker. Der rechtliche Rahmen der Hospiz- und Palliativmedizin. *Medizinrecht*. 2018, Vol. 36, Iss. 10, s. 759.

²⁶ Ibidem, s. 757.

²⁷ Blíže k tomu např. LIPP, Volker. *Der rechtliche Rahmen der Hospiz- und Palliativmedizin*, s. 758, nebo MÖLLER, Tina. *Die Indikation lebenserhaltender Massnahmen*, s. 49–54.

konci života.²⁸ Stanovení plánu budoucí péče je procesem, který se odehrává v rámci komunikace mezi lékařem a pacientem, popřípadě jeho rodinnými příslušníky, za účelem ujasnění hodnot, léčebných preferencí a cílů pacienta v rámci péče na konci života.²⁹ V zásadě jde tedy o prolnutí cíle léčby a indikace pro péči v závěru života. Správné nastavení plánu budoucí péče pro závěr života hraje významnou roli při posuzování toho, jaká péče bude pro pacienta již neadekvátní (neprospěšná).

3. VÝZNAMNÉ PRÁVNÍ PŘÍPADY URČUJÍCÍ PRÁVNÍ DISKURS V RÁMCI PROBLEMATIKY ROZHODOVÁNÍ NA KONCI ŽIVOTA A NĚKTERÁ ZAHRANIČNÍ ETICKÁ DOPORUČENÍ

Názory odborných společností (včetně mezinárodních, např. WHO), případně samosprávných orgánů v jednotlivých zemích (lékařských komor) významným způsobem ovlivňovaly posun názorů v oblasti rozhodování na konci života. Mají také vliv na vnitrostátní judikaturu a judikaturu mezinárodních soudních orgánů (jako je např. ESLP), nicméně působení je vzájemné. Řada soudních rozhodnutí totiž naopak předcházela a ovlivnila diskurs v etické sféře a měla vliv na utvářené etické kodexy. Legislativa se pak typicky objevovala až sekundárně, jako důsledek sporných kauz a uvedených odborných etických kodexů. V tomto oddílu se proto krátce zmíníme o přelomových soudních rozhodnutích v zahraniční judikatuře a některých stanoviscích lékařských komor či jiných profesních lékařských organizacích.

3.1. OBECNĚ O PŘÍPUSTNOSTI UKONČENÍ NEADEKVÁTNÍ PÉČE

Historicky nejobecnější a primární otázka, zda je vůbec možné ukončit či nezahájit péči, která je považovaná nadále za medicínsky marnou a neadekvátní. První soudní případy dopadaly typicky na situaci, kdy rodinní příslušníci pacienta žádali nemocnici o ukončení přístrojové podpory vitálních funkcí³⁰ (včetně možného ukončení umělé výživy a hydratace), typicky u pacienta, který byl v perzistentně vegetativním stavu. V USA se v této oblasti objevila řada případů v 70. a 80. letech 20. století.³¹ Teprve po rozhodnutí Nejvyššího soudu v kauze *Cruzan*³² se praxe ustálila na obecné shodě, že rozhodnutí o nepokračování/nezahájení život udržující léčby, ať už učiněné kompetentním pacientem v jeho současném stavu, nebo vyslovené jako dříve vyslovené přání, či dokonce na základě zástupného souhlasu zmocněného zástupce, by mělo být respektováno i v případě, kdy jeho uznání

²⁸ RIETJENS, Judith A. C. – SUDORE, Rebecca L. – CONNOLLY, Michael et al. Review Definition and Recommendations for Advance care Planning: An International Consensus Supported by the European Association for Palliative Care. *The Lancet Oncology*. 2017, Vol. 18, Iss. 9, s. e543–e551.

²⁹ LUCKETT, Tim – SELLARS, Marcus – TIEMAN, Jennifer et al. Advance Care Planning for Adults with CKD: a Systematic Integrative Review. *The American Journal of Kidney Diseases*. 2014, Vol. 63, No. 5, s. 761–770.

³⁰ O specifických problémech v soudních kauzách spojených s „odpojením od přístroje“ bude ještě řeč níže, zde mluvíme vůbec o obecné možnosti ukončit medicínsky neadekvátní a marný postup.

³¹ Srov. kupř. následující případy: věc *Quinlan* z roku 1976, *Superintendent of Belchertown State School v. Saikewicz* z roku 1977, věc *Dinnerstein* z roku 1978, *Elizabeth Bouvia v. Superior Court* z roku 1986, *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, et. al* z roku 1990, věc *Conservatorship of Wanglie* z roku 1991, věc *Baby K* z roku 1994, věc *Gilgunn v. Massachusetts General Hospital* z roku 1995 a *Terri Schiavo* z roku 2005. Bližší podrobnosti o uvedených rozhodnutích lze nalézt v článku DOLEŽAL, Adam. *Marná léčba (futile care) v judikatuře soudů ve Spojených státech amerických*.

³² Rozhodnutí *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health, et. al* (Nejvyšší soud Spojených států, No. 881503, 1990).

povede k pacientově smrti. Také byla potvrzena dosavadní soudní praxe, která umožňovala ukončování či nezahájení té život udržující léčby, která se jeví jako neadekvátní a marná, pokud je to v souladu s vůlí pacienta. K podobnému závěru dospěla i britská judikatura v rozhodnutí *Airedale NHS Trust v. Tony Bland*.³³ Akceptování těchto závěrů lze proto nalézt i u Americké medicínské asociace (AMA) i Britské medicínské asociace (BMA).³⁴

Shodné závěry v této obecné rovině lze dovodit i v německé judikatuře³⁵ a souběžně utvářeném názoru Německé lékařské komory (*Bundesärztekammer*), kdy je akceptován a zdůrazňován názor, že je obecně přípustné nezahájení, omezení nebo ukončení život udržující medicínské léčby, která je neadekvátní a marná, jestliže to odpovídá vůli pacienta.³⁶

3.2. PÉČE, KTERÁ MŮŽE URYCHLIT SMRT A JEJÍ PŘÍPUSTNOST (*HASTENING DEATH*)

Jednou z velmi problematických otázek je ta, zda může být aktivní lékařskou péčí uspíšena smrt (urychlen proces umírání), aniž by se jednalo o jednání lékaře spočívající v aktivní eutanazii, a tedy o jednání ve většině států nepřípustné.

Mezinárodní organizace WHO se v tomto směru ve svých doporučeních vyjadřuje vyhýbavě, když uvádí, že „*záměrem paliativní péče nemá být ani urychlování smrti ani prodlužování smrti*“.³⁷ Je zřejmé, že termín prodlužování smrti by bylo vhodnější nahradit oprávněnějším termínem prodlužování umírání, nicméně zkoumání tohoto lingvistického rozdílu majícího hlubší etický rozměr zde není předmětem zkoumání.³⁸ Daleko problematičtější je nezodpovězená otázka, která v kontextu takového pojetí zůstává nevyřešena – zda je možné urychlit smrt v případě, kdy to není intencí lékaře. Z etického hlediska totiž takové jednání bývá považováno za přípustné s ohledem na užití doktríny dvojího účinku.³⁹ V našem textu je záměrně užit termín intence, nikoliv úmysl. Kontinentální právní teorie totiž počítá s teorií nepřímého úmyslu, která vylučuje přípustnost doktríny dvojího účinku

³³ *Airedale N. H. S. Trust v. Bland* [1993] A. C. 789 House of Lords.

