

////////////////////////////////////

K PROMĚNÁM POJETÍ AUTONOMIE V BIOETICE

Abstrakt: Úvodní část je věnována připomenutí některých přínosů Ladislava Tondla a jeho díla pro české milieu. Pokouší se krátce shrnout některé metody a impulsy, na něž nyní navazujeme v oblasti technology assessment a v teorii a etice vědy. Další část textu uplatňuje některé Tondlovy ideje kritiky vědy; stať poukazuje na to, jak technizace medicíny vedla k narušení některých etických zásad ve výzkumu na lidských subjektech. Nastolení principu autonomie (Belmont Report) vedlo v bioetice k přechodu od paternalistického modelu k liberalistickému, který od počátku 90. let je nahrazen modelem post-liberalistickým; v ČR se však v důsledku hodnotového zpoždění prosazuje převážně teprve model liberalismu. Nejednoznačný, ale potřebný koncept autonomie připouští více interpretací a uplatňuje se i v etice péče.

Klíčová slova: bioetika; autonomie; paternalismus; etika péče

WENDY DROZENOVÁ

Filosofický ústav AV ČR

Kabinet pro studium vědy, techniky a společnosti

Jilská 1, 110 00 Praha 1

e-mail / Wendy.Drozenova@seznam.cz

Towards the Changes of the Concept of Autonomy in Bioethics

Abstract: The introduction is dedicated to the work of Ladislav Tondl, and his contribution to the Czech milieu. It tries to briefly summarize some of his methods and main ideas in the fields of technology assessment and theory and ethics of science that are giving us important impulses today; some of Tondl's critical ideas of science are applied in the second part of the contribution. Technization of medicine resulted in breach of ethical rules in research on human subjects. Implementation of the principle of autonomy (Belmont Report) caused the shift from the paternalistic model of bioethics to the liberalistic one; since the 1990s, there has been post-liberalistic model. In the CR, due to the value lag the liberalistic model still tends to be established. The concept of autonomy is not unambiguous, it is open to various interpretations, but it is necessary and it is used even in contemporary care ethics.

Keywords: bioethics; autonomy; paternalism; care ethics

1. Výzvy pro etiku vědy a techniky v díle Ladislava Tondla

V úvodu svého příspěvku u příležitosti oslavy životního jubilea profesora Ladislava Tondla se vrátím v krátkém ohlednutí k hlavním impulsům, které z jeho působení a životního díla vyplývaly v průběhu let pro moji generaci i pro mne osobně.

Vydání tohoto sborníku poskytuje příležitost poděkovat panu profesoru Tondlovi za jeho mnohaletou a všestrannou vědeckou práci, která teprve v budoucnu bude přiměřeně oceněna. Pro nás, kteří se můžeme pokládat alespoň v nějakém ohledu za jeho žáky, mělo velký význam to, že jsme mohli – alespoň občas – nahlédnout do myšlenkové dílny, v níž jeho práce vznikaly, seznámit se s jeho myšlenkovým vývojem a metodami, i když nemůžeme následovat jeho všestrannost a šíři rozhledu. Dovolím si zde připomenout jen některé z klíčových faktorů, které počítám mezi rozhodující přínosy pro odbornou práci v oblasti studií v rámci oboru „věda – technika – společnost“; ale také pro teorii vědy, včetně etiky vědy a techniky.

Kontakt s pozitivismem, s jeho idejemi a metodami analýzy, i osobní kontakt s Rudolfem Carnapem, znamenal pro českou filosofii prostřednictvím prof. Ladislava Tondla uchování a rozvoj této tradice i v době, která pro ni byla krajně nepříznivá: již v roce 1958 Ladislav Tondl vydal – spolu s kolektivem autorů – u nás po řadu let ojedinělý souhrn *Současná západní filosofie*, v roce 1966 pak v nakladatelství Academia knihu *Problémy sémantiky* (zpracovanou na základě přednášek uskutečněných v šedesátých letech). Třebaže později v sedmdesátých letech v oblasti filosofie profesor Tondl působit nemohl, pro nás, tehdejší studenty, bylo jeho dílo z šedesátých let známé a přinášelo významné impulsy pro náš myšlenkový rozhled a další profesní vývoj. Z této etapy jsme si odnesli snahu o jasnost a přesnost pojmů a metodologickou kázeň.

Zcela nové horizonty nám otevřelo setkání s činností prof. Tondla v oboru „technology assessment“ (TA) v Ústavu teorie a historie vědy ČSAV v devadesátých letech. Prof. Tondl se tehdy rád odvolával na Karla R. Poppera a jeho kritický racionalismus a jako přesvědčený stoupenec „otevřené společnosti“ se zaměřoval na hledání metod rozhodování o vědě a technice, které by bylo zároveň racionální, znalostně podložené i demokratické. Metody TA měly sloužit k tomu, aby bylo možno využít veškeré znalosti odborníků, ale přitom laická veřejnost mohla vnášet do rozvoje systému vědy a techniky vlastní hodnoty. Politický vývoj vedl ovšem záhy k rozpadu československého státu i ÚTHV jako samostatného ústavu Akademie věd; ústav se transformoval na Kabinet pro studium vědy, techniky a společnosti

při Filosofickém ústavu AV ČR a v souvislosti s tím se posunulo i jeho tematické zaměření. Etapa rozvoje TA však přinesla nový vhled do vztahu mezi vědou a společností. Ladislav Tondl byl stoupencem participativní demokracie a otevřené společnosti, upozorňoval ale také na rizika spojená s prosazováním referenda, které závažná rozhodnutí klade do rukou lidí, jimž chybí potřebné znalosti a často i odpovědnost. K takovému demokratickému rozhodování je nutné, aby veřejnost byla vzdělaná a také hodnotově na patřičné úrovni; nezbytná je také reflexe „hodnotového zpoždění“ naší společnosti za společnostmi, které již kladou větší důraz na kvalitu života, ekologické hodnoty apod.

Hodnoty a hodnocení v konfrontaci s technokratickými přístupy se prolínají celým Tondlovým dílem, neboť vědecko-technický rozvoj nechápe ve smyslu naivně pokrokářského imperativu, ale v konfrontaci se skutečnými potřebami, ideály a životními podmínkami konkrétních lidí. V tom jednak překračuje hranice technologického determinismu, který byl obsažen v marxismu a jemuž zůstává – vědomě či nevědomě – mnoho současných úvah o vědě a technice stále poplatných (s nimi se setkáváme někdy také u generace současných studentů); Tondl však marxismem explikované sociální a historické souvislosti zároveň ani nepodceňuje.

