

Etické konotace léčby onemocnění covid-19

Anetta Jedličková

Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova (FHS UK)

Současná situace pandemie nemoci covid-19 přinesla odborné i laické veřejnosti zcela nové výzvy a s nimi celou řadu nových problémů, s nimiž se musí společnost vypořádat. Jednu ze skupin nových výzev představují bezpochyby otázky etické povahy. Pro lékaře v každodenní praxi je důležité uvědomit si, jak významnou roli během epidemie či pandemie hrají právě etické aspekty. Článek si v jednotlivých částech klade za cíl obeznámit lékaře s etickými principy obecně, s jejich specifiky a aplikací v průběhu infekčních onemocnění a s hlavními etickými aspekty léčby onemocnění covid-19 během pandemie. Jedním z nejvýznamnějších témat diskuze odborné veřejnosti, která probíhá v souvislosti s přípravou doporučení pro alokaci vzácných zdrojů při poskytování zdravotních služeb během pandemie covid-19, je zejména alokace vzácných zdrojů na základě věku a diskriminace. Záměrem článku je pomoci zdravotníkům plnit si své povinnosti při poskytování zdravotní péče profesionálním a spravedlivým způsobem, který zároveň není v rozporu s žádnými zákonnými povinnostmi.

Klíčová slova: alokace vzácných zdrojů, covid-19, diskriminace na základě věku, etické aspekty, etická dilemata, etické principy, lékařská etika.

Ethical connotations of the treatment of COVID-19 disease

The current situation of the COVID-19 pandemic has brought entirely new challenges to the health care professionals as well as to the general public, and together with them a number of new problems that the society needs to deal with. One of the groups of new challenges are undoubtedly ethical issues. For physicians in their daily practice, it is important to realize the significant role of ethical aspects during an epidemic or pandemic. The article aims to acquaint health care professionals with ethical principles in general, with their distinctiveness and application in the course of infectious diseases, and with the main ethical aspects of the COVID-19 treatment during the pandemic. One of the most important topics of the subject-matter experts' discussions, which took place in connection with preparation of recommendations for the allocation criteria of scarce resources in the provision of health care services in the context of the COVID-19 pandemic, is particularly the allocation of scarce resources based on age and discrimination. The intention of the article is to support healthcare professionals to fulfil their responsibilities in providing health care services in a professional and equitable way that does not conflict with any legal obligations.

Key words: age discrimination, allocation of scarce resources, COVID-19, ethical aspects, ethical dilemmas, ethical principles, medical ethics.

Etické principy lékařské praxe a klinické rozhodování obecně

Úspěšná léčba každého onemocnění vyžaduje fungující vztah mezi lékařem a pacientem. V současné době jde o vztah založený na partnerském, nikoli paternalistickém přístupu. Jde o vztah, který lékaři umožní kompetentní odbornou péči podloženou nejen odbornými znalostmi, ale také na základě odpovědné etické rozvahy. Vždy se jedná o oboustrannou spolupráci v úsilí dosáhnout adekvátních

terapeutických cílů. Nezpochybnitelný etický rozměr obsahuje každý vzájemný kontakt lékaře a pacienta, ať už mezi nimi vznikl vztah více či méně kvalitní. Lékař z podstaty svého povolání pacientovi pomáhá, léčí jeho nemoci, usiluje o jeho prospěch a dobro. Tím se naplňuje **první etický princip v klinické medicíně, a to beneficence**. V některých případech je však terapeutický vztah mezi lékařem a pacientem narušen, a to z objektivních či subjektivních důvodů. Jako příklad lze uvést terapii nevhodnou pro jistý typ pacientů, odmítnutí léčby pacientem či

nehrazení léčby ze zdravotního pojištění. Nastává konflikt při vedení odpovědné etické rozvahy lékaře, který se snaží pomoci, jeho odborné kompetence nalezly příslušné terapeutické řešení jak pacientovi prospět, avšak z určitého důvodu nemůže daným způsobem terapeuticky postupovat, přestože by chtěl. Nemůže pomoci, nemůže konat dobro. V takových klinických případech je jistě významný **druhý etický princip lékařské praxe – nonmaleficence**, tedy zejména v žádném případě pacientovi neuškodit, minimalizovat riziko zhoršení jeho zdravotního stavu a nezpůsobit mu svým konáním úmyslnou újmu.

