



Spolufinancováno
Evropskou unií



Ministerstvo
zdravotnictví

PRÁVNÍ A ETICKÉ ASPEKTY PALIATIVNÍ PÉČE

DOPORUČENÍ PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

Zpracovali autoři:

JUDr. Adam Doležal, Ph.D., LL.M.

Mgr. et Mgr. Hana Benešová

© Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2026

ISBN 978-80-85047-68-4

Obsah

Úvodní úvahy o paliativní péči	5
Krátký historický exkurz	5
Moderní paliativní péče – pojem a důležitost role praktického lékaře	6
Promítnutí etického pohledu do právních postupů	6
Přehledová část	7
Důležité právní předpisy (přehled legislativy)	7
Některá důležitá odborná doporučení v oblasti paliativní péče	8
Základní terminologie	10
Některé zásady pro rozhodování v závěru života	12
Respektování důstojnosti pacienta	13
Respekt k autonomii pacienta a jeho rozhodování.....	15
Pojetí autonomie v medicíně (autonomie jako autorizace, autonomie jako autenticita)	15
Praktické právní instituty odrážející autonomii	16
Výčet základních právních institutů	16
Svobodná volba poskytovatele zdravotních služeb, včetně péče ve vlastním sociálním prostředí	16
Informování pacienta, případně rodinných příslušníků	17
Informovaný souhlas	18
Informované odmítnutí (negativní revers)	19
Limitace péče	20
Dříve vyslovená přání	20
<i>Values history</i> (historie hodnot) a hodnotová anamnéza	22
Zvolení zástupce, zástupčí oprávnění a zástupný souhlas	23
Kompetence a její posuzování	23
Omezení svéprávnosti	26
Důsledky omezení svéprávnosti pro rozhodování o zdravotní péči	27
Postup lege artis a medicínská přiměřenost	29
Krátké shrnutí pojmu <i>lege artis</i>	29
Rozhodování o medicínské přiměřenosti a limitaci péče	29
Záznamy do zdravotnické dokumentace	30
Další praktické otázky	32
Nakládání s některými návykovými látkami	32
Předepisování léčivých přípravků s obsahem vysoce návykové látky	33
Specifická pravidla pro předepisování přípravků s obsahem konopí	33
Souhrn dalších práv pacienta	34
Hrazení paliativní péče	34

Prohlídka zemřelého a pitva	35
Prohlídka zemřelého	35
Pitvy	36
Případové studie.....	38
Vzory	44
Negativní revers – odmítnutí navržené zdravotní služby	44
Negativní revers – odmítnutí navržené zdravotní služby v závěru života.....	47
Dříve vyslovené přání pacienta u praktického lékaře	50
Plná moc pro zástupce v rozhodování o zdravotní péči v závěru života.....	54
Návrh na omezení svéprávnosti a jmenování opatrovníka	56
Vnitřní směrnice o zacházení s omamnými a psychotropními látkami – ordinace praktického lékaře	59
Závěr	62
Literatura	63

Úvod

Tato publikace vznikla v rámci projektu Standardizace paliativní péče v České republice (registrační číslo CZ.03.02.02/00/22_046/0004246), který Ministerstvo zdravotnictví ČR realizuje v rámci Operačního programu Zaměstnanost plus, spolufinancovaného Evropskou unií z Evropského sociálního fondu plus. Smyslem následujících stránek je poskytnout přehled o základním etickém a právním rámci poskytování paliativní péče v ČR. Informace zde poskytnuté jsou platné k 13. 2. 2026 a je důležité současně sledovat novelizace právních předpisů, které s poskytováním této péče souvisejí. Budeme rádi, pokud se tato publikace stane vodítkem při poskytování paliativní péče v jejím etickém a právním rámci. Související právní a etická témata považujeme za důležitá z hlediska kvality a jistoty v jejím poskytování. Velmi obecně lze říci, že základním právním předpisem, který upravuje nejen vymezení paliativní péče, ale také např. institut dříve vysloveného přání, je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále též „ZS“). Jedním z našich cílů je však nabídnout důležitý kontext právních předpisů, které se navzájem doplňují a upřesňují.

Publikaci lze číst v celku, nicméně čtenář může vyhledat praktické problémy, které ho zajímají v jednotlivých kapitolách a oddílech. První část se zabývá úvodními úvahami o paliativní péči, přičemž přináší velmi stručný historický exkurs a dále základní definici moderní paliativní péče včetně její etické hodnoty a důležitosti pro praktické lékaře.

V druhé přehledové kapitole jsou rozepsány klíčové právní předpisy pro oblast paliativní péče pro praktické lékaře, včetně některých důležitých odborných doporučení, která mají klíčový význam pro oblast této péče. Jsou zde také popsány některé základní termíny, se kterými se v paliativní péči a v rozhodovacích oblastech v závěru života pracuje, a konečně i základní zásady, které je nutné respektovat. Zdůrazněn je i význam respektování lidské důstojnosti každého pacienta.

Třetí část je zaměřena na respekt k autonomii pacienta – její pojem a dále základní právní instituty, které jsou s autonomií spojovány. Jedná se zejména o institut svobodné volby poskytovatele zdravotních služeb, informování pacienta, ev. využití práva pacienta nevědět o svém zdravotním stavu, získání jeho informovaného souhlasu, případně možnosti odmítnout zdravotní výkon. Specifickou oblastí v rámci poskytování zdravotních služeb v závěru života je sdílené rozhodování o možné limitaci péče, případně i možnost využití tzv. dříve vysloveného přání. Konečně pacient pro takové situace může zvolit i osobu se zástupčím oprávněním, která za něj bude rozhodovat, pokud již nebude kompetentní k činění rozhodnutí o vlastním zdraví. s tím je spojena i otázka posouzení kompetence pacienta, eventuálně rozhodování o omezení jeho svéprávnosti.

Ve čtvrté části je řešena problematika péče lege artis a medicínské přiměřenosti. Medicínská přiměřenost je řešena i s ohledem na možnou limitaci péče, přičemž je zdůrazněna jak rovina autonomie pacienta odrážející se v jeho dobrovolném souhlasu, tak i medicínská indikace. Rozepsány jsou i důležité obsahové prvky, které je vhodné zaznamenat do zdravotnické dokumentace.

V páté části jsou řešeny další praktické otázky související s paliativní péčí, jako je např. nakládání s opiáty a předepisování receptů k těmto látkám. Je zde také uveden výčet dalších důležitých práv pacienta. Tato část se zabývá i hrazením paliativní péče z veřejného zdravotního pojištění v rámci poskytování zdravotních služeb v odbornosti praktického lékaře. Konečně popisuje i podmínky pro nařízení obligatorní pitvy.

V rámci celé publikace se objevují odkazy na přiložené praktické vzory právních dokumentů, případně na konkrétní případové studie, které mají sloužit jako možné vodítko v praxi praktického lékaře. Ze vzorů lze

zmínit dokumenty, jako je např. informovaný souhlas, negativní revers, dříve vyslovená přání apod. Nutno poznamenat, že tyto vzory jsou obecné, nelze proto očekávat, že by je bylo možné využít ve všech situacích v praxi, mohou ale sloužit jako podklad pro využitelné individuálně zpracované dokumenty. Případové studie se pak snaží poukázat na některé typizované příklady, se kterými se praktičtí lékaři v praxi mohou setkat, a nabízejí možná řešení, jak v obdobných situacích postupovat.

Doufáme, že publikace poslouží v praxi praktického lékaře a nabídne i zajímavé čtení.

Děkujeme všem čtenářům za pozornost.

Úvodní úvahy o paliativní péči

Krátký historický exkurz

*„Etické motto z časů medicínské bezmoci zní: ‚Lékař má povinnost ochraňovat, šetřit a prodlužovat lidský život kdekoliv a kdykoliv může.‘ ... 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.‘“
Hans van den Berg, 1978*

Uvedený citát od nizozemského etika a lékaře Hanse van den Berga má odrážet odlišnost nového uvažování v době moderní „vítězné medicíny“. Zdá se, jako by s jejím nástupem začali lékaři – a spolu s nimi i jejich pacienti a jejich příbuzní – při léčbě zapomínat na základní nevyvratitelnou pravdu, a totiž tu, že jsme všichni smrtelní. V určité fázi nemoci jsme všichni nevléčitelní a tomu bychom měli přizpůsobit i metody léčby, včetně uvažování o paliativním modelu péče.

To ovšem není nijak nová myšlenka. Již antičtí lékaři si dobře uvědomovali, že v určité fázi již nemá kurativní model medicíny další smysl. Snaha léčit takového pacienta je „pouhým bláznovstvím“ a zatemňováním skutečného smyslu medicíny. V medicíně se objevil starořecký pojem *paregorein* – konejšit. Vystihuje péči, která se soustředí na lidské utrpení. Již Galén například rozlišoval mezi léčbou zaměřenou na odstranění nemoci a péčí, jejímž cílem bylo mírnit utrpení bez kurativního záměru. **Smrtelnost člověka má být základním mementem pro každého lékaře.**

Na počátku 20. století se ovšem proměnil dosavadní společenský přístup ke smrti. Smrt se přesunula z domova do nemocnic, byla vytlačena do „ilegality“, stala se téměř „nemravnou“ a zakázanou záležitostí (Áries, 2020). Také lékaři s rozvojem medicíny ve 20. století přistoupili na tento pohled na závěr života, řada z nich začala brát smrt jako neúspěch, jako profesní selhání a vlastní prohru (Illich, 2012). To vedlo k tomu, že kurativní model léčby často vedl k prolongaci umírání, k nadbytečné péči, někdy též nazývané **dystanázie – v podstatě ulčení k smrti.**

Odpovědí na vytěšňování smrti a odmítání smrtelnosti má být hospicové hnutí a novodobá paliativní péče. Její začátky jsou spojovány zejména se jmény jako jsou Cicely Saundersová či Balfour Mount. Přístup k závěru života také významně modifikovalo dílo Elisabeth Kübler-Rossové *O smrti a umírání*. Celkově tento přístup znamenal důrazný apel na to, aby společnost i lékaři začali přehodnocovat své ideje o životě, smrti, nemoci, zdraví, bolesti a utrpení. Zejména v oblasti medicíny v závěru života je nutné si uvědomovat a přemítat o smrtelnosti člověka. To ovšem neznamená, že by v takové fázi nevléčitelné nemoci měl být pacient opuštěn a ponechán napospas svému utrpení. Nikoliv, uvažování se však musí modifikovat, **základní pozornost musí být věnována kvalitě života pacienta.**

Moderní paliativní péče má tento obrat zohledňovat. Ve chvíli, kdy kurativní model medicíny přestává být samostatně smysluplný, je nutné včas uvažovat o využití možností, které nabízí paliativní péče. Tyto možnosti lze přitom zapojit souběžně i s kurativně orientovanými postupy. Po celou dobu léčby je vhodné uvažovat o **přiměřenosti léčebných postupů**, přičemž v situaci pokročilé nemoci je třeba klást zvláštní důraz na stanovení této přiměřenosti, a to i s využitím sdíleného rozhodování lékaře a pacienta.

*O moderní paliativní péči se začíná hovořit ve druhé polovině 20. století. Velmi podstatnou složkou medicínských rozhodovacích procesů v závěru života jsou i otázky spojené s tzv. medicínskou marností (medical futility) či přiměřeností medicínských postupů (medically proportionate care). Diskuse o pojmu medicínské marnosti se významně promítly i do právní oblasti, kde v 70. a 80. letech probíhala řada právních případů souvisejících s tímto typem léčby. Klasickými soudními spory byly případy odpojování od přístrojové podpory, jako byl kupř. případ *In re Quinlan* (1976). (Podrobněji k tomu např. Doležal, A., Doležal, T., 2020).*

Moderní paliativní péče – pojem a důležitost role praktického lékaře

Moderní paliativní péče tak, jak je vnímána například v koncepci mezinárodní organizace WHO (*World Health Organization*), klade důraz na kvalitu života, úlevu od fyzického, psychosociálního i spirituálního utrpení a chápe paliativní péči jako součást lidského práva na zdraví. Často bývá úvaha o paliativní péči spojována pouze se specializovanými paliativními týmy, nicméně obecná paliativní péče je součástí základní zdravotní péče. Velmi často je proto spojena s praktickým lékařem, který je nejbližším průvodcem pacienta v průběhu jeho života, včetně jeho závěru.

Role praktického lékaře přitom spočívá v komunikaci s pacientem i jeho rodinou, v nastavení **individuálního léčebného plánu**, který se skládá z **cíle léčby** stanoveného na základě projednání s pacientem, jeho rodinnými příslušníky a lékařem (**plánování budoucí péče**). Právě praktický lékař by měl být tím, kdo pacientovi napomůže realizovat jeho právo na sebeurčení týkající se rozhodování o léčbě. Cíle léčby odrážejí etický princip respektu k autonomii pacienta, přičemž do tohoto cíle by měly být zahrnuty pacientovy hodnoty, jeho preference a přání, úvahy o budoucích možnostech a postupech v léčbě.

V tomto ohledu by měl být praktický lékař důležitou oporou pro pacientovo rozhodování v závěru života. Aby tomu tak skutečně bylo, měl by mít znalost i o možných právních institutech, které mohou napomoci realizovat pacientovu prospektivní autonomii, tj. autonomii vyjádřenou nejen k jeho současnému stavu, ale k možné budoucí léčbě související s progresem nemoci a zhoršováním jeho zdravotního stavu. Významnými instituty v tomto ohledu jsou kromě informovaného souhlasu a informovaného odmítnutí (negativního reversu) zejména tzv. dříve vyslovená přání a možnosti pověření osoby pro rozhodování o zdravotní péči pacienta (osoba s tzv. zástupčím oprávněním, angl. *health care proxy*). Dva posledně jmenované instituty se dají využít v situaci, kdy dosud kompetentní pacient v budoucnu svou kompetenci (či způsobilost k právnímu jednání) pozbude.

Kromě uvedených institutů je praktický lékař podstatným činitelem pro koordinaci další zdravotní péče, může také zajišťovat návštěvné služby spojené s domácí péčí, ať už se jedná o jeho návštěvy, nebo umožnění docházení zdravotních sester, které mají zajistit péči vážně nemocnému pacientovi i během nočních hodin či víkendů.

Promítnutí etického pohledu do právních postupů

Lze zdůraznit, že i do právní roviny rozhodování se postupně významným způsobem promítly základní etické principy, které mají nesmírnou důležitost i v závěru života. **Princip respektování autonomie** se realizuje v již zmíněných právních institutech, které odrážejí hodnotu subjektivní perspektivy pacienta, jeho nahlížení na kvalitu jeho života, včetně rozhodování o poskytování zdravotních služeb. **Princip prospívání (beneficence) a princip neškození (nonmaleficence)** se promítají do správně zvoleného cíle léčby s ohledem na medicínskou indikaci, včetně zhodnocení kvality života, vytvoření plánu na úlevu od bolesti a poskytování komfortu, a také na správné vyhodnocení medicínsky přiměřené léčby. **Konečně princip spravedlnosti** se odráží v rovném přístupu k paliativní péči jako základnímu právu vyplývajícímu z nároku na bezplatné poskytování zdravotní péče, případně i nastavení sociálního, ekonomického a odborného zázemí pro poskytování zdravotních služeb v oblasti obecné paliativní péče.

Praktický lékař by měl pro vhodné nastavení včasného plánu péče spolu s pacientem a rodinou znát a vhodně aplikovat i právní instituty, jako jsou informovaný souhlas, informované odmítnutí, dříve vyslovená přání či možnost ustanovení osoby se zástupčím oprávněním.

Přehledová část

Důležité právní předpisy (přehled legislativy)

Po úvodním slovu je nutné alespoň částečně vymezit, jaké hlavní právní předpisy se dotýkají oblasti poskytování zdravotních služeb souvisejících s paliativní péčí u praktických lékařů. Výčet je velmi podobný tomu, který obecně vymezuje medicínské právo v českém prostředí, byť s ohledem na charakter paliativní péče jsou v tomto výběru některé právní předpisy zdůrazněny, jiné zde naopak neuvádíme. Z hlediska našeho výběru považujeme za důležité zejména následující:

- Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně, vyhlášená pod č. 96/2001 Sb. (dále v textu jen „**Úmluva o biomedicíně**“).

Úmluva o biomedicíně obsahuje některé základní principy a zásady spojené s poskytováním zdravotních služeb v závěru života. Zaměřuje se na základní práva pacienta a zdůrazňuje v některých svých institucích roli autonomie pacienta (informovaný souhlas), včetně možných řešení využití tzv. prospektivní autonomie pro situace, kdy pacient nebude kompetentní (např. dříve vyslovená přání, zástupný souhlas, ochrana osob neschopných dát souhlas).

- **Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod** a Protokoly na tuto úmluvu navazujících, vyhlášená pod č. 209/1992 Sb. (dále v textu jen „Evropská úmluva“ či „EÚLP“).

Evropská úmluva je zde zdůrazněna i z toho hlediska, že se při její aplikaci Evropský soud pro lidská práva (dále jen „ESLP“) několikrát zabýval i rozhodováním v závěru života a nastavil poměrně jednoznačné podmínky, které musí být v této oblasti dodržovány.

- Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., **Listina základních práv a svobod** (dále v textu jen „Listina“).

Také z Listiny vychází základní práva pacientů, včetně jejich práva na bezplatnou zdravotní péči, práva na seburčení, práva na zachování lidské důstojnosti, které se pak promítají do podrobnější úpravy poskytování zdravotních služeb včetně paliativní péče.

- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (**zákon o zdravotních službách**) (dále v textu jen „ZS“).

Tento zákon lze považovat za základní pramen medicínské práva v České republice. Upravuje základní práva a povinnosti pacientů, poskytovatelů zdravotních služeb i jednotlivých lékařů a jiných zdravotnických pracovníků. Kromě jiného také definuje paliativní péči.

- Zákon č. 48/1997 Sb., o **veřejném zdravotním pojištění** (dále v textu jen „zákon č. 48/1997 Sb.“).

Uvedený právní předpis obecně upravuje rozsah a podmínky úhrad ze zdravotního pojištění, včetně úhrad za poskytování obecné paliativní péče.

- Zákon č. 89/2012 Sb., **občanský zákoník**.

Řadu významných pravidel v oblasti poskytování zdravotní péče upravuje také občanský zákoník, včetně zakotvení smluvního typu smlouvy o péči o zdraví. Zároveň při rozhodování v závěru života hrají významnou roli i normy upravující posuzování způsobilosti k právnímu jednání. Upravuje i oblast civilněprávní odpovědnosti v případě způsobení imateriální újmy.

- Zákon č. 40/2009 Sb., **trestní zákoník**.

Upravuje oblast trestněprávní odpovědnosti. Vzhledem k charakteru poskytování paliativní péče řešily soudy často i otázku možných trestněprávních postihů.

Uvedený přehled je pouze nastíněním základních právních předpisů, se kterými je nutné pracovat v oblasti poskytování zdravotních služeb zaměřených na paliativní péči. V dalších kapitolách/oddílech tohoto textu budou podrobněji rozvedeny.

Kromě samotných zákonů významně ovlivňují praxi i podzákoné právní předpisy, jako jsou nařízení vlády a vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR. Z uvedených jsou podstatné například:

- Vyhláška č. 444/2024 Sb., o zdravotnické dokumentaci – zahrnuje i otázky zápisů do zdravotnické dokumentace, včetně toho, jak správně postupovat u jednotlivých právních institutů prováděných v závěru života.
- Vyhláška č. 134/1998 Sb., o seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami – definuje výkony, které může praktický lékař vykazovat u pacientů vyžadujících paliativní péči (např. návštěvy, vyšetření, edukace).

Některá důležitá odborná doporučení v oblasti paliativní péče

Významnou roli při stanovení toho, jaká léčba je v závěru života *lege artis* (tj. na *náležitě odborné úrovni*), hrají odborná doporučení zahrnující „*profesní povinnosti a standardy*“ a „*uznávané medicínské postupy*“. To vyplývá z čl. 4 Úmluvy o biomedicíně a také z § 4 odst. 5 ZZS. Také Ústavní soud v jednom z nálezů týkajících se rozhodování o závěru života (nález č. I. ÚS 1594/22, týkající se rozhodnutí o DNR) odkázal právě na tato doporučení a jejich význam v uvedených rozhodovacích procesech. Doporučení mají svůj význam pro postupy, které se týkají úvah o využití principů paliativní péče, včetně limitace určitého typu péče v případě její marnosti a neúčelnosti.

- **Etický kodex ČLK (Stavovský předpis č. 10 ČLK).**

Obecné východisko nalezneme v ustanovení § 2 čl. 7 tohoto kodexu, kde je stanoveno, že „*lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu.*“

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

Zřejmě nejvýznamnější doporučení, nicméně jeho aplikace je omezená (zaměřuje se pouze na nekompetentní pacienty). Zároveň lze říci, že některá jeho ustanovení jsou již zastaralá a neodpovídají modernímu pojetí integrované a koordinované paliativní péče v závěru života. Přesto jeho důležitost zdůraznil i Ústavní soud a odkázal na něj při definování neúčelné léčby, která není „*ku prospěchu a v nejlepším zájmu pacienta*“.