³⁴ Primárním cílem lékařské péče je poskytnout pacientovi prospěch, tj. obnovení nebo udržení zdraví pacienta v maximální možné míře, s ohledem na maximalizaci přínosu a minimalizaci škod. Pokud kompetentní pacient odmítl léčbu nebo pokud je pacient nekompetentní a léčba by nevedla k jakémukoliv přínosu pro pacienta, pak léčba s takovým cílem nemůže být realizována, a proto by měla být z etických i právních důvodů ukončena, případně by neměla být zahájena. Paliativní péče směřující k zmírnění symptomů a uchování co nejvyšší možné kvality života by však měla pokračovat. Srovnej BRITISH MEDICAL ASSOCIATION. *Withholding and Withdrawing Life-prolonging Medical Treatment. Guidance for decision makings*. 3rd ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2007, s. 3.

³⁵ Kupř. případ „*paní K.*“ u Spolkového soudního dvora, Bundesgerichtshof, Urteil 2 Str 454/09 vom 25. 6. 2010. K podrobnějšímu popisu tohoto případu srov. MILFAIT, René. *Etické aspekty rozhodování v péči o nevléčitelně nemocné a umírající: souvislosti lidských práv a náboženských tradic*, s. 44 an.

³⁶ Srov. ibidem, s. 41.

³⁷ K problematice odlišného termínu srov. podrobnou diskusi RANDALL, Fiona – DOWNIE, Robin S. *The Philosophy of Palliative Care: Critique and Reconstruction*, s. 100 an.

³⁸ Podrobněji k tomu ibidem, s. 106 an.

³⁹ Podrobněji k tomuto principu a jeho vývoji viz ČERNÝ, David. *Princip dvojího účinku: zabíjení v mezích morálky*. Praha: Academia, 2016.

(respektive je přípustná až po specifické modifikaci eventuálního úmyslu v těchto typech medicínskoprávních kauz).⁴⁰

Německý spolkový soud se v rozsudku z roku 1996 vyslovil tak, že léčba bolesti s neúmyslným vedlejším účinkem urychlení smrti je u umírajících pacientů právně přípustná. Na tento judikát však navazovala řada dalších případů, kdy soudy konstatovaly, že rozdíl mezi úmyslným usmrcením a dovoleným urychlením smrti v případech podávání bolest tlumících prostředků je pouze v rovině formy zavinění, lékař nesmí zkrácení života přímo zamýšlet.⁴¹ Problematické se za této okolnosti jeví předvídatelnost následku (urychlení smrti), což by spadalo pod rámeček eventuálního úmyslu. Nicméně přímo pro tento typ jednání došlo k uznání výjimky při interpretaci nepřímého úmyslu v případě, kdy je zřejmé, že úmysl lékaře směřoval primárně k tišení bolesti a zmírnění utrpení.⁴² I v anglickém právu v této oblasti (respektive u obdobných případů) došlo k zásadní modifikaci interpretace *mens rea* tak, aby jednání lékaře mohlo být považováno za beztrestné.⁴³

3.3. ODPOJENÍ OD PŘÍSTROJE

U odpojení od přístroje byl a je v právní teorii i praxi vnímán problém toho, zda se jedná o konání nebo omisi, a s tímto problémem spojená neshoda ohledně posuzování možné příčinné souvislosti.⁴⁴ V jednotlivých přístupech soudní judikatury přitom existují poměrně značné rozdíly, které lze shrnout do následujícího schématu:

- Odpojení od přístroje je spíše nekonáním než jednáním. Například v případě *Airedale N.H.S. Trust v. Bland* [1993] A.C. 789 House of Lords (Spojené Království) všichni soudci až na disentujícího Lorda Goffa argumentovali, že odpojení od umělé výživy je nekonání.
- Odpojení od přístroje je spíše jednáním než nekonáním, např. ve věci *Re A (conjoined twins)* [2001, Spojené Království].
- Pro odpojení od přístroje využijeme normativní fikci a budeme je považovat za normativně hodnotící pojem ukončení léčby, k tomu srovnej zejména rozhodnutí Spolkového soudního dvora ve věci „paní K.“,⁴⁵ rozhodování mezi konáním a omisí není pro právní odpovědnost v případě odpojení od přístrojů podstatné.⁴⁶

⁴⁰ Srovnej DOLEŽAL, Adam. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*, s. 34 an.

⁴¹ ECKSTEIN, Ken. Eutanazie a trestní právo v Německu. *Trestněprávní revue*. 2003, č. 4, s. 113–116.

⁴² SCHÖCH, Heinz – VAMBERA, Milan. První rozhodnutí Spolkového soudního dvora Německa (BGH) k tzv. nepřímému napomáhání smrti. *Právní rozhledy*. 1998, č. 3, s. 145–149.

⁴³ Jedná se o rozdíl mezi tzv. ortodoxně subjektivistickým přístupem interpretace intence (*orthodox subjectivist approach*) a morálně založeným přístupem interpretace intence (*morally substantive approach*). Podrobněji k tomu viz DOLEŽAL, Adam. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*, s. 27 an.

⁴⁴ Podrobněji srov. ibidem, s. 40 an.

⁴⁵ Srov. rozhodnutí v případě: Bundesgerichtshof, Urteil 2 StR 454/09 vom 25. 6. 2010, a MILFAIT, René. *Etické aspekty rozhodování v péči o nevléčitelně nemocné a umírající: souvislosti lidských práv a náboženských tradic*, s. 41.

⁴⁶ OTLOWSKI, Margaret. *Voluntary Euthanasia and the Common Law*. Oxford: Clarendon Press, 1997, s. 169. Podle Cantora by mělo být aktivní usmrcení (způsobení smrti) zakázáno, v případě odpojení od přístroje by měla

3.4. ROZHODNUTÍ O KPR

Rozhodnutí o KPR je jedním z rozhodnutí o užití možné život udržující péče, nicméně je zejména u pacientů v nemocnici zcela specifické a má jisté rozdílnosti, které je od obecného rozhodování o prodloužení život udržující léčby odlišují. Zejména se jedná o tyto dva rozdíly:

- 1) ve vyspělých zemích existuje poměrně značný tlak na to, aby kompetentní pacienti spolu s lékaři (medicínským týmem) činili rozhodnutí ohledně KPR s předstihem,
- 2) pokud není na základě konsenzuálního stanoviska medicínského týmu a kompetentního pacienta vyjádřeno přání DNR (případně pouze na základě přání pacienta), existuje sdílený předpoklad, že by KPR mělo být poskytováno.⁴⁷

Například v angloamerických doporučeních existuje v takovém případě presumpce, že KPR bude v nejlepším zájmu pacienta, a že by s ní pacient souhlasil (presumovaný souhlas).⁴⁸ Etická doporučení v tomto případě kladou důraz na zapojení kompetentního pacienta do procesu rozhodování. Pacientův názor a jeho posouzení rizikovosti toho, zda riziková zátěž převáží možné benefity z úspěšné KPR, by měl být rozhodujícím pro to, zda má být KPR poskytnuta. Kompetentní pacient by měl dostat příležitost rozhodnout se o poskytnutí KPR.⁴⁹

V České republice neexistuje relevantní stanovisko k rozhodování kompetentního pacienta o KPR, případně o jeho odmítnutí formou DNR. Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 se zabývá pouze situací nekompetentního pacienta.