Neméně důležitou roli hraje taktéž **třetí etický princip, tj. princip respektu k autonomii pacienta**, a to především k preferencím pacienta. Je nutné si uvědomit, že preference pacienta se často liší od preferencí lékaře a reflektují vnitřní hodnoty pacienta, sledují jeho vůli a cíle. Může docházet k etickému konfliktu mezi povinností lékaře provést terapeutickou intervenci, kterou se snaží o zlepšení zdravotního stavu pacienta (princip beneficence), a požadavkem principu respektu k autonomii pacienta. Při konfliktu těchto dvou etických principů je významnější princip respektu k autonomii pacienta.

Pro každého lékaře jsou však nejobtížnější situace, v nichž kromě diagnostické a terapeutické rozvahy musí vést kvalifikovanou etickou rozvahu a náležitě rozhodnout pro alokaci adekvátní terapie při omezených zdrojích léčby. Musí rozhodovat spravedlivě, chránit vulnerabilní skupiny pacientů a žádného pacienta při spravedlivému rozdělování výhod nesmí diskriminovat. V těchto případech se uplatňuje **čtvrtý etický princip – princip spravedlnosti**. V každé jednotlivé situaci však musí lékař provést důkladnou etickou rozvahu, individuálně posoudit všechny informace, které má k dispozici, a zvážit konkrétní okolnosti v návaznosti na etické principy, z nichž při svém rozhodování vychází.

Je třeba mít na paměti, že všechny čtyři etické principy se při kvalifikovaném etickém rozhodování uplatňují současně a vždy je nutné individuálně posoudit risk a benefit konkrétního terapeutického postupu ve spojitosti s cílem terapeutické intervence, s posouzením kvality následného života pacienta a v neposlední řadě také s respektem k jeho preferencím. Přestože terapeutická intervence by z pohledu lékaře mohla přinést výrazný benefit, pacient má právo na své svobodné rozhodnutí intervenci odmítnout. Je to právě pacient, který bude případná rizika terapeutické intervence nést, a míra možných rizik může být pro pacienta nepřijatelná. Preference pacienta a hodnocení následné kvality života tak představují významné etické aspekty při vedení terapeutické rozvahy.

Posouzení poměru risk/benefit, zvažování terapeutického cíle a hodnocení kvality následného života se tedy může významně lišit ze subjektivních pohledů obou zúčastněných stran, tj. lékaře a pacienta. Z tohoto důvodu je velmi důležité, aby si pacient a lékař vzájemně naslouchali, aby kvalita jejich vztahu byla založena na kooperativním modelu. Pacient nemá stejné odborné znalosti o své nemoci (nejedná-li se o pacienta lékaře) či zkušenosti s jejím průběhem a prognózou. Lékař je tedy tou odpovědnou osobou, která má etickou povinnost informovat svého pacienta o nemoci takovým způsobem, aby pacient adekvátně porozuměl nejen terapeutickému cíli příslušné léčebné intervence a poměru risk/benefit, který nabízená terapie přináší, ale aby měl rovněž jasnou představu o případné kvalitě následného života, tedy o možných

budoucích obtížích a důsledcích nabízené terapie. Pacientovi musí být ponechána svoboda rozhodnutí se zamýšlenou léčbou souhlasit nebo ji odmítnout, avšak promyšlenému rozhodnutí musí vždy předcházet správné pochopení relevantních informací. Přiměřené poskytování informací musí být striktně individualizováno, musí respektovat nejen intelektuální schopnosti pacienta, ale také jeho momentální stav, který může být zásadně ovlivněn bolestmi, úzkostmi, obavami či strachem, vyžaduje tedy citlivou aplikaci etického principu respektu k autonomii pacienta již při poskytování informací.