Reflexe hodnot a zároveň otázka odpovědnosti za práci vědce a technika je trvale přítomná v pozadí Tondlových úvah, i když se její tematizace objevuje jen v určitých kontextech, zvláště tam, kde vzniká etické dilema odpovědnosti za vznik potenciálně nebezpečných výsledků práce vědce. Prostřednictvím Tondlových prací a osobních kontaktů jsme se seznámili s řadou klíčových spisů z filosofie a etiky vědy a techniky, s činností Society for Philosophy and Technology, v níž se angažuje řada myslitelů včetně Friedricha Rappa, Güntera Ropohla, a amerických autorů, jako je např. Carl Mitcham či Paul Durbin, dále s pracemi J. J. Ellula, J. J. Salomona, Hanse Lenka a mnoha dalších.

Z tohoto období díla prof. Tondla mi utkvěla v paměti zejména kritika resortismu, jednostrannosti, kritika vědy jako instituce a potřeba multikriteriálního posuzování technických řešení a s tím související nutnost mezioborové spolupráce. Ideál jednotné vědy se sice ukázal jako nerealizovatelný, ale održení jednotlivých disciplín je třeba překonávat.

Hlavní výzvy pro další práci v oblasti etiky vědy, které lze pokládat za dědictví Tondlova díla, se pokusím shrnout do několika bodů, jejichž parafráze můžeme nalézt v jeho spisech, ale i osobních vyjádřeních a postojích v různých kontextech:

- Snaha o přesnou analýzu problému, která zahrnuje jasné vymezení klíčových pojmů, včetně případných odlišností vyplývajících z rozličného pohledu různých disciplín (sémantická analýza; rozbor toho, zda jsou termíny užívané v různých kontextech ve stejném smyslu atd.);
- Snaha o začlenění studovaného problému do širšího kontextu, v případě technického řešení do sociálních a kulturních souvislostí a do určitého časového horizontu;
- Snaha o integraci znalostních a hodnotových aspektů do jednoho systému;
- Hledání pravdy při vědomí omylnosti: nutnost tolerance a vědomí, že ani případná nalezená shoda není zárukou nalezení pravdy, resp. ideálního řešení.

Při formulování zásad různých oblastí aplikované etiky se Tondl často odvolával na práci Maxe Webera „Politika jako povolání“, kterou (jako řadu dalších Weberových prací) často citoval a zprostředkoval tak svým žákům smysl pro vyhýbání se jednostrannostem jak naivního idealismu, který nepočítá s důsledky vlastních činů, tak i přístupu, který pragmaticky oceňuje pouze úspěch bez ohledu na vnitřní morálnost jednání a cílů. Tondlovými a Weberovými slovy: „Vztah profesních etických systémů a absolutních etických principů bývá také charakterizován jako vztah ‚etiky odpovědnosti‘ a ‚etiky svědomí‘.“ V tomto kontextu mohu vyslovit jen osobní názor: Etika svědomí, jejímž základem pro evropskou i světovou kulturu je etika judaisticko-křesťanská, etika horského kázání a dalších částí Bible, není a nesmí být kladena do protikladu k jakékoliv profesní etice, a tedy ani etice lékaře, výzkumného pracovníka či inženýra. Naopak, jakákoliv společensky přijatelná profesní etika musí respektovat ty zásady, které zařazujeme do etiky svědomí.¹

V dalším textu se pokusím o aplikaci výše shrnutých přístupů na určitý okruh problémů v současném diskursu z oblasti lékařství a lékařského výzkumu, kde se rovněž prolíná oblast hodnot a znalostí a klade se otázka regulace ze strany demokratické veřejnosti, která zároveň v důsledku znalostních i mravních nedostatků přináší rizika.

¹ Srov. Ladislav TONDL, *Věda, technika a společnost. Soudobé tendence a transformace vzájemných vazeb*. Praha: Filosofie 1994, s. 65.

2. Technizace medicíny a nastolení otázky autonomie

Již od druhé poloviny 20. století se etické otázky rozvoje vědy a techniky spojovaly – vedle dilemat využití jaderné energie – především s okruhem ekologických problémů, informačních technologií a technizace medicíny. S dalším postupem času žádný z těchto okruhů problémů neztratil nic na své vážnosti.

Technizace medicíny není jen záležitostí rozvoje vědy, ekonomického a technického pokroku a přístupu ze strany lékařské profese. Je spojena také s určitým způsobem institucionalizace medicíny, který je v různých zemích odlišný a nelze ho tedy oddělit od sociálního a kulturního prostředí (včetně etických a náboženských tradic) ani od politického a právního systému. Proto nelze ani řešení určitého problému přenášet mechanicky z jednoho prostředí na druhé. Kritizovaná stránka technizace medicíny spočívá zejména v narušení vztahu mezi lékařem a pacientem, který spočívá v odosobnění tohoto vztahu; se stále rozsáhlejší využívání přístrojů a měření nejružnějších parametrů dochází k objektivizaci poznání, ale současně i k depersonalizování pacienta, který se pro lékaře stává neosobním systémem, souhrnem těchto parametrů, na němž má uplatňovat moc moderní medicíny. Paternalistický přístup vedl někdy k tomu, že se odhlíželo od vlastních pocitů pacienta, které byly chápány jako pouhé subjektivní aspekty, jimž nemá být přiřítán objektivní význam. Tendenci k tomuto pohledu na pacienta posiluje rostoucí význam vědy v medicíně, která byla dříve chápána jako umění léčit, nikoli jako přírodní věda. „Medicína se tak v důsledku technizace stává přírodní vědou, ačkoliv jí v zásadě není, vztah pacienta a lékaře je tím výrazně modifikován a opětovně odráží karteziánský dualismus těla a ducha.“²

Technizace medicíny a její přeměna v přírodovědu souvisela s dalším jevem, který s sebou přinášel negativní jevy z hlediska etiky, a tím je experimentování na lidských subjektech. Léčitelský přístup, který v duchu Hippokratovy přísahy hledí na pacienta jako na jedince, vůči němuž je lékař vázán povinností prospívat a především neškodit, byl narušen změnou paradigmatu, které nastolilo vědeckotechnický pokrok jako morální princip. Tato proměna se ovšem netýká jen medicíny, vztahuje se na celý okruh etických otázek vědy, do níž osvícenský optimismus kladl naděje, že

² Tomáš DOLEŽAL, „Problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta zejména s ohledem na institut tzv. informovaného souhlasu.“ *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, roč. 1, 2011, č. 1. Tomáš Doležal se v této souvislosti odvolává na spis T. Uexküll a W. Weisacka. Zmíněný pohled na medicínu odráží karteziánské paradigma, kdy je tělo nazíráno zjednodušujícím, mechanistickým přístupem jako stroj.