3.5. ROZHODOVÁNÍ ESLP

I před ESLP se v poslední době zvyšuje počet stížností, které se zabývají rozhodováním na konci života, jako je právě nezahajování život udržující léčby nebo její ukončení. Meritorně se přitom zabýval zejména dvěma stížnostmi – stížností v případě *Glass v. Spojené Království* (stížnost č. 61827/00, 2004) a stížností v případě *Lambert a další v. Francie* (stížnost č. 46043/14, 2015).⁵⁰ V obou případech stížnost podávali rodinní příslušníci. V prvním se jednalo o nezletilci, který byl od narození vážně tělesně i duševně postižený, v druhém o mladém muži, který upadl po dopravní nehodě do perzistentně vegetativního stavu s nutností hydratace a podávání umělé výživy. V prvním případě byla jednou z otázek rozhodování o neposkytnutí resuscitace, v druhém zejména otázka nepokračování v podávání umělé výživy a hydratace pacienta.

být dána pouze výjimka. CANTOR, Norman L. On Hastening Death Without Violating Legal and Moral Prohibition. *Loyola University Law Journal*. 2006, Vol. 37, No. 1, s. 101–125.

⁴⁷ RANDALL, Fiona – DOWNIE, Robin S. *The Philosophy of Palliative Care: Critique and Reconstruction*, s. 125.

⁴⁸ Ibidem, s. 125.

⁴⁹ K takovému názoru BMA (*British Medical Association*) a GMC (*General Medical Council*) srov. RANDALL, Fiona – DOWNIE, Robin S. *The Philosophy of Palliative Care: Critique and Reconstruction*, s. 128.

⁵⁰ Podrobněji k těmto případům viz např. MALÍŘ, Jan – DOLEŽAL, Tomáš. *Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod a zdravotnictví: současný stav a perspektivy*, s. 123, nebo DOLEŽAL, Adam. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*, s. 58 an.

V obou případech byla nakonec podstatná rozhodování o porušení čl. 8 EÚLP. Zcela zásadní pak bylo vytyčení tří základních zásad, které byly v těchto rozhodnutích opakovány (a objevily se např. i v rozhodnutí *Burke v. Spojené Království* (stížnost č. 19807/06, 2006). Jde za prvé o okolnost, zda ve vnitrostátním právu a praxi existuje dostatečný legislativní rámec upravující rozhodování o právu na život, za druhé o okolnost, zda jsou brána v úvahu přání osoby, která dříve vyslovila nebo, která jsou vyvozena od jejích blízkých osob nebo členů zdravotnického personálu, konečně v pochybnostech ohledně toho, jaký postup je v nejlepším zájmu pacienta, musí být umožněno podat žalobu k soudu.⁵¹ V poučení rozsudku *Glass v. Spojené Království* také uvedl, že i lékaři se totiž mohou mýlit a hranice mezi životem a smrtí je v nezanedbatelné části mimo dosah lidí a jejich zkušenosti.⁵²

4. PRÁVNÍ ÚPRAVA ROZHODOVÁNÍ NA KONCI ŽIVOTA V ČR – VÝCHODISKA A SPORNÉ MOMENTY

4.1. VÝCHODISKA

České právní předpisy neobsahují zvláštní právní úpravu ve vztahu k rozhodování na konci života.⁵³ Úpravu je proto nutno hledat v ustanoveních občanského zákoníku a právních předpisů upravujících poskytování zdravotních služeb. Pro poskytování zdravotních služeb v závěru života platí shodná pravidla jako pro běžné poskytování služeb. I zde je tedy základním právním titulem pro poskytování zdravotních služeb smlouva.⁵⁴ Uzavření smlouvy je ovšem pouhým základem dalšího poskytování zdravotních služeb; bližší specifikace předmětu smlouvy by měla být provedena prostřednictvím cíle léčby. V rámci plnění smlouvy nemohou zdravotničtí pracovníci provádět jakékoliv výkony, ale pouze ty, které: 1) jsou indikovány k dosažení léčebného cíle, 2) byl k nim udělen pacientem (nebo jeho zástupcem) informovaný souhlas a 3) jsou prováděny *lege artis*.

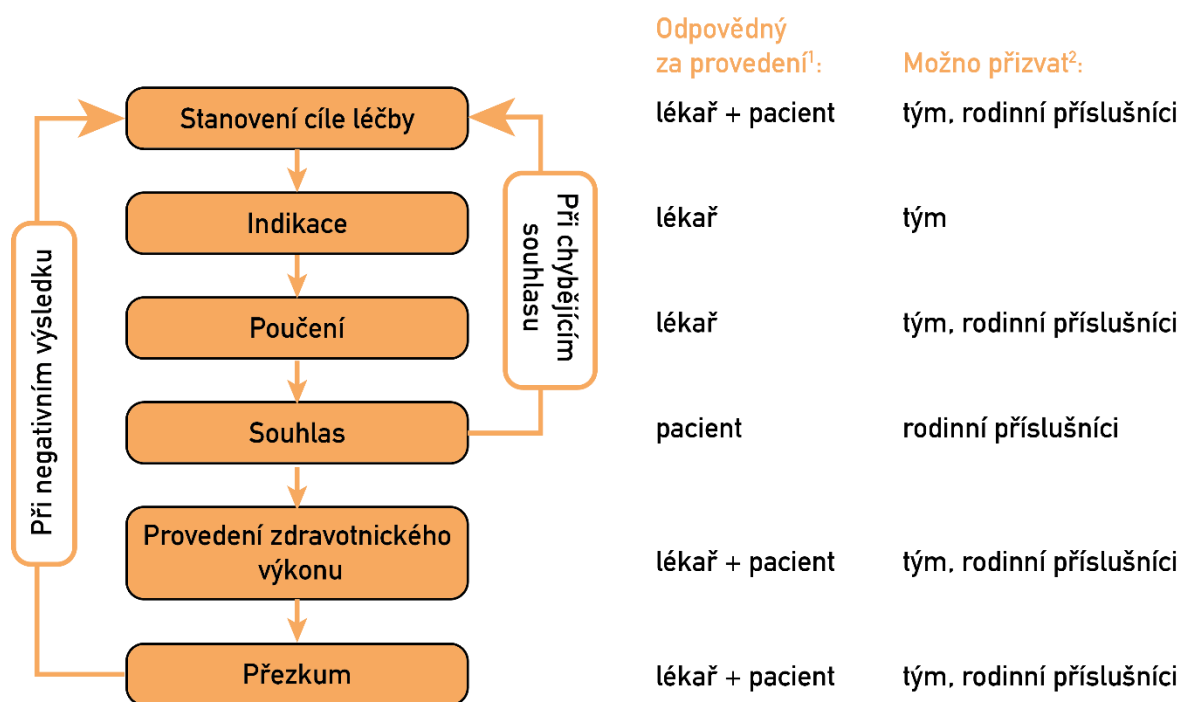
Celý proces lze znázornit následujícím schématem:

⁵¹ *Lambert a další v. Francie* (stížnost č. 46043/14, 2015), bod 143.