Je rovněž důležité uvědomit si, že také preference pacientů, kteří se z jakéhokoli důvodu nejsou schopni momentálně rozhodovat o příslušné terapeutické intervenci, jsou zásadní (nejde-li o situace, ve kterých lze péči poskytnout bez souhlasu pacienta). První alternativní možností je účelné pátrání, zda se pacient ke své případné léčbě předem nevyjádřil. Tento postup je právně podložen Úmluvou na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (Úmluva o lidských právech a biomedicině) a českým právním řádem:

- Článek 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicině pojednává o dříve vysloveném přání: „*Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání*“ (1)
- V § 36 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) je v souladu s Úmluvou o lidských právech a biomedicině uvedeno: „*Pacient může pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit (dále jen „dříve vyslovené přání“)*“ (2)

Další možností je udělení zástupného souhlasu. Také tato možnost je právně podložena:

- Článek 6 odst. 3 Úmluvy o lidských právech a biomedicině pojednává o udělení zástupného souhlasu: „*Pokud podle platného práva dospělá osoba není schopna dát souhlas se zákrokem z důvodu duševního postižení, nemoci nebo z podobných důvodů, lze zákrok provést pouze se souhlasem jejího zákonného zástupce nebo příslušného orgánu nebo osoby či instituce zmocněných zákonem. Dle možnosti se dotčená osoba zúčastní udělení zástupného souhlasu*“ (1)
- V § 34 odst. 7 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách je uvedeno: „*Jestliže pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, a nejde-li o zdravotní služby, které lze poskytnout bez souhlasu, vyžaduje se souhlas osoby určené pacientem...*“ (2)

Rozhodnutí osoby určené pacientem nebo relevantní osoby podle pořadí uvedeném v zákoně, případně zákonného zástupce však musí být v souladu s preferencemi pacienta. Nejsou-li tyto preference známy, musí osoba, která uděluje zástupný souhlas, rozhodovat ve shodě s konceptem nejlepšího zájmu dotčené osoby (pacienta), jako je například zachování nebo obnovení životních funkcí, tišení bolesti, obnovení zdraví apod.

Na druhé straně je však nutné připomenout, že preference a přání pacientů, tedy respekt k jejich autonomii, mají taktéž své hranice. Při terapeutické rozvaze musí lékař sledovat nejen preference pacienta, ale především možnosti dosažení terapeutického cíle. Jestliže chování nebo požadavky pacienta nejsou v souladu s očekávaným terapeutickým cílem, lékař není eticky i právně povinen poskytnout pacientem požadovaný terapeutický postup a péči (např. nespolupracující pacient, který úmyslně a soustavně nedodrží navržený individuální léčebný postup, či kontraindikovaná léčba). Rovněž nelze respektovat neetická přání a preference pacientů (např. postupy, jejichž výsledkem by mohlo být aktivní způsobení smrti, ohrožení jiných osob, zásadní omezování práv ostatních pacientů, falšování lékařských zpráv apod.)

Etické principy v léčbě infekčních nemocí

Jak již bylo uvedeno, při terapeutické rozvaze se uplatňují všechny čtyři etické principy současně. Léčba infekčních nemocí sice přináší jistá specifika, v obecné rovině však platí vše, co bylo uvedeno výše. Navíc však vyvstává riziko přenosu infekčního onemocnění, a to jednak mezi pacienty, jednak mezi pacientem a lékařem. Lékař z povahy svého povolání musí klást nejlepší zájem pacienta před svůj vlastní nejlepší zájem a léčit také pacienty s infekčními nemocemi. V této souvislosti hrají důležitou roli účinná preventivní hygienická a protiepidemická opatření k předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění, aby lékař dostatečně chránil své zdraví i zdraví svých nejbližších, kolegů či dalších pacientů. U nás máme efektivní opatření velmi dobře nastavena a lékaři považují za samozřejmost používání rozličných ochranných pomůcek a respektování dalších opatření k zamezení šíření infekčních onemocnění.