- **ČLS JEP Konsenzuální stanovisko k poskytování paliativní péče u nemocných s nezvratným orgánovým selháním (2009).**

I toto doporučení zdůrazňuje, že „*nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby neznamena omezení pacienta na jeho právech, ale naopak, je sledován zájem pacienta tak, aby nedošlo k porušení základních medicínských a etických principů včetně nechtěného nedůstojného prodlužování umírání...*“

- **ČLS JEP Konsensuální doporučení pro péči o pacienty v terminálním stavu v podmínkách urgentní medicíny (2021).**

Účelem tohoto metodického pokynu je definovat postupy poskytování neodkladné péče u pacientů v terminálním stavu v systému urgentní péče, tedy v přednemocniční neodkladné péči zajišťované zdravotnickými záchrannými službami (ZZS) a na urgentních příjmech.

- **ČLS JEP Stanovisko k poskytování život udržující léčby dětským pacientům (2019).**

Doporučení se vztahuje na rozhodování v závěru života u dětských pacientů.

Zahraníční doporučení:

- **Doporučení výboru pro bioetiku Rady Evropy z roku 2014 s názvem *Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations*.**

Účelem tohoto průvodce je sloužit jako užitečný nástroj pro informování veřejnosti a vzdělávání odborníků. Týká se problematických rozhodnutí lékařské péče v situacích na konci života a poskytuje pomoc s rozvojem postupů. Doporučení navrhuje kritéria týkající se postupů a zásad, které lze v tomto kontextu uplatnit.

- **Doporučení Evropské rady pro resuscitaci z roku 2025 (European Resuscitation Council Guidelines 2025).**

Doporučení zabývající se kritérii účelnosti resuscitace a vyvažování její přínosu, včetně otázky její možné limitace u některých pacientů.

Co se týká uvedených odborných doporučení, je vhodné zmínit, že nejsou obecně právně závazná. Nejvyšší soud ve svém rozsudku č. j. 8 Tdo 1421/2008 dovedl, že doporučení dobrovolných nezávislých „sdržení fyzických osob – lékařů, farmaceutů a ostatních pracovníků ve zdravotnictví a příbuzných oborech, příp. osob právnických ... nemohou být pro lékaře (příp. další sdružené osoby) závazná, natož aby mohla být považována za obecně závazné standardy nejen pro její členy, ale dokonce i pro všechny zdravotnické pracovníky v České republice“. Na druhé straně to neznamená, že by nemohly být významným dokumentem a podkladem pro to, co je v dané situaci postupem *lege artis*.

Ačkoliv odborná doporučení nejsou právně závazná, mají významný dopad na to, jak bude posuzována péče *lege artis* a přiměřená péče v závěru života. Ze znění doporučení lze zdůraznit zejména následující zásady:

- a) Léčba, která nevede k cílům zvoleným pacientem, k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života, není léčbou přiměřenou. Není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací.
- b) Pacientovo přání musí být zahrnuto do rozhodování o zahájení paliativní péče.
- c) Rodina či blízcí pacienta by měli být náležitě informováni, pokud pacient neurčil jinak.
- d) Rozhodovací procesy v závěru života musí být založeny na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta, zároveň musí respektovat základní etické principy medicíny, včetně práva pacienta na sebeurčení – z toho důvodu je silný důraz kladen na tzv. sdílené rozhodování.

Základní terminologie

Pro postupy poskytování zdravotní péče v závěru života a právní rámec je podstatné i terminologické vymezení základních pojmů, se kterými budeme pracovat v následujících kapitolách textu. Tato terminologie vychází především z právních předpisů, odborných doporučení nebo jiných dokumentů vycházejících z odborného konsensu.

- **Paliativní péče** – v ZZS je paliativní péče definována jako péče, „jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí“. WHO ovšem paliativní péči definuje širěji, jako „přístup, který zlepšuje kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožujícím onemocněním, prostřednictvím prevence a úlevy od utrpení, časného rozpoznání, bezchybného posouzení a léčby bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a spirituálních obtíží“.
- **Péče zaměřená na pacienta (patient-centered approach)** – přístup, který vychází z principu respektování autonomie pacienta, jeho práva na seburčení a respektování jeho lidské důstojnosti. Pro výběr vhodné léčby je třeba respektovat preference pacienta, znát jeho cíle, hodnoty a přání. Důležitá je i role dříve vyslovených přání, případně v zahraničí i zjišťování hypotetické vůle pacienta (např. v situaci, kdy nevyslovil dříve vyslovené přání, ale z jeho životních postojů lze dovodit, jak by se ve své situaci, kdy není kompetentní, hypoteticky rozhodoval – k hypotetickému úsudku srovnej Doležal, T. – Doležal, A. 2023, s. 270 a násl.).
- **Cíl léčby** – aby péče byla skutečně zaměřená na pacienta, je nutné na základě tzv. *sdíleného rozhodování* mezi lékařem a pacientem stanovit vlastní cíl léčby. Při rozhodování o cíli léčby se protínají dvě perspektivy – medicínská/klinická a nemedicínská/subjektivní, přičemž druhá rovina nutně zahrnuje i hodnotové soudy. Na základě propojení obou rovin je stanoven cíl léčby, k němuž pak veškerá léčba směřuje. Jinak řečeno, pouze léčba směřující k cíli je léčbou indikovanou.
- **Sdílené rozhodování (shared decision-making)** – jde o proces společné komunikace a rozhodování, který spočívá ve vzájemném dialogu a spolupráci mezi lékaři a pacienty (a jejich blízkými). Cílem je vytvoření konsenzu ohledně cílů léčby a přiměřených diagnosticko-terapeutických postupů. Sdílené rozhodování zakládá vztah vzájemnosti a důvěrnosti a je spojeno s oboustranným respektem. Vede k dohodě o průběhu lékařské péče (Katz, 2002).
- **Plánování budoucí péče (advance care planning)** – tento pojem se specificky používá pro situace v závěru života. Jedná se o komunikační proces stanovování cílů pro budoucí péči na základě pacientových hodnot a preferencí. Může zahrnovat limitaci péče na základě medicínských a hodnotových cílů (srovnej Kuře, 2022, s. 398).
- **Medicínská marnost (medical futility)** – v českém prostředí se v řadě odborných dokumentů drží koncept medicínské marnosti – zejména je upraven v Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010. Zde je definována následujícím způsobem: „Marná a neúčelná léčba – léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací.“ Koncept marné péče (Zucker et al., 1997) v zahraničí vycházel nejprve z kvantitativního pohledu (tj. z pravděpodobnosti, v kolika případech byla léčba v obdobných případech úspěšná), který byl později nahrazen kvalitativním pohledem (zaměřeným na kvalitu života) a procedurálním pohledem (zaměřeným na pevně stanovené postupy). V současné době se spíše mluví o medicínské přiměřenosti, u níž velkou roli hraje autonomie pacienta.
- **Přiměřenost medicínských intervencí** – důležité je vždy posuzovat medicínskou indikaci s ohledem na cíle léčby a průběžně vyhodnocovat, zda je léčba přiměřená. Tento pojem označuje lékařskou péči nebo léčbu, která je přiměřená pacientovu stavu, očekávanému přínosu a celkovému zatížení. Je to koncept, který stojí mezi dvěma extrémy: na jedné straně neopodstatněného prodlužování života (*overtreatment*) a na druhé straně opomenutí základní péče (*undertreatment*).

- **Limitace péče** – vychází ze stanoveného cíle léčby, který vznikl na základě sdíleného rozhodování. K limitaci péče dochází u péče, která není přiměřená a indikovaná. Takové postupy léčby budou nepřiměřené a nebudou zahájeny nebo budou ukončeny. Typickými případy limitace péče jsou případy ukončení a nezahájení život udržujících léčebných postupů. Pacient může limitaci péče také vyslovit pomocí dříve vyslovených přání.
- **Ukončení život udržujících léčebných postupů** (*withdrawing life-sustaining treatment*) – jedná se o aktivní rozhodnutí ukončit léčbu (léčebnou modalitu), která již byla zahájena a jejímž cílem je udržení základních životních funkcí, v případech, kdy je tato léčba shledána jako nepřiměřená (např. odpojení od mechanického ventilátoru, odpojení od dialýzy nebo ukončení podávání intravenózní výživy nebo hydratace).
- **Nezahájení (zadržení) život udržujících léčebných postupů** (*withholding life-sustaining treatment*) – nezahájení léčby (léčebné modality), která nevede k léčebnému cíli, a tedy není přiměřená pro danou situaci (např. rozhodnutí nenechat pacienta intubovat při respiračním selhání – DNI, nepřístupení k resuscitaci – DNR, ...).
- **Paliativní sedace** – klinický a etický přístup k léčbě refrakterního utrpení u pacientů v závěru života. Jeho podstatou je úmyslné snížení úrovně vědomí za účelem zmírnění nesnesitelných a jinak neřešitelných symptomů, přičemž cílem není uspíšení smrti, ale úleva od utrpení. Podle intenzity tlumení můžeme rozlišovat mírnou, střední a hlubokou paliativní sedaci. Podle její délky můžeme rozlišovat dočasnou, přerušovanou a kontinuální paliativní sedaci (srovnej též Kuře, s. 395).
- **Kvalita života pacienta** – subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře, systému hodnot, životním cílům, očekáváním a běžným zvyklostem (WHO).
- **Dříve vyslovené přání** – právní institut upravený v § 36 ZZS¹, kterým osoba předem vyjadřuje svou vůli ohledně zdravotní péče pro situaci, kdy by v budoucnu nebyla schopna rozhodovat sama (např. v důsledku bezvědomí, demence nebo těžké nemoci).
- **Zástupné (náhradní) rozhodování** – je rozhodování za osobu, která není kompetentní, tj. není schopna samostatně rozhodovat o poskytování zdravotních služeb. Zástupné rozhodování se v medicínské praxi zaměřuje zejména na udělení zástupného souhlasu nebo nesouhlasu k poskytování určitých zdravotních

¹ Znění ustanovení § 36 ZZS je následující:

§ 36 Dříve vyslovené přání

(1) 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) Poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas. Bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to ošetřujícím lékařem se specializovanou způsobilostí.

(3) Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí dříve vysloveného přání je písemné poučení podle odstavce 2.

(4) Pacient může učinit dříve vyslovené přání též při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek; v tomto případě se nepostupuje podle odstavce 3.

(5) Dříve vyslovené přání nelze respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby nebo pokud nabádá k takovému jednání, jehož výsledkem je aktivní způsobení smrti.

(6) Dříve vyslovené přání nemůže učinit

a) nezletilý pacient,

b) pacient, jehož svéprávnost byla omezena tak, že není způsobilý posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí; tím není dotčeno právo takového pacienta odvolat dříve vyslovené přání učiněné v době před omezením jeho svéprávnosti.

“

služeb. K zástupnému rozhodování může dojít na základě zmocnění daného pacientem pro oprávněnou osobu (např. podle ustanovení § 33 odst. 1 ve spojení s § 34 odst. 7 ZZS) nebo na základě zmocnění, které je výslovně uvedeno v zákoně (§ 34 odst. 7 ZZS), a konečně na základě soudního rozhodnutí, kterým je taková osoba výslovně ustanovena (typicky opatrovník).

- **Osoba se zástupčím oprávněním** – jedná se o osobu, která může činit zástupné rozhodování o postupu poskytování zdravotní péče za pacienta v situaci, kdy toho sám již nebude schopen. Je zaměřena zejména na udělení informovaného souhlasu či odmítnutí určitých zdravotních výkonů.
- **Opatrovník** – je jednou z forem zastoupení jinou osobou. Je ustanoven soudem. Opatrovník hájí zájmy osoby, která tak není schopna činit sama; jedním z nejčastějších důvodů bývá omezení svéprávnosti osoby.
- **Nejlepší zájem pacienta** – je princip, podle něhož jakékoliv jednání za osobu, která aktuálně není kompetentní, musí být učiněno v jejím nejlepším zájmu. Má se jím docílit ochrany zvláště zranitelných jedinců, jako jsou děti a nekompetentní osoby. Svou roli při stanovení nejlepšího zájmu hrají hodnoty, zájmy a preference takové osoby – hypotetická vůle (hypotetický souhlas).

Některé zásady pro rozhodování v závěru života

Obecně lze zdůraznit, že v závěru života je nutné dodržovat jisté pevné zásady, které mají původně etický charakter, nicméně v řadě případů v současné době i charakter právní. Vycházejí ze čtyř etických principů, v nichž se odráží základní hodnoty nutné respektovat ve vztahu lékaře a pacienta. Zde se pokusíme uvést a stručně popsat některé z nich, které mají zásadní význam pro rozhodování v závěru života (opět se zaměřením na praxi praktického lékaře):

- **Respekt k preferencím a hodnotám pacienta** – hodnoty a preference v závěru života mohou mít i velmi individuální a osobní charakter, který může být i nemedicínského rázu (např. „přeji si se ještě setkat se svým synem, který bydlí v Kanadě“ apod.). Důležité je otevřít diskusi o možnosti vyjádřit se k budoucí léčbě, kdy pacient již nemusí být kompetentní. Respekt k preferencím a hodnotám při rozhodování v závěru života znamená uznání a praktické uplatnění autonomie člověka v situaci, kdy čelí nevyhléditelnému onemocnění a přibližuje se ke smrti. Nejde pouze o formální souhlas s léčbou, ale o hlubší porozumění životním postojům, přáním a představám pacienta o důstojném umírání a o respektu k duchovním a dalším potřebám. Právě v této oblasti může praktický lékař hrát jednu z klíčových rolí.
- **Přiměřenost medicínských intervencí** – praktický lékař může být důležitým partnerem pacienta při nastavení cíle léčby/péče s ohledem na pacientovy preference, dřívější léčbu a medicínské indikace. Může napomoci nastavit dopředu vhodný plán léčby (*advance care planning*).
- **Dbaní na kvalitu života pacienta** – je nutné dbát na to, aby paliativní péče včetně péče symptomatické byla zahájena včas a předešlo se tak zbytečnému utrpení pacienta. Kvalitu života je však důležité posuzovat s ohledem na preference pacienta, které se mohou vztahovat k psychologickým, sociálním i duchovním potřebám.
- **Dbaní na včasnou a správnou komunikaci s pacientem i rodinou** – v řadě případů může být etický problém způsoben i nedostatečnou komunikací mezi stranami, dezinformacemi, popíráním vážnosti nemoci nebo neschopností či nepřipraveností diskutovat složité téma (Zucker, 1997, s. 110). Správná komunikace je součástí právní povinnosti lékaře informovat pacienta a případně jeho rodinné příslušníky.
- **Koordinace plánované léčby a péče** – praktický lékař může při rozhodování v závěru života napomoci jako koordinátor zapojení jednotlivých poskytovatelů zdravotních služeb, s respektem k volbě pacienta (pokud to lze) a jeho příbuzných (pokud jejich zapojení nebylo pacientem výslovně odmítnuto).
- **Zajištění kontinuity zdravotních služeb** – podobně důležitou roli může sehrát při zajištění kontinuity zdravotních služeb, případně by měl tuto kontinuitu zajistit ve spolupráci s jiným poskytovatelem.

- **Otázka domácí paliativní péče** – praktický lékař může napomoci vyhovět přání pacienta, aby se i paliativní péče odehrávala v jeho domácím prostředí.

Respektování důstojnosti pacienta

Termín lidské důstojnosti je dlouhodobě užíván jako klíčový přirozenoprávní koncept v mezinárodních etických i právních dokumentech. Jako taková bývá lidská důstojnost vnímána jako možné vodítko při hledání odpovědi na složité etické a právní otázky, a to i v oblasti medicínského rozhodování v závěru života.

Její význam v právu narůstal po druhé světové válce a objevuje se ve velkém množství **klíčových mezinárodních právních úmluv upravujících oblast zdravotnictví**, včetně Úmluvy o biomedicině a ústavněprávních zákonech (v ČR např. v Listině). Určitým problémem je to, že pojem lidské důstojnosti má mnoho významů a existuje tak mnoho interpretací, jak jej lze vnímat v konkrétních případech.

V právním i etickém pojetí je **důstojnost inherentní hodnotou a je vlastní každé lidské bytosti**, bez ohledu na její zdravotní stav, věk, mentální schopnosti nebo medicínskou prognózu. V závěru života to znamená, že člověk neztrácí svou hodnotu, ani když je zcela závislý na druhých, či neschopný vlastního úsudku (např. ve stádiu pokročilé demence). Každé rozhodnutí (např. o léčbě, komunikaci, prostředí) musí brát v potaz **pacientovu hodnotu a jeho integritu**. Má v něm být respektováno jeho lidství, **nemá být na něj nahlíženo jako na pouhý předmět, jako na pouhou diagnózu**.

Součástí respektu k lidské důstojnosti bývá někdy i jeho subjektivní složka, tj. schopnost svobodně rozhodovat o sobě a svém vlastním zdraví. Každý pacient má jinou představu o tom, co znamená „kvalitní život“ a „důstojná smrt“. O tomto bodu pojednáváme níže v rámci **respektu k autonomii pacienta**.

Konečně je tento pojem užíván v souvislosti s důstojným umíráním, kdy dlouhodobá bolest nebo neléčené utrpení může být vnímáno jako zásah do této důstojnosti. Nabídka **účinné symptomatické léčby** (např. bolesti, dušnosti, úzkosti) včetně případné paliativní sedace je výrazem respektu k pacientově důstojnosti.

Konečně u všech pacientů je důstojnost spojována také s respektem k intimitě osoby, tj. s důstojným zacházením, úctou, ohleduplným zacházením a respektem k soukromí ve zdravotnických zařízeních (nevystavování zbytečným zásahům do soukromé sféry, včetně zbytečné nahoty, uctivého zacházení, např. při postupech, které sami pacienti mohou vnímat jako citlivé, např. gynekologické vyšetření, cévkování apod.).

S ochranou důstojnosti jako soukromé sféry je spojeno také zachování lékařského tajemství (povinné mlčenlivosti), úcta k pacientům a respektování jejich kulturních a spirituálních hodnot.

Princip lidské důstojnosti v sobě zahrnuje normativní požadavek, aby byla péče zaměřena na pacienta (*patient-centered care*) a ten byl vnímán jako jedinečná lidská bytost.

Shrnutí interpretace důstojnosti v závěru života

Význam důstojnosti	Praktické uplatnění
Intrinsická hodnota člověka	Pacient jako účel o sobě. Zacházení s pacientem s úctou, i když není kompetentní.
Autonomie	Respekt k rozhodnutím pacienta, jeho přáním a hodnotám
Ochrana před nedůstojným utrpením	Aktivní zmírňování bolesti a jiných symptomatických projevů
Kulturní a spirituální integrita	Zohlednění tradic, víry apod.
Soukromí, intimita a důvěrnost	Citlivé zacházení, intimita péče, povinná mlčenlivost

Respekt k autonomii pacienta a jeho rozhodování

Pojetí autonomie v medicíně (autonomie jako autorizace, autonomie jako autenticita)

Termín autonomie vznikl z řeckých slov *autos* (sám) a *nomos* (zákon), tj. řídící se vlastními zákony. Svůj původ má v politické teorii, když se používal pro nezávislé městské státy tvořící vlastní zákony. V etice bývá autonomie často spojována s nezávislostí, sebeovládáním, sebekontrolou a možností sebeurčení dané osoby, tj. s možností činit nezávislá rozhodnutí v souladu s vlastními individuálními hodnotami a principy.

Problém při definování autonomie spočívá v tom, že se jedná o mnohovýznamový koncept. Klíčové jsou dva významy, které mohou být vůči sobě v protikladu. Jeden vychází z negativní koncepce autonomie jednání ve smyslu absence vnějších vlivů působících na jednání či rozhodování osoby (*negativní autonomie*). V bioetice je toto pojetí rozpracováno v zřejmě nejvýznamnější teorii autonomie Beauchampa a Childresse (*defaultní autonomie*), která se zaměřuje na podmínky pro autonomní jednání. **Jednání je autonomní, pokud osoba jedná intencionálně, s porozuměním a bez ovládajících vlivů** (Beauchamp, Childress, 2019).

Druhá teorie autonomie zdůrazňuje zejména pozitivní možnost člověka rozhodovat o sobě samém (*aktérství*), včetně možnosti utvářet vlastní životní plán v souladu s osobními životními hodnotami. Je spojena s filosofií jako Gerald Dworkin nebo Harry Frankfurt a bývá nazývána **teorií autenticity** (Dworkin, 1988) či tzv. **split-level (stupňovitá) autonomie**. ve stupňovité teorii autonomie má osoba nejprve určité motivy jednání prvního (nižšího) řádu (touhy a žádosti). Kromě motivací první úrovně má však člověk ještě vyšší úroveň motivace, vycházející z kritického hodnocení motivací první úrovně (volní reflexe). Tato kritická reflexe se může projevat tak, že přijme motivace prvního řádu, nebo je naopak odmítne. Právě tyto reflexe nás činí opravdu autonomními a tím, kým sami jsme.

