

## CO UŽ SMÍME, ALE PROČ TO NESTAČÍ

Psycholožka Kübler-Rossová, již jsem citoval v první kapitole, popisuje následující příklad tradičního umírání na rakouském venkově svého dětství:

Pamatuji si, že jako dítě jsem zažila smrt jednoho sedláka. Spadl ze stromu a nikdo nepočítal s tím, že by to mohl dlouho přežít. Požádal jednoduše, aby směl umřít doma, a jeho přání bylo bez námitek respektováno. Svoloval si do ložnice všechny své dcery a s každou z nich si o samotě krátce promluvil. Přestože měl velké bolesti, v klidu uspořádal všechny své záležitosti, rozdělil majetek a půdu s tím, že si ji dědicové rozeberou, teprve až jeho manželka odejde za ním, a poprosil také každé ze svých dětí, aby po něm společně převzaly všechnu práci a povinnosti a vedly hospodářství jako on v čase před nehodou. Poslal pro své přátele a rozloučil se s nimi. Ačkoli jsem tehdy byla ještě docela malá, nevynechal ani mě a moje sourozence. Směli jsme se podílet na rodinných přípravách, všichni jsme mohli s jeho rodinou sdílet zármutek. Když pak sedlák umřel, nechali ho doma, v domě, který postavil, mezi přáteli a sousedy, kteří se na něj přišli naposledy podívat, jak leží obsypán květinami na místě, kde žil a které měl rád. V té zemi dodnes běžně nemají „smuteční síně“, neholdují balzamování ani nepoužívají líčidla předstírající, že mrtvý jenom spí. Pouze když projevy nemoci zohyzdí tělesný vzhled, jsou příslušná místa překryta obvazem

a jen lidé, kteří zemřeli na infekční nemoc, jsou ze svého domu odvázeni před pohřbem.<sup>84</sup>

Tato tradiční, takřikajíc *přirozená* smrt – čili smrt relativně rychlá, bez zapojení moderní medicíny, smrt v intimním prostředí domova – byla nostalgickou vzpomínkou již před půlstoletím, kdy Kübler-Rossová svou knihu publikovala. Moderní *medikalizovaná* smrt, předpokládající přemístění pacienta z domova do nemocnice vybavené vědecko-technickými prostředky na její oddalování i skrývání, je výsledkem procesu, který od té doby akceleroval. Medikalizovaná smrt je neosobní, formalizovaná, podřízená pravidlům, a prý neodpovídající přáním většiny pacientů, kteří by raději umírali ve známém prostředí svého domova. Na druhou stranu, kritika neosobnosti, formálnosti a jisté zmechanizovanosti moderní medicíny je součástí obecnější konzervativní kritiky modernity, z níž se již stalo určité klišé. Prostedí domova je možná intimní, ale nenabízí prostředky pro efektivní zvládnutí bolesti a ostatních problémů, jež často velmi zatěžují pacienta v závěru jeho života, ale kterými jsou vybaveny právě současné nemocnice. Nebezpečím medikalizovaného umírání je ovšem *dystanzie*, čili neúměrné prodlužování života až za mez, kdy z takového žití může mít pacient nějaký prospěch.<sup>85</sup>

.....

84 KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání. Co by se lidé měli naučit od umírajících*, s. 14–15.

85 Dějiny západního pojetí smrti a umírání od středověku do současnosti atraktivně zpracoval francouzský kulturní historik Philippe Ariès v dvousvazkovém díle *Dějiny smrti*. V českém překladu je rovněž k mání věcný a upřímný popis typických způsobů moderního medikalizovaného umírání z pera amerického lékaře Sherwina B. Nulanda *Jak lidé umírají*. Stesky nad koncem starých časů nejsou často nic víc než nereflektované sentimentální staromilství. Mohou mít však i subtilní filozofické zdůvodnění. V našem kulturním okruhu, silně ovlivněném německým filozofickým myšlením, se kritika neosobního ►