Na prevenci šíření infekčních nemocí myslí rovněž naše legislativa; například v § 47 odst. 4 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách je uvedeno: „Poskytovatel lůžkové péče je povinen v rámci prevence a kontroly infekcí zpracovat program pro prevenci a kontrolu infekcí spojených se zdravotní péčí a zajistit jeho činnost.“ (2) Dalším příkladem je § 53 odst. 1 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, který stanovuje povinnosti osob s nákazou vyvolanou virem lidského imunodeficitu, osob vylučujících choroboplodné zárodky břišního tyfu a paratyfu a osob s chronickým onemocněním virovým zánětem jater B a C. Případně uveďme také § 62 odst. 1 téhož zákona, který stanovuje pro osoby poskytující péči včetně poskytovatelů zdravotních služeb povinnost zavést opatření k zamezení šíření onemocnění (3).

V souvislosti s etickými principy však musí mít ošetřující lékař neustále na paměti, že nelze-li uplatnit první etický princip, tj. princip beneficence, a pacienta nelze uzdravit kauzální léčbou nebo mu zásadně pomoci symptomatickou léčbou, uplatní se druhý etický princip – princip nonmaleficence, tj. minimalizování rizika zhoršení zdravotního stavu pacienta. Také je nutné uvědomit si, že při konfliktu etických principů hraje sice významnou roli třetí etický princip, a to princip respektu k autonomii pacienta, v případě infekčních nemocí je však podstatně redukován právními předpisy a povinnostmi pacienta i lékaře. Podle povahy infekčního onemocnění je například pacient s infekčním onemocněním podle v § 64 zákona č. 258/2000 Sb. o ochraně veřejného

zdraví a o změně některých souvisejících zákonů povinen podrobit se izolaci, podání specifických imunologických preparátů nebo antiinfektiv, potřebnému laboratornímu vyšetření, lékařské prohlídce a karanténním opatřením. K ochraně před vznikem a šířením infekčních onemocnění a k omezení jejich výskytu je pacient povinen podrobit se také léčení infekčního onemocnění (§ 70 odst. 1 téhož zákona) (3).

Kvalifikovaná etická rozvaha je vždy nutná při rozhodování o alokaci adekvátní terapie u více pacientů při omezených či vzácných zdrojích léčby. V těchto případech se uplatňuje čtvrtý etický princip – princip spravedlnosti, o němž více pojednává následující odstavec o etických aspektech léčby onemocnění covid-19.

Etické konotace při léčbě onemocnění covid-19

Pro paliativní postupy léčby onemocnění covid-19 vydala Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČSPM ČLS JEP) dokument s názvem *Paliativní krizový management symptomů (nejen) u covid-19* (4), v němž najdou příslušní ošetřující lékaři přesně specifikovaná doporučení paliativní léčby.

Současná pandemie onemocnění covid-19 je celospolečenským a celosvětovým tématem, které však mezi jiným přináší rovněž celou řadu etických otázek, s kterými je nutné počítat a najít na ně správné odpovědi. Jako jedno z nejdůležitějších etických témat během tzv. první vlny pandemie, které jsme mohli sledovat téměř v on-line přenosu například z Itálie ale i dalších zemí, připomeňme alokaci vzácných zdrojů. V každém odvětví, zdravotnictví nevyjímaje, najdeme rozpor mezi omezeností ekonomických zdrojů a neomezeností lidských potřeb či přání, který ve většině případů v praxi znamená, že disponibilní zdroje neodpovídají skutečným potřebám. V době epidemie či pandemie dochází často k situacím, v nichž se běžné prostředky terapeutické intervence stávají vzácným zdrojem, a vznikají tak ještě častěji než v obvyklém neepidemickém režimu zcela nová etická dilemata. Lékař při svém etickém úsudku a zejména rozhodnutí, které v každodenní praxi často probíhá v objektivní medicínské nejistotě, musí za každých okolností vycházet z etických principů lékařské praxe, zároveň se však při nedostatku vzácných terapeutických zdrojů může dostat do situací, v nichž musí v časové tísní volit jejich optimální alokaci mezi více pacienty, a za svou volbu je zároveň odborně, právně i morálně odpovědný. V takových eticky dilematických situacích musí být lékař schopen vést kromě odborné terapeutické rozvahy také kvalifikovanou etickou rozvahu a v souladu s etickými profesními standardy kompetentně rozhodnout o vhodném terapeutickém postupu pro každého pacienta. Výše popsané základní principy lékařské etiky při rozhodování určitě napomáhají, neposkytují však lékařům předem stanovený jednoznačný postup, aby ve svém rozhodnutí nepochybil. Všechna rozhodnutí lékaře musí být nejen eticky zdůvodnitelná, ale také v souladu s právními předpisy. V březnu 2020 vypracovali autoři D. Černý, A. Doležal a T. Doležal z Kabinetu zdravotnického práva a bioetiky Ústavu státu a práva Akademie věd České republiky (AV ČR) dokument s názvem *Etická a právní východiska pro tvorbu doporučení k rozhodování o alokaci vzácných zdrojů při poskytování zdravotních služeb v rámci pandemie covid-19* (5). Obsah dokumentu vyvolal čilou diskuzi na odborné úrovni a dodnes se setkáváme s růzností expertních pohledů na diskriminační