⁵² MALÍŘ, Jan – DOLEŽAL, Tomáš. *Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod a zdravotnictví: současný stav a perspektivy*, s. 133.

⁵³ Samozřejmě tomu v budoucnu může být i jinak – viz poslanecký návrh zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii, sněmovní tisk 924/0, část č. 1/2. Jeho znění včetně důvodové zprávy dostupné z: <<https://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=8&CT=924&CT1=0>>.

⁵⁴ Blíže k tomu např. DOLEŽAL, Tomáš. *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*. Praha: Leges, 2012.



- 1) Odpovědnost za provedení je připisována subjektům v souladu s právními předpisy.
- 2) Možnost přizvání je závislá na rozhodnutí pacienta a znění právních předpisů.

4.2. PRINCIPY

Nelze ovšem odhlédnout od toho, že poskytování zdravotní péče v závěru života vykazuje určité odlišnosti od běžného poskytování. Zcela zásadní se v tomto kontextu jeví otázka, zda zdravotničtí pracovníci jsou povinni udržovat a prodlužovat život člověka za každou cenu. Nelze totiž odhlédnout od toho, že technologický pokrok v medicíně často umožňuje udržovat pacienta při životě déle, než by si přál. Jak bylo ovšem zmíněno na počátku tohoto článku, není nutno udržovat (biologický) život za každou cenu; daleko důležitější je respekt k rozhodnutím nebo přáním pacienta, která vyjadřují jeho preference ohledně podmínek, za nichž považuje smysluplné dál svůj život udržovat, tj. respekt k důstojnosti člověka. Udržení života člověka v těchto případech tedy není jedinou, ani nejvyšší hodnotou.

Současně je nutno zmínit, že může nastat i situace opačná, tj. pacient si přeje další udržování na přístrojích, ačkoli se z pohledu zdravotnických pracovníků jeví taková péče jako neúčelná (futilní). Přání pacienta je ovšem nutnou, nikoliv však postačující podmínkou k dalšímu poskytování zdravotní péče – tzn. že k poskytnutí péče není potřeba pouze souhlasu pacienta, ale také indikace. Z tohoto pohledu

jsou život prodlužující výkony přípustné pouze tehdy, pokud (a dokud) jsou k dosažení ujednaného cíle léčby medicínsky indikovány a pacient (nebo jeho zástupce) k nim vysloví souhlas.⁵⁵

5. PRÁVNÍ ÚPRAVA ROZHODOVÁNÍ NA KONCI ŽIVOTA V ČR – KDO ROZHODUJE O POSKYTNUTÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB?

V rámci rozhodování na konci života je z právního hlediska⁵⁶ velmi podstatné určit subjekty, které mohou o poskytování zdravotních služeb (nebo o jejich odmítnutí) rozhodovat. V zásadě lze rozeznávat několik subjektů, které mohou rozhodnutí činit:

- 1) samotný pacient – základním a nejpodstatnějším⁵⁷ subjektem je samotný pacient. Jeho rozhodnutí může přicházet ve dvou formách. Předně se jedná o samostatné rozhodnutí pacienta, které vyjadřuje aktuální vůli pacienta v konkrétním případě (případně modifikované zvláštním institutem, jímž je podpora při rozhodování v rámci ustanovení občanského zákoníku (dále jen „o. z.“). Dále pak může jít o dříve vyslovené přání, které rovněž vyjadřuje vůli samotného pacienta, ale již dříve projevenou. Zvláštností tohoto institutu je, že dříve vyslovené přání může, ale i nemusí odrážet aktuální vůli pacienta.⁵⁸

V rámci platné právní úpravy je primát rozhodování samotného pacienta vyjádřen v obecných ustanoveních o. z. upravujících zásahy do integrity,⁵⁹ v ustanoveních upravujících práva a povinnosti stran smlouvy o péči o zdraví⁶⁰ a v ustanovení § 28 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., zákona o zdravotních službách (dále jen „z. z. s.“). V některých případech může člověku samostatné rozhodování činit významné obtíže a pro tyto případy upravuje o. z. tzv. podpůrná opatření při rozhodování. V rámci samostatného rozhodování pacienta hraje významnou roli úprava nápomoci při rozhodování v ustanoveních § 45–48 o. z. Samostatné rozhodování pacienta *pro futuro* je upraveno v rámci institutu dříve vysloveného přání, a to v ustanovení § 36 z. z. s.

- 2) osoba určená pacientem – dalším subjektem, který může činit rozhodnutí, je osoba určená pacientem. Z hlediska soukromého práva se jedná o zastoupení a zástupce je povinen respektovat zájmy zastoupeného.⁶¹ V těchto případech je možno vycházet ze dvou situací – buď je zastoupený schopen samostatně projevit svou vůli, ale zvolil si zástupce (pak

⁵⁵ Nutné je ovšem zároveň mít na paměti již zmíněnou rozhodovací praxi ESLP v otázkách terapeutické pasivity na konci života (*Glass v. Spojené Království a Lambert v. Francie*), a nutnosti mít nastavený právní rámec pro případné procesní přezkoumávání takovéto situace. Podrobněji o tom viz výše v oddíle o rozhodovací praxi ESLP.

⁵⁶ Etické aspekty viz článek KUŘE, Josef. Etika rozhodování o zdravotní péči v závěru života. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2020, vol. 10, no. 2, s. 84-104.

⁵⁷ I s ohledem na to, že veškerá zástupná rozhodnutí musí být činěna s ohledem na něj samotného, jeho přání, hodnoty a preference.

⁵⁸ K problematice takového konfliktu a případným eticky dilematickým situacím srovnej kupř. BUCHANAN, Allen E. – BROCK, Dan W. *Deciding for Others: the Ethics of Surrogate Decisionmaking*. New York: Cambridge University Press, 1989, s. 152 an.

⁵⁹ § 93 an. o. z.

⁶⁰ § 2642 o. z.