Typickým příkladem je případ kuřáka – na základě žádostí prvního řádu si přeje kouřit, na základě volních reflexí vyššího řádu si přeje nepřát si kouřit (podrobněji k těmto teoriím viz Doležal, A., 2019). V paliativní praxi si můžeme představit situaci tak, že si na základě žádostí prvního řádu pacient nepřeje chemoterapii a s ní spojené bolesti, na základě reflexe druhého řádu pak přezkoumává, zda toto možné utrpení může naplňovat jeho cíle a hodnoty, které jsou spojeny se stádiem jeho života.

Na první pohled se toto rozlišení může jevit jako zbytečně teoretické. Má ovšem velký význam pro vnímání informovaného souhlasu jako praktického právního institutu. Podle etického minima musí být informovaný souhlas vnímán jako pouhá **autorizace** výkonu lékaře ze strany pacienta (v tom se odráží defaultní autonomie a její podmínky jednání). Teorie informovaného souhlasu spojená s hodnotovým ukotvením autonomie je naopak etickým ideálem a je spojena s kategoriemi **vzájemného dialogu** a **sdíleného rozhodování**, které je kontinuální a spojené s hledáním optimální konsenzuální léčby. Zatímco autorizace na základě informací je minimálním právním požadavkem, dialog a sdílené rozhodování je součástí morálky aspirace.

Princip respektu k autonomii v obou přístupech má nejen hodnotový, ale i normativní charakter. Odráží se v něm, že **autonomní rozhodnutí pacienta, který je kompetentní, má být respektováno**. To je v protikladu k dřívějšímu paternalistickému modelu vztahu lékaře a pacienta, kdy lékař rozhodoval na základě vlastního posouzení, jaká léčba je pro pacienta nejvhodnější. Takové rozhodování ovšem neumožňovalo pacientovi vyjádřit jeho hodnoty a preference, které mohou mít zejména v závěru jeho života zásadní význam.

Preference a hodnoty v závěru života mohou nabývat specifický a velmi individuální význam. Preference může pacient vyjádřit dopředu například tak, že vyžaduje respekt k následujícím přáním: „Nechci být napojen na přístroje“, „nechci umírat v nemocnici“, „chci, aby u mě byla rodina“, „bojím se bolesti, nechci trpět“. Tyto preference by měly být **zjišťovány včas**, náležitě **zdokumentovány** a **respektovány** v budoucích postupech léčby.

Hodnoty člověka se odrážejí v jeho životní filosofii, víře, náboženských, kulturních a morálních postojích. Všechny tyto přístupy mohou mít význam při rozhodovacích procesech v závěru života a měly by být zohledněny.

Praktické právní instituty odrážející autonomii

Výčet základních právních institutů

Respekt k autonomii pacienta je v právní rovině výrazem práva na sebeurčení jedince. Toto právo vychází ze zásady, že každý člověk má nárok rozhodovat o své fyzické i psychické integritě sám. Slavný je v tomto smyslu výrok soudce Justina Benjamina Cardoza v rozhodnutí Schloendorff v. Society of New York Hospital z roku 1914, kde uvedl: „Každá dospělá lidská bytost jasně myslí má právo rozhodnout o tom, co se bude dít s jejím tělem.“

V českém právním prostředí jsou významnými právními instituty, v nichž se realizuje autonomie pacienta, jeho právo na sebeurčení a respekt k jeho fyzické i psychické integritě, zejména následující:

- svobodná volba poskytovatele zdravotních služeb, včetně péče ve vlastním sociálním prostředí,
- informování pacienta, případně rodinných příslušníků,
- právo nevědět,
- informovaný souhlas,
- informované odmítnutí (negativní revers),
- limitace péče,
- dříve vyslovená přání,
- zvolení zástupce a zástupčí oprávnění.

Svobodná volba poskytovatele zdravotních služeb, včetně péče ve vlastním sociálním prostředí

Jedním ze základních práv pacienta je právo zvolit si poskytovatele zdravotních služeb. Tato volba se nevztahuje na konkrétní lékaře. U odbornosti praktického lékaře může pacient měnit poskytovatele jednou za tři měsíce.

Pro oblast našeho zkoumání je podstatné to, že volba poskytovatele zdravotních služeb nabízí i možnost pacienta zvolit si péči ve vlastním sociálním prostředí. Respekt k autonomii zahrnuje i respekt k preferovanému místu umírání. Pacient může mít přání zemřít **doma**, v **hospici** nebo v **nemocnici**, **ale například bez intenzivní péče**. Praktické zajištění tohoto přání vyžaduje včasné plánování, spolupráci s rodinou a zapojení mobilní paliativní péče.

Kromě uvedeného je důležité, aby praktický lékař jako koordinátor péče diskutoval s pacientem a rodinnými příslušníky možnosti hospitalizace u určitého poskytovatele zdravotních služeb, případně jej informoval o možných službách paliativní, hospicové a domácí paliativní péče.

Relevantní ustanovení právních předpisů:

Volba poskytovatele a její omezení - § 28 odst. 3 ZZS, § 29 ZZS, § 41 odst. 3, 4 ZZS, § 48 ZZS

Hospicová péče - § 44a ZZS

Domácí péče - § 10 ZZS

Informování pacienta, případně rodinných příslušníků

Historická proměna paternalistického modelu vztahu lékaře a pacienta na model partnerský reflektovala jednu důležitou věc spojenou s právem na sebeurčení – s narůstajícím apelem na vzdělávání a racionální odůvodnění rostly také tzv. informační potřeby pacienta. Ty již nemohou být jen tak opomíjeny, pro jejich naplnění je zásadní vhodný rámec vzájemné komunikace.

V Úmluvě o biomedicině je v čl. 5 výslovně uvedeno, že „osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích“. Tato informační povinnost je podrobněji rozvedena v ustanovení § 31 ZZS. Z požadavků zákona lze zejména shrnout, že pacient má být informován řádně, předem, v dostatečném rozsahu a srozumitelně. Má také právo – případně osoba, kterou určí – klást doplňující otázky.

Požadavek srozumitelnosti znamená, že **lékař při komunikaci musí dbát na intelektuální schopnosti pacienta, případně se snažit zapojit jeho rodinné příslušníky**, pokud je kompetence pacienta problematická.

Informace o zdravotním stavu jsou upraveny v § 31 odst. 2 ZZS. Pro účely této publikace je důležité zdůraznit některé údaje, o nichž by měl praktický lékař pacienta v závěru života vždy poučit:

- Pacient může o své léčbě rozhodovat, včetně možnosti odmítnutí léčby a možnosti rozhodovat o léčbě pro situace, kdy již nebude plně kompetentní (dříve vyslovená přání, ustanovení osoby se zástupčím oprávněním);
- Informace o zdravotním stavu (§ 31 odst. 2 ZZS) – zejména údaje o:
 - a) příčině a původu nemoci, jsou-li známy, jejím stadiu a předpokládaném vývoji;
 - b) účelu, povaze, předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb, včetně jednotlivých zdravotních výkonů;
 - c) jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb, jejich vhodnosti, přínosech a rizicích pro pacienta;
 - d) další potřebné léčbě;
 - e) omezeních a doporučeních ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav;
 - f) možnosti vzdát se podání informace o zdravotním stavu, ustanovení zástupce a o možnosti vyslovit zákaz podávání informací o svém zdravotním stavu některým osobám.

Jde-li o nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností, právo na informace o zdravotním stavu a právo klást otázky náleží zákonnému zástupci nebo opatrovníkovi pacienta; samotnému pacientovi tehdy, je-li k takovému jednání přiměřeně rozumově a volně vyspělý.

Relevantní ustanovení právních předpisů:

Informování pacienta a osob blízkých - § 31 ZZS

Informovaný souhlas

Informovaný souhlas je jedním ze základních právních i etických institutů upravujících vztah lékaře a pacienta. Jakýkoliv medicínský výkon prováděný na pacientovi, který není omezen ve svéprávnosti a je způsobilý k právnímu jednání, lze provést pouze tehdy, pokud k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Souhlasem se přitom rozumí **jednostranný akt autorizace k určitému jednání** (Faden, Beauchamp, 1986).

Informovaný souhlas musí splňovat tyto podmínky:

- musí být udělen *dobrovolně*,
- osoba (pacient) udělující souhlas je *kompetentní*,
- pacient je náležitě *informován*,
- pacient *porozuměl* informacím.

V etické teorii byl často namísto pouhé jednostranné autonomní autorizace ze strany pacienta doporučován postup založený na **sdíleném rozhodování obou stran, v tzv. dohodě poučených (*shared decision-making*)**. Při tomto postupu není informovaný souhlas vnímán jako pouhá formální autorizace postupu. Podle této teorie by měl být pacient více zahrnut do rozhodovacího procesu, v němž spolu s lékařem spolupracuje na rozhodnutí o volbě postupů a o plánech péče. Pro takový přístup je podstatný proces komunikace a trvající dialog, který vede ke sdílenému rozhodnutí (Katz, 1984). V tomto smyslu není možné chápat pravidlo informovaného souhlasu tak, že se zaměřuje na pouhé autorizační jednání pacienta a jeho formální platnost, ale musí zahrnout širší aspekty komunikačního procesu, včetně jeho kontinua, které směřuje ke sblížení pacientových hodnot (tedy nemedicínských cílů léčby) a lékařovy odbornosti (tedy medicínské indikaci). **Sdílené rozhodování má zajistit nejen respekt k pacientově autonomii, ale i k jeho autenticky volenému životnímu plánu.** Lékař je zde vnímán jako expert na medicínu, který má odborné znalosti a nabízí informace, jako jsou možnosti léčby, její alternativy, rizika a přínosy, zatímco pacient je expertem na svůj život – tj. rozhoduje o tom, jaké jsou jeho preference, cíle, hodnoty a přesvědčení. Sdílené rozhodování je klíčovou součástí péče zaměřené na pacienta, uplatňované v závěru života.

Dialog a sdílené rozhodování měly být odpovědí na formulářový přístup v nemocnicích. Informovaný souhlas nemusí mít písemnou formu (praktický lékař, pokud používá písemné formuláře, by měl mít zpracovaný seznam výkonů, u nichž písemný souhlas používá), může být učiněn ústně i konkludentně (tj. mlčky, souhlasným jednáním, např. nastavení ruky pro očkování). V praxi praktického lékaře to přitom bude až na zřídka výjimky právě ústní a konkludentní souhlas, který bude postačující pro jeho každodenní praxi. Právě proto by v praxi měl být kladen velký důraz na zmíněný dialog pacienta a lékaře vedoucí ke sdílenému rozhodování.

Rozhodnutí Nejvyššího soudu č. j. 25 Cdo 3100/2021:

Nejvyšší soud v rozhodnutí odmítá ryze formalistický přístup k informovanému souhlasu a zdůrazňuje, že: „*informovaný souhlas je těžištěm vztahu mezi lékařem a pacientem a měly by ho charakterizovat vzájemná spolupráce, dobrá komunikace, oboustranný respekt a sdílené rozhodování. Informovaný souhlas vyžaduje dialog mezi lékařem a pacientem, který vede k dohodě o průběhu lékařské péče, zakládá vzájemný vztah mezi lékařem a pacientem. Poté, co pacient v začátku léčby udělí svůj souhlas, je tento souhlas posilován pokračujícím rozhovorem mezi pacientem a lékařem.*“ Nejvyšší soud dále upozorňuje na nebezpečí běžně užívaných formulářů: „*Při formalizaci procesu udělení informovaného souhlasu pomocí různých formulářů se zvyšuje nebezpečí, že pacient listinu automaticky podepíše, aniž by porozuměl jejímu obsahu. Věc je přitom o to závažnější, že se jedná o výkon práva související s nejcennějším osobnostním statkem, jímž je lidské zdraví.*“

V oblasti paliativní péče u praktického lékaře je vhodné naučit se pracovat i se správnou komunikací, zejména při sdělování závažných zpráv. Lze odkázat např. na protokol SPIKES, což je nejrozšířenější mezinárodní model. Vznikl původně v onkologii.

S – Setting up the interview: Připravit vhodné prostředí, klid, přítomnost blízkých, soukromí.

P – Perception: Zjistit, co pacient ví, jak chápe situaci („Co už o svém onemocnění víte?“).

I – Invitation: Získat souhlas k informování („Přejete si znát všechny podrobnosti?“).

K – Knowledge: Předání informací jasně, bez eufemismů, postupně, s pauzami.

E – Emotions: Podpořit emocionální reakci, dát prostor, být empatický.

S – Strategy and Summary: Shrnout, nabídnout plán, naději, další kroky, oporu.

Relevantní ustanovení právních předpisů:

Informování pacienta a osob blízkých - § 31 ZZS

Poskytování zdravotních služeb se souhlasem - § 34, § 35 ZZS

Informované odmítnutí (negativní revers)

Informované odmítnutí (*informed refusal*) či negativní revers musí mít, na rozdíl od informovaného souhlasu, písemnou podobu. Jedná se o písemné prohlášení, ve kterém pacient odmítá navrhovanou zdravotní péči, i když mu byla dostatečně vysvětlena, včetně potenciálních rizik a přínosů. Tento písemný dokument potvrzuje, že pacient byl informován o důsledcích odmítnutí péče a dobrovolně se pro něj rozhodl. Pacientovi je v takovém případě opakovaně podána informace o jeho zdravotním stavu v rozsahu a způsobem, z nichž je zřejmé, že neposkytnutí zdravotních služeb může vážně poškodit jeho zdraví nebo ohrozit život. Jestliže pacient i nadále odmítá vyslovit souhlas, učiní o tom písemné prohlášení (revers). Odmítat může veškerou léčbu, ale také jednotlivé medicínské výkony. Vyjadřuje se tak opět jeho právo na sebeurčení – není možné zasáhnout do fyzické integrity pacienta bez jeho svolení. Pacient má právo odmítnout jakoukoliv léčbu, včetně léčby, která může jako jediná zachránit jeho život. Negativní revers lze kdykoliv odvolat a léčbu později přijmout.

Písemné prohlášení o nesouhlasu s poskytováním zdravotních služeb je součástí zdravotnické dokumentace a musí být podepsáno pacientem a zdravotnickým pracovníkem.

Relevantní ustanovení právních předpisů:

Informovaný nesouhlas a odvolání souhlasu - § 34 odst. 5 ZZS

Vzor negativního reversu – viz kapitola 7 Vzory.

Limitace péče

Autonomie hraje důležitou roli i při nastavování přiměřené péče a při limitaci nabízených výkonů pacientovi. Jednak může pacient na základě rozhovoru s lékařem určité výkony odmítnout (a to i do budoucna), jednak může dojít ke konsenzuálnímu nastavení vhodné zdravotní péče, která nebude poskytována v plném rozsahu, ale bude vhodně modifikována.

O zásadách přiměřenosti péče a volby péče *lege artis* budeme mluvit v samostatném oddíle. Zde je důležité zmínit dvě hlavní zásady stanovené Ústavním soudem v nálezu I. ÚS 1594/22: (1) Lékaři nemají absolutní povinnost provádět všechny dostupné život zachraňující úkony bez ohledu na kontext (např. medicínskou přiměřenost), (2) taková rozhodnutí o limitování péče musí být komunikována s pacientem, případně jeho blízkými.

Dříve vyslovená přání

Dříve vyslovené přání je ukotveno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Český termín dříve vyslovené přání je převzat z anglického termínu *previously expressed wishes* užitého v Úmluvě o biomedicíně. V širším kontextu by bylo lepší užívání pojmu dříve vyjádřené pokyny či dříve vyjádřená vůle. Jedná se o situace, kdy kompetentní pacient dopředu vyslovil svůj souhlas nebo odmítnutí určitého lékařského výkonu (či výkonů) pro situaci v budoucnu, kdy již kompetenci pozbude, a to se zřetelem k medicínsky předvídatelným situacím. Český termín přání (*wish*) by mohl vyjadřovat jistou míru slabší závaznosti, čemuž by mohl napovídat i text Úmluvy o biomedicíně, který uvádí, že „bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta“. Nicméně již vysvětlující zpráva k Úmluvě o biomedicíně zdůrazňovala nutnost respektovat dříve vyslovená přání, tj. jejich právní závaznost. Stejný výklad lze aplikovat i na současné znění zákona o zdravotních službách. **Dříve vyslovená přání jsou pro poskytovatele zdravotních služeb, kteří o nich vědí, právně závazná.** Dříve vyslovené přání je totiž jedním z institutů umožňujících respektovat tzv. prospektivní autonomii.

Z tohoto hlediska lze vnímat jako negativní společenský jev, že více než 70 % obyvatel v České republice neví, že tuto možnost mají, a nemohou tak vyjádřit svou vůli předem (výzkum agentury IPSOS z února roku 2025). Naproti tomu v USA více než 50 % lidí, kteří jsou starší než 50 let, svou vůli (*living will*) pro tyto situace vyslovilo a s narůstajícím věkem narůstá i procento jejich využití (výzkum v Gallup News, publikován 23. 7. 2021).

Z praktického hlediska je důležité, že i v České republice máme možnost rozhodovat o svém životě v závěru života. **Praktičtí lékaři mohou být právě ti, kteří v této oblasti šíří osvětu.** Dříve vyslovené přání může pacient chtít vyjádřit v momentě, kdy může mít vzhledem ke své nemoci obavy, že v budoucnu nebude schopen o své další léčbě rozhodovat. Může tak vyjádřit svou vůli o tom, jaké výkony by si přál, anebo naopak nepřál. Tento typ rozhodnutí může využít například pacient s neurodegenerativní nebo onkologickou nemocí, který ví, že v budoucích měsících či letech jeho nemoc bude postupovat a on nebude schopen o sobě rozhodovat sám.

Dříve vyslovené přání ovšem může vyjádřit i relativně zdravý člověk, který si do budoucna přeje omezit některé výkony, které nepovažuje za přiměřené pro budoucí kvalitu jeho života – například může uvést, že si nepřeje, aby u něj za určitých okolností probíhala kardiopulmonální resuscitace (pokyn *DNR*). Dalším takovým dříve vysloveným přáním může být pokyn, že v případě, že by se ocitl v perzistentně vegetativním stavu, nebude chtít být připojen na přístrojovou podporu, případně bude chtít být od přístrojové podpory odpojen.²

Ani jedno nemůže učinit nezletilý pacient nebo pacient, jehož svéprávnost byla omezena tak, že není způsobilý posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí. I pacient omezený ve svéprávnosti způsobem uvedeným výše může odvolat dříve vyslovené přání učiněné v době před omezením jeho svéprávnosti.

Dříve vyslovené přání můžeme rozdělit z hlediska jeho uplatnění do dvou kategorií:

² K problémům interpretace ustanovení § 36 ZZS ohledně odpojení od život udržující přístrojové podpory viz dále v textu.

Dříve vyslovené přání může pacient učinit při přijetí do péče poskytovatele zdravotních služeb anebo kdykoliv v průběhu hospitalizace – tento typ dříve vysloveného přání je typický pro lůžkovou péči v nemocnici a je závazný pouze pro určeného poskytovatele.

Druhý typ dříve vysloveného přání je obecné přání, které může být projednáno u ošetřujícího lékaře se specializovanou způsobilostí. Uvedený typ dříve vysloveného přání musí splňovat následující podmínky:

- **Náležité písemné poučení pacienta včetně poučení o důsledcích jeho rozhodnutí**, a to ošetřujícím lékařem se specializovanou způsobilostí.
- **Písemná forma s úředně ověřeným podpisem pacienta** (jeho součástí je výše uvedené písemné poučení).

Způsobilost pacienta k právně relevantnímu projevu vůle. Poučení se týká důsledků pacientova rozhodnutí, podává jej lékař. Musí být řádné, tj. zejména pravdivé a srozumitelné, aby mu pacient jako laik mohl rozumět. Doporučuje se vyhýbat se cizojazyčným a odborným výrazům, poučení by mělo odpovídat rozumové a volní vyspělosti pacienta. Poučení je zaměřeno na právní náležitosti a medicínské důsledky takového rozhodnutí. Obecně lze říci, že čím těžší důsledky může mít rozhodnutí pacienta, tím důkladnější by mělo být poučení.

Lékař musí informovat pravdivě, tj. poskytované údaje v sobě nemohou ukrývat tzv. milosrdnou lež. Vhodné je podat pacientovi takové poučení, ve kterém bude poskytnut co nejpřesnější popis situace, ve které se má přání plnit.

Poučení musí být srozumitelné. Klíčové je totiž to, co pacient pochopil, nikoliv to, co mu bylo ze strany lékaře sděleno. Pacient musí mít možnost klást doplňující dotazy k poučení. Jakkoliv zákon mluví pouze o poučení o důsledcích, je vhodné informovat pacienta i o vlastním zákroku, ke kterému dopředu vyjadřuje pacient souhlas nebo nesouhlas tak, aby chápal jeho provedení, eventuálně i alternativy k tomuto zákroku.

Dříve vyslovené přání je uplatnitelné v situaci, kdy je pacient v takovém zdravotním stavu, že není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas (není již kompetentní k rozhodování o poskytované zdravotní péči). Zároveň přitom nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje. Má-li poskytovatel zdravotních služeb takové přání k dispozici, musí jej respektovat, ledaže nastane některá ze zákonem uvedených výjimek.