s sebou zároveň přinese i pokrok ekonomický, sociální, kulturní a mravní.³ Teprve v druhé polovině 20. století dochází ke kritice tzv. „moderní vědy“ nebo moderny, k „rozčarování vědou a technikou“,⁴ který podrobně popsal a zdůvodnil Tondl ve své práci *Věda, technika a společnost; soudobé tendence a transformace vzájemných vazeb*.⁵ Ladislav Tondl v této práci poukazuje na to, že

až do poloviny dvacátého století prakticky neexistovala sociální, organizační nebo institucionální základna pro kritickou sebereflexi vědy a techniky. Za nej důležitější funkce výzkumu a vývoje byly pokládány ty funkce, které souvisí s rozšiřováním znalostí, se vzdělávacími činnostmi a také s rozvojem národní a světové kultury. Tyto funkce nepochybně i dnes zůstávají důležitým posláním vědy a techniky, chápeme-li činnost v těchto sférách nejen jako „profesi“, ale také jako „povolání“ [...] K uvedeným funkcím však přistupuje také další, kterou je možno charakterizovat jako stimulující, kritickou, varující, tj. funkce spojená s vědomím odpovědnosti, s určitými etickými hodnotami.⁶

Úsilí o dosažení nových poznatků v oblasti medicíny vedlo k využívání lidských subjektů ve výzkumu někdy i bez jejich informovaného souhlasu. Požadavek svobodného a informovaného souhlasu byl obsažen již v tzv. Norimberském kodexu, který vznikl nedlouho po válce a byl vyvolán snahou zamezit tomu, aby se ještě někdy mohlo opakovat experimentování na lidech, které nebere ohledy na jejich důstojnost, zdraví, utrpení ani život. Norimberský kodex (1946) stanovoval podmínky výzkumu na živých lidech a stal se součástí *Všeobecné deklarace lidských práv* OSN. Přesto se nepodařilo ani ve vyspělých zemích zcela a trvale zamezit porušování těchto zásad.⁷

³ Srov. např. Carl MITCHAM, „Responsibility and Technology: The Expanding Relationship.“ In: DURBIN, P. (ed.), *Technology and Responsibility*. Dordrecht: D. Reidel Publ. Co. 1987, s. 3–39.

⁴ Tento termín pochází z tzv. *Brooksovy zprávy*, viz níže.

⁵ Ladislav TONDL, *Věda, technika a společnost. Soudobé tendence a transformace vzájemných vazeb*. Praha: Filosofia 1994.

⁶ *Ibid.*, s. 24–25.

⁷ Jak uvádí Dagmar Pohunková, pokusy na lidech se prováděly během padesátých let i v Československu: nové léčebné postupy se zkoušely na pacientech geriatrických klinik. To bylo v souladu s přístupem, který vědecký pokrok chápal jako hlavní společenský cíl. Požadavek autonomie pacienta se v paternalistickém modelu zdravotnictví ČSSR prosazoval jen obtížně a postupně. Srov. Dagmar POHUNKOVÁ, „Institucionalizace etiky lékařského výzkumu v České republice.“ In: Wendy DROZENOVÁ *et al.*, *Etika vědy v České republice: od historických kořenů k současné bioetice*. Praha: Filosofia 2010, s. 177–188.

V šedesátých letech se objevila kritika experimentování na lidských pacientech ze strany dvou lékařů, Henry K. Beechera ve Spojených státech amerických a Maurice Papwortha ve Velké Británii. Papworthův spis *Human Guinea Pigs* (Lidská morčata, či Lidští pokusní králíci)⁸ nebyl přijat odbornou komunitou v Anglii vlídně, větší ohlas získal až poté, co vyšel ve Spojených státech (v roce 1969 jako paperback v Penguin Books).⁹ Příznivější odezvu mělo působení Henryho K. Beechera.¹⁰

Henry Beecher, profesor na Harvard Medical School, se zabýval klinickým výzkumem a poukazoval na to, že ve fakultních nemocnicích, kde jsou zaměstnáni na plný úvazek výzkumní pracovníci, dochází k oddělení zájmu vědy a zájmu pacienta, mezi nimiž tak může docházet ke konfliktu. Významná je zvláště jeho stať „Ethics and Clinical Research“, která vyšla v časopise *New England Journal of Medicine* v roce 1966 a poukazuje na experimenty, při nich bylo ohroženo zdraví a život pacientů (např. za účelem vyzkoušení imunitních reakcí; odebrání efektivních léčiv a jejich nahrazení placebem kontrolní skupině pacientů bez vědomí těchto osob apod.). Tímto způsobem byla podle jeho údajů obětována řada životů.¹¹

V USA byl posléze odhalen a zveřejněn historicky nejdelší výzkum na osobách konaný bez jejich vědomí, kterým byl smutně proslulý Tuskegee Syphilis Study (1932–1972) v Alabamě. Tento výzkum inicioval U. S. Public Health Service (USPHS) původně jako pozorování šesti set mužů, z nichž čtyři sta od počátku bylo nakaženo syfilis (zbylých dvě stě mužů mělo tvořit kontrolní skupinu); protože však tyto osoby neměly být informovány o výzkumu a byly získávány pod záminkou bezplatného léčení, bylo nutné zahrnout do něj širší komunitu.¹² Skandální na výzkumu byla nejen jeho délka,

⁸ Maurice Henry PAPWORTH, *Human Guinea Pigs: Experimentation on Man*. London: Routledge and Kegan Paul 1967.

⁹ Paul J. EDELSON, „Henry K. Beecher and Maurice Papworth: Honor in Development of the Ethics of Human Experimentation.“ In: ROELCKE, V. – MAIO, G. (eds.), *Twentieth Century Ethics of Human Subject Research*. Stuttgart: Franz Steiner Verlag 2004, s. 219–234.

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ Henry K. BEECHER, „Ethics and Clinical Research. Special Article.“ *The New England Journal of Medicine*, roč. 274, 1966, č. 24, s. 1354–1360.

¹² Tuskegee Syphilis Study je v literatuře o etice medicíny hojně komentována, podrobněji o něm viz např. Allan M. BRANDT, „Racism and Research: The Case of the Tuskegee Syphilis Study.“ *The Hastings Center Report*, roč. 8, 1978, č. 6, s. 21–29. Brandt klade důraz na skutečnost, že se v přístupu k osobám podrobeným výzkumu jednalo o rasismus a že mnohaletý výzkum nepřinesl žádné významné vědecké výsledky, zatímco naopak přinesl mnoho obětí na životech, nemluvě o zdraví. V závěru říká: „Jak historie tohoto výzkumu ukazuje, představa, že věda je oblast nezávislá na hodnotách, musí být zamítnuta.“

ale především skutečnost, že osoby nebyly informovány ani o výzkumu, ani o své nemoci, přičemž nebyly léčeny ani v době, kdy již byl objeven penicilin a mohl jim být podáván. Podle původního předpokladu měl výzkum trvat pouze půl roku, nakonec se však protáhl na čtyřicet let a skončil jen díky tomu, že se zpráva o něm dostala do tisku.