Avšak lékaři se začali snažit takovému vývoji předejít již v polovině minulého století čili zhruba dvě dekády předtím, než lze hovořit o ustavení současné bioetiky a moderních úvahách o morální přípustnosti eutanazie. V tomto starším úsilí, motivovaném snahou zabránit jak nežádoucímu prodlužování života (nebo spíše přežívání), tak aktivnímu usmrcování pacienta, hrála roli katolická morální nauka. Byl to jmenovitě papež Pius XII., jenž lékařům v padesátých letech minulého století vzkázal, že určitá léčba je „mimořádná“ – v tom smyslu, že je příliš zatěžující, bolestivá, obtížná, neobvyklá či nákladná vzhledem k účelu, kterému má sloužit –, a proto je přípustné ji přerušit, nebo ani nezahajovat. Toto učení potvrdil pozdější papež Jan Pavel II. v encyklice *Evangeliium Vitae*. Rozlišování mezi „řádou“ a „mimořádnou“ léčbou je východiskem doktríny o „marné“ neboli „futilní“ léčbě, která je dodnes v konzervativnějších kruzích považována za dostatečnou alternativu novějších přístupů k etickému zvládnutí závěru života v kontextu lékařské péče.<sup>86</sup>

Pojem „marné“ léčby se však v posledních desetiletích ocitl pod palbou kritiky. Častou námitkou vůči intuitivně zdánlivě

.....

charakteru moderní doby, který přinesla věda a technika, opírá hlavně o dílo Martina Heideggera, o němž jsem se zmínil již v 1. a 2. kapitole.

86 Pro ranou kritiku pojmu „mimořádných prostředků“ viz KUHSE, H. – SINGER P. *Should the Baby Live?* Průzkum Kuhseové a Singera mezi lékaři ukázal, že se vůbec nedokázali shodnout, které léčebné prostředky jsou mimořádné. Ačkoli se většina lékařů shodla, že je důležité, abychom rozlišovali mezi mimořádnými a obvyklými prostředky, a často se shodli, že mezi ty mimořádné patří drahé a technologicky náročné prostředky dostupné na jednotkách intenzivní péče, pro pětinu dotázaných byla mimořádná i antibiotika. Pro jiné lékaře byly mimořádné všechny prostředky kromě hydratace, udržování v teple apod. Naopak obranu tradiční katolické doktríny nabízí Edmund D. Pellegrino v článku *Decision at the End of Life: The Use and Abuse of the Concept of Futility*.

srozumitelnému pojmu je tvrzení, že ve skutečnosti nerozlišuje mezi fyziologickou marností a kvalitativní marností. Lawrence Schneiderman a jeho kolegové tvrdí, že pojem marné léčby musí být založen na prospěchu pacienta, takže musí zahrnout jak fyziologický, tak kvalitativní ohled.<sup>87</sup> Ve svém návrhu na vyjasnění tohoto pojmu Schneiderman s kolegy navrhli, že by lékaři měli považovat určitou léčbu za marnou v kvantitativním ohledu, pokud šance na zlepšení stavu pacienta je menší než jedna ke stu, a v kvalitativním ohledu, pokud není s to ukončit závislost pacienta na intenzivní lékařské péči nebo ho jen udržuje při vědomí. Pozdější diskuse se soustředila na dostatečnost pouhého fyziologického, resp. kvantitativního kritéria úspěchu léčby a na roli pacienta. Eric Gampel například dokazuje, že vhodnost či úspěch léčby nelze soudit jen dosažením určitého fyziologického stavu, ale je třeba vzít v úvahu přijatelnost tohoto výsledku pro pacienta.<sup>88</sup> Je totiž možné, že lékaři budou s jistým výsledkem spokojeni, ale pacientovi se zdá marný. Jiný typ námitky vznesli Baruch Brody a Amir Halevy. Na základě extenzivní evidence poskytnuté statistikami profesionálních lékařských společností ukázali, že je velmi obtížné určit s jakoukoli přesností, že určitý typ léčby bude fyziologicky marný. V mnoha případech, kdy by se zdálo, že určitý typ léčby bude marný, není tomu tak proto, že by byl fyziologicky marný, ale proto, že pacientova smrt je bezprostředně blízko.<sup>89</sup> Znamená to tedy, že bychom měli náš pojem marné léčby redefinovat s ohledem na blízkost pacientovy smrti? Něco takového se jeví jako nevhodné přinejmenším ze tří důvodů. Za prvé, pokud

.....