⁶¹ § 437 o. z.

zástupce musí vycházet z pokynů zastoupeného), nebo jde o zvláštní případ zastoupení, kdy si zastoupený ustavuje zástupce pro případ, že by v budoucnosti nemohl v určité situaci projevit svou vůli – pak je zástupce vázán nejlepším zájmem zastoupeného a jeho tzv. *value history* (tj. souhrnem přání, hodnot a preferencí).⁶²

Zvláštní úpravu tohoto zastoupení obsahuje ustanovení § 33 odst. 1 ve spojení s § 34 odst. 7 (věta první) z. z. s. Podle převažujícího názoru je tato úprava specifická v tom, že omezuje rozsah zmocnění na rozhodování pouze o tzv. odkladné péči.⁶³ Vedle této zvláštní úpravy z. z. s. bývá někdy diskutována i možnost užití úpravy zastoupení obsažené v o. z., jejíž dosah by nebyl limitován na situace uvedené v ustanovení § 34 odst. 7 z. z. s. (tj. pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb).

- 3) osoby stanovené zákonem nebo na základě zákona – mezi další v úvahu připadající subjekty patří osoby stanovené zákonem nebo na základě zákona. Jedná se o relativně širokou skupinu, která zahrnuje jak osoby zákonem zvlášť stanovené k udělení tzv. zástupného souhlasu, tak o zákonné zástupce nezletilých nebo u osob omezených ve svéprávnosti jejich opatrovníky. Zvláštní úprava zákonného zastoupení je obsažena v ustanovení § 34 odst. 7 z. z. s. Toto ustanovení pracuje se dvěma typy zástupčího oprávnění – jednak pracuje s jakousi velmi zvláštní formou smluvního zastoupení (viz shora) a dále konstruuje zvláštní zákonné zastoupení, kdy při absenci osoby zvolené pacientem přiznává zástupčí oprávnění celé řadě osob.⁶⁴ Z. z. s. si tedy pro potřeby

⁶² Nejlepší zájem pacienta (či princip nejlepšího zájmu) je nutno pojímat v jeho komplexnosti, nelze zde brát v potaz pouze medicínsky relevantní nejlepší zájem. Odráží se zde objektivní i subjektivní hledisko zkoumání kvality života konkrétní osoby. Nejlepší zájem vychází proto i z hodnotové struktury pacienta, zahrnuje pacientova přání, pocity, názory, hodnoty, a další faktory, které by osoba chtěla v dané situaci zvažovat, pokud by se mohla rozhodovat sama. Proto je na místě kromě medicínských zájmů (vycházejících ze srovnávacího objektivního hlediska) hodnotit i uvedené preference a zvažovat je v druhé, nerozlučitelné složce rozhodování (*value history judgment*). Ten je samozřejmě neadekvátní, pokud taková osoba nebyla nikdy schopna mít nějaké preference a přání – v takovém případě bude nejlepší zájem vyhodnocován na základě objektivních kritérií bez kritérií související s *value history*. Z etické teorie srovnej kupř. BUCHANAN, Allen E. – BROCK, Dan W. *Deciding for Others: the Ethics of Surrogate Decisionmaking*. New York: Cambridge University Press, 1989, s. 122 an., pro právní teorii např. komentář k *Mental Capacity Act* z roku 2005: *Mental Capacity Act Code of Practice. Code of practice giving guidance for decisions made under the Mental Capacity Act 2005*. 2013 [cit. 2020-08-20], s. 65 an. Dostupné z: <<https://www.gov.uk/government/publications/mental-capacity-act-code-of-practice>>.

⁶³ Podle našeho názoru lze ale také připustit jiný výklad, kdy ustanovení § 34 odst. 7 z. z. s. pouze stanoví, že v případech, kdy se nejedná o bezsouhlasovou péči je nutně vyžadován souhlas zástupce. Nic to ale neříká o omezení zmocnění, neboť to se může týkat i poskytování neodkladné péče. Ustanovení § 38 odst. 3 z. z. s. totiž pouze stanoví, za jakých podmínek lze bezsouhlasovou péči poskytovat; neříká však, že poskytování takové péče nemůže být vyloučeno. To je podstatné zejména v rámci rozhodování na konci života, kdy rozhodnutí o neposkytnutí této péče může učinit zdravotnický personál. Ale zjevně nic nebrání tomu, aby toto rozhodnutí bylo učiněno i zvoleným zástupcem s řádně specifikovaným rozsahem zástupčího oprávnění.

⁶⁴ Relevantní část § 34 odst. 7 z. z. s. stanoví, že není-li pacientem zvolena osoba zástupce nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas manžela nebo registrovaného partnera, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas rodiče, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas jiné svéprávné osoby blízké, pokud je známa.

poskytování zdravotních služeb počíná v druhé části konstrukce zástupčího oprávnění velmi podobně jako § 98 o. z., který také konstruuje zvláštní zákonné zastoupení pro zvláštní případy zásahů do integrity. V těchto případech se jedná o případ zvláštního zákonného zastoupení, které je stanoveno pro případ, že by pacient nemohl v určité situaci projevit svou vůli a současně si sám pro tento případ nestanovil zástupce (nebo si ho stanovit nemohl).

Vedle tohoto zvláštního zákonného zástupčího oprávnění hraje při poskytování zdravotních služeb právní úprava zákonného zastoupení nezletilých.⁶⁵ Opatrovnictví člověka, jako zastoupení vzniklé na základě zákona, je upraveno v ustanoveních v ustanovení § 465 a násl. o. z.

Zástupce je vázán v těchto případech nejlepším zájmem zastoupeného a tzv. *value history*.⁶⁶

- 4) zdravotnický personál – V některých případech může rozhodovat o poskytování zdravotních služeb i zdravotnický personál. Jedná se ovšem o výjimečné situace, které by se v zásadě měly omezovat na poskytování neodkladné péče, respektive z obecnějšího pohledu na případy náhlého nebezpečí.⁶⁷ Ač je poskytování této péče chápáno jako bezsouhlasové, přesto je rozhodování o jejím poskytnutí činěno – a to zdravotnickým personálem. I zdravotnický personál je ale v těchto situacích při svém rozhodování o poskytování zdravotních služeb vázán nejlepším zájmem pacienta a tzv. *value history*, pokud je mu známa.

Možnost zdravotnického personálu rozhodovat o poskytování zdravotních služeb je na zákonné úrovni dána zněním ustanovení § 38 odst. 3, 4, 5 a § 35 odst. 3 z. z. s., která umožňují poskytování tzv. bezsouhlasové péče a rozhodnutí o jejím poskytnutí či neposkytnutí tak ponechávají zdravotnickému personálu.⁶⁸

6. STRUČNÉ VYMEZENÍ SITUACÍ, V NICHŽ MŮŽE ROZHODOVÁNÍ O POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB NA KONCI ŽIVOTA PROBÍHAT

V rámci klinické praxe je velmi podstatné rozlišit situace, v jakých se pacient může nacházet a kdo v těchto situacích má rozhodovat o poskytnutí nebo odmítnutí zdravotní péče. V některých případech je posouzení pacientovy schopnosti rozhodovat o poskytnutí péče tím nejproblematičtějším

⁶⁵ Blíže k tomu DOLEŽAL, Adam – DOLEŽAL, Tomáš. *Praktické dopady nového občanského zákoníku na provozování lékařské praxe*. Praha: BOFIA Medical, 2014, nebo KRÁLÍČKOVÁ, Zdeňka. *Péče o zdraví nezletilého dítěte. Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2016, Vol. 6, No. 2, s. 20–35.