Veřejnost v USA byla touto zprávou značně pobouřena. Následně došlo k ustavení komise, která měla pověření zajišťovat ochranu lidských subjektů ve výzkumu (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1974–1978). Od roku 1974 do roku 1978 vydala výše uvedená komise celkem deset zpráv, z nichž nejvýznamnější je tzv. *Belmont Report*.¹³ Tato zpráva vznikla v roce 1978 (publikována byla v roce 1979) a stanovuje tři základní principy bioetiky. Na prvním místě mezi nimi stojí respekt k osobám.

Respekt k osobám zahrnuje princip autonomie, který předpokládá informovaný souhlas s výzkumem ze strany probanta. Vedle toho však bere v úvahu i osoby, jejichž autonomii je potřeba zvláštním způsobem chránit, protože „ne každá lidská bytost je schopna sebeurčení. Schopnost sebeurčení (*the capacity for self-determination*) dozrává v průběhu života jednice, a někteří jedinci tuto schopnost zcela nebo částečně ztrácejí v důsledku nemoci, mentálního postižení, nebo okolností které závažně omezují svobodu.“¹⁴ Respekt k osobám tedy v praxi znamená, že každý má právo rozhodovat sám za sebe, zda se výzkumu zúčastní, ale přistupuje k tomu zvláštní ohled na osoby nedospělé, postižené apod. Kromě toho se nesmí užívat informací o člověku, aniž by k tomu sám dal napřed informovaný souhlas.

Dalšími dvěma principy jsou *prospěšnost* a *spravedlnost*. Princip prospěšnosti zahrnuje jak požadavek „především neškodit“, tak i požadavek maximalizovat prospěch (*benefit*) pacienta a minimalizovat možnost jeho poškození. Z hlediska etiky výzkumu to znamená, že pacient nesmí být pro výzkum využit, pokud se neočekává pro něj osobně přínos, který by převážil rizika. Princip spravedlnosti se vztahuje například na výběr subjektů výzkumu, který se nesmí řídit tím, že některé subjekty se dají snáze získat díky tomu, že pocházejí z chudých poměrů, z minorit apod., což by je mohlo činit snadno manipulovatelnými: výběr má být určován výhradně kritérii, která se vztahují k výzkumu.

¹³ Celý název je *Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research, Report of the National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* (dále jen *Belmont Report*).

¹⁴ *Belmont Report* [online]. Dostupné z: <<http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html>> [cit. 4. 2. 2014].

Členem výše zmíněné komise pro ochranu subjektů výzkumu a zároveň autorem podkladů pro *Belmont Report* byl Tom Beauchamp, jeden z autorů dnes již klasického díla *Principles of Biomedical Ethics*, které napsal společně s Jamesem F. Childressem.¹⁵ *Principy biomedicínké etiky* a *Belmont Report* byly psány zároveň, první z nich byla ovšem více zaměřena na klinickou etiku a politiku zdravotnictví, zatímco druhá výlučně na etiku výzkumu. U obou je však mnoho společných styčných bodů, včetně rozpracování hlavních výchozích zásad, především principu autonomie. Vzhledem k předcházejícímu odhalení skandálního výzkumu měla zpočátku větší význam pro společnost *Belmont Report*, která stručně a jasně shrnula závazné morální principy, které musí být ve výzkumu na lidských subjektech dodržovány.

Belmont Report tak sloužila k obnovení důvěry veřejnosti k vědeckým institucím v oblasti biomedicíny v době, kdy požadavek demokratické kontroly nad rozvojem vědy a techniky byl již řadu let prosazován i v jiných oborech (např. činnosti pugwashského hnutí v oblasti jaderné energie, rozvojem ekologického hnutí atd.). Z hlediska bioetiky je tento dokument jedním z klíčových bodů pro změnu paradigmatu právě svým důrazem na princip autonomie.

3. Paternalistický, liberalistický a post-liberalistický model bioetiky

Princip autonomie znamenal v bioetice přelom, který můžeme nazvat změnou paradigmatu: v sedmdesátých letech minulého století se díky němu prosadil liberalistický model bioetiky proti tradičnímu modelu paternalistickému. Od devadesátých let minulého století se prosazuje model post-liberalistický, takže se hovoří o třech modelech bioetiky, které se svým pohledem na otázku autonomie liší.¹⁶ Současný *post-liberalistický model* je spjat s etickými teoriemi, které kritizují „abstraktně-univerzalistické“ pojetí člověka v liberalismu a nerealistické chápání autonomie jako nezávislosti na druhých, které nebere v úvahu vztahy ke komunitě ani různorodost subjektů; k těmto pohledům přispěl vliv komunitarismu a „etiky péče“.

Pro *paternalistický model* je charakteristické opomíjení autonomie pacienta, který není vzhledem k lékaři chápán jako rovnocenný partner, takže nemusí být informován o svém stavu dostatečně k tomu, aby měl možnost

¹⁵ Tom L. BEAUCHAMP – James F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press 1979.

¹⁶ Sov. Thomas POTTHAST, „Bioethics and Epistemic-Moral Hybrids: Perspectives from the History of Science.“ *Biomedical Ethics, Newsletter of the European Network for Biomedical Ethics*, roč. 5, 2000, č. 1, s. 20–23.

se na základě znalosti věci spolupodílet na rozhodnutí o dalším léčebném postupu. Toto pojetí přitom předpokládá odpovědnost za prospěch pacienta ze strany lékaře, která je založena na principech lékařské etiky, jejíž tradice sahají až do starověku k Hippokratově přísaze (první profesní kodex, v němž byla vyslovena i zásada neškodit pacientovi, napomáhat jeho zdraví a životu). Zákaz riskovat poškození pacienta byl tedy vždy součástí této tradice, a proto každé jednání s pacientem či probantem (ve výzkumu), které poškozuje jeho zájem, včetně opomenutí známých léčebných postupů a prostředků, je porušením této tradiční lékařské etiky.¹⁷ Prospěch (*beneficence*) či dobro pacienta je zde garantován lékařem (vědcem), který má proti pacientovi vyšší úroveň znalostí, a proto zůstává otevřenou otázkou, do jaké míry je v jednotlivých případech rozhodování (více či méně nekompetentního) pacienta skutečně k jeho dobru.

Liberalistický model vnesl do etiky zdravotnictví a výzkumu nové otázky a především změněný vztah lékaře a pacienta, který je v něm chápán jako vztah rovnocenných partnerů. Princip autonomie a s ním spojený požadavek informovaného souhlasu pacienta s navrhovaným zákrokem či léčebným postupem staví pacienta do role kompetentního jedince, který má právo na vlastní rozhodování.