rozhodování při alokaci vzácných zdrojů na základě věku, které může nepochybně přinášet rozporné názory.

Autoři v dokumentu specifikovali následující **čtyři principy alokace vzácných zdrojů**, jimiž doporučují nahradit čtyři principy lékařské etiky. (Domnívám se, že je zde slovo „nahradit“ poněkud nešťastně zvoleno.) Specifikované principy se shodují s etickými aspekty pro rozhodování uvedenými v tabulce 1 doporučení vydaném World Health Organization (WHO) s názvem *Ethics and COVID-19: resource allocation and priority-setting* (6).

- Princip maximalizace užítku dosažitelného prostřednictvím vzácných zdrojů** (jako specifikace principů beneficence a non-maleficence). Pro současnou pandemii je užitek podle autorů definován počtem zachráněných životů (5).
- Férovost** (specifikuje princip spravedlnosti; jedná se o zachování rovného přístupu mezi pacienty). Autoři v této souvislosti doporučují, aby se u pacientů ze stejné vulnerabilní skupiny a se stejnou prognózou rozhodovalo losem, a upozorňují, že podle některých autorů mohou mít jiné formy rozhodování (first-come, first-served) negativní důsledky, např. „srocování lidí v nemocnicích, diskriminace těch, kteří bydlí ve větší vzdálenosti od nemocnice, či poskytnutí léčby pacientům s horší prognózou na úkor těch s lepší, kteří však onemocněli později“. (5) Pro úplnost dodejme, že WHO ve svém doporučení v příslušném odstavci (Equality) uvádí kromě randomizačního náhodného rozhodování také možnost rozdělování využitím systému first-come, first-served (6).
- Podpora těch, kteří pomáhají druhým.** Autoři jej hodnotí jako praktický způsob respektování prvního principu a dodávají, že „zdravotničtí pracovníci a ti, kteří jsou nezbytní pro fungování společnosti jsou upřednostňováni“ (5).
- Upřednostňování pacientů, kteří jsou na tom nejhůře.** V souvislosti s tímto principem autoři uvádějí, „že přednost by měli dostávat ti, kteří jsou nejvíce nemocní, ale mají reálnou naději na přežití, nebo ti, kteří by v případě smrti prožili jen krátký život (mladí pacienti)“. Zároveň dodávají, že „tento princip je ovšem třeba interpretovat ve světle předchozích pravidel; pokud tedy je prognóza nemocnějšího pacienta špatná a ventilátor (plicní ventilátor, pozn. autorky) by zachránil život pacienta s lepší prognózou, měl by dostat tento pacient přednost.“ (5) V této souvislosti je nutné uvést, že v doporučení WHO není v příslušném odstavci (Prioritize the worst off) uvedena žádná prioritizace podle věku. Naopak, hned na první stránce dokumentu WHO je jednoznačně upozornění, že vzhledem k tomu, že tato pandemie má významný dopad hlavně na pacienty vyššího věku, mohlo by při určování priorit pro alokaci vzácných zdrojů docházet k nevhodnému použití pokynů k třídění (triáži) pacientů na základě věkového omezení, které vede k upozadění nebo vyloučení starších pacientů z léčby (6).