87 SCHNEIDERMAN, L. J. – JECKER, N. S. – JONSEN, A. R. Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications.

88 Viz GAMPEL, E. H. Does Professional Autonomy Protect Medical Utility Judgments?

89 BRODY, B. – HALEVY, A. Is Futility a Futile Concept?

pacient odhaduje svoje šance na přežití v rozporu s odborným názorem lékařského týmu, mohl by mylně trvat na pokračování léčby, která se však jeví jako marná z hlediska expertů. Za druhé, pokud by naopak lékaři nebrali v úvahu názory daného pacienta a opřeli se výhradně o statistiku, budou jejich závěry ve vztahu k danému případu velmi nejisté. Za třetí, v éře stále sofistikovanější medicínské technologie umožňující udržovat a prodlužovat život je těžké smířit se s myšlenkou, že smrt se blíží navzdory veškerému technologickému pokroku. Vzhledem k neúspěchu shora analyzovaných pokusů o redefinici pojmu marné léčby někteří navrhli považovat marnost léčby za kvalitativní marnost. Avšak Brody a Halevy ukazují, že dokonce i v případě pacientů v perzistentním vegetativním stavu (PVS), o nichž jsem hovořil ve druhé kapitole, není možné s určitostí rozhodnout, zda bude jistý typ léčby marný. Podle jejich názoru naráží opačný názor na následující dilema: *bud'* si nemůžeme být jisti, že kterýkoli pacient v PVS v takovém stavu zůstane, *nebo* čekáme-li až do doby, kdy je téměř jisté, že pacient vědomí rozhodně nenabude – což může trvat i několik let –, zůstane naživu tak malé množství pacientů, že nebudeme s to dělat žádné statisticky spolehlivé závěry ohledně kvalitativní marnosti další léčby. Zdá se, že by bylo rozumné dilema vyřešit odmítnutím jeho druhé strany. Jenže jak ukazuje případ rodičů Terri Schiavové, kteří nepovažovali za marné udržovat svou dceru naživu, ačkoli jen s pomocí tak minimálních prostředků jako vyživovací sonda, ani druhá strana dilematu nemusí být pro některé neschůdná. Takže redefinice marnosti léčby s pomocí pojmu kvalitativní marnosti se opět jeví nepřijatelně.

Pojem marné léčby se tedy jeví jako beznadějně nepřesný. Avšak bioetik Robert Young přesto doporučuje, aby hrál roli v rozhovorech mezi kompetentním pacientem a ošetřujícím týmem v situacích, kdy se má rozhodnout o nezahajování či pokračování jistého typu léčby. Lékaři musí pacientovi vysvětlit, proč považují takovou léčbu za nevhodnou, a pacient by měl uvážit jejich důvody. Nebudu se zde zabývat případy, kdy lékaři považují další kurativní léčbu za nevhodnou, kdežto pacient na ní trvá,

protože jsou ve skutečnosti velmi zřídka.<sup>90</sup> Vzhledem k tomu, že tématem této knihy jsou případy, kdy si pacient *přeje zemřít o něco dříve*, soustředím se výlučně na situace, kdy lékařský tým nabízí další léčbu, ale pacient přitom *odmítá* její pokračování či zahájení, a kromě toho na případy, kdy pacient *žádá o prostředky, jež by mu umožnily zemřít*, případně *žádá, aby ho lékaři usmrtili*. Ocituji případ moderního medikalizovaného umírání z českého prostředí, které ilustruje případ odmítnutí další léčby, která se jeví pacientovi marná a netolerovatelná:

Žena – seniorka, lékařka s inoperabilním karcinomem štítné žlázy, s dechovou nedostatečností s tracheostomií a umělou ventilací, neschopná polykání, s PEG [perkutánní endoskopická gastrostomie – vyživování prostřednictvím umělé sondy – pozn. T. H.] – zcela racionální, nemá bolesti, není dušná. Je pravidelně navštěvována rodinou s laskavým přístupem. Rozhodne se odmítnout další podávání stravy do PEG, odmítne chemoterapii a infuzní hydrataci. Na svém rozhodnutí trvá i při ordinaci antidepresiv a emocionálně důrazné domluvě syna. Její přání je respektováno, svlažuje si ústa, nemá nauzeu ani hlad, chválí si klid a smíření. Rozumně hovoří a trvá si na svém rozhodnutí s plným vědomím, že doba přežití se udává v těchto případech přibližně 11 dnů, jak jí odpoví ošetřující lékařka na její přímý dotaz. Po 3 dnech požádá o obnovení infuzí, zamítne opět chemoterapii, vyžádá si pokračování v umělé ventilaci a sedaci při vědomí. Rodina ji navštěvuje, pacientka zemře za 3 týdny za hypotenze, anurie a terminální hyperkalemie bez zahájení vazoaktivní podpory nebo kardiopulmonální resuscitace.<sup>91</sup>

90 MILES, S. H. Medical Futility.

91 DRÁBKOVÁ, J. Vybrané kazuistiky a praktická doporučení, s. 212.