V českém prostředí se během sedmdesátých a osmdesátých let minulého století udržel paternalistický model (při relativně dobré úrovni zdravotnictví), zatímco liberalistický model začal nastupovat až během devadesátých let, tedy v době, kdy se v mezinárodním diskursu biomedicínské etiky již hovoří o modelu post-liberálním. (To znamená, že i v této oblasti se uplatňuje v naší společnosti „hodnotové zpoždění“, o němž hovořil Ladislav Tondl.)

Závažná debata na téma problematiky autonomie pacienta se v českém prostředí rozpředla v roce 2012 v rámci workshopu medicínského práva a bioetiky „Informovaný souhlas – střet bioetického a právního pojetí?“¹⁸ Ukázalo se, že do stanoviska jednotlivých mluvčích, mezi nimiž byla řada významných odborníků, se promítá – vedle etických přístupů jednotlivců – i zřetel jejich profesního zaměření.¹⁹ Pozornost si přitom zaslouží fakt,

¹⁷ To znamená, že výzkumy typu Tuskegee Syphilis Study by při jejím dodržování byly zcela vyloučeny a de facto by k tomu princip autonomie nebyl vůbec nutný.

¹⁸ „Informovaný souhlas – střet bioetického a právního pojetí?“ Workshop medicínského práva a bioetiky konaný dne 22. května 2012 na půdě Ústavu státu a práva AV ČR v Praze.

¹⁹ Mezi účastníky tohoto workshopu byli právníci (Petr Šustek, Tomáš Doležal, Adam Doležal aj.) i představitelé lékařské profese a lékařské etiky (Helena Haškovcová, Jan Payne, Josef Kuře).

že zatímco právníci usilují o takovou úpravu, která chrání lékaře při výkonu jejich povolání proti případným žalobám ze strany pacientů a jejich blízkých při jakémkoli – i nezaviněném – nezdaru, lékaři a představitelé bioetiky mají sklon chránit spíše zájmy pacienta. Helena Haškovcová, která je autorkou známé knihy o informovaném souhlasu,²⁰ se zabývala problémy českých seniorů, kteří jsou konfrontováni s požadavkem tento souhlas písemně vyjádřit, aniž jsou schopni pochopit souvislosti, případně vůbec přečíst dokument (tištěný zpravidla drobným písmem), který mají podepsat, nezřídka na místě a v krátkém časovém limitu před samotným zákrokem. Tím jsou pacienti stresováni a požadavek „informovaného souhlasu“ se stává jen zatěžující formalitou. V takových případech nelze hovořit o tom, že by liberalistický model, který klade na pacienta odpovědnost za vlastní rozhodnutí o způsobu léčení (za předpokladu, že získá od lékaře všechny potřebné informace), byl pro něj přínosem. Komplikace spojené s konstrukcí informovaného konsensu rozebíral také Jan Payne, a to na základě svých zkušeností z lékařské praxe i úvah o situaci pacienta, který – právě jakožto pacient²¹ – je vždy nějak poznamenán nemocí, úrazem apod.: ani z hlediska znalostí, ani z hlediska situace vzájemné závislosti není pacient vůči lékaři v symetrickém vztahu. Vedle toho je zde otázka, jaké informace jsou nutné k tomu, aby byl pacientův souhlas skutečně „informovaný“, protože lékař mu nemůže předat všechny své znalosti.

Někteří právníci prosazují požadavek, aby byly vztahy mezi pacientem a lékařem, resp. zdravotním zařízením či „poskytovatelem zdravotních služeb“, regulovány jako vztahy smluvní, zcela na základě liberalistického modelu: pacient by podepsal smlouvu na určitou zdravotní službu v určité kvalitě, čímž by byly povinnosti jasně vymezeny. Toto hledisko ovšem předpokládá, že je pacient ve stavu, kdy je schopen uzavírat smlouvu, a klade na něj požadavek získat dostatečné informace k rozhodnutí, jaké zdravotní služby má a nemá požadovat. Je otázkou, do jaké míry je takový požadavek realistický, a to i v případě průměrného pacienta, který netrpí žádným mimořádným postižením, ať již dlouhodobým nebo souvisejícím s přechodnou indispozicí. Právní odpovědnost výše uvedenou cestou může být přesunuta na stranu pacienta, morální odpovědnost zůstane přesto na straně lékaře.

Do problematiky těchto vzájemných vztahů se však promítá i širší hledisko společenské a politické: zdraví obyvatel je také věcí veřejného zá-

²⁰ Helena HAŠKOVCOVÁ, *Informovaný souhlas*. Praha: Galén 2007.

²¹ Pacient je osoba, která je ne-mocná (bezmocná) nebo zraněná; slovo „pacient“ je odvozeno od latinského *pati*, což znamená něco podstoupit nebo trpět.

jmu, a proto nutně přesahuje oblast soukromého práva.²² (Soukromoprávní a celospolečenský zřetel se v právním systému České republiky promítá do dvou zákonů, vedle *Zákona o zdravotních službách* zůstává v platnosti i novelizovaný *Zákon o péči o zdraví lidu*.)

4. Koncepce autonomie

Pojem autonomie, který se v bioetice používá, není jednoznačný. Konfúze je způsobena jednak tím, že se do něj promítají jak aspekty morální, hodnotové, tak i empirické, popisné. Druhým důvodem je to, že jde o pojem filosofický, který je závislý na celku přijaté koncepce člověka a společnosti, která je s ním spojena. Proto nelze podat jeho definici, která by byla obecně přijatelná.

Podobně je tomu s pojmem spravedlnosti v politicko-teoretickém a filosoficko-antropologickém diskursu, což jsou oblasti, jejichž koncepce se také do bioetických úvah promítá, především právě skrze pojetí autonomie jedince. John Rawls, autor *Teorie spravedlnosti* (1971),²³ vychází v této práci z teorie společenské smlouvy klasického liberalismu, která směřuje k zajištění maxima práv na svobodu a na ekonomickou spravedlnost ve smyslu právního rámce či pravidel (rekonstruovatelných v rámci teorie rozhodování). Jedinec je přitom chápán jako autonomní, na ostatních nezávislé individuum. Právě pojetí jednotlivce klasického liberalismu vyvolalo kritiku ze strany komunitarismu: volby konkrétního jednotlivce jsou vždy podmíněny již dříve přijatými hodnotami, každá skutečná osoba ve chvíli, kdy činí rozhodnutí, je již nějak situována a podmíněna i vztahy s druhými. Je tedy třeba brát v úvahu význam mravně integrovaných společenství (pospolitostí), ze kterých jedinec čerpá zdroje své identity. K tomu, „aby mohl jednatel nenásilně dospět k přiměřenému porozumění sebe sama, potřebuje předpoklad nějaké nenarušené pospolitosti, v níž si může být jist solidaritou všech ostatních.“²⁴ Získání autonomie ve smyslu životního plánu pak znamená nutnost pospolitosti, do níž je člověk začleněn.