Jako odborník v oboru aplikovaná etika se osobně se přikláním k názoru, že navrhované čtyři principy alokace vzácných zdrojů by neměly nahradit čtyři základní etické principy lékařské praxe ani je nijak upravovat či transformovat, protože stávající etické principy lékařské praxe svou podstatou (tj. aplikací zásad jako jsou prospěšnost, rovnost,

spravedlnost, autonomie) vystihují také etická dilemata během pandemií. Některé praktické aspekty by je však v případě potřeby mohly vhodně doplnit, avšak pouze při souběžném striktním dodržování všech právních předpisů. Samotné doporučení odborníků totiž nikterak nezabavuje lékaře odpovědnosti za porušení zákonné povinnosti. Jakékoli omezení platnosti základního práva na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky podle článku 31 Listiny základních práv a svobod může být uskutečněno pouze na základě příslušného zákona, v případě nutnosti v čase pandemie také například prostřednictvím vládního usnesení o krizových opatřeních, v němž by byla pravidla pro alokaci vzácných zdrojů specifikována, aby byla následně pro lékaře závazná a aplikovatelná.

Je určitě prospěšné, že v následné publikaci s názvem *Vítězové a poražení: Právní a etické problémy současné koronakrizy*, kterou připravil kolektiv autorů z Ústavu státu a práva AV ČR (M. Šejvl, P. Agha, T. Sobek et al.), vysvětluje D. Černý, jeden z autorů původního dokumentu etických a právních východisek pro tvorbu doporučení k rozhodování o alokaci vzácných zdrojů, problematiku případné věkové diskriminace podrobněji (7). Vzájemné sdílení argumentů a konfrontace odborných názorů mezi specialisty je velmi důležité pro správné vytvoření jakéhokoli doporučení, pravidla, povinnosti či zákona. Právník O. Dostál, který se specializuje na zdravotnické právo, v této souvislosti uvádí: „Žádné doporučení etiků nemůže zrušit zákonná práva pacienta.“ (8) K tomu dodejme, že ani zákonné povinnosti lékaře. V § 48 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách je uvedeno, že „Poskytovatel nesmí odmítnout přijetí pacienta do péče (...) jde-li o pacienta, kterému je třeba poskytnout neodkladnou péči...“ (2) O. Dostál k této problematice dodává, že: „Není tedy možné, aby lékař nepřidělil ventilátor pacientovi, který jej potřebuje, jen proto, že si ten ventilátor chce nechat v zásobě pro někoho nadějnějšího. Takové odmítnutí péče by bylo nejen přestupkem proti tomuto zákonu, ale potenciálně i trestným činem.“ (8) A dále pokračuje, že: „Zákon o zdravotních službách nestanoví rozdílná práva pro kategorie „mladší pacient“ a „starší pacient“, stejná práva má každý pacient. Pokud by lékař prokazatelně upřednostnil pacienta na základě věku, přidá k ostatním porušením práva ještě zakázanou diskriminaci.“ (8) Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách v § 48 odst. 2, který specifikuje případy ukončení léčby pacienta, jednoznačně uvádí, že „ukončením péče nesmí dojít k bezprostřednímu ohrožení života nebo vážnému poškození zdraví pacienta.“ (2) O. Dostál k tomu dále uvádí, že: „Ukončit ventilační podporu u pacienta, který z ní má medicínský přínos, u kterého jde o péči lege artis, nota bene péči život zachraňující, jenom proto, že do nemocnice doputoval mladší jedinec, lékař nesmí – ledaže by s tím shodou okolností dospělý, svéprávný a velmi altruistický pacient sám souhlasil. Takový souhlas by nemohli dát příbuzní – opatrovníci či zákonní zástupci pacienta momentálně bezvědomého, i kdyby náhodou chtěli, protože jim zákon povoluje činit právní úkony pouze v zájmu zastoupeného, mezi které zajisté nepatří rozhodnutí, že u něj má být ukončena ventilační podpora.“ (8)