Právě u výčtu výjimek došlo k zásadní změně při novelizaci ZZS od 1. 1. 2026, která směřovala ve prospěch větší autonomie pacienta. Před touto změnou totiž nebylo třeba DVP respektovat, pokud došlo k takovému vývoji, že se dalo důvodně předpokládat, že by pacient změnil názor. DVP nemohlo být respektováno, pokud byly započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti (podrobněji k tomu viz Doležal, T., 2026). V současné době DVP nelze respektovat pouze tehdy, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby nebo pokud nabádá k takovému jednání, jehož výsledkem je aktivní způsobení smrti.

Problematické však zůstává, že samotné zákonné znění nebylo v části týkající se „aktivního způsobení smrti“ změněno. Objevují se totiž jisté výkladové nejasnosti ohledně toho, zda lze DVP použít i na ukončení přístrojové podpory životních funkcí (např. umělá ventilace, kardiostimulátor apod.). Znění zákona zůstalo shodné, změnila se však důvodová zpráva. Originální důvodová zpráva konstatovala, že za nepřípustné je nutno považovat právě i odpojení od přístrojové podpory. Vzhledem k nesmyslnosti tohoto požadavku se část odborné literatury snažila překlénout toto vyjádření teleologickým výkladem, tj. výkladem o účelu a smyslu tohoto institutu. Odůvodnění se zaměřovalo na to, že podle většinového etického hlediska není mezi nezahájením a ukončením život udržující péče vnímána žádná morální distinkce a že nezahájení takovéto přístrojové podpory součástí dříve vysloveného přání být nepochybně může.

Tomuto pohledu napomáhá i současné znění změněné důvodové zprávy, která DVP směřující k ukončení přístrojové podpory životních funkcí připouští. Byť by obecně bylo vhodnější změnit i znění zákona, zdá se, že teleologický (výklad zaměřený na smysl a účel práva) i historický právní výklad v současné době umožňuje vyslovit DVP i k odpojení od přístrojové podpory. Vzhledem k nejednoznačnosti zákona by pacient měl být poučen i o této možné nejistotě, když k uvedené situaci dosud nemáme relevantní judikaturu.

Praktické rady pro dříve vyslovené přání – na co upozornit pacienta?

Dříve vyslovené přání by se mělo vyvarovat přílišné obecnosti, protože v takovém případě může být právně neurčitá a z toho důvodu neplatná. Mělo by tedy směřovat ke konkrétnímu medicínskému výkonu (či výkonům), se kterým lze vyjádřit souhlas nebo případně nesouhlas. Součástí mohou být i podmínky, za kterých pacient souhlasí nebo nesouhlasí s výkonem, které ovšem opět musí být jasně definovány.

U osoby, která je již v určitém stádiu nemoci, lze velmi často obecně vydefinovat prognózu nemoci, a tedy i specifikovat medicínský výkon, o němž se bude rozhodovat. U zdravé osoby bude ovšem často velmi problematické nastavit míru obecnosti dříve vysloveného přání.

Jak bylo řečeno, neplatné může být takové dříve vyslovené přání, které bude příliš obecné. Na druhou stranu, přílišná konkretizace a specifikace může vést k tomu, že dříve vyslovené přání bude nepoužitelné, byť by bylo zřejmé, že pacientova vůle směřovala i na takovou situaci, která je jen drobně odlišná od situace popsané v podepsaném formuláři. Vzhledem k nejistotě ohledně prognóz nemoci toto může být častý jev. V některých případech se proto jeví jako vhodné poučit pacienta o **možnosti zástupného rozhodování a ustanovení osoby se zástupčím oprávněním** (viz další oddíl).

Je vhodné poučit pacienta také o tom, že v současné době neexistuje centrální registr dříve vyslovených přání, a proto pro poskytovatele zdravotních služeb nemusí být jednoduché zjistit, že pacient toto přání vyslovil. Z toho důvodu dává smysl, aby takový projev vůle byl uchován v několika kopiích – jedna např. u praktického lékaře, jedna u pacienta samotného a konečně jedna u zvolené osoby, které pacient důvěřuje (typicky osoba blízká) – aby se o něm poskytovatel mohl reálně dozvědět.

Lékař by měl pacienta také upozornit na to, že ačkoliv není dříve vyslovené přání časově omezené (viz nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 1/12), je dobré je v důsledku posunů individuálního zdravotního stavu a případně i posunu lékařské vědy aktualizovat.

Pacientům je konečně třeba vysvětlit, že v současné době není možné požadovat některou z forem asistované smrti, tj. eutanázií a asistované sebeusmrcení (asistovanou sebevraždu).

Relevantní ustanovení právních předpisů:

§ 36 ZZS

Vzor dříve vysloveného přání – viz kapitola 7 Vzory.

Values history (historie hodnot) a hodnotová anamnéza

Tzv. historie hodnot (*values history*) není v českém právním prostředí nijak upravena, a tak je její praktické využití vnímáno jako problematické. Tento institut je specifickým vyjádřením vlastních hodnot pacienta, souvisí s naplňováním jeho autentického životního plánu a projektováním vlastní budoucnosti. Pokud se pacient v budoucnosti stane nekompetentním a nebude tak moci rozhodovat o postupu vlastní léčby, pak má toto subjektivní vyjádření vlastních preferencí pomoci jiným (rozhodujícím osobám či orgánům, např. soudu), aby podle nich rozhodovali v souladu s pacientovým životním projektem.

Proč by i v české praxi mohl eventuálně být takový dokument brán za právně relevantní? V případě sporných situací o postupu léčby u nekompetentního pacienta mohou v dokumentaci zapsané hodnoty pacienta hrát roli například při určování toho, co je skutečně *nejlepším zájmem* pacienta s ohledem na jeho možnou *hypotetickou vůli* (typickým případem může být pacient v perzistentně vegetativním stavu na přístrojové podpoře). Pokud takové hodnoty nejsou zaznamenány, je v případě sporu zástupců nekompetentního pacienta nebo sporu mezi zástupcem a poskytovatelem zdravotních služeb problematické určit, co by si taková osoba v dané situaci přála. Minimálně tato historie hodnot může být zaznamenána jako hodnotová anamnéza, což může napomáhat v rozhodování o budoucí léčbě.

Zvolení zástupce, zástupčí oprávnění a zástupný souhlas

Kromě dříve vysloveného přání lze využít podle ustanovení § 33 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, i tzv. substitučního zmocněnce (tj. osobu se zástupčím oprávněním), tj. osobu, která v určitých případech může za pacienta vyjádřit souhlas či nesouhlas s poskytnutím navrhovaných zdravotních služeb. V uvedeném vyjádření může také určit, kterým osobám mohou být podávány informace. Záznam o tom je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. Podepisuje jej pacient a zdravotnický pracovník, který by měl osobu poučit o tom, k čemu se zástupčí oprávnění vztahuje.

Pacient by měl být informován, že tato osoba v případě, že on sám nebude schopen vyslovit souhlas či nesouhlas s poskytovanými zdravotními službami, může vyjádřit tuto vůli namísto něho (zástupný souhlas). Zároveň mu má být sděleno, že toto oprávnění může být omezeno pouze na podávání informací. Konečně u takové osoby může určit, zda má právo nahlížet do zdravotnické dokumentace. Ve všech případech je součástí záznamu rovněž sdělení pacienta, jakým způsobem mohou být informace o jeho zdravotním stavu osobě předávány.

Vzhledem k tomu, že v odborné literatuře panují nejistoty ohledně toho, zda je takové vyjádření závazné obecně i pro další poskytovatele zdravotních služeb, lze jej zformulovat jako speciální plnou moc týkající se projevu souhlasu či nesouhlasu s poskytováním konkrétních zdravotních služeb. Doporučuje se takovou plnou moc sepsat s úředně ověřeným podpisem. Další variantou je upravit zmocnění prostřednictvím *předběžného prohlášení* podle § 38 OZ formou veřejné listiny nebo s podpisem dvou nezávislých svědků, o nichž jsou zároveň sepsány patřičné identifikační údaje.

Pacient by měl být včas poučen, že pokud nebude s ohledem na svůj zdravotní stav schopen vyslovit souhlas s poskytováním zdravotních služeb, a neurčí-li takovou osobu, může rozhodovat osoba podle § 34 odst. 7 ZZS (nejprve manžel nebo registrovaný partner; není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas jiné svéprávné osoby blízké, pokud je známa).

Specifickou situací je případ, kdy osoba byla omezena ve svéprávnosti (i v oblasti poskytování zdravotních služeb) a byl jí ustanoven opatrovník.

Relevantní ustanovení právních předpisů:

§ 33 odst. 1 ZZS, § 34 odst. 7 ZZS

Vzor plné moci – zvolení osoby se zástupčím oprávněním – viz kapitola 7 Vzory.

Kompetence a její posuzování

Určení kompetence pacienta (tj. jeho způsobilosti vyjádřit souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb) je v rozhodování v závěru života podstatné. Pro všechny lékaře je proto vhodné vědět, kdy je na místě pochybovat o postačující kompetenci pacienta a jaké má její případný nedostatek důsledky.

Kdy, resp. v jakých situacích, je vhodné pochybovat o kompetenci pacienta? Typicky se uvádí následující situace:

- Pacient trpí duševní nemocí nebo duševní poruchou (včetně aktuálních omezení).
- Pacient je pod vlivem léčiv nebo návykových látek.
- Pacient je soudním rozhodnutím omezen ve svéprávnosti.
- Pacient odmítá navrženou léčbu a jeho odmítnutí se jeví jako iracionální a nekonzistentní (neplatí např. pro náboženství, kdy je struktura jeho hodnot konzistentní, byť se někomu může jevit jako iracionální).
- Pacient rychle souhlasí s vysoce invazivním nebo riskantním zákrokem.

Pro snazší rozhodování o kompetenci pacienta se typicky určují tyto základní složky kompetence:

- *Schopnost pracovat s informacemi*, zejména schopnost informace přijímat, rozumět jim a udržet je po relevantní dobu v paměti.
- *Kognitivní schopnosti rozvažování*, zejména rozvažování o důvodech, kognitivní analýza alternativ, schopnost jejich řazení podle jejich důležitosti v rámci vlastních hodnot a schopnost vztahovat je k sobě samému a k vlastnímu hodnotovému rámci.
- *Rozhodovací schopnosti*, tj. schopnost se v konkrétní situaci rozhodnout (např. existují osoby s patologickou neschopností provést rozhodnutí a nést za něj důsledky), schopnost i přes pochybnosti se zavázat k takovému rozhodnutí.

Důsledky rozhodnutí

Důsledky interního rozhodnutí poskytovatele zdravotních služeb o tom, zda je osoba kompetentní, mohou být poměrně závažné – proto je tomuto rozhodnutí potřeba věnovat odpovídající pozornost. Pacient, u něhož je shledáno, že kompetentní není, nemůže rozhodovat samostatně o poskytování zdravotních služeb vůči své osobě. V takovém případě nemůže sám vyjádřit informovaný souhlas, negativní revers ani dříve vyslovené přání či plnou moc pro určení osoby se zástupčím oprávněním. To ovšem neznamená, že by se s takovým pacientem přestalo komunikovat, stále se zjišťuje jeho názor na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb v případě, že je to přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti.

Principy respektované u pacienta se sníženou mírou kompetence

Pro situace posuzování kompetence je vhodné znát některé základní principy, které se zde běžně používají. Jsou zejména následující:

- **Presumpce kompetence** – předpokládá se, že osoba má způsobilost (kapacitu), dokud se neprokáže, že tuto způsobilost postrádá.
- **Stálé přehodnocování kompetence** – způsobilost k právnímu jednání by měla být průběžně přehodnocována na základě aktuální situace pacienta.
- **Právo na asistenci** – s osobou nebude jednáno jako s osobou nezpůsobilou činit vlastní rozhodnutí, dokud nebyly učiněny veškeré pomocné kroky a ty se ukázaly jako neúspěšné.
- **Právo na iracionální rozhodnutí** – s osobou nebude jednáno jako s osobou nezpůsobilou činit vlastní rozhodnutí pouze z toho důvodu, že činí nemoudrá rozhodnutí.
- **Nejlepší zájem osoby** – jednání nebo rozhodnutí, činěná za osobu, u níž je shledána nezpůsobilost, musí být činěna v souladu s nejlepšími zájmy osoby. Jestliže osoba byla v minulosti rozumově a volně způsobilá vyjádřit svou vůli, svá přání a názory ohledně budoucí léčby, měla by být tato vůle zohledněna při posuzování nejlepšího zájmu osoby.

Praktické problémy

V souvislosti se sníženou kompetencí se nabízejí také některé konkrétní praktické problémy, které je nutné adekvátním způsobem řešit. Níže uvádíme čtyři vybrané otázky, které mohou být vnímány jako problematické.

- a) Jak asistovat pacientovi v realizaci jeho vůle, pokud má sníženou kompetenci?
- b) Jak řešit konflikt osoby se zástupčím oprávněním a pacienta?
- c) Jak řešit konflikty osob se zástupčím oprávněním mezi sebou?
- d) Jak řešit konflikty osob se zástupčím oprávněním a poskytovatelem zdravotních služeb o přiměřenosti poskytované péče?

Ad a) Asistence pacientovi se sníženou kompetencí

U pacienta se sníženou kompetencí je klíčové posoudit míru jeho rozumové a volní způsobilosti, tj. zejména míru jeho porozumění předávaným informacím a schopnost jejich zpracování. Pochopitelně je potom důležité vhodně přizpůsobit své vyjadřování, zjednodušit výrazy, jasně představit možné volby a snažit se trpělivě vysvětlovat možnosti. Lékař by měl:

- přizpůsobit komunikaci mentálním možnostem pacienta,
- využít podpůrné prostředky (např. obrázky, souhlasové tabulky),
- zapojit blízké osoby, kterým pacient důvěřuje (pokud si to přeje),
- vždy se snažit zachytit a zprostředkovat jeho hodnoty a preference, i když není plně kompetentní.

Ad b) Konflikt osoby se zástupčím oprávněním a pacienta

V běžné praxi praktického lékaře zřejmě nebude tento konflikt příliš častým jevem. Nicméně lze říci, že v takovém případě je vhodné zjistit názory obou stran a snažit se vnímat je z perspektivy nejlepšího zájmu pacienta. I v případě, kdy je osoba nekompetentní rozhodovat o sobě, má právo na pravdivé informace a přiměřeně se zjišťuje její názor. Pokud by se i přes náležitou komunikaci s pacientem nepodařilo dojít k souladnému názoru osoby se zástupčím oprávněním a pacienta, pak je nutné obrátit se na soud, aby v dané situaci ustanovil kolizního

opatrovníka (§ 460 občanského zákoníku). Vzhledem k nepřipravenosti soudů na obdobné typy sporů a jejich časové náročnosti lze doporučit, aby se před podáním návrhu na soud situace nejprve řešila jinými možnými smírnými prostředky, např. konzultací s jiným lékařem specialistou či s etickým mediátorem apod.

Ad c) Konflikt osob se zástupčím oprávněním

V případě tohoto konfliktu je vhodné snažit se vše vyřešit společným rozhovorem zúčastněných stran s přihlédnutím k nejlepšímu zájmu pacienta a jeho preferencím. V případě přetrvávajícího rozporu by situaci musel řešit soud. I zde je ovšem vhodné sporu předcházet a hledat smírnou cestu za pomoci mediátora.

Ad d) Konflikt o přiměřenosti péče

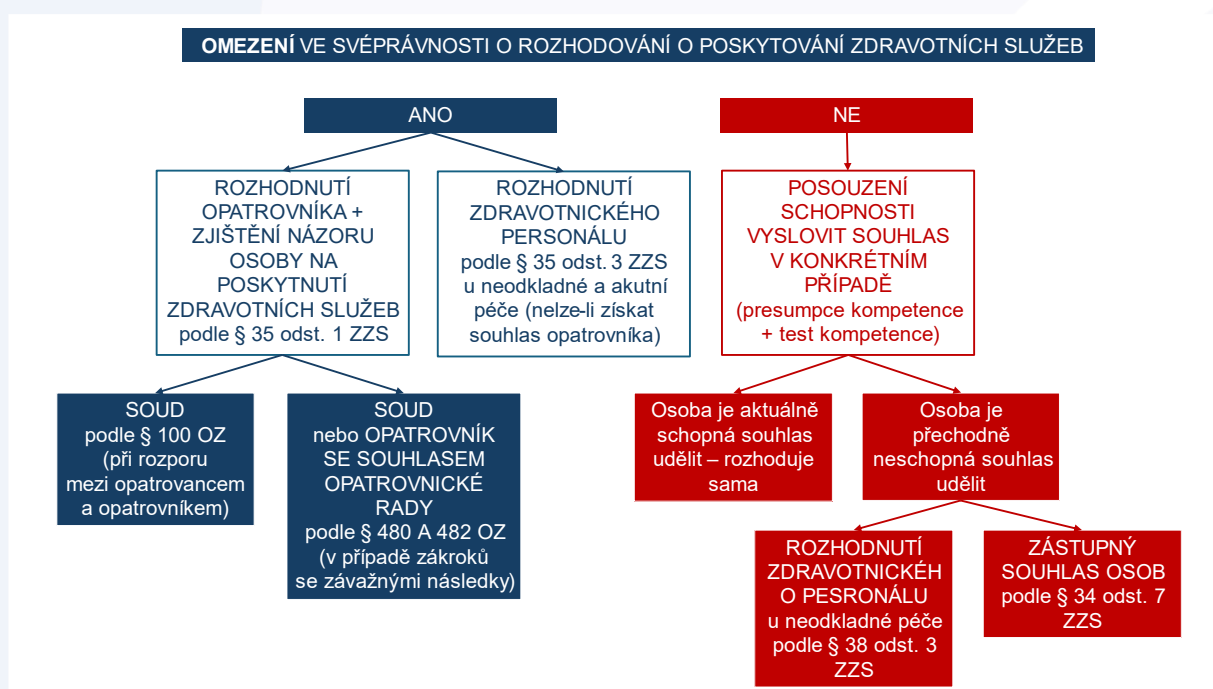
K tomuto sporu viz kapitolu 4 Postup lege artis a medicínská přiměřenost.

Omezení svéprávnosti

V některých situacích je nutné uvažovat i o tom, že pacient by měl být ve svém vlastním zájmu omezen ve svéprávnosti. Vždy by se mělo jednat až o krajní variantu, nicméně z pochopitelných důvodů ji budou chtít členové rodiny v některých situacích využít. V takovém případě je třeba zahájit řízení o omezení svéprávnosti a řízení opatrovnícké. Postup se přitom řídí zákonem o zvláštních řízeních soudních.

Návrh může podat sám pacient, ale tradičně to bývá spíše rodinný příslušník nebo jiná osoba blízká. Návrh může podat i lékař. Návrh se podává k okresnímu soudu podle místa trvalého bydliště osoby. Praktický lékař může být nápomocen vypracováním lékařské zprávy o zdravotním stavu pacienta, zaměřené na jeho kognitivní poruchy, omezenou schopnost samostatného rozhodování, případně duševní onemocnění, demenci či neurologický deficit. Soud na základě tohoto podnětu rozhoduje o omezení svéprávnosti a ustanovení opatrovníka.

Vzor návrhu na soud k omezení svéprávnosti (pro pacienty) – viz kapitola 7 Vzory.



Obrázek č. 1 Graf rozhodování – nesvéprávná nebo nekompetentní osoba. Graf převzat od Doležal, T. – Doležal, A. (2023).

Důsledky omezení svéprávnosti pro rozhodování o zdravotní péči

Současný občanský zákoník vychází z toho, že člověk nemůže být svéprávnosti úplně zbaven, ale jeho svéprávnost může být pouze omezena. Omezit svéprávnost člověka pak může jen soud. Lze k němu přistoupit jen v zájmu člověka a po jeho zhlédnutí, přičemž musí být respektována jeho jedinečnost. Soud zvažuje rozsah i stupeň neschopnosti postarat se o vlastní záležitosti a podle toho rozhodne o omezení.

Soud může omezit svéprávnost člověka pouze v rozsahu, v jakém člověk není pro duševní poruchu, která není jen přechodná, schopen právně jednat. Z toho důvodu pak vymezí rozsah, v jakém způsobilost člověka samostatně právně jednat omezil.

Je třeba mít na paměti, že omezení může být u každého pacienta specifické. Soudní rozhodnutí omezuje svéprávnost pouze po určitou dobu a pouze pro určité typy právního jednání. Soud tak může pacienta omezit například pouze v rozhodování o finančních věcech. V takovém případě pacient stále rozhoduje v plném rozsahu o poskytovaných zdravotních službách – informovaný souhlas či nesouhlas tedy uděluje on.

Také v oblasti omezení rozhodování o poskytovaných zdravotních službách mohou být pokyny soudu specifické. I když soudy velmi často rozhodují o paušálním omezení rozhodování o poskytované zdravotní péči, nemusí to být pravidlem. Lze si představit, že osoba s duševní poruchou nebude moci rozhodovat o této poruše (resp. o průběhu péče spojené s touto nemocí), ale nebude omezena v rozhodování např. o některých chirurgických zákrocích (zlomená noha apod.) či každodenní běžné péči. Obecně lze říci, že v současné době v rozhodovací praxi soudů převládá tendence k obecnějšímu omezení způsobilosti udělovat informovaný souhlas ke všem zdravotním výkonům, byť je toto kritizováno z etických perspektiv (Doležal, T. – Doležal, A. 2023, s. 326).