²² Proto není možné také vyhovět požadavku, aby veškeré zdravotní informace byly vydány soukromým osobám, kterých se týkají: např. je zřejmé, že z hlediska veřejného zájmu je nutné získávat a uchovávat i proti vůli osoby informace o nemocech, kterými by tato osoba mohla nakazit další lidi. Zacházení se zdravotnickou dokumentací představuje samo o sobě složitý problém morální, právní, politický i technický, který zde ponechám stranou.

²³ John RAWLS, *Teorie spravedlnosti*. Praha: Victoria Publishing 1995.

²⁴ Axel HONNETH, „Meze liberalismu. K politicko-etické diskusi o komunitarismu.“ In: VELEK, J. (ed.), *Spor o liberalismus a komunitarismus*. Praha: Filosofie 1996, s. 21 (13–38).

Z kritiky atomisticky pojatého jedince vzešel pojem radikálně situované osoby, což vede k upřednostnění společně sdílených hodnot před idejí stejných práv. Kritika liberalismu má různé zdroje, společně je pro ně zdůrazňování role společenství (*community*) pro konstrukci lidského já (*self*) i pro demokratické vazby ve společnosti. Z této „ontologické“ priority dobra v kontextu lidského života však nemůžeme vyvozovat přednostní normativní postavení „dobrého“ vůči „spravedlivému“ v uspořádání společnosti: k tomu, aby člověk mohl do svého života svobodně zabudovat své představy o dobru, potřebuje vnější podmínky, které mu to umožní, to znamená uznání autonomie jedince. Autonomie není v protikladu ke spravedlnosti, ta je naopak jejím předpokladem.²⁵

Při rozpracování post-liberalistické perspektivy v pojetí autonomie, které se promítá i do oblasti bioetiky, sehrála roli i „etika péče“. Přístup této etiky vychází od zkušenosti pečujících vztahů a byl vnesen do diskuse v osmdesátých letech minulého století zpočátku ze strany feministické teorie, zvláště díky Carol Gilliganové²⁶ a Nel Noddingsové.²⁷ V politicko-teoretickém kontextu je přístup etiky péče spojován s deliberativní demokracií a kritikou universalistického pojetí, který potlačuje heterogenitu a jedinečnost. Požadavky spravedlnosti by však neměly být ve prospěch péče opuštěny. Podle Sanji Ivicové může být na této etice založen určitý model deliberativní demokracie, ne však takový, který se opírá o koncept vlastního zájmu (který obhájí např. Mansbridgeová), protože ten je v rozporu se samotnou ideou deliberace: Deliberativní demokracie může být založena jen na ideji autonomie vůle, která předpokládá individuální svobodu, jež neohrožuje svobodu ostatních.²⁸ Tato idea autonomie vůle je v souladu s Kantovou formulí lidství, která říká, že jednat s rozumnou bytostí nikoli jako s pouhým prostředkem, znamená jednat s lidmi vždy takovým způsobem, který respektuje bezvýhradnou a jedinečnou důstojnost

²⁵ Slovy Axela Honnetha: „Ačkoli je identita osoby konstituována vždy již prostřednictvím určité interpretace dobrého života, musí v odpovědi na otázku, jak má vypadat uspořádaná společnost, případně přednostní postavení idejí stejných práv; neboť individuální hledání dobra, které by bylo vskutku vhodnější popsat jako proces komunikativně zprostředkovaného sebedoporozumění než jako akt monologické volby, od sociální pospolitosti vyžaduje, aby zajistila určitá základní pravidla a jistý elementární blahobyt.“ *Ibid.*, s. 21.

²⁶ Za základní práci je pokládán spis Carol GILLIGAN, *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Cambridge, MA: Harvard University Press 1982.

²⁷ Nel NODDINGS, *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley: University of California Press 1984.

²⁸ Srov. Sanja IVIC, „Péče cestou deliberace: k ideji kontextuální morálky.“ *Filosofický časopis*, roč. 59, 2011, č. 4, s. 517–531.

jejich osobnosti.²⁹ Prosazování vlastního zájmu se dostává s těmito etickými požadavky do konfliktu. Kantova formulace autonomie vůle i člověka jako „účelu o sobě“ může tedy poskytnout základ i pro etiku péče, i když ta neshlí Kantův přístup k morálce.

Virginia Heldová definuje péči jako hodnotu i činnost (*practice*) a požaduje, aby koncept péče byl definován normativně a mohl poskytovat morální měřítko pro hodnocení reálných vztahů a způsobů jednání. „Zdá se, že péče je nejzákladnější morální hodnota. Péče je činnost, bez níž nemůžeme mít nic jiného, protože péče je zapotřebí k životu.“³⁰ Autonomie by podle ní měla být založena na jedinečnosti lidské zkušenosti a pečující vztahy by měly tvořit širší morální rámec, do něhož by měla být spravedlnost zasazena, tyto vztahy by se tedy neměly omezovat jen na úzce soukromou sféru.

Přínosem etiky péče do filosofie společnosti je důraz na heterogenitu, specifičnost jednotlivců a skupin, které ani při reálné snaze o uplatnění etiky rovných práv nebyly v rámci liberalismu dostatečně zohledněny (přitom idea spravedlnosti nemá být kladena do protikladu k přístupu péče a naopak). Zdůvodňováním morálky se etika péče staví do protikladu vůči konsekencialismu i deontologii a blíží se spíše etice ctností a etice situační. S pojmem autonomie, jak jsme výše uvedli, etika péče pracuje v tom smyslu, že vyžaduje ohled na druhého, jenž je účelem o sobě, přesnou definici autonomie však nepodává: respekt k potřebám druhého je v ní věcí vcítění a porozumění. Porozumění, pochopení, hermeneutika, to nejsou jen metody duchovních věd, ale i prostředky pro každodenní morální rozhodování.

Tento přístup i jeho meze jsou patrné také v kapitole věnované eutanazii v knize Nel Noddingsové *Women and Evil*.³¹ Ke snaze porozumět, co je v určité dané situaci dobré, nedává jiné směrnice než pochopení. To je vůči trpícímu člověku tou nejvhodnější odpovědí, ale na druhé straně nemůže poskytnout žádné zobecňující výsledky ani směrnice k profesní etice. Nemůžeme ho extrapolovat na jinou situaci ani na jiného člověka v situaci zdánlivě stejné, protože dvě osoby nemohou být identické; každý člověk je jiný, jiná je jeho minulost a tím i její vyústění do současných okolností. Můžeme však získat lepší smysl pro porozumění jiným osobám a situacím.

Přístup etiky péče staví toho, kdo pečuje a toho, kdo je „opečován“, do nesymetrického vztahu. To však nemusí být na závadu. V některých

²⁹ *Ibid.*, s. 519.