⁶⁶ U zástupců na základě zvláštního zákonného zástupčího oprávnění je odkaz na zohlednění *value history* výslovně upraven v ustanovení § 98 odst. 2 o. z., ale z tohoto ustanovení nelze dovozovat, že se jedná o výlučně tuto kategorii osob. Obdobně opatrovník podle § 467 o. z. „*při plnění svých povinností naplňuje opatrovancova právní prohlášení a dbá jeho názorů, i když je opatrovanec projevil dříve, včetně přesvědčení nebo vyznání, soustavně k nim přihlíží a zařizuje opatrovancovy záležitosti v souladu s nimi*“.

⁶⁷ Úmluva o lidských právech a biomedicíně, čl. 8 – Stavy nouze vyžadující neodkladná řešení.

⁶⁸ Obdobnou konstrukci obsahuje i ustanovení § 99 o. z.

bodem dalšího postupu – neboť právě zhodnocení pacientovy kompetence je podstatné pro rozsah a výběr možností rozhodování o poskytování zdravotních služeb na konci života. V následující pasáži shrneme typické situace a rozhodovací mechanismy, s nimiž mohou být zdravotničtí pracovníci konfrontováni.

6.1. SVÉPRÁVNÝ DOSPĚLÝ PACIENT

Zřejmě nejtypičtějším případem je rozhodování dospělého, svéprávného pacienta. Takový pacient je zcela autonomní a může rozhodovat sám o odkladné i neodkladné péči. Jsou mu také plně k dispozici instituty umožňující upravit *pro futuro* rozhodování o poskytnutí nebo neposkytnutí péče jako dříve vyslovená přání nebo možnost si zvolit zástupce.⁶⁹ Důležité – s ohledem na respekt k autonomii pacienta – je v rámci stanovení plánu budoucí péče (*advance care planing*), aby s pacienty možnosti dalšího postupu byly probírány dostatečně včas a nedocházelo k tomu, že s pacientem tyto otázky diskutovány nejsou, a v zásadě se čeká, až se stane přechodně neschopným (nekompetentním) pro další rozhodování a péče je mu následně poskytována jako péče neodkladná, tj. bezsouhlasová.⁷⁰

6.2. SVÉPRÁVNÝ DOSPĚLÝ PACIENT NESCHOPNÝ PŘECHODNĚ PRÁVNĚ JEDNAT

Další, velmi častou situací, je rozhodování o péči u dospělého pacienta, který nebyl omezen ve svéprávnosti, ale v důsledku aktuálního zdravotního stavu je nekompetentní učinit rozhodnutí o další péči (je neschopný přechodně právně jednat). V těchto situacích zákon o zdravotních službách odlišuje rozhodování v rámci odkladné nebo neodkladné péče. Podle ustanovení § 38 z. z. s. je u neodkladné péče možno postupovat bez souhlasu pacienta a tím je rozhodování o péči svěřeno zdravotnickému personálu. Ale jak bylo uvedeno shora, rozhodování zdravotnického personálu není v těchto situacích oproštěno od povinnosti respektovat pacientovu vůli nebo jeho *value history*. Pokud v těchto situacích existuje pacientovo dříve vyslovené přání, je jím zdravotnický personál vázán.⁷¹ V ostatních případech musí zdravotnický personál jednat v nejlepším zájmu pacienta.

U odkladné péče je situace odlišná. Vzhledem k respektu k pacientovi je stanovena určitá hierarchie osob, které mohou v těchto případech vyslovit tzv. zástupný souhlas. Na prvním místě je samozřejmě osoba, kterou si pacient pro tyto situace určil. Pak následují další osoby v pořadí stanoveném v ustanovení § 34 odst. 7 z. z. s. Rozsah zástupčího oprávnění je však v těchto případech omezen ustanovením § 101 o. z., který stanoví, že pokud se jedná o zásah zanechávající trvalé, neodvratitelné a vážné následky nebo spojeným s vážným nebezpečím pro život nebo zdraví člověka, lze zákrok provést jen s přivolením soudu. Aplikace tohoto ustanovení na rozhodnutí učiněná na konci života je ovšem problematická.⁷²

⁶⁹ Jak již bylo řečeno shora, otázkou zůstává možný rozsah zástupčího oprávnění.

⁷⁰ Což je bohužel častou praxí v českých nemocnicích.

⁷¹ § 38 odst. 3 písm. a) z. z. s.

⁷² Blíže k tomu např. ŠUSTEK, Petr – HOLČAPEK, Tomáš a kol. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016, s. 555 an.

Současně se nabízí otázka, zda v případech, kdy doba, po níž není pacient schopen přechodně právně jednat, by byla delší, by soud v těchto situacích neměl jmenovat opatrovníka podle ustanovení § 465 o. z. (jako tomu, jehož zdravotní stav mu působí obtíže při správě jmění nebo hájení práv).

Na závěr je nutno zmínit, že postupy pro rozhodování na konci života u pacientů neschopných vyjádřit vůli upravuje také doporučení ČLK⁷³ z roku 2010, ale jeho text již neodpovídá současné právní úpravě a dosah je tak velmi omezený.

6.3. PACIENT OMEZENÝ VE SVÉPŘÁVNOSTI

Relativně výjimečnou situací jsou případy rozhodování osob (nebo za osoby) omezených ve svéprávnosti. V obecné rovině lze konstatovat, že za tyto osoby jedná (v rozsahu omezení) opatrovník.⁷⁴ Názor pacienta omezeného ve svéprávnosti ale musí být zohledněn (§ 35 odst. 1 z. z. s.). Pro rozhodování opatrovníka je nezbytné brát i zvláštní právní úpravu pro rozhodování o zásazích do integrity. Při zásazích do integrity se závažnými následky se postupuje podle § 480 o. z. v kombinaci s § 482 o. z., tj. zásahy se závažnými následky musí schválit opatrovnická rada, a pokud nebyla jmenována, tak soud. Ale zejména při rozhodování na konci života může být aplikace těchto ustanovení sporná. Poskytnutí zdravotních služeb bez souhlasu pacientům omezeným ve svéprávnosti je upraveno v ustanovení § 38 odst. 4 z. z. s. s tím, že pro některé případy je možnost poskytovat bezsouhlasovou péči rozšířena v ustanovení § 35 odst. 3 z. z. s. V těchto případech je rozhodování o péči svěřeno zdravotnickému personálu.

U pacientů omezených ve svéprávnosti nelze uplatnit dříve vyslovené přání (§ 36 odst. 6 z. z. s.).