Co omezení svéprávnosti pro udělení informovaného souhlasu k některým (či ke všem) zdravotním výkonům znamená? V rozhodnutí o omezení svéprávnosti jmenuje soud člověku **opatrovníka**. Ten jedná (pouze) v rozsahu, který mu ustanovil soud ve svém rozhodnutí. S obsahem tohoto rozhodnutí by měl opatrovník seznámit i poskytovatele zdravotních služeb, resp. ošetřujícího lékaře. Jen tak může zjistit, zda má opatrovník skutečně zástupčí oprávnění k jednání za pacienta-opatrovance. V takovém případě má pak pacient právo, aby byl opatrovník přítomen při poskytování zdravotních služeb.

Zároveň lze říci, že pokud je v soudním rozhodnutí uvedeno, že pacient je omezen v rozsahu rozhodování o určitých poskytovaných zdravotních službách, **pak by měl ošetřující lékař získat informovaný souhlas od ustanoveného opatrovníka**.

Pokud není pacient omezen ve svéprávnosti, pak získává lékař informovaný souhlas od pacienta (pokud je k tomu v daném okamžiku způsobilý, pokud ne, pak od osoby se zástupčím oprávněním – viz předchozí oddíl o kompetenci).

Věc je ale složitější například v situaci, kdy je soudní rozhodnutí o omezení svéprávnosti paušální a směřuje k omezení možnosti udělit informovaný souhlas k veškerým výkonům zdravotní péče.

Při takto obecně vymezeném omezení svéprávnosti v rozhodnutí by v lékařské praxi mělo docházet k přezkoumání kompetence daného pacienta v konkrétním okamžiku a ke konkrétnímu zákroku, a pokud bude tato kompetence dostatečná, není důvodu, aby nemohl i pacient omezený ve svéprávnosti udělit informovaný souhlas sám. Tento závěr vyplývá i z čl. 12 odst. 2 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením a lze s jistou mírou kreativity dovozovat i z ustanovení § 35 ZZS odst. 1 věta třetí (ve spojení s odst. 4 předmětného ustanovení), které odkazuje na rozumovou a volní vyspělost pacienta (Doležal, T. – Doležal, A., 2023, s. 327).

Občanský zákoník také stanoví, že rozhodnutí o omezení svéprávnosti nezbavuje člověka práva samostatně právně jednat v běžných záležitostech každodenního života (§ 64 OZ). O některých běžných zdravotních výkonech, pokud k tomu má rozumovou a volní způsobilost, může tedy rozhodovat pacient sám.

Lze také zdůraznit, že i v situacích, kdy vlastní souhlas s poskytnutím zdravotních služeb bude udělovat opatrovník, musí být názor pacienta-opatrovance zohledněn a pacient musí dostat poučení přiměřené jeho schopnostem dané situaci porozumět.

Shrnutí některých zásad:

Prozkoumejte rozhodnutí soudu o omezení svéprávnosti – sledujte jeho rozsah (na co se omezení vztahuje), lhůtu (na niž je omezeno) a konečně i osobu opatrovníka (kdo je ustanoven).

Pokud je pacient omezen ve svéprávnosti ve vztahu k prováděným zdravotním výkonům, pak by měl být získán informovaný souhlas i od opatrovníka.

Pokud je pacient kompetentní k rozhodnutí, pak by měl být získán informovaný souhlas i od pacienta, i když je soudním rozhodnutím omezen ve svéprávnosti.

O prováděných zdravotních výkonech informujte vždy i pacienta, pokud je k tomu rozumově a volně způsobilý.

Vždy zjistěte a zohledňujte názor pacienta na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb, jestliže je to přiměřené jeho rozumové a volní způsobilosti.

Postup lege artis a medicínská pŕiměŕenost

Krátké shrnutí pojmu *lege artis*

Pojem postup *lege artis* je jedním z klíčových právních termínů při hodnocení poskytovaných zdravotních služeb. Zákon o zdravotních službách postupem na náležitě odborné úrovni výslovně rozumí poskytování zdravotních služeb „podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti“. V případě porušení této právní povinnosti může být za určitých podmínek posuzováno, zda je jednající právně odpovědný (ať už se jedná o disciplinární, správněprávní, civilněprávní, či trestněprávní odpovědnost). Konečné rozhodnutí o tom, zda byl postup *lege artis*, náleží pŕitom soudu jakožto právní otázka, nicméně jako podklad bude typicky využíván znalecký posudek.

V oblasti rozhodování o závěru života může být postup *lege artis* (resp. pŕiměŕený postup) modifikován, protože v některých situacích nemusí již kurativní model péče pŕinášet žádné pŕínosy, neboť nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Taková léčba není v zájmu pacienta, a naopak jej může zatěžovat nadbytečným strádáním či rizikem komplikací (viz Doporučení ČLK 1/2010).

Rozhodování o medicínské pŕiměŕenosti a limitaci péče

Jak již bylo řečeno, pŕiměŕená péče označuje péči nebo léčbu, která je pŕiměŕená pacientovu stavu, očekávanému pŕínosu a celkovému zatížení. Zásadním pro tuto léčbu je stanovení vhodného cíle na základě hodnot a preferencí pacienta na jedné straně a medicínské indikace na straně druhé. Souhlas pacienta je tedy nezbytnou podmínkou, stejně jako adekvátnost zvoleného léčebného postupu. Ze zásady pŕiměŕenosti pak vyplývají i možnosti limitovat péči v závěru života, např. rozhodnutím o DNR (*Do Not Resuscitate*), DNI (*Do Not Intubate*), AND (*Allow Natural Death*). Tyto limitace by vždy měly vycházet ze sdíleného rozhodování mezi pacientem, rodinnými pŕíslušníky (neodmítá-li pacient tuto volbu) a lékaři.

Tabulka č. 1 Rozhodování o medicínské pŕiměŕenosti. Tabulka pŕevzata od Rusinova et al. (2025).

Je péče pŕiměŕená?		Indikace	
		ANO	NE
Souhlas pacienta (požadavek)	ANO	ANO	NE
	NE	NE	NE

V praxi lze využít pro tyto situace například nástroj ARS – podpůrný nástroj při rozhodování o péči a plánování péče u pacientů s pokročilým závažným onemocněním (<https://www.med.muni.cz/media/3474727/ars.pdf>), který vznikl v projektu DECAREL. Jeho smyslem je komplexně porozumět stavu pacienta, reflektovat jej v jeho vývoji a diskutovat možnosti péče v souladu s pacientovými cíli a hodnotami, formulovat a dokumentovat cíle léčby a dobře je komunikovat s blízkými pacienta (často jako osobami s právem zástupného souhlasu) i se zdravotnickým týmem. Byť je tento nástroj pŕimárně zaměŕen na lůžkového poskytovatele zdravotních služeb, mohou některé dotazy zpŕesnit úvahy všech lékařů o doporučených postupech a komunikaci v závěru života.

Stanovení léčebně přiměřeného postupu a vhodné limitace péče musí přitom vycházet ze zásad, které judikoval Evropský soud pro lidská práva (ESLP) a také v relativně nedávném judikátu Ústavní soud (sp. zn. I. ÚS 1594/22).

ESLP se rozhodováním v závěru života zabýval v několika zásadních případech. Pro příklad zmiňme zejména případ *Glass v. Spojené království* (2004), *Lambert v. Francie* (2015), či *Charlie Gard v. Spojené království* (2017). ESLP v těchto rozhodnutích opakovaně vyjádřil tři základní podmínky, které legislativa v rozhodování v závěru života musí obsahovat:

- 1) Ve vnitrostátním právu a praxi existuje jasně nastavený legislativní rámec vyhovující požadavkům čl. 2 EÚLP (právo na život).
- 2) V úvahu jsou brána přání, která pacient předem vyjádří, jakož i názory jeho blízkých i stanoviska členů zdravotnického personálu.
- 3) V případě pochybností ohledně toho, jaké rozhodnutí je v nejlepším zájmu pacienta, je možné **obrátit se na soud**.

Ústavní soud pak v nálezu I. ÚS 1594/22 ve věci týkající se limitace péče DNR, kdy poskytovatel zdravotních služeb jednostranně rozhodl o statutu DNR, aniž by do rozhodovacího procesu zapojil kompetentní pacientku a její rodinné příslušníky, uvedl následující body:

- Nevykonání resuscitace není samo o sobě porušením práva na život, protože lékaři nemají absolutní povinnost provádět všechny dostupné život zachraňující úkony bez ohledu na kontext (např. marnost léčby).
- DNR rozhodnutí musí být komunikováno s pacientem nebo jeho blízkými, pokud je to možné. Jednostranné rozhodnutí nemocnice lze považovat za protiprávní.
- Důstojnost pacienta a právo na sebeurčení jsou klíčové hodnoty, které musí být respektovány i při rozhodování o konci života.

Případová studie, jak má praktický lékař stanovit status DNR v domově pro seniory – viz kapitola 6 Případové studie.

Záznamy do zdravotnické dokumentace

Rozhodování v závěru života je medicínsky, právně i eticky citlivý proces. Zdravotnická dokumentace by proto měla reflektovat jak klinické okolnosti, tak i hodnoty, přání a postoje pacienta. Zde shrnujeme, co a jak zapisovat do dokumentace, přičemž zvláštní pozornost je věnována hodnotové anamnéze jako základu kvalitní paliativní péče. Zde uvádíme výčet důležitých položek pro záznam do zdravotnické dokumentace.

- a) **Záznamy o sdělování informací a vedených rozhovorech** – Každý rozhovor o zdravotním stavu, prognóze a možnostech léčby je nutno zaznamenat včetně data, přítomných osob, obsahu sdělení a reakce pacienta (nebo rodiny). Důležité je ověřit, zda pacient porozuměl informacím, které mu lékař (ev. jiný zdravotnický pracovník) předával. Ze strany lékaře je důležité předat odborné informace (a zaznamenat je), ze strany pacienta pak sdělit svá přání a hodnoty (viz hodnotová anamnéza).
- b) **Hodnotová anamnéza** – Hodnotová anamnéza je hodnotově vázaný rozhovor, jehož součástí je i ověření kompetence pacienta a jeho schopnosti rozumět informacím, diskuze o možném ustanovení osoby se zástupčím oprávněním, a dále rozhovor s pacientem na téma chápání nemoci a formulaci jeho hodnot a preferencí. Zápis do zdravotnické dokumentace by měl proto obsahovat datum, osobu vedoucí rozhovor, hlavní závěry z diskuze vedené s pacientem, tj. zejména dokumentace porozumění pacienta

a jeho informačních preferencí, dále záznam jeho hodnot a preferencí, stanovení určené osoby se zástupčím oprávněním, formulace cíle zdravotní péče a přiměřenosti péče včetně plánu jejich realizace.

- c) **Záznam o dříve vysloveném přání (DVP)** – Je-li pacientem sepsáno dříve vyslovené přání, musí být proveden záznam do dokumentace a DVP se pak také zakládá do zdravotnické dokumentace.
- d) **Záznamy o limitaci péče (např. rozhodnutí o DNR/DNI)** – Lékařský záznam o limitaci péče (např. o nevhodnosti resuscitace) musí kromě obecných náležitostí obsahovat odborné zdůvodnění (např. medicínská neprospěšnost, přání pacienta), doložení hodnotové anamnézy, popis spolurozhodování s pacientem či jeho zástupcem a zřetelné označení dokumentace.
- e) **Rozhodování zástupce či opatrovníka** – Pokud pacient není způsobilý rozhodovat nebo je omezen ve svéprávnosti, zapisuje se oprávnění zástupce či opatrovníka, obsah sdělení a rozhodnutí, které za pacienta činí.
- f) **Odmítnutí léčby (negativní revers)** – Při odmítnutí péče pacientem je nutné zaznamenat, že byl řádně poučen, že rozumí následkům, a zaznamenat formu odmítnutí (ústní/písemná), svědky, podpisy a datum (viz kapitola 7 Vzory).

Další praktické otázky

Pro obecnou paliativní péči je důležité, aby se vhodně pracovalo s tzv. managementem bolesti, tj. s kontrolou bolesti, vhodným nastavením možných úlevných mechanismů apod. Jednou ze složek je nepochybně i správné nakládání s opiáty a jinými návykovými látkami.

To však vyžaduje dodržování specifických pravidel, což může být vzhledem k administrativní složitosti jedním z úskalí dobrého nastavení vhodné obecné paliativní péče u praktického lékaře. Pravidla jsou v tomto smyslu v podstatě dvojího rázu – jedny se týkají přímého nakládání s opiáty a jinými návykovými látkami, druhé pak předepisování receptů pro tyto látky.

Nakládání s některými návykovými látkami

Aby mohl poskytovatel zdravotních služeb v ČR legálně zacházet s návykovými látkami (nebo přípravky obsahujícími návykovou látku), zejména s opiáty, musí splnit několik podmínek, které vyplývají především ze zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, a z prováděcích předpisů (zejména vyhlášky č. 123/2006 Sb., o evidenci a dokumentaci návykových látek a přípravků, a vyhlášky č. 53/2014 Sb., o tiskopisech formulářů podle zákona o návykových látkách).

Pro zacházení s návykovými látkami je obecně potřeba povolení. Zákon č. 167/1998 Sb. však stanoví pro některé přípravky obsahující návykové látky a léčivé přípravky výjimku pro poskytovatele zdravotních služeb. Ti mohou pro účely poskytování zdravotních služeb **nabývat, pozbývat a skladovat tyto látky**.

Lékaři a jiní zdravotničtí pracovníci ve zdravotnických zařízeních lůžkové a ambulantní péče a v zařízeních poskytujících pobytové sociální služby nebo lékaři, kteří mají uzavřenu smlouvu o preskripci léčivých přípravků se zdravotní pojišťovnou, mohou tyto návykové látky bez povolení **používat pro terapeutické účely**. Konečně zákon č. 167/1998 Sb. stanoví také výjimku pro lékaře při **předepisování léčiv** s návykovou látkou (viz podrobněji v dalším oddíle).

V případech, kdy praktický lékař zachází s návykovými látkami, je nutné splnit zejména následující požadavky:

- a) Vést **evidenci o příjmu a výdeji**, přičemž je nutné zaznamenávat každou aplikaci nebo vyřazení léčiva. Dokumentaci je nutné uchovávat minimálně po dobu 5 let (§ 32 a § 33 zákona č. 167/1998 Sb.).
- b) Náležitě skladovat návykové látky a **zajistit jejich zabezpečení** – ke skladovaným látkám nesmí mít přístup nepovolané osoby. Návykové látky musí být skladovány v nepřenositelných uzamykatelných schránkách z kovu (§ 10 zákona č. 167/1998 Sb.).
- c) **Ohlašovací povinnost** spočívající zejména v povinnosti informovat neprodleně MZ ČR o odcizení návykových látek a přípravků (§ 26 odst. 3 zákona č. 167/1998 Sb.).
- d) Při zneškodňování nepoužitých návykových látek, které jsou léčivem, je nutné postupovat jako při zneškodňování specifických **nebezpečných odpadů**, včetně vedení jejich evidence podle zákona upravujícího nakládání s odpady (§ 14 zákona č. 167/1998 Sb.).
- e) Vytvořit vnitřní směrnici pro nakládání s opiáty.

Vzor vnitřní směrnice o zacházení s omamnými a psychotropními látkami v ordinaci praktického lékaře – viz kapitola 7 Vzory.

Předepisování léčivých přípravků s obsahem vysoce návykové látky

Specifická pravidla platí i v případě, kdy praktický lékař pouze předepisuje návykové látky – základní podmínky jsou přitom upraveny zejména v zákoně č. 167/1998 Sb., kde je upraveno mimo jiné předepisování a výdej léčivých přípravků s obsahem vysoce návykových látek.

Základní pravidlo zní, že léčivý přípravek obsahující návykovou látku může být lékařem předepsán pouze:

- na **elektronický recept s označením „vysoce návyková látka“**,
- **ve výjimečných případech** na recept s modrým pruhem vystavený v listinné podobě nebo na žádanku s modrým pruhem vystavenou v listinné podobě.

V praxi praktického lékaře je typicky předepisován na elektronický recept. Výjimečné případy, kdy mohou být použity recepty s modrým pruhem, a podmínky pro nakládání s nimi jsou stanoveny v ustanovení § 13 zákona č. 167/1998 Sb.

Lékař je při předepisování léčivého přípravku povinen poučit pacienta nebo osobu zastupující pacienta vhodným způsobem o **skutečnosti, že je předepisován a vydáván léčivý přípravek obsahující vysoce návykovou látku.**

Specifická pravidla pro předepisování přípravků s obsahem konopí

Předepisování individuálně připravovaných léčivých přípravků s obsahem konopí pro léčebné použití se provádí prostřednictvím lékařského softwaru. Lékaři, kteří chtějí předepisovat individuálně připravované léčivé přípravky s obsahem konopí pro léčebné použití (IPLP), musí postupovat podle pravidel stanovených předpisy, zejména ve vyhlášce č. 236/2015 Sb., o stanovení podmínek pro předepisování, přípravu, distribuci, výdej a používání individuálně připravovaných léčivých přípravků s obsahem konopí pro léčebné použití.

Postup je podrobně popsán na stránkách SÚKL (<https://epreskripce.gov.cz/fag/17-chci-zacit-predepisovat-individualne-pripravovane-lecive-pripravky-s-obsahem-konopi-pro-lecebne-pouziti-jak-mam-postupovat/>).

Krátké shrnutí tohoto textu je uvedeno v následujícím odstavci:

Lékař musí podat žádost o přidání specializace lékaře, kde uvede, že bude předepisovat konopí pro léčebné účely. Po schválení žádosti přijde žadateli notifikace, na jejímž základě může začít přípravky předepisovat. Žádost o zpřístupnění předepisování léčebného konopí se podává prostřednictvím webového formuláře, který je k dispozici na stránkách: <https://pristupy.sukl.cz> (Předepisování léčebného konopí). Po ověření uživatele systému eRecept se doplní specializované způsobilosti a kontaktní údaje. Žadatel formulář elektronicky podepíše a odešle. SÚKL zpracuje žádost a ověří uvedené specializované způsobilosti u Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ). O výsledku ověření je žadatel informován a v případě kladného stanoviska je lékařovi povolen přístup a umožněno předepisování IPLP s obsahem konopí pro léčebné použití.

Předepisování individuálně připravovaných léčivých přípravků s obsahem konopí pro léčebné použití je určeno lékařům, kteří dosáhli specializované způsobilosti uvedené ve vyhlášce č. 236/2015 Sb.

Zde je v příloze č. 3 s názvem Indikace a specializovaná způsobilost předepisujícího lékaře pro lékaře se specializovanou způsobilostí všeobecného lékařství uvedena následující indikace – „*chronická neutišitelná bolest (zejména bolest v souvislosti s onkologickým onemocněním, bolest spojená s degenerativním onemocněním pohybového systému, systémovým onemocněním pojiva a imunopatologickými stavy, neuropatická bolest, bolest při glaukomu)*“.

Relevantní právní předpisy:

- Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů
 - Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech
 - Vyhláška č. 123/2006 Sb., o evidenci a dokumentaci návykových látek a přípravků
 - Vyhláška č. 329/2019 Sb., o předepisování léčivých přípravků při poskytování zdravotních služeb
 - Vyhláška č. 236/2015 Sb., o stanovení podmínek pro předepisování, přípravu, distribuci, výdej a používání individuálně připravovaných léčivých přípravků s obsahem konopí pro léčebné použití
 - Nařízení vlády č. 463/2013 Sb., o seznamech návykových látek
-

Souhrn dalších práv pacienta

V souvislosti s poskytováním zdravotních služeb v závěru života je nutné zmínit, kromě již uvedených práv pacientů, ještě některá další práva, která jsou výslovně zmiňovaná v zákonech a mají relevanci pro uvedené spektrum péče. Pacient má při poskytování zdravotních služeb právo:

- na úctu, důstojné zacházení, ohleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb,
- vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele, popřípadě zdravotnického pracovníka, než který mu poskytuje zdravotní služby,
- na nepřetržitou přítomnost opatrovníka, popřípadě osoby určené opatrovníkem v případě pacienta s omezenou svéprávností,
- na přítomnost osoby blízké nebo osoby určené pacientem,
- znát jméno a příjmení zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků přímo zúčastněných na poskytování zdravotních služeb,
- odmítnout přítomnost osob, které nejsou na poskytování zdravotních služeb přímo zúčastněny, a osob připravujících se na výkon povolání zdravotnického pracovníka,
- na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

Hrazení paliativní péče

Jednou z klíčových otázek obecné paliativní péče poskytované praktickým lékařem je její úhrada z prostředků veřejného zdravotního pojištění. V této souvislosti je vhodné upozornit na možnosti poskytování a úhrady hrazených zdravotních služeb praktickým lékařem. Tyto otázky lze rozdělit do tří hlavních oblastí:

- **Úhradové mechanismy pro praktické lékaře** – přesné vymezení toho, co praktický lékař může účtovat v rámci zdravotní péče (např. návštěvní služba apod.).
- **Návaznosti na agentury domácí péče** – jak může praktický lékař efektivně koordinovat péči se zdravotní sestrou nebo mobilním paliativním týmem.
- **Rozdíl mezi běžnou domácí péčí a mobilní specializovanou paliativní péčí (MSPP, odbornost 926)** – s doporučením, jak informovat rodinu/pacienta o možnostech.