³⁰ Virginia HELD, *The Ethics of Care. Personal, Political, and Global*. Oxford – New York: Oxford University Press 2006, s. 71.

³¹ Nel NODDINGS, *Women and Evil*. Berkeley: University of California Press 1989.

oblastech je vztah nutně asymetrický, alespoň na přechodnou dobu: to se týká zvláště výchovy dětí v rodině, úlohy pedagoga ve školství (k níž se vztahuje spis Noddingsové o výchově).³² Zvláště přiměřená je etika péče pro pečovatelské profese a obecně pro oblast medicíny. Asymetrický vztah mezi lékařem a pacientem pak nemusíme nahlížet jako porušení principu autonomie, ale jako jeho realistické naplnění, které se projevuje jako respekt k jedinečnosti osoby, ohled na její zranitelnost a křehkost i zřetel na neopakovatelnost konkrétní situace (včetně případné nemožnosti nápravy).

Tom Beauchamp a James F. Childress ve svém klasickém díle *Principles of Biomedical Ethics*³³ uvádějí princip autonomie jako jeden ze čtyř základních principů, vedle zásady nepůsobit škodu, zásady prospěšnosti a spravedlnosti (*non-maleficence, beneficence, justice*). Během třiceti let byl spis přepracováván, ale základní koncepce, která má důsledky pro oblast bioetiky a profesní etiku lékaře, zůstává nezměněna. Práce reflektuje a kriticky komentuje některé vzájemně odlišné filosofické koncepce a jejich důsledky, především utilitarismus a kantovství, resp. konsekvenencialismus a deontologii. Merle Spriggsová ve své monografii *Autonomy and Patients' Decisions*³⁴ srovnává rozdíly v různých vydáních této práce v průběhu řady let³⁵ a přiklání se k názoru, se jejich chápání autonomie postupně přesunuje od pojetí Kantova k pojetí Millova. Millovo pojetí svobody je přitom možné rozpracovat jak ve směru chápání autonomie jako psychologického stavu, tak i ve směru pojetí jako procedurálního konceptu. Koncepce autorů *Principles of Biomedical Ethics* zpočátku směřuje Kantovu svobodu vůle s Millovou svobodou jednání, ale v dalších edicích publikace postupně od Kantova pojetí ustupuje v souvislosti s tím, jak se v bioetice přesouvá zájem na otázky spojené s problematikou informovaného souhlasu a jeho konkrétních podmínek. Odkazy ke Kantovi, od něž princip autonomie odvozuje svou filosofickou autoritu, v textu zůstávají, a to zároveň s morálním principem účty k osobám: osoba se nesmí nikdy stát prostředkem, vždy musí být cílem – člověk má hodnotu sám o sobě, bez ohledu na hodnoty utilitární. Důraz na požadavek, aby se s lidmi nemanipulovalo proti jejich vůli, se však opírá o princip či požada-

³² Viz NODDINGS, *Caring*.

³³ Tom L. BEAUCHAMP – James F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press 2009. Toto dílo vyšlo během 30 let od roku 1979 do roku 2009 celkem šestkrát, přičemž bylo průběžně přepracováno.

³⁴ Srov. Merle SPRIGGS, *Autonomy and Patients' Decisions*. Lanham: Lexington Books 2005.

³⁵ Autorka srovnává prvních pět vydání knihy Tom L. BEAUCHAMP – James F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press 1979 (1. vyd. a dále, v tomto též nakladatelství, v letech 1983, 1989, 1994 a 2001).

vek nezasahování (*noninterference*), který zdůrazňoval Mill (*On Liberty*).³⁶ Millovo pojetí svobody vyžaduje dodržování zásady, abychom mohli bez překážek konat to, co chceme, dokud nenarušíme autonomní jednání druhých. Podle této zásady má člověk právo volit i vlastní ohrožení, bez ohledu na to, zda se jeho jednání jeví ostatním neprozíravé či hloupé. Přijetí Millova hlediska má proto důsledky pro klinickou praxi v tom smyslu, že se berou vážně i přání pacienta, jež nejsou druhými pokládána za rozumná. V posledním vydání spisu z roku 2009, které do srovnání Merle Spriggsové již není zahrnuto, se autoři Beauchamp a Childress vůči utilitarismu kriticky vymezují v kapitole věnované teorii a metodám, kde se zabývají i morálními teoriemi: především nastolují ten problém, že preference osoby mohou být nemorální.³⁷ Ve skutečnosti se však autoři záměrně vyhýbají tomu, aby bioetické zásady podřizovali těm výsledkům, k nimž je zavede nějaká důsledně přijatá filosofická doktrína, protože teprve v konkrétní situaci často poznáme, které jednání je v daném případě nejlepší. Nechávací se vést spíše samotnými principy, které vyvodili jako zásadní (proto bylo někdy jejich stanovisko – jak uvádějí v úvodu k poslednímu vydání své knihy – nazýváno „principismus“). Autoři nicméně souhlasí s tím, že principy, které vymezili – včetně principu autonomie – mají morální obsah a mají být aplikovány.³⁸

V pluralistické společnosti není možné se dohodnout na závazné filosofii a tedy ani na závazné definici autonomie, přesto je nutné, abychom autonomii druhých respektovali. Z hlediska klinické praxe je zvláště důležité stanovení kritéria, které umožní rozhodnout, zda je nebo není autonomní určité konkrétní rozhodnutí.

Z hlediska klinické praxe je potřebné posoudit, zda určité rozhodnutí pacienta je, nebo není autonomní. V biomedicínské etice jsou dány směrnice, které stanovují, že je nutné princip autonomie respektovat, ale zároveň je

³⁶ James Stuart MILL, *On Liberty and Other Essays*. Oxford: Oxford University Press 1998.

³⁷ Tom L. BEAUCHAMP – James F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press 2009, s. 341.