Při rozporu osob rozhodujících za pacienta – např. v situaci, kdy pacient je v bezvědomí a opatrovník trvá na provedení určitého zákroku, ale lékař je přesvědčen, že tento zákrok není v nejlepším zájmu pacienta – by podle našeho názoru měl být stanoven kolizní opatrovník podle ustanovení § 460 o. z.

6.4. DĚTSKÝ PACIENT

Další skupinu osob, u nichž se rozhoduje o poskytnutí či neposkytnutí péče, jsou dětští pacienti, tj. nezletilí.⁷⁵ U těchto osob hraje významnou roli při poskytování zdravotní péče skutečnost, zda se jedná o nezletilé, kteří jsou v konkrétních situacích způsobilí samostatně právně jednat,⁷⁶ či nikoliv. Pokud se jedná o dětské pacienty se způsobilostí právně jednat, pak se na jeho rozhodnutí v konkrétním případě hledí jako by ho učinil svéprávný pacient.⁷⁷ U nezletilých, kteří nejsou způsobilí právně jednat, je významné posouzení schopnosti učinit si názor na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb. Toto odlišení je důležité nejen s ohledem na rozdílnou míru participačních práv, ale

⁷³ Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.

⁷⁴ § 465 an. o. z.

⁷⁵ Této problematice se obšírně věnuje článek: DOLEŽAL, Tomáš. Způsobilost nezletilých udělit souhlas s poskytováním zdravotních služeb. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2018, Vol. 8, No. 1, s. 48–61.

⁷⁶ § 31 o. z.

⁷⁷ § 31 o. z.

jsou s ním spjaty i rozdílné rozhodovací mechanismy v určitých případech – např. v případě rozporu nezletilého, který dovršil 14 let věku, a jeho zákonného zástupce na provedení určitého zákroku (§ 100 odst. 1 o. z.).

V rámci rozhodování na konci života mohou představovat určitý problém situace, kdy dítě i jeho zákonní zástupci trvají na provedení určitého zákroku, lékař je ale přesvědčen, že tento zákrok není v nejlepším zájmu pacienta, neboť jeho provedení by bylo pro pacienta neprospěšné (neadekvátní). V těchto případech by měl soud dítěti na ochranu jeho zájmů stanovit opatrovníka (§ 892 odst. 3 o. z.).

U nezletilých pacientů nelze uplatnit dříve vyslovené přání (§ 36 odst. 6 z. z. s.) a rovněž rozsah bezsouhlasové péče je širší (ustanovení § 38 odst. 4, 5 a § 35 odst. 3 z. z. s.).

Obdobně jako u zletilých pacientů neschopných úsudku je i u nezletilých při rozhodování o péči na konci života velmi problematické ustanovení § 101 o. z., který stanoví, že pokud se jedná o zásah zanechávající trvalé, neodvratitelné a vážné následky nebo spojeným s vážným nebezpečím pro život nebo zdraví člověka, lze zákrok provést jen s přivolením soudu. I zde lze konstatovat, že aplikace tohoto ustanovení na rozhodnutí učiněná na konci života je sporná, byť je mnohými připouštěna, respektive požadována.⁷⁸

ZÁVĚR

V tomto článku jsme se pokusili poukázat na problematiku rozhodování v závěru života s ohledem na právní teorii a právní praxi. Zohledněna byla i zahraniční právní praxe, zejména některá významná judikatura týkající se právě rozhodování v závěru života. Zároveň byla představena i judikatura ESLP, která by měla mít přímý dopad na zkoumání české právní úpravy.

V článku jsme představili základní aspekty české právní úpravy, včetně otázek toho, kdo je oprávněn v daných situacích rozhodovat, a také včetně stručného vymezení situací, v nichž může rozhodování o poskytování zdravotních služeb na konci života probíhat. Samozřejmě jsme si vědomi, že šlo o pouhé základní vymezení a některé problematické aspekty zde nebyly zmíněny. V rámci úzkého okruhu odborné veřejnosti probíhá daleko hlubší diskuse, která se snaží tyto problematické aspekty naší úpravy postihnout.⁷⁹ Ale tyto otázky jsme ponechali stranou, neboť by pak rozsah tohoto článku výrazně překročil základní vymezení problematiky.

⁷⁸ Viz Stanovisko k poskytování život udržující léčby dětským pacientům, Sekce dětské paliativní péče ČSPM ČSL JEP, 2019.

⁷⁹ Ze sporných situací lze zdůraznit některé dále uvedené, u nichž existují odlišné odborné názory: 1) Je rozhodování na konci života (nepřipojení, odpojení, limitace) zásahem do integrity člověka? 2) Rozhoduje soud podle § 101 o. z. i při shodě zástupce osoby neschopné úsudku a lékařského týmu? 3) Je odpadnutí lékařské indikace určitého opatření dostatečným důvodem k jeho ukončení nebo neprovedení? Tj. existuje-li rozpor mezi odborným názorem na prospěšnost další péče a názorem/přáním pacienta/zástupce. 4) Otázka míry ingerence soudů do rozhodování na konci života. 5) Problematika řešení rozporů mezi jednotlivými subjekty rozhodovacího procesu – např. pro situace – a) kdy je v rozporu vůle pacienta a vůle lékařského personálu (pacient trvá na pokračování kurativní péče), b) v případě, kdy pacient nemůže projevit svou vůli, je v rozporu vůle rodinného příslušníka (respektive osoby, která rozhoduje za pacienta v zastoupení) a lékařského personálu.

I ze základního přehledu vyplývá, že současná česká právní úprava není úplně přehledná a nenabízí komplexní úpravu, která by jednoznačně a bez výkladových úskalí nabízela odpověď na všechny problematické situace.⁸⁰ Některé tyto situace není možné překlenout pouhým výkladem, ale vyžadují zákonnou úpravu. Pouze tak dosáhneme souladu s požadavky kladenými judikaturou ESLP při rozhodování o terapeutické pasivitě v závěru života, a to: 1) existence předvídatelných pravidel při rozhodování (tj. ukotvení pevného regulačního rámce v oblasti ochrany podle čl. 2 EÚLP), 2) zákazu svévolného a nepředvídatelného rozhodování, 3) zohlednění přání a hodnot pacienta, a konečně 4) možnost přezkumu rozhodnutí nezávislým orgánem, tj. aby se dotčené osoby mohly obrátit v případě řešení pochybností o nejlepším zájmu pacienta na vnitrostátní soud.

Na závěr lze tedy doporučit, aby v této citlivé oblasti rozhodování bylo uvažováno *de lege ferenda* o úpravě, která by lépe vyhovovala uvedeným standardům a tuto problematiku jasně a přehledně zakotvila do právních předpisů.⁸¹ Na právní jistotě totiž v této situaci mají zájem jak pacienti (a jejich blízcí), tak i lékaři a jiní zdravotničtí pracovníci, kteří vstupují do vztahů při rozhodování v závěru života.