V České republice neexistuje jednotná metodika pro vykazování obecné paliativní péče poskytované praktickými lékaři nebo zdravotními sestrami v rámci domácí hospicové služby. Obecná paliativní péče je součástí běžné zdravotní péče a není samostatně vykazována jako specifický výkon. Specifické výkony zaměřené výhradně na paliativní péči nejsou v rámci obecné praxe praktických lékařů definovány.

Praktičtí lékaři poskytují obecnou paliativní péči v rámci své standardní praxe. Tato péče zahrnuje:

- symptomatickou léčbu (např. analgetika, antiemetika),
- zajištění dostupnosti základní psychologické a sociální podpory,
- koordinaci péče s dalšími poskytovateli zdravotních služeb.

Péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí

Paliativní péče je jedním z druhů zdravotní péče a lze ji poskytovat i ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Péče může být poskytována (a také vykazována) v tradičním režimu návštěvní služby (kód 01150).

Nicméně u pacientů v závěrečném stádiu svého onemocnění může praktický lékař předepsat také signální kód 06349 (Zdravotní péče o pacienta v terminálním stavu), který umožňuje sestrám docházet za pacientem podle potřeby i během noci a víkendů. U klinicky nestabilních pacientů v závěru života však praktický lékař musí ověřit, zda je daný poskytovatel odbornosti 925 (domácí zdravotní péče; *home care*) skutečně schopen zajistit trvalou dostupnost (24/7), a dále nastavit, jak bude pro pacienta zajištěna trvalá dostupnost lékařské péče.

Druhou možností je předání pacienta do mobilní specializované paliativní péče (dále „MSPP“), která je poskytována pod odborností 926. Tato péče je určena pacientům v terminálním stavu a zahrnuje trvalou dostupnost (24/7) lékařské a ošetrovatelské péče.

Výkony v rámci MSPP jsou specificky definovány a vykazovány podle metodiky pro odbornost 926. Výkony mají charakter agregovaných výkonů za ošetrovací den, ve kterých je zahrnuta práce lékaře, sestry, léčebné přípravy, zdravotnický materiál i cestovní náklady zdravotníků za pacientem. Podle klinického stavu pacienta jsou vykazovány dva výkony:

- 80090 – Agregovaný výkon domácí paliativní péče – klinicky nestabilní pacient,
- 80091 – Agregovaný výkon domácí paliativní péče – klinicky nestabilní pacient se závažnými symptomy.

Pro poskytování MSPP musí poskytovatel splňovat specifické požadavky na personální a technické vybavení a mít smlouvu se zdravotní pojišťovnou.

Prohlídka zemřelého a pitva

Prohlídka zemřelého

Prohlídku těla zemřelého je třeba provést vždy. Jejím účelem je zjistit smrt osoby, pravděpodobné datum a čas úmrtí a pravděpodobnou příčinu smrti. V rámci jejího provedení je také označeno tělo zemřelého.

Prohlídky těl zemřelých jsou povinni zajišťovat:

- a) poskytovatelé v oboru všeobecné praktické lékařství a v oboru praktické lékařství pro děti a dorost u svých registrovaných pacientů v rámci provozní doby a v rozsahu provádění návštěvních služeb. Provedení prohlídky nesmí vést k narušení poskytování zdravotních služeb,
- b) lékař vykonávající lékařskou pohotovostní službu nebo poskytovatel, se kterým kraj uzavřel za účelem zajišťování prohlídky těl zemřelých smlouvu,

- c) poskytovatel, v jehož zdravotnickém zařízení došlo k úmrtí,
- d) poskytovatel zdravotnické záchranné služby v případě, kdy k úmrtí došlo při poskytování přednemocniční neodkladné péče.

V prvních dvou situacích je nejčastěji praktický lékař ten, který provádí prohlídku zemřelého a musí posoudit, zda je tato prohlídka postačující, anebo bude nutné nařídít pitvu, protože je zde dán zákonný důvod pro její provedení.

Ještě než se budeme zabývat rozhodujícím rozlišením situací, kdy je pitva povinná, doplníme několik praktických informací k prohlídce zemřelého. Co se týče samotné prohlídky, je nutné říci, že nelze dovodit povinnost, že by praktický lékař měl na místo k tělu zemřelého okamžitě přijet. Je na jeho odborném úsudku, kdy může prohlídku provést, aby nedošlo k narušení poskytování zdravotních služeb vůči ostatním pacientům (Mach, 2023, s. 349-350).

Lékař provádějící prohlídku má zejména povinnosti vyplývající z ustanovení § 86 ZZS. Kromě jiného lékař zejména **vyplní List o prohlídce zemřelého** a zajistí předání jeho jednotlivých částí náležitým subjektům (stanoveným prováděcím právním předpisem). List o prohlídce zemřelého je možné vyplnit v elektronické nebo listinné podobě a jeho náležitosti vymezuje vyhláška č. 297/2012 Sb., o Listu o prohlídce zemřelého.

Další skupina povinností se týká posouzení provedení patologicko-anatomické nebo zdravotní pitvy, přičemž součástí jsou i informační povinnosti s tím spojené. Tyto povinnosti budou rozebrány níže.

Lékař má také **povinnost informovat Policii ČR**, jde-li o:

1. podezření, že úmrtí bylo způsobeno trestným činem nebo sebevraždou,
2. zemřelého neznámé totožnosti,
3. úmrtí, ke kterému došlo za nejasných okolností.

Oznamovací povinnost vyplývá pro lékaře i z důvodů ochrany veřejného zdraví, zejména v situaci, kdy má podezření, že zemřelý měl nebezpečnou infekční nemoc (oznámení příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví), podobně v případě podezření na kontaminaci radioaktivní látkou oznamuje tuto skutečnost Státnímu úřadu pro jadernou bezpečnost a příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví.

Lékař také o úmrtí nebo nálezů těla zemřelého informuje osobu blízkou zemřelému, je-li mu tato osoba známa. Pokud ne nebo ji nebylo možné o úmrtí vyrozumět, informuje Policii České republiky za účelem jejího vyhledání.

Součástí jeho povinností je také určit, zda má být provedena pitva, či nikoliv – pokud ano, pak vyznačí v Listu o prohlídce zemřelého provedení patologicko-anatomické nebo zdravotní pitvy. Lékař zajistí převoz těla zemřelého k pitvě. V případech, kdy neurčil provedení pitvy, předá zprávu o úmrtí registrujícímu poskytovateli (pokud jím není sám).

Pitvy

Pitvy patří mezi výjimečné zásahy (Těšínová, s. 272), proto občanský zákoník dovoluje provést pitvu po smrti člověka bez jeho souhlasu pouze v těch případech, o kterých to stanoví zákon (§ 113 odst. 1, 2 OZ). Zvláštním zákonem je v tomto případě ZZS, který problematiku pitev upravuje v ustanoveních § 88 a násl.

ZZS rozlišuje čtyři typy pitev: patologicko-anatomické, zdravotní, soudní a anatomické.

Soudní pitvy se provádějí při podezření, že úmrtí bylo způsobeno trestným činem, tyto pitvy jsou vždy obligatorní. Provádějí se i bez souhlasu zemřelého nebo osob blízkých. Jsou nařizeny orgány činnými v trestním řízení.

Anatomické (výukové, akademické) pitvy se podle pravidel uvedených v ZZS provádějí jen tehdy, když s jejich provedením souhlasila za života osoba, o jejíž tělo se jedná, popř. osoba blízká zemřelému po jeho smrti. Mohou je provádět pouze zákonem specifikované univerzitní vysoké školy (v praxi v ČR lékařské fakulty).

Patologicko-anatomické pitvy a **zdravotní** pitvy mohou být buď obligatorní (povinně prováděné ze zákona), nebo fakultativní (na základě rozhodnutí poskytovatele zdravotních služeb). Z úhradového hlediska jsou tyto pitvy a také i přeprava těla k této pitvě a z pitvy hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

Patologicko-anatomické pitvy se provádějí za účelem zjištění základní nemoci a dalších nemocí, komplikací zjištěných nemocí a k ověření klinické diagnózy a léčebného postupu u **osob zemřelých ve zdravotnickém zařízení smrti z chorobných příčin**. Tato situace se typicky nebude týkat praktických lékařů (s výjimkou případu, pokud by pacient zemřel přímo v jejich zdravotnickém zařízení), ale spíše lůžkových zařízení. Podmínky pro postup jsou upraveny v ustanovení § 88 odst. 2 ZZS (podrobněji kupř. Šustek, Holčapek, s. 405 a násl.).

Pro praktické lékaře bude ovšem nejpodstatnější posouzení podmínek týkajících se *zdravotních pitev*. Ty se provádějí za účelem zjištění příčiny smrti a objasnění dalších ze zdravotního hlediska závažných okolností a mechanismu úmrtí u osob, **kteřé zemřely mimo zdravotnické zařízení nebo v něm náhlým, neočekávaným nebo násilným úmrtím, včetně sebevraždy**. Také ty se dělí, jak již bylo uvedeno, na obligatorní a fakultativní.

Zdravotní pitva se obligatorně provádí:

- a) při náhlých a neočekávaných úmrtích, jestliže při prohlídce těla zemřelého nedošlo ke stanovení příčiny smrti nebo nebyla příčina smrti dostatečně objasněna,
- b) při všech násilných úmrtích včetně sebevraždy,
- c) při podezření, že úmrtí může být v příčinné souvislosti s nesprávným postupem při poskytování zdravotních služeb, které vyslovil zdravotnický pracovník zúčastněný na poskytování zdravotních služeb, lékař, který provedl prohlídku těla zemřelého, nebo osoba blízká zemřelému,
- d) při podezření, že úmrtí mohlo být způsobeno v souvislosti se zneužíváním návykových látek,
- e) u osob, které zemřely ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detence.

Kromě toho dává zákon možnost lékařům nechat provést pitvu, pokud jim to vzhledem k legitimním potřebám přijde užitečné.

Nicméně novela ZZS umožnila, aby i v uvedených situacích spojených s obligatorní pitvou mohl lékař učinit výjimku – jedná se o výjimku v ustanovení § 88a ZZS, která je následující:

V případech, kdy jde o úmrtí, jehož příčina je zřejmá, a zemřelý pacient za svého života vyslovil prokazatelný nesouhlas s provedením pitvy nebo zákonný zástupce nebo opatrovník zemřelého pacienta nebo osoba pacientovi blízká požádali o neprovedení pitvy, může lékař rozhodnout o tom, že se nemusí provést zdravotní pitva; to však neplatí v případě násilného úmrtí včetně sebevraždy nebo v případě podezření, že úmrtí mohlo být způsobeno v souvislosti se zneužitím návykových látek.

V případě, kdy pacient zemře v domácím prostředí při poskytování paliativní péče a jedná se o situaci, kdy vzhledem k okolnostem není důvod pochybovat o příčině úmrtí (jedná se vzhledem ke zdravotnímu stavu o úmrtí očekávané a podložené zaznamenaným zvoleným cílem a plánem paliativní péče), nejedná se o situaci obligatorní pitvy a není ji proto třeba nařizovat.

Případové studie

Pacient a odmítnutí posmrtného dárcovství orgánů

Praktického lékaře navštíví vážně nemocný pacient, který si nepřeje být po smrti dárce orgánů. Žádá lékaře o radu, jak má postupovat, aby jeho vůle byla respektována.

Česká republika má, co se týče transplantací orgánů, tzv. opt-out systém, tj. systém, který vychází z předpokládaného souhlasu. Každý člověk je proto po smrti potenciálním dárce orgánů, pokud za svého života prokazatelně neprojeví nesouhlas. Tento nesouhlas se zapisuje do Národního registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů.

Praktický lékař může doporučit, aby v takovém případě pacient přímo před ním jako ošetřujícím lékařem a jedním svědkem prohlásil, že nesouhlasí s odběrem v případě své smrti. O nesouhlasu s odběrem se neprodleně provede zápis, který je součástí zdravotnické dokumentace. Tento zápis podepíše pacient, ošetřující lékař a svědek, a pokud se pacient s ohledem na svůj zdravotní stav nemůže podepsat, potvrdí projev jeho vůle ještě další svědek.

Vyplnění se provádí na následujícím formuláři:

<https://www.uzis.cz/res/file/registry/nrod/formular-nrod-vyjadreni-nesouhlasu.pdf>. V zápise se uvede též datum a hodina, kdy bylo prohlášení učiněno. Kopii zápisu o prohlášení je pak praktický lékař jako poskytovatel zdravotních služeb povinen do tří dnů od jeho sepsání zaslat Národnímu registru osob nesouhlasících s posmrtným odběrem tkání a orgánů.

Druhou možností je odkázat na stránky registru (<https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--ostatni-rezortni-registry--narodni-registr-osob-nesouhlasicich-s-posmrtnym-odberem-tkani-a-organu#faq>), kde je přímo připraven i formulář k vyplnění a návod, jak postupovat. Vyjádření nesouhlasu s posmrtným odběrem tkání a orgánů lze zaslat nebo osobně doručit na adresu zpracovatele, kterým je: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, Palackého náměstí 4, P. O. Box 60, 128 01 Praha 2. Datová schránka: kb9egte.

Pacient a přání darovat tělo pro vědecké účely

Pacient vyjádří přání, že chce posmrtně darovat své tělo pro účely vědecké pitvy. Jak má praktický lékař pacienta nasměrovat, aby jeho vůle byla realizována?

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (ZZS), v ustanovení § 88 rozlišuje jednotlivé typy pitev, přičemž výše uvedená pitva je označena jako pitva anatomická, která se provádí k výukovým účelům nebo pro účely vědy a výzkumu v oblasti zdravotnictví. Anatomické pitvy mohou provádět pouze univerzitní vysoké školy, které mají akreditovaný bakalářský nebo magisterský studijní program, jehož absolvováním se získává odborná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, na pracovištích k tomu určených.

Pokud pacient vyjádří výše uvedené přání, je možné jej odkázat na některý z anatomických ústavů vysoké školy (který tělo přijímá), se kterým uzavře za svého života **písemnou smlouvu**, na jejímž základě bude zařazen do registru osob, jejichž tělo lze po smrti použít pro potřeby lékařské vědy, výzkumu nebo k výukovým účelům a provést u něj pitvu. Vzorové smlouvy mají připravené jednotlivé anatomické ústavy lékařských fakult.

Praktický lékař by měl pacienta nasměrovat na tyto anatomické ústavy a doporučit pacientovi, aby zároveň s touto informací seznámil rodinu.

Svědék Jehovův a dříve vyslovené přání

Plně svéprávný a kompetentní pacient, člen církve Svědků Jehovových, chce učinit dříve vyslovené přání, ve kterém odmítá transfuzi krve. Jak má lékař v takovém případě postupovat?

Plně svéprávný a kompetentní pacient má právo odmítnout péči, a to i prostřednictvím dříve vysloveného přání, kdy vyslovuje svou vůli do budoucnosti. Takovou vůli je pak třeba respektovat i v situaci, kdy možným následkem je smrt pacienta nebo vážné ohrožení jeho života. Z ústavního principu nedotknutelnosti integrity osobnosti vyplývá zásada svobodného rozhodování v otázkách péče o vlastní zdraví.

Podle ustanovení § 36 zákona o zdravotních službách bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to ošetřujícím lékařem se specializovanou způsobilostí.

V této situaci to bude často praktický lékař, který provede poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí. Ještě před tímto poučením je potřeba zvážit, zda rozhodnutí odmítnout transfuzi je jasné, konkrétní a jednoznačné a reprezentuje aktuální postoj pacienta k věci.

Zároveň by měl být pacient kompetentní k vyjádření takové vůle. To znamená, že by měl být schopen porozumět poskytnutým informacím o svém zdravotním stavu, povaze léčby, rizicích a následcích, vztáhnout tyto informace ke své vlastní situaci, rozvažovat o jednotlivých alternativách a jasně vysvětlit, proč preferuje svou volbu. Není nutné, aby byla „racionální“ z hlediska lékaře, ale musí být srozumitelná a reprodukovatelná.

Pokud jsou tyto podmínky naplněny, pak lékař provede ústní i písemné poučení – vhodné je například poukázat i na alternativní léčebné postupy, které využívají bezkrevní medicíny namísto krevní transfuze. Ty mohou být v určitých kontextech obdobně účinné a lze je využít.

K dříve vyslovenému přání lze použít vzor v kapitole 7. Dříve vyslovené přání musí mít úředně ověřený podpis.

Pacient ukončující chemoterapii

Pacient v pokročilé fázi onkologického onemocnění, léčený chemoterapií, se rozhodne léčbu ukončit kvůli těžké únavě a nepříjemným nežádoucím účinkům. Přeje si dožít doma, bez dalších invazivních zásahů. Jak by měl praktický lékař reagovat?

Kompetentní pacient má právo na volbu možných léčebných postupů, včetně možnosti určité typy výkonů odmítnout. Pokud lékař nemá pochybnosti o kompetenci pacienta, pak je důležité respektovat autonomní vůli pacienta.

Lékař musí s pacientem, případně i s jeho příbuznými (pokud to pacient neodmítá), situaci prodiskutovat, informovat ho o důsledcích a rizicích jeho rozhodnutí a jiných možnostech poskytnutí zdravotních služeb. Dále je vhodné s pacientem probrat i prognózu, cíle navrhované zdravotní péče, otázku přijatelné kvality pacientova života, včetně jeho hodnot a preferencí, a vše zaznamenat do zdravotnické dokumentace. O odmítnutí chemoterapie se provede záznam o informovaném odmítnutí (viz vzor).

Praktický lékař by měl v takovém případě s pacientem probrat také management bolesti a dalších symptomů a nastavit vhodný režim symptomatické péče.

S pacientem je vhodné probrat i doporučení na domácí hospicovou péči, která je dostupná v dané oblasti (některé lze nalézt například zde: <https://www.mobilnihospice.cz/o-mobilnich-hospicich#hledam-hospicovou-peci>). Domácí hospicová péče zajistí vhodnou specializovanou paliativní péči, aby nemocný mohl strávit závěr života doma v péči rodiny. Tato péče je částečně hrazena ze zdravotního pojištění při splnění uvedených podmínek (srovnej Metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví ČR k poskytování mobilní specializované paliativní péče https://www.paliatr-vysocina.cz/wp-content/uploads/2017/12/mz--metodicky_pokyn_mspp.pdf).

Pokud pacient nesplňuje podmínky, případně není domácí hospicová péče v oblasti dostupná, je vhodné, aby praktický lékař s pacientem prodiskutoval paliativní zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta (§ 10 ZZS) a domluvil případně jiné možnosti zapojení sociální pečovatelské služby.

Konečně může praktický lékař probrat s pacientem i rodinou otázky příspěvků na péči pro ošetřující rodinné příslušníky, případně předání kontaktů na půjčovnu pomůcek, případně i otázku psychologické podpory pro pacienta a rodinu.

Pacient s ALS a odmítnutí dlouhodobé přístrojové podpory

Pacient s ALS sděluje praktickému lékaři přání nebýt dlouhodobě připojen na přístroje. Připouští krátkodobou přístrojovou podporu v rámci terapeutického pokusu, ale odmítá dlouhodobou závislost. Jak má lékař jeho přání zaznamenat a respektovat?

Vůli pacienta lze vyjádřit předem jako *dříve vyslovené přání*, pro situaci, kdy by se pacient dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí. Podle § 36 zákona o zdravotních službách musí platnému dříve vyslovenému přání předcházet poučení ošetřujícím lékařem se specializovanou způsobilostí.

Kromě obecných náležitostí poučení, týkajících se např. zdravotního stavu a důsledků, je důležité upozornit pacienta také na to, že v současné době nepanuje jednoznačná shoda na interpretaci ustanovení § 36 odst. 5 písm. b) ZZS, kde je uvedeno, že dříve vyslovené přání „nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti“.

Zatímco je možné zavázat poskytovatele zdravotních služeb, aby nezačal přístrojovou podporu (která je zároveň život udržující léčbou), interpretace zákona v případě ukončení přístrojové podpory není jednoznačná. Podle původní důvodové zprávy je totiž aktivním ukončením života míněno i odpojení od přístrojové podpory a pro tyto situace tedy dříve vyslovené přání nelze použít. Znění zákona se v tomto ustanovení nezměnilo, nicméně důvodová zpráva nyní odpojení připouští. Z toho důvodu je pravděpodobné, že by takové dříve vyslovené přání mělo být respektováno, nicméně interpretace zákona je z právního hlediska stále problematická. Proto by měl být pacient na tuto situaci upozorněn.

K utvoření dříve vysloveného přání a poučení lze použít přiložený vzor.

Pacient s kognitivní poruchou a odmítnutí léčby

77letá onkologická pacientka s časným záchytem karcinomu prsu má diagnostikovanou mírnou Alzheimerovu demenci, není však jasně nekompetentní. Léčba onkologického onemocnění zahrnuje operaci a následnou hormonální terapii s relativně slušnou šancí na dlouhodobější přežití. Pacientka vyjadřuje přání nezačít plánovanou léčbu, nechce „už chodit do nemocnice“ a nechce podstoupit operaci. Jak posoudit její schopnost rozhodovat a jak postupovat?