Závěr

Za všech okolností je nutné při vedení kvalifikované etické rozvahy vidět pacienta jako člověka, kterému chceme (a také jsme povinni) léčbou pomoci. Při odpovědném rozhodování o alokaci vzácných

zdrojů je z etického pohledu důležitý důraz na individuální prognózu a perspektivu každého pacienta, včetně těch, kteří patří do skupiny vyšší věkové kategorie. Žádné perspektivy nejsou malé či méně důležité a v žádném případě nesmí zůstat opomíjeny. Z těchto důvodů je při určování priority léčby pacientů nutné cíleně předcházet jakémukoli diskriminačnímu rozhodování, včetně diskriminace na základě věku, a terapie musí být prováděna podle etického principu spravedlnosti ve spojitosti se závažností zdravotního stavu pacientů. Nicméně je potěšující, že k podobnému závažnému a problematickému rozhodování dosud nemuselo v souvislosti s onemocněním covid-19 u nás docházet, a budeme věřit, že ani v budoucnu docházet nebude. Opět závěrem zdůrazníme důležitost posouzení terapeutického cíle příslušné

léčebné intervence, poměru risk/benefit a kvality následného života každého pacienta.

Infekční nemoci doprovázely a budou doprovázet životy lidí nezávisle na naší vůli. Je potřeba, abychom se dostatečně věnovali podrobnému výzkumu infekčních agens (zejména těch s pandemickým potenciálem), vyvíjeli nejen potřebné diagnostické metody k jejich časné identifikaci, ale také účinné profylaktické metody a efektivní terapeutické postupy, abychom mohli boj s infekčními nemocemi úspěšně vyhrávat. V neposlední řadě je nutné věnovat se včas řešení etických aspektů, které vznikají v souvislosti s výskytem, šířením, diagnostikou, prevencí a léčbou infekčních onemocnění, abychom vždy mysleli na to nejdůležitější, o čem etika pojednává, a to na hledání nejlepšího řešení pro člověka.

LITERATURA

1. SDĚLENÍ Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb.m.s. [online]. [cit. 2020-07-20]. Dostupné z: https://www.lkr.cz/doc/cms_library/96-2001-umluva-o-lid-pravech-a-bio-medicine-100419.pdf
2. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. [online]. [cit. 2020-07-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
3. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. [online]. [cit. 2020-07-20]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>
4. Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP. Paliativní krizový management symptomů (nejen) u covid-19. [online]. [cit. 2020-08-08]. Dostupné z: https://www.etikaepidemie.cz/files/ke-stazeni/cspm_1_krizovy_management_symptomu_kratka_a1.pdf
5. Černý D, Doležal A, Doležal T. Etická a právní východiska pro tvorbu doporučení k rozhodování o alokaci vzácných zdrojů při poskytování zdravotních služeb v rámci pandemie covid-19. [online]. [cit. 2020-08-08]. Dostupné z: https://www.etikaepidemie.cz/files/ke-stazeni/covid_19.pdf
6. World Health Organization. Ethics and COVID-19: resource allocation and priority-setting. [online]. [cit. 2020-08-10]. Dostupné z: <https://www.who.int/ethics/publications/ethics-covid-19-resource-allocation.pdf?ua=1>
7. Šejvl M, Agha P, Sobek T, et al. Vítězové a poražení: Právní a etické problémy současné koronakrizy. Ústav státu a práva AV ČR: Praha 2020: 58–84. ISBN 978–80–87439–45–6.
8. Dostál O. Právo: Sebrat ventilátor staršímu pacientovi a dát ho mladšímu by byl trestný čin. [online]. [cit. 2020-08-10]. Dostupné z: <http://blog.aktualne.cz/blogy/ondrej-dostal.php?itemid=36550>