³⁸ Vliv této konkrétní knihy na mezinárodní dokumenty nebyl zkoumán, vzhledem k jejímu světovému vřelému ho však lze předpokládat. Nejvýznamnějším dnešním dokumentem s mezinárodní platností, který byl přijat i ČR, je tzv. *Úmluva z Oviedo* („Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně“). Do *Etického kodexu České lékařské komory* se princip autonomie dostal v podobě paragrafu, který zapovídá paternalistický přístup: „Lékař se má vzdát paternalistických pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera se všemi občanskými právy i povinnostmi, včetně zodpovědnosti za své zdraví.“ (Viz část 3.3 [online]. Dostupné z: <<http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/predpis10.html>> [cit. 4. 2. 2014].

nutné brát zřetel na to, zda osoby, o které se jedná, jsou natolik kompetentní, aby nepotřebovaly ochranu (supported autonomy; jak bylo objasněno výše, jde zvl. o kompetence k informovanému souhlasu, který má autonomní volbu umožnit). Merle Spriggsová se proto přiklání ke koncepci autonomie v „psychologickém pojetí“, které autonomii chápe jako deskriptivní termín umožňující poskytnout kritéria, zda určité rozhodnutí je anebo není autonomní (aniž ovšem popírá, že v autonomii vidíme zároveň i hodnotu). Autonomii osob posuzuje z hlediska jejich schopnosti poskytnout informovaný souhlas – to znamená, zda jsou schopny pochopit poskytnuté informace, vyvodit z nich příslušné závěry a vybrat si podle vlastních hodnot nejlepší variantu řešení. Protože stav jednotlivých osob se podle okolností mění (v souvislosti s chorobou, zraněním, psychologickým stavem atd.), tatáž osoba může být chvílemi autonomní, chvílemi nikoli, a to navíc ještě v různém stupni. V klinické praxi je proto vhodnější mluvit o autonomních (resp. ne-autonomních) rozhodnutích než o autonomních či neautonomních osobách. V klinických souvislostech nám totiž nejde o to, abychom rozhodli, zda je autonomní daná osoba, ale zda je nebo není autonomní určité její rozhodnutí. Například u osoby postižené demencí jsou některá rozhodnutí autonomní, zatímco jiná jsou zasažena ztrátou orientace, paměti atp. Přesto je možné, že určitá rozhodnutí takové osoby, která se týkají otázek závažných pro její budoucí život, autonomní být mohou. Proto je nutné postupovat případ od případu, rozhodovat na základě rozhovoru směřujícího k poznání, zda je tato osoba schopna vysvětlit, proč dané volbě dává přednost. Autonomie ve smyslu deskriptivního psychologického pojmu vyžaduje, aby osoba byla schopna rozvažování a záměrného jednání, které lze v klinickém kontextu poznat, měřit a podporovat. Spriggsová se proto přiklání k přístupu inspirovanému Geraldem Dworkinem, který bere v úvahu hierarchické uvažování zdravého člověka. Za kritérium, podle něhož můžeme posoudit, zda je člověk schopen kritické reflexe, je možné brát to, zda dovede (v daném kontextu) zdůvodnit své preference, zda a jak zapadají do jeho řádu hodnot, zda tato volba je ve shodě s tím, jak chce daná osoba žít. Autonomní rozhodnutí nemusí být nutně rozhodnutí dobré – z hlediska druhé osoby může být neprozíravé či nesprávné, ale přesto je musíme respektovat.

Do určité míry se tedy dá posoudit, zda je rozhodnutí autonomní, či zda takové není, podle toho, jak zapadá do životního plánu daného jedince. Vedle kritéria životního plánu se dále uplatňuje ještě otázka, zda je dané rozhodnutí v souladu s tím, jak probíhala předchozí volba hodnot. Tato kritéria však nemůžeme pokládat za rozhodující: v průběhu života může člověk autonomně své hodnoty i životní plán měnit, navíc takové posuny mohou na-

stat právě tehdy, když se člověk ocitne tváří v tvář nějaké zdrcující diagnóze. Přesto dává toto psychologické pojetí do jisté míry i určité směrnice, které se týkají otázky, co vede k pacientově pohodě (*well-being*), anebo alespoň k dobrému výsledku léčení. Hodnotit autonomii pacienta a podporovat ji je součástí péče o pacienta. Psychologické pojetí tedy umožňuje (alespoň relativně) posoudit, zda je člověk autonomní. Za autonomní nejsou pokládány osoby psychicky nezralé, děti, psychicky nedospělí jedinci, kteří jsou slepě poslušní či naopak vzdorovití, lidé drogově závislí, gambleři, iracionálně suicidální jedinci atp.³⁹

Mezi koncepcí autonomie, které pokládáme za aktuální, přínosné a vzájemně komplementární, patří i procedurální přístup, který prosazuje například Tristram Engelhardt.⁴⁰ Podle něho nepřináší pojem autonomie žádný konkrétní obsah, nýbrž jen postupy, které mají otevřít cestu k tomu, aby se podařilo zajistit souhlas různých stran na nějakém řešení. Tento přístup představuje tedy jistou analogii k procesům *technology assessment*, ve kterých experti z určitého oboru zprostředkují potřebné znalosti laikům, aby ti mohli participovat v demokratickém rozhodování na základě dostatečných informací; role etického experta je spatřována v tom, že zprostředkuje jednání mezi stranami, které zastávají různé – často vzájemně odlišné – soubory preferencí, tak aby dospěli pokud možno k optimálnímu řešení. (O postupech participace veřejnosti na rozhodování prostřednictvím *technology assessment* jsme se zmínili v úvodní části v souvislosti s přínosy Ladislava Tondla). Zásada autonomie v tomto chápání má tedy procedurálně zajistit shodu pomocí metody či postupu, který spočívá v nenásilném vyjednávání, a to jak v politice, tak i v klinické praxi. Jde o procedury vedoucí k řešení rozporů, při nichž autonomie jednotlivců, resp. stran, je zajišťována tím, že zájmy žádná ze stran nejsou marginalizovány.

Procedurální pojetí autonomie dává prostor pro chápání etického experta jako vyjednavče, který řeší rozpory mezi jednotlivými stranami, aniž by měl vnášet do diskursu své vlastní postoje a hodnoty. Sporný bod v pojetí role etického experta pak můžeme vidět především v otázce, do jaké míry má být „expertem na hodnoty“ a jejich předávání. Odbornost etického experta slouží spíše k zajištění hladkého průběhu rozhodovacích procesů než k hledání samotných hodnotových základů pro tato rozhodnutí a jejich zdůvodňování.

³⁹ Srov. Merle SPRIGGS, *Autonomy and Patients' Decisions*. Lanham: Lexington Books 2005.

⁴⁰ Hugo Tristram ENGELHARDT, *The Foundations of Bioethics*. New York: Cambridge University Press 1986.

Pokud přijmeme toho hledisko, nijak z něj nevyplývá, že by se role morálního filosofa měla omezit na etickou expertízu. Vyplývá z něj však požadavek, aby profesionální etik (filosof) své hodnoty nenadřazoval nad hodnoty druhých z důvodu své profese. A aby si byl vědom toho, kdy vstupuje na půdu jiné profesní etiky, než je jeho vlastní. V takovém diskursu se dostává vůči tomu, kdo je vázán etickými požadavky dané – například lékařské – profese do asymetrické pozice: lékař je ze zákona povinen tyto zásady dodržovat a morálně vázán je hájit, zatímco filosof stejné přísaze podroben není. Pokud chce vstoupit do dialogu, který by byl alespoň pro některou ze stran přínosný, měl by do něj vstupovat s respektem vůči těmto závazkům a se snahou o hermeneutické porozumění zkušenostem z jiného životního okruhu.