V takovém případě je z hlediska praktického lékaře klíčové posoudit kompetenci pacientky, její rozumovou a volní vyspělost. Pacientka musí chápat význam a následky svého rozhodnutí, aby mohla skutečně autonomně odmítnout léčbu.

Pro posouzení kompetence jsou důležité následující složky – porozumění poskytnutým informacím o zdravotním stavu, povaze navrhované léčby, jejích rizicích, přínosech a alternativách, schopnost vztahovat tyto informace ke své vlastní situaci, racionálně porovnávat alternativy a vysvětlit své preference, **schopnost sdělit svou volbu**. Kompetenci lze posoudit na základě rozhovoru, kognitivního testu (test MMSE je jen podpůrným nástrojem), případně lze zapojit i klinického psychologa a rodinné příslušníky.

Pokud pacientka i přes kognitivní poruchu dokáže reprodukovat základní informace a vysvětlit, proč nechce léčbu, vychází se z předpokladu, že je kompetentní. Platí totiž, že i pacient s mírnou demencí může být kompetentní, pokud rozumí a dovede vyjádřit důvody svého odmítnutí.

Pokud je přání pacientky trvalého rázu, sepíše se v takovém případě *informované odmítnutí* (viz vzor) a pacientka, včetně jejích rodinných příslušníků, je poučena o rizicích a následcích takového odmítnutí.

V případě, že si praktický lékař není jistý kompetencí pacientky a dochází k rozporu názorů o postupu poskytování zdravotních služeb, je možné zapojit jako etického mediátora například jiného lékaře působícího u jiného poskytovatele zdravotních služeb.

Své rozhodnutí (včetně posouzení kompetence) zaznamenává praktický lékař do zdravotnické dokumentace.

Rozpor v rodině u pacienta s demencí

81letý pacient, vdovec, s pokročilou demencí žije doma v péči rodiny, kam dochází praktický lékař na pravidelné domácí návštěvy. Pacient má chronické srdeční selhávání a chronickou obstrukční plicní nemoc. V posledním roce měl dvě epizody těžké pneumonie. Pacient se zhoršuje – hubne, má opakované infekce a je stále více závislý na pomoci druhých. Syn požaduje pokračování léčby za každou cenu, včetně volání RZP a provádění resuscitace, dcera naopak preferuje komfortní paliativní přístup bez resuscitace a invazivních zásahů. Kdo je oprávněn udělovat zástupný souhlas a jak má lékař postupovat?

Pacient v této kazuistice není kompetentní, a proto není schopen samostatně rozhodovat o postupu zdravotní péče. Jestliže takový pacient není omezen ve svéprávnosti a není mu ustanoven opatrovník, rozhoduje za něj osoba se zástupčím oprávněním. Tou může být jednak osoba určená dopředu pacientem (§ 33 odst. 1 ZZS), pokud ji pacient ustanovil, dokud byl kompetentní. Pokud takovou osobu neurčil, postupuje se podle ustanovení § 34 odst. 7 ZZS. Zde jsou osoby uvedeny v následujícím pořadí: na prvním místě je manžel nebo registrovaný partner, není-li takové osoby nebo není-li dosažitelná, vyžaduje se souhlas jiné svéprávné osoby blízké, pokud je známa.

Vzhledem k tomu, že pacient nemá manželku a ne zvolil si osobu se zástupčím oprávněním dopředu, mohou zástupné rozhodování činit obě děti pacienta, přičemž se ovšem stále přihlíží k názoru pacienta, pokud je to přiměřené jeho kompetenci. V tomto případě ovšem pacient svůj názor není schopen vyjádřit, a tak je nutné řešit rozhodnutí jeho dětí. Děti mají ovšem rozhodovat v nejlepším zájmu pacienta, což značí, že by měly respektovat i tzv. *hypotetickou vůli* pacienta, tedy to, co by si daný konkrétní pacient v dané situaci pro sebe přál, kdyby mohl rozhodovat sám – pokud zde nejsou žádné indicie, je vhodné vycházet z toho, co by si přál běžný rozumně uvažující pacient.

V této situaci je důležitá komunikace – lékař by měl rodinným příslušníkům vysvětlit, že resuscitace a intenzivní zásahy u pacienta s pokročilou demencí, srdečním selháním a chronickou obstrukční plicní nemocí mají jen velmi malou naději na úspěch a pravděpodobně povedou jen k prodloužení utrpení pacienta. Zdůrazní, že taková kurativní léčba by vzhledem ke zdravotnímu stavu pacienta s vysokou pravděpodobností nepřinesla pacientovi žádný medicínský prospěch a nebyla by tak přiměřená jeho stavu, proto by péče měla být směřována na symptomatickou a paliativní léčbu doma, s podporou mobilního hospice. Pokud i v takovém případě neshoda trvá, je vhodné zajistit nezávislý názor jiného lékaře či zajistit komunikaci etického mediátora. Poslední možností je soudní ingerence.

Z praktického hlediska by lékař měl do zdravotnické dokumentace zaznamenat posouzení způsobilosti pacienta (tj. zaznamenat, že pacient není schopen porozumět povaze léčby ani jejím důsledkům), zaznamenat rozhovor s rodinou, jejich názory na alternativy léčby i navrhované postupy, včetně hodnocení přiměřenosti zdravotní péče.

Gliový nádor a odmítnutí informování pacientky

Pacientka ve věku přibližně 70 let, částečně omezená ve svéprávnosti, s gliovým nádorem mozku. Pacientka přichází s dcerou, která je ustanovena jako její opatrovník a o svou matku se stará. Lékař doporučí specializované vyšetření a hospitalizaci. Dcera však toto odmítá a zároveň žádá, aby matce nebyly podávány žádné informace. Jak má praktický lékař postupovat, pokud je pacientka podle názoru lékaře intermitentně lucidní?

Soud v rozhodnutí o omezení svéprávnosti určí, jaké právní jednání osoba není schopna činit samostatně a pro jaké je jí určen opatrovník. Soud může rozhodnout i o omezení svéprávnosti při rozhodování o zdravotní péči, konkrétní omezení je stanoveno v soudním rozhodnutí (pacient může být např. uznán způsobilým k běžným rozhodnutím, ale omezen v rozhodování o vysoce rizikových či život zachraňujících zákrocích). Podstatné je tedy v takovém případě znát obsah takového rozhodnutí, které by měl opatrovník (dcera pacientky) předložit. Je vhodné zdůraznit, že i při omezení svéprávnosti může být pacientka v konkrétním okamžiku kompetentní k rozhodnutí o konkrétním zdravotním výkonu.

Kromě toho je také nutné upozornit na to, že i pacientka omezená ve svéprávnosti má právo na informace v rozsahu její rozumové a volní vyspělosti (§ 31 odst. 5 ZZS). Zároveň se zjišťuje její názor na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb. Tento názor musí být zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně se stupněm rozumové a volní vyspělosti (§ 35 odst. 1 ZZS). Dcera tedy nemá právo ovlivnit lékaře tak, aby informace nebyly sděleny pacientce. Opatrovník nemůže vyloučit právo pacientky na informace v rozsahu odpovídajícím její rozumové a volní vyspělosti. Je proto naopak nutné pacientku informovat přiměřeným způsobem a zjistit její názor, pokud je schopna se k nastalé situaci vyjádřit.

Lékař by měl dceři i pacientce vysvětlit situaci a zároveň upozornit na to, co je nevhodnější péče pro pacientku, co je podle lékaře v jejím nejlepším zájmu. Zároveň by měla být co nejvíce zohledněna přání samotné pacientky.

V daném případě není praktický lékař ten, který může rozhodovat o další léčbě u jiného poskytovatele zdravotních služeb (proto nemůže podat např. podnět soudu o rozhodnutí o nejlepším zájmu pacientky v případě rozporu názorů), pouze doporučuje péči u jiného poskytovatele. Rozhodování o poskytnutí nebo odmítnutí této péče tedy není v jeho pravomoci.

Měl by se ale snažit co nejvíce pomoci, aby byla realizována autentická přání pacientky. Proto by se měl snažit komunikovat s dcerou, které by se měl snažit vysvětlit, proč jsou určité postupy vhodnější než jiné. Cílem je usilovat o společnou dohodu všech zúčastněných. Do zdravotnické dokumentace by měl praktický lékař zaznamenat obsah rozhovoru, stav kompetence pacientky, její vyjádřený názor a postoj dcery.

Onkologický pacient žádající o ukončení života

Plně svéprávný a kompetentní pacient s onkologickým onemocněním, trpící silnými bolestmi, žádá praktického lékaře o ukončení života. Pacient zatím není v terminálním stavu. Jak má lékař reagovat v situaci, kdy pacient vyslovuje přání eutanázie?

Primárně je nutné pacienta poučit, že aktivní eutanázie ani asistované sebeusmrcení nejsou v České republice právně dovoleným jednáním, a proto jeho přání nelze splnit. Je možné nabídnout pouze maximální zapojení paliativní péče a účinnou léčbu bolesti.

Pacient by měl být zároveň informován, že vhodně zvolená paliativní protinádorová péče může vést ke zmírnění projevů onemocnění, zejména k tlumení a mírnění bolesti. V některých případech je již indikován pouze symptomatický paliativní přístup. Cílem je udržet přijatelnou kvalitu života až do jeho konce.

Pacienta je v tomto případě vhodné ujistit, že existují účinné prostředky ke zmírnění bolesti, a zdůraznit, že cílem péče bude zajištění důstojného života až do jeho závěru. Praktický lékař může nabídnout akutní farmakologickou léčbu bolesti, poučit pacienta o možnostech speciální paliativní péče a odkázat ho na vhodného poskytovatele zdravotních služeb. S pacientem je možné prodiskutovat i farmakologickou paliativní sedaci v případě neztižitelných symptomů. Konečně je vhodné doporučit i možnosti psychologické, psychosociální a spirituální podpory.

Do zdravotnické dokumentace je důležité zapsat vyslovené přání pacienta, základní obsahové náležitosti rozhovoru a nabídnuté alternativy.

Stanovení DNR v domově pro seniory

Praktický lékař řeší otázku stanovení statusu DNR (do not resuscitate) u pacienta v domově pro seniory. Jak lze legálně a eticky limitovat péči? Je třeba rozhodnutí projednat s pacientem, případně jeho rodinou?

Rozhodnutí o DNR je jedním z rozhodnutí o limitaci rozsahu péče, tj. rozhodnutím o tom, jaké postupy již nejsou dále pro pacienta přínosné. Konkrétně se DNR týká neprovedení kardiopulmonální resuscitace. Toto rozhodování se skládá ze dvou složek – autonomního vyjádření vůle pacienta (směřující k tomu, co pacient chce) a medicínské indikace.

Ústavní soud ve svém nálezu sp. zn. I. ÚS 1594/22 zdůraznil, že rozhodnutí o DNR nemůže být jednostranné. Pokud je pacient kompetentní, musí být zapojen do rozhodování a musí být konzultován. Rozhodnutí o neresuscitování člověka se totiž dotýká pacientovy integrity, důstojnosti i kvality života. Je proto nutné, aby kompetentní pacient či jeho blízcí byli zapojeni do rozhodování o uvedeném pokynu DNR.

Ač medicínská úvaha náleží lékaři, při rozhodování o pokynu DNR je třeba zahrnout i hodnotové úvahy, které náležejí pouze pacientovi. Pro jednoho pacienta může představovat resuscitace s nízkou šancí na plné obnovení životních funkcí nepřiměřenou a nesmyslnou léčbu, pro druhého může mít i krátké prodloužení života zásadní smysl.

Limitování péče prostřednictvím DNR je tedy možné pouze po prokonzultování s pacientem (je-li kompetentní). Pacient musí být zapojen do rozhodování na základě otevřeného rozhovoru, s citlivým vysvětlením medicínské prognózy a možných následků resuscitace. Výsledkem může být limitace včetně podpisu informovaného odmítnutí (reversu) nebo sepsání dříve vysloveného přání. Pokud pacient není kompetentní, pak je nutné eventualitu limitace probrat s osobou se zástupčím oprávněním.

Vzhledem k tomu, že by rozhodování o limitaci péče mělo být zároveň typicky kolektivním rozhodnutím, je vhodné, aby bylo v této situaci konzultováno s členy ošetřujícího týmu, eventuálně jiným konzultujícím lékařem.

Do zdravotnické dokumentace se zapisuje obsah rozhovoru, stanovisko pacienta (nebo osoby se zástupčím oprávněním), medicínská indikace a výsledné rozhodnutí.

Vzory

Negativní revers – odmítnutí navržené zdravotní služby

Negativní revers – odmítnutí navržené zdravotní služby

podle § 34 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo / datum narození:

Adresa bydliště:

Zákonný zástupce (je-li relevantní):

Poskytovatel zdravotních služeb:

Sídlo:

IČ:

Ošetřující lékař:

Popis zdravotního stavu:

„Vyplňuje lékař – např. diagnóza, prognóza apod.“

.....

Navržený postup:

„Vyplňuje lékař podle navrhovaného postupu léčby.“

.....

Prohlášení pacienta:

Byly mi podány informace o:

- charakteru a účelu navržené zdravotní služby,
- očekávaném přínosu,
- možných rizicích a následcích poskytnutí či neposkytnutí této služby,
- možných alternativách postupu (pokud jsou k dispozici).

Po zvážení všech informací a bez jakéhokoliv nátlaku tímto **odmítám** následující zdravotní službu/y:

vyšetření:

léčebný zákrok / výkon:

hospitalizaci / převoz do jiného zařízení:

jinou zdravotní službu:

Stručný popis odmítaných služeb:

.....

Poučení lékařem:

Pacient byl poučen v souladu s § 31 a § 34 zákona č. 372/2011 Sb.

Pacient byl/nebyl v době podepisování orientován, schopen komunikace a rozhodování.

Zdravotní stav pacienta v době podepsání:

zcela způsobilý k rozhodování

způsobilý s omezením (doplňte):

přítomna osoba se zástupčím oprávněním (např. z důvodu pochybností o způsobilosti)

přítomna jiná osoba napomáhající pacientovi k rozhodnutí

Datum a místo:

Podpis pacienta / zákonného zástupce:

Podpis zástupce (je-li třeba):

Podpis ošetřujícího lékaře:

Razítko poskytovatele zdravotních služeb:

Tato část se vyplňuje, jen pokud pacient odmítne či nemůže revers podepsat:

Jméno, příjmení a podpis svědka, pokud pacient odmítl tento záznam podepsat:

Potvrzuji svou přítomnost u podání informací, skutečnost, že pacient odmítl shora uvedené zdravotní služby a současně odmítl podepsat tento záznam – revers.

Místo, datum a hodina:

Podpis svědka:

Pro případ, že se pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro který se pacient nemohl podepsat:

Způsob, jak pacient projevil svou vůli (slovní vyjádření, jiný způsob):

Místo, datum a hodina:

Jméno, příjmení a podpis svědka:

Negativní revers – odmítnutí navržené zdravotní služby v závěru života

podle § 34 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo / datum narození:

Adresa bydliště:

Zákonný zástupce (je-li relevantní):

Poskytovatel zdravotních služeb:

Sídlo:

IČ:

Ošetřující lékař:

Popis zdravotního stavu:

„Vyplňuje lékař – např. diagnóza, prognóza apod.“

.....

Navržený postup:

„Vyplňuje lékař podle navrhovaného postupu léčby.“

.....

Prohlášení pacienta:

Já, níže podepsaný(á), tímto prohlašuji, že jsem byl(a) **řádně a srozumitelně informován(a)** o svém zdravotním stavu, zejména:

- že trpím závažným, nevléčitelným onemocněním v pokročilém stadiu,
- že můj zdravotní stav se zhoršuje a může vyžadovat **nemocniční léčbu**,
- že existuje možnost **hospitalizace** nebo jiného léčebného zásahu, který by mohl prodloužit život, ale **bez záruky zlepšení kvality života**,
- že odmítnutí navržené péče může vést ke zhoršení mého stavu či k úmrtí.

Byly mi vysvětleny přínosy a rizika dalšího lékařského postupu, zejména:

- možnost zmírnění obtíží při hospitalizaci,
- možnost užití nemocniční paliativní péče.

Přes výše uvedené informace tímto **odmítám následující zdravotní službu/y** (zaškrtněte):

- převoz do nemocnice / hospitalizaci
- podání infuzní terapie
- invazivní diagnostiku nebo léčbu
- jinou péči:

Rozhoduji se **setrvat v domácím prostředí** s cílem dožít život důstojně, s podporou symptomatické (paliativní) péče.

Jsem si vědom(a), že tímto rozhodnutím přebírám plnou odpovědnost za případné důsledky odmítnuté léčby. Toto rozhodnutí činím **svobodně, informovaně a bez nátlaku**.

Poučení lékařem:

Pacient byl řádně poučen o zdravotním stavu, možných rizicích i následcích odmítnutí zdravotních služeb. Byl poučen i o tom, že svůj souhlas nebo nesouhlas může kdykoli změnit.

Pacient byl/nebyl v době podepisování orientován, schopen komunikace a rozhodování.

Zdravotní stav pacienta v době podepsání:

- zcela způsobilý k rozhodování
- způsobilý s omezením (doplňte):
- přítomna osoba se zástupčím oprávněním (např. z důvodu pochybností o způsobilosti)
- přítomna jiná osoba napomáhající pacientovi k rozhodnutí

Datum, hodina a místo:

Podpis pacienta / zákonného zástupce:

Podpis lékaře:

Razítko poskytovatele zdravotních služeb:

Tato část se vyplňuje, jen pokud pacient odmítne či nemůže revers podepsat:

Jméno, příjmení a podpis svědka, pokud pacient odmítl tento záznam podepsat:

Potvrzuji svou přítomnost u podání informací, skutečnost, že pacient odmítl shora uvedené zdravotní služby a současně odmítl podepsat tento záznam – revers.

Místo, datum a hodina:

Podpis svědka:

Pro případ, že se pacient nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro který se pacient nemohl podepsat:

Způsob, jak pacient projevili svou vůli (slovní vyjádření, jiný způsob):

Místo, datum a hodina:

Jméno, příjmení a podpis svědka:

Dříve vyslovené přání pacienta u praktického lékaře

Dříve vyslovené přání pacienta u praktického lékaře

podle § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Jméno a příjmení pacienta:

Rodné číslo / datum narození:

Adresa bydliště:

Zákonný zástupce (je-li relevantní):

Poskytovatel zdravotních služeb:

Sídlo:

IČ:

Ošetřující lékař:

Já, níže podepsaný, tímto prohlašuji, že za situace, kdy **nebudu schopen(a) s ohledem na svůj zdravotní stav samostatně projevít svou vůli**, a bude nutné rozhodnout o poskytování nebo ne/poskytování zdravotních služeb, chci, aby bylo respektováno toto mé **dříve vyslovené přání**:

I. Postoj k život prodlužující léčbě:

V případě, že se ocitnu v **nevléčitelném stadiu závažného onemocnění**, které:

- není dále ovlivnitelné léčbou s kurativním účinkem,
- vede ke ztrátě vědomí nebo schopnosti komunikovat,
- a je spojeno s těžkým utrpením nebo trvale nepříznivou prognózou,

odmítám poskytnutí život prodlužujících výkonů, jako jsou:

- napojení na přístroje zajišťující základní životní funkce (např. umělá plicní ventilace),
- zapojení umělé výživy (např. užití nasogastrické sondy, či PEG sondy, ...)
- provedení dialýzy bez výhledu na zlepšení stavu.
- jiné výkony (popis, např. transfuze, chirurgické zákroky apod.):
.....

přeji si, aby byly výše uvedené výkony poskytnuty (i za cenu umělého udržování života).

II. Odmítnutí resuscitace (DNR):

V případě náhlé zástavy životních funkcí si

nepřeji, aby byla prováděna kardiopulmonální resuscitace (KPR), pokud by se jednalo o situaci, kdy:

- budu trpět závažným chronickým nebo nevléčitelným onemocněním v pokročilém stadiu,
- bude zjištěna asystolie nebo elektrická aktivita bez pulzu (PEA) jako první zaznamenaný rytmus. v takovém případě si nepřeji KPR s výjimkou situací, kdy lze důvodně předpokládat přechodnou a řešitelnou příčinu (např. hypoxie, hypotermie, intoxikace),
- mezi zástavou oběhu a zahájením resuscitace uběhne více než 10 minut.

Současně souhlasím s provedením KPR pouze tehdy, pokud z okolností případu bude zjevné, že:

- k zástavě dojde v přímé souvislosti s úrazem nebo přechodnou a reverzibilní příčinou (např. hypoglykemie, anafylaxe, tonutí),
- zásah zdravotníků bude okamžitý a lze důvodně očekávat plné obnovení vitálních funkcí bez neurologického poškození,
- má aktuální tělesná i duševní kondice bude v dané situaci dobrá a můj zdravotní stav nebude bránit návratu k plnohodnotnému životu.

Všude tam, kde je pravděpodobnost takového úspěchu nízká nebo spojená s těžkými následky (ztrátou vědomí, trvalým poškozením mozku, úplnou závislostí na pomoci druhých), trvám na **neprovádění KPR**.