Tento článek byl vypracován s podporou TAČR v rámci grantového projektu TL02000360.

⁸⁰ V současné době je nejasná míra nutnosti ingerence soudů do rozhodování na konci života (zejména aplikace § 101 o. z.), což představuje problém pro poskytovatele zdravotních služeb.

⁸¹ Samozřejmě nejvhodnější by bylo prostřednictvím novelizace o. z.

REFERENČNÍ SEZNAM:**MONOGRAFIE:**

- BERG, Jan H. van den. *Medical Power and Medical Ethics*. New York: Norton, c1978.
- BUCHANAN, Allen E. – BROCK, Dan W. *Deciding for others: the ethics of surrogate decisionmaking*. New York: Cambridge University Press, 1989.
- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION. *Withholding and Withdrawing Life-prolonging Medical Treatment. Guidance for decision makings*. 3rd ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2007.
- CHERNY, Nathan – FALLON, Marie – KAASA, Stein – PORTENOY, Russell – CURROW, David C. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 5th ed. New York: Oxford University Press, 2015.
- ČERNÝ, David. *Princip dvojího účinku: zabíjení v mezích morálky*. Praha: Academia, 2016.
- ČERNÝ, David – DOLEŽAL, Adam (eds). *Smrt a umírání: etické, právní a medicínské otazníky na konci života*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013.
- DOLEŽAL, Adam. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*. Praha: Academia, 2017.
- DOLEŽAL, Tomáš. *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*. Praha: Leges, 2012.
- DOLEŽAL, Adam. – DOLEŽAL, Tomáš. *Praktické dopady nového občanského zákoníku na provozování lékařské praxe*. Praha: BOFIA Medical, 2014.
- KERECMAN, Peter. *Eutanázia, asistovaná samovražda: právne aspekty*. Bratislava: Eurounion, 1999.
- KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. Praha: Galén, c2014.
- KUŘE, Josef. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*. Praha: Academia, 2018.
- MALÍŘ, Jan – DOLEŽAL, Tomáš. *Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod a zdravotnictví: současný stav a perspektivy*. Praha: Wolters Kluwer, 2016.
- MILFAIT, René. *Etické aspekty rozhodování v péči o nevléčitelně nemocné a umírající: souvislosti lidských práv a náboženských tradic*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 2019.
- MÖLLER, Tina. *Die Indikation lebenserhaltender Massnahmen*. Baden-Baden: Nomos, 2010.
- OTLOWSKI, Margaret. *Voluntary Euthanasia and the Common Law*. Oxford: Clarendon Press, 1997.
- RACHELS, James. *The End of Life. Euthanasia and Morality*. New York: Oxford University Press, 1986.
- RANDALL, Fiona – DOWNIE, Robin S. *The Philosophy of Palliative Care: Critique and Reconstruction*. New York: Oxford University Press, 2006.
- STOLÍNOVÁ, Jitka – MACH, Jan. *Právní odpovědnost v medicíně*. Praha: Galén, c1998.
- ŠUSTEK, Petr – HOLČAPEK, Tomáš a kol. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016.

TĚŠINOVÁ, Jolana – DOLEŽAL, Tomáš – POLICAR, Radek. *Medicínské právo*. 2. vydání. Praha: C. H. Beck, 2019.

VOZÁR, Jozef. *Eutanázia: právne aspekty*. Pezinok: Formát, 1995.

ZUCKER, Marjorie B. – ZUCKER, Howard D. *Medical Futility and the Evaluation of Life-sustaining interventions*. New York: Cambridge University Press, 1997.

ČLÁNKY:

CANTOR, Norman L. On Hastening Death Without Violating Legal and Moral Prohibition. *Loyola University Law Journal*. 2006, Vol. 37, No. 1, s. 101–125.

DOLEŽAL, Adam. Pojetí autonomie v moderní bioetice a jeho dopady na teorii informovaného souhlasu. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2019, Vol. 9, No. 1, s. 1–26.

DOLEŽAL, Tomáš. Způsobilost nezletilých udělit souhlas s poskytováním zdravotních služeb. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2018, Vol. 8, No. 1, s. 48–61.

ECKSTEIN, Ken. Eutanázie a trestní právo v Německu. *Trestněprávní revue*. 2003, č. 4, s. 113–116.

GLICK, Shimon – JOTKOWITZ, Alan. We Reject the “Equivalence Thesis”. *The American Journal of Bioethics*. 2019, Vol. 19, No. 3, 53–54.

KUŘE, Josef. Etika rozhodování o zdravotní péči v závěru života. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2020, Vol. 10, No. 2, s. 84–104.

KUŘE, Josef. Koncept autonomie v medicíně. *Filosofický časopis*. 2014, Vol. 62, No. 6, s. 895–908.

KRÁLÍČKOVÁ, Zdeňka. Péče o zdraví nezletilého dítěte. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2016, Vol. 6, No. 2, s. 20–35.

LIPP, Volker. Der rechtliche Rahmen der Hospiz- und Palliativmedizin. *Medizinrecht*. 2018, Vol. 36, Iss. 10, s. 754–764.

LUCKETT, Tim – SELLARS, Marcus – TIEMAN, Jennifer et al. Advance Care Planning for Adults with CKD: a Systematic Integrative Review. *The American Journal of Kidney Diseases*. 2014, Vol. 63, No. 5, s. 761–770.

RIETJENS, Judith A. C. – SUDORE, Rebecca L. – CONNOLLY, Michael et al. Review Definition and Recommendations for Advance Care Planning: An International Consensus Supported by the European Association for Palliative Care. *The Lancet Oncology*. 2017, Vol. 18, Iss. 9, s. e543–e551.

SCHÖCH, Heinz – VAMBERA, Milan. První rozhodnutí Spolkového soudního dvora Německa (BGH) k tzv. nepřímému napomáhání smrti. *Právní rozhledy*. 1998, č. 3, s. 145–149.

URSIN, Lars Ø. Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Treatment: Ethically Equivalent? *American Journal of Bioethics*. 2019, Vol. 19, No. 3, s. 10–20.

INTERNETOVÉ ODKAZY:

DOLEŽAL, Adam. *Marná léčba (futile care) v judikatuře soudů ve Spojených státech amerických*. 21. 12. 2015 [cit. 2020-09-01]. Dostupné z: <<https://zdravotnickepravo.info/marna-lecba-futile-care-v-judikature-soudu-ve-spojonych-statech-americkyh/>>.

Medical Futility & Non-Beneficial Treatment Cases. [cit. 2020-09-01] Dostupné z: <<http://www.thaddeuspope.com/futilitycases.html>>.

Mental Capacity Act Code of Practice. Code of practice giving guidance for decisions made under the Mental Capacity Act 2005. 2013 [cit. 2020-08-20]. Dostupné z: <<https://www.gov.uk/government/publications/mental-capacity-act-code-of-practice>>.

WHO. *Palliative Care*. [cit. 2020-08-20] Dostupné z: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>.