Důvody tohoto přání jsou (zaškrtněte):

- závažné chronické nebo terminální onemocnění,
- neslučitelnost resuscitace s mým přáním důstojně dožít život,
- mé přesvědčení, že taková intervence by byla nepřiměřená vzhledem k prognóze.

žádám o provedení kardiopulmonální resuscitace (KPR), i v případě, že šance na přežití bude velmi malá a jsou naplněny některé z výše uvedených podmínek.

III. Osoby důvěry

Určuji, že níže uvedené osoby mají být informovány o mém stavu a přáních, a žádám, aby byly zapojeny do rozhodování o postupu poskytovaných zdravotních služeb (§ 33 odst. 1) v případě, že nebudu schopen(a) s ohledem na svůj zdravotní stav samostatně projevit svou vůli, pokud to bude možné. Uvedené osoby mají právo nahlížet do zdravotnické dokumentace a činit zástupný souhlas v případě, kdy je to v souladu s tímto dříve vysloveným přáním.

- Jméno: Bydliště: Nar.: Tel:
- Jméno: Bydliště: Nar.: Tel:

IV. Závěrečné prohlášení pacienta:

Toto přání činím **dobrovolně, informovaně, s plnou vědomostí o jeho významu a důsledcích**, na základě poučení, které jsem obdržel(a) od svého praktického lékaře. Prohlašuji, že jsem byl(a) schopen(a) v době vyjádření tohoto přání samostatně rozhodovat a jednat.

Podpis pacienta:

Jméno a podpis lékaře (včetně razítka):

Příloha č. 1 Poučení lékaře o důsledcích dříve vysloveného přání:

Já, MUDr., potvrzuji, že jsem dne provedl(a) s pacientem/pacientkou podrobné **poučení o smyslu, rozsahu a právních důsledcích dříve vysloveného přání** dle § 36 zákona č. 372/2011 Sb.

Popis zdravotního stavu (*vyplní lékař*):

.....

Údaje o možných následcích nesouhlasu/souhlasu s provedením zdravotních služeb a výkonů uvedených Dříve vyslovených přání (*vyplní lékař*):

.....

Pacient(ka) byl(a) seznámen(a) mimo jiné s tím, že:

- má právo odmítnout poskytnutí konkrétních zdravotních služeb pro budoucnost,
- toto přání bude závazné v případě jeho/její neschopnosti projevit vůli,
- přání je možné kdykoli změnit nebo odvolat,
- jeho respektování je povinností všech poskytovatelů zdravotních služeb.

Pacient(ka) byl(a) seznámen(a) s tím, že dříve vyslovené přání:

-
- nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti,
- nelze respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby,
-

Pacient(ka) činil(a) rozhodnutí ve stavu způsobilosti, bez nátlaku a nebyly pozorovány známky duševní poruchy či známky kognitivního nebo psychického omezení.

V **dne**

Podpis lékaře:

Razítko poskytovatele zdravotních služeb:

Prohlašuji, že jsem byl lékařem poučen a poučení jsem plně porozuměl. Měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly ošetřujícím lékařem vysvětleny.

V **dne**

Podpis pacienta:

Dokument byl vyhotoven ve čtyřech vyhotoveních. Kopie jsou uloženy u:

- registrujícího praktického lékaře:
- zmocněné osoby:
- notáře:
- rodiny pacienta

Plná moc pro zástupce v rozhodování o zdravotní péči v závěru života

podle § 441 a násl. zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, a § 33-34 zákona
č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Zmocnitel (pacient):

- **Jméno a příjmení:**
- **Datum narození / RČ:**
- **Adresa:**
- **Telefon / e-mail (nepovinné):**

Zmocněnec (zástupce):

- **Jméno a příjmení:**
- **Datum narození / RČ:**
- **Adresa:**
- **Telefon / e-mail:**

I. Rozsah zmocnění

Já, níže podepsaný(á), tímto zmocňuji výše uvedeného zmocněnce, aby mě **zastupoval(a) při rozhodování o poskytování zdravotních služeb**, pokud v důsledku mého zdravotního stavu nebudu schopen(a) sám/sama vyjádřit souhlas či nesouhlas s léčbou nebo zdravotními výkony a činil veškerá právní jednání vyplývající ze zmocnění podle § 33 odst. 1 zákona o zdravotních službách.

Zmocněnec je oprávněn zejména:

1. poskytovat souhlas nebo nesouhlas s poskytováním zdravotních služeb v mém jménu,
2. nahlížet do zdravotnické dokumentace, pořizovat z ní výpisy, opisy a kopie,
3. účastnit se komunikace s poskytovateli zdravotních služeb včetně hospicové a paliativní péče,
4. rozhodnout o místě poskytování zdravotních služeb (např. domácí péče, lůžkové zařízení apod.),
5. v případě potřeby spolupracovat s mým praktickým lékařem nebo jinými poskytovateli zdravotních a sociálních služeb.

II. Prohlášení zmocnitele

1. Prohlašuji, že tato plná moc je udělena **dobrovolně, vážně a při plné svéprávnosti a způsobilosti k právnímu jednání**. Zmocněnce jsem předem informoval(a) o svých hodnotách a představách o závěru života, včetně případného dříve vysloveného přání.

2. Zmocněnec se bude řídit mým dříve vysloveným přáním, pokud bylo takové přání sepsáno, a bude při rozhodování zohledňovat mé hodnoty, postoje a předem sdělené priority.

III. Platnost plné moci:

1. Tato plná moc nabývá účinnosti **okamžikem mé nezpůsobilosti samostatně rozhodovat o zdravotní péči**.

2. Plnou moc mohu kdykoli odvolat. Platnost plné moci zaniká mou smrtí.

V dne

Podpis zmocnitele (pacienta):

Tuto plnou moc v plném rozsahu přijímám:

V dne

Podpis zmocněnce:

(Doporučeno – podpis svědka / ověření):

Svědek potvrzuje, že pacient plnou moc udělil vážně a při vědomí:

- **Jméno:**
- **Bydliště:**
- **Podpis:**
- **Datum:**

Návrh na omezení svéprávnosti a jmenování opatrovníka

Návrh na omezení svéprávnosti a jmenování opatrovníka

Okresní soud v [doplňte místo].....

Opatrovnické oddělení [doplňte adresu soudu].....

Navrhovatel(ka):

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa bydliště:

Telefon / e-mail (nepovinné):

Vztah k posuzované/mu:

Posuzovaný(á):

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého pobytu:

Aktuální místo pobytu (např. zařízení):

I. Odůvodnění návrhu

Navrhuji omezení svéprávnosti výše uvedeného posuzovaného z následujících důvodů:

- Závažné psychické onemocnění nebo jiné postižení s dopadem na právní jednání.
- Narušená orientace v čase, místě, poznávání osob.
- Neschopnost hospodařit s majetkem, nerozpoznávání hodnoty peněz.
- Závislost na péči druhé osoby, potřeba trvalého dohledu.
- Hrozba závažné újmy na zdraví, majetku nebo právech.

II. Rozsah navrhovaného omezení svéprávnosti

Navrhuji omezení v těchto oblastech:

- Uzavírání smluv (zejména finančních, nájemních, úvěrových).
- Rozhodování o zdravotní péči.
- Pobytová smlouva se zařízením sociálních služeb.

- Právní jednání vůči úřadům.
- Nakládání s finančními prostředky a majetkem.

III. Ospravedlnění omezení svéprávnosti

V dané situaci nejsou mírnější opatření vhodná, neboť nepostačují k ochraně zájmů posuzovaného. Nápomoc ani zastoupení členem domácnosti neřeší závažnost situace a praktické potřeby ochrany.

IV. Návrh osoby opatrovníka

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bližší vztah k posuzovanému:

Adresa:

V. Návrh na opatrovníka pro řízení:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa:

VI. Návrh rozsudku:

Na základě shora uvedených důvodů navrhuji, aby soud vynesl tento rozsudek:

I. Posuzovaný/á (uvést jméno, příjmení, datum narození, bydliště) se omezuje ve svéprávnosti (uvést v jakém rozsahu, jestli v dispozici s majetkem, v uzavírání smluv, rozhodování v záležitostech zdravotního stavu atd..., viz čl. I.).

II. Soud jmenuje posuzované/mu (uvést jméno, příjmení, datum narození, bydliště) opatrovníka/opatrovnici (uvést jeho jméno, příjmení, datum narození, bydliště).

VII. Prohlášení opatrovníka

Já (jméno, příjmení, datum narození, bydliště – osoba, která bude vykonávat funkci opatrovníka pro řízení) souhlasím s tím, abych vykonával/a funkci opatrovníka/opatrovnice pro řízení panu/paní (vypište údaje o osobě omezené ve svéprávnosti – jméno, příjmení, datum narození), ve kterém se bude jednat o schválení právního jednání.

Přílohy k návrhu:

- lékařská zpráva,
- souhlas navrhovaného opatrovníka,
- kopie občanského průkazu posuzovaného,
- případně zpráva zařízení, kde se posuzovaný nachází.

V dne

Podpis navrhovatele:

Telefonický kontakt:

Vnitřní směrnice o zacházení s omamnými a psychotropními látkami – ordinace praktického lékaře

Vnitřní směrnice o zacházení s omamnými a psychotropními látkami – ordinace praktického lékaře

Poskytovatel zdravotních služeb:

Sídlo:

IČ:

I. Úvodní ustanovení

Tato vnitřní směrnice upravuje podmínky pro zacházení s omamnými a psychotropními látkami (dále jen „OPL“) u poskytovatele zdravotních služeb v ambulanci praktického lékaře, v souladu s následujícími právními předpisy:

- zákonem č. 167/1998 Sb., o návykových látkách,
- zákonem č. 378/2007 Sb., o léčivech,
- zákonem č. 541/2020 Sb., o odpadech,
- vyhláškou č. 123/2006 Sb., o požadavcích na zacházení s návykovými látkami a přípravky.

II. Definice a účel použití

OPL jsou používány výhradně za účelem léčby pacientů, např. léčby bolesti (akutní i chronické), paliativní péče nebo léčby duševních poruch nebo těžké úzkosti.

III. Oprávnění k zacházení

Poskytovatel zdravotních služeb je oprávněn zacházet s OPL na základě:

- oprávnění k poskytování zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství,
- registrace k zacházení s návykovými látkami u Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL).

Za správné nakládání s OPL odpovídá poskytovatel, resp. osoba určená poskytovatelem jako odborný garant. Pověřené osoby musí být k manipulaci s OPL způsobilé.

IV. Skladování a zabezpečení

OPL jsou uloženy v uzamykatelné kovové schránce ve zvlášť uzamčeném prostoru ordinace. Přístup ke klíčům mají pouze pověřené osoby. při skladování OPL se dodržují podmínky skladování stanovené výrobcem přípravku.

V. Příjem a výdej OPL

Příjem OPL je evidován samostatně dle dodacích listů oprávněného distributora, v souladu s právními předpisy, zejména § 13 zákona č. 167/1998 Sb.

Každý výdej (např. aplikace pacientovi v ordinaci) je zapsán do evidenční knihy, kde je uvedeno:

- datum,
- název a množství přípravku,
- pacient, indikace,
- podpis osoby provádějící výdej nebo aplikaci.

VI. Likvidace nepoužitelných nebo prošlých OPL

1. Nepoužitelné nebo prošlé omamné a psychotropní látky se považují za nebezpečný odpad. Jejich likvidace probíhá prostřednictvím oprávněné osoby, která je držitelem souhlasu k nakládání s nebezpečnými odpady dle zákona č. 541/2020 Sb., o odpadech.

2. Poskytovatel zdravotních služeb předá OPL k likvidaci na základě písemné smlouvy a obdrží protokol o převzetí odpadu k likvidaci.

3. Záznam o likvidaci obsahuje zejména:

- datum a místo převzetí,
- druh a množství likvidované látky,
- číslo šarže (je-li dostupné),
- identifikaci osoby, která látky převzala,
- podpis osoby odpovědné za předání.

4. Originál protokolu o likvidaci se archivuje minimálně po dobu 5 let.

VII. Kontroly evidence

1. Kontrola evidence omamných a psychotropních látek se provádí nejméně jednou měsíčně. Každá kontrola je řádně zaznamenána v kontrolním záznamu, včetně data a podpisu odpovědné osoby.

2. Zjištěné nesrovnalosti se neprodleně hlásí SÚKL.

VIII. Závěrečná ustanovení

1. Všichni zaměstnanci, kteří přicházejí do styku s OPL, jsou s touto směrnicí seznámeni, což potvrzují svým podpisem.
2. Tato směrnice nabývá účinnosti dnem: [doplňte datum].....
3. Směrnice je uložena u poskytovatele zdravotních služeb a je dostupná ke kontrole oprávněným osobám.

Závěr

Paliativní péče by měla přestat být okrajovým tématem pro praktické lékaře, naopak by se měla stát součástí jejich praxe u pacientů, u nichž se kurativní model léčby zvolna vyčerpává. Jsou to právě lékaři z primární ambulantní péče, kteří stojí v první linii kontaktu s pacientem a jeho rodinou. Právě oni mohou znát jeho životní příběh, zdravotní historii i hodnoty, které jsou pro pacienta důležité. v závěru života má proto praktický lékař klíčovou roli – je to on, kdo může otevírat citlivá témata, mluvit o cílech zdravotní péče, snažit se spolu s pacientem (případně jeho rodinou) utvářet budoucí plán léčby.

Tato publikace má napomoci, aby se praktický lékař v oblasti rozhodování v závěru života lépe orientoval, aby znal a respektoval etické principy, které jsou pro jednání s pacientem podstatné, a také aby se orientoval v řadě medicínsko-právních předpisů, které paliativní péči rámuje.

V závěru si dovolueme shrnout několik zásadních bodů, které považujeme za podstatné, proto by je měl praktický lékař uvažující o principech paliativní péče mít vždy na paměti:

1. **Respektujte autonomii pacienta** – vnímejte a dokumentujte jeho přání a hodnoty. Vždy se ujistěte, že pacient rozumí navrženým možnostem a důsledkům svého rozhodnutí.
2. **Otevřeně komunikujte** – nebojte se s pacientem a jeho rodinou mluvit o diagnóze, prognóze, cílech léčby, možnostech léčby, včetně možností paliativní péče, i o umírání. Otevřená komunikace posiluje důvěru ve vztahu a předchází nedorozuměním.
3. **Zapojte rodinu nebo osoby blízké** – pokud s tím pacient souhlasí, je rodina klíčovým partnerem péče. Pomáhejte jim orientovat se v situaci, nabídněte prostor pro otázky a ujasnění obav. Paliativní péče má mimo jiné nabídnout pomoc i rodině, pro jejíž členy může pacientova nemoc přinášet psychické strádání.
4. **Plánujte s pacientem budoucí péči**, spoluutvářejte s ním cíl péče. Mějte na paměti, že plánování budoucí péče o pacienty s pokročilým závažným onemocněním má přínos pro pacienta i jeho blízké. Může být důležité i pro navazující péči u jiných poskytovatelů zdravotních služeb.
5. **Koordinujte zdravotní péči** – buďte prostředníkem mezi pacientem, rodinou, nemocnicí a specialisty. Praktický lékař je klíčovou figurou celého týmu. Pokud je to vhodné, podporujte domácí a hospicovou péči – včas informujte pacienty o dostupných možnostech péče mimo nemocnici a pomáhejte jim tyto služby zapojit.
6. **Myslete na kvalitu života pacienta** – kvalita života je v závěru života jedním z nejdůležitějších aspektů, který je třeba vyhodnocovat pro zvolení přiměřené péče. Zejména je důležité zmírňovat pacientova utrpení. Myslete proto i na zvládnutí symptomů – bolest, dušnost, úzkost a jiné symptomy mají zásadní vliv na kvalitu života. Praktický lékař může účinně pomoci jejich kontrole i v domácím prostředí.
7. **Mluvte o přiměřenosti péče, dříve vyslovených přáních či možnostech zástupného rozhodování** – zvažujte, zda navržené postupy skutečně přinášejí pacientovi benefit, nebo jen prodlužují utrpení. Mluvte o budoucích přáních pacienta, případně o možnosti, jak přání pacienta realizovat i v době, kdy nebude schopen své rozhodnutí vyjádřit.
8. **Zajistěte dokumentaci rozhodnutí** – zapisujte do zdravotnické dokumentace zásadní body rozhovorů, přání pacienta, jeho hodnotové preference a rozhodnutí omezující nebo ukončující léčebné postupy. Tím chráníte pacienta i sebe.
9. **Pracujte s vlastními emocemi** – péče o umírající pacienty je psychicky náročná a stresující. Nebojte se vyhledat podporu kolegů, supervizi nebo vzdělávání v paliativní medicíně.
10. **Seznamujte se s klíčovými právními instituty** – je zřejmé, že není v silách lékařů znát veškeré právní předpisy a jednotlivá ustanovení. Je však vhodné znát nejdůležitější právní instituty, jako je informovaný souhlas, negativní revers, dříve vyslovené přání, zástupné rozhodování a jiné, a umět je uplatňovat v klinické praxi.

Literatura

Česká literatura

- ČERNÝ, David. *Princip dvojího účinku: zabíjení v mezích morálky*. Praha: Academia, 2016.
- 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, Tomáš – DOLEŽAL, Adam. *Informovaný souhlas ve zdravotnictví: právní a etické aspekty*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2023.
- KUŘE, Josef (ed.) *Rozhodování o zdravotní péči v závěru života*. Vydání první. Praha: Academia, 2022.
- KREJČÍKOVÁ, Helena. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. Praha: Galén, 2014.
- MACH, Jan, et al. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování; Zákon o specifických zdravotních službách*. 2. vydání. Praha: Wolters Kluwer, 2023.
- STEINLAUF, Barbora. *Právo a péče v závěru života: rozhodování na pomezí intenzivní medicíny a paliativní péče*. Vydání první. Praha: Wolters Kluwer, 2022.
- ŠUSTEK, Petr – HOLČAPEK, Tomáš a kol. *Zdravotnické právo*. Praha: Wolters Kluwer, 2016.
- ŠUSTEK, Petr – HOLČAPEK, Tomáš. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Praha: ASPI, 2007.
- TĚŠINOVÁ, Jolana – DOLEŽAL, Tomáš – POLICAR, Radek. *Medicínské právo*. 2. vydání. Praha: C.H. Beck, 2019.

Další doporučené čtení

- ARIÈS, Philippe. *Dějiny smrti*. Praha: Argo, 2020.
- BEAUCHAMP, Tom L. – CHILDRESS, James F. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press, 2019.
- BENN, Stanley I. *Freedom, Autonomy and the Concept of a Person. Proceedings of the Aristotelian Society*. 1976, Vol. 76, Iss. 1, s. 109–130.
- BERLIN, Isaiah. *Liberty: Incorporating Four Essays on Liberty*. Oxford: Oxford University Press, 2002.
- DARWALL, Stephen. *The Value of Autonomy and Autonomy of the Will. Ethics*. 2016, Vol. 116, No. 2, s. 263–284.
- DWORKIN, Gerald. *The Theory and Practice of Autonomy*. New York: Cambridge University Press, 1988.
- HENNEZEL, Marie de. *Smrt zblízka: umírající nás učí žít*. Praha: ETC, 1997.
- ILLICH, Ivan. *Limity medicíny: Nemesis medicíny – zaprodané zdraví*. Brno: Emitos, 2012.
- KATZ, Jay. *The Silent World of Doctor and Patient*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2002.
- MANSON, Neil C. – O'NEILL, Onora. *Rethinking Informed Consent in Bioethics*. New York: Cambridge University Press, 2007.
- MILLER, G. Franklin – WERTHEIMER, Alan (eds). *The Ethics of Consent. Theory and Practice*. New York: Oxford University Press, 2010.
- O'NEILL, Onora – CHILDRESS, James F. *Autonomy and Trust in Bioethics*. 6th ed. New York: Cambridge University Press, 2002.

RANDALL, Fiona – DOWNIE, R. S. *The philosophy of palliative care: critique and reconstruction*. Oxford: Oxford University Press, 2006.

RUSINOVA, Katerina – VOIGT, Louis – MICHALSEN, Andrej. *Navigating Appropriateness of Care in the ICU: a Case-Based Application of the Fourfold Assessment*. *J. Intensive Care Med.*, 2025, Vol. 40, Iss. 10, s. 1096–110.

TAUBER, Alfred I. *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*. Cambridge, Mass.: MIT Press, c2005.

ZUCKER, M. B. – ZUCKER, H. D. *Medical Futility: And the Evaluation of Life-sustaining Interventions*. Cambridge: Cambridge University Press, 1997.

Webové stránky:

How Many Americans Have a Will? [online]. *Gallup News*, 23. 7. 2021 [cit. 6. 8. 2025]. Dostupné z: <https://news.gallup.com/poll/351500/how-many-americans-have-will.aspx>

Doležal, T. Změny v ZZS po 1.1. 2026 – dříve vyslovená přání. [online] *Zdravotnické právo a bioetika*. 15. 1. 2026 [cit. 1. 2. 2026]. Dostupné z <https://zdravotnickepravo.info/zmeny-v-zzs-po-1-1-2026-drive-vyslovena-prani/> (2026, 15. ledna)