

MEDICÍNSKA ETIKA & BIOETIKA

MEDICAL ETHICS & BIOETHICS

ČASOPIS ÚSTAVU
MEDICÍNSKEJ ETIKY
A BIOETIKY

JOURNAL
OF THE INSTITUTE
OF MEDICAL ETHICS
& BIOETHICS

ISSN 1335-0560

BRATISLAVA, SLOVAK REPUBLIC
Január - Marec 1997 Vol. 4 No. 1

OBSAH / CONTENTS

■ Od redakcie/Editorial	1
■ Dokumenty/Documents	3
“CÍLE MEDICÍNY. Určení nových priorit.” - Závěrečná zpráva mezinárodního multicentrického výzkumného projektu (Český překlad)/“GOALS OF MEDICINE. Setting New Priorities.” - Final Report of the International Multicentric Research Project (Czech translation)	
- Předmluva	3
- Shrnutí	3
- Cíle medicíny. Určení nových priorit	4
- Zpochybnění tradičních cílů medicíny	4
- Zdroje napětí	5
- Medicína a společnost	7
- Specifikace cílů medicíny	9
- Nevhodné medicínské cíle a zneužití lékařského poznání	12
- Praktické cíle a důsledky	13
- K čemu směřujeme	17
- Závěr	19
- Dodatek: odlišné názory jednotlivých skupin	19
- International Group Leaders	19
- The Slovak Study Group's Statement to the Final Report of the Project (Full text) J. Glasa	19
- Členovia Slovenskej študijnej skupiny projektu “Goals of Medicine”	20

OD REDAKCIE / EDITORIAL

Vážení priatelia,

Marec 1997

v tomto čísle *Medicínskej etiky & Bioetiky* prinášame závažný a pomerne rozsiahly materiál, ktorý sa venuje základným etickým otázkam existencie a činnosti súčasnej medicíny. Ide o preklad záverečnej správy medzinárodného multicentrického výskumného projektu “Ciele medicíny: hľadanie nových priorit”, koordinovaného významným medzinárodným centrom bioetiky - The Hastings Center (Briarcliff Manor, N.Y., USA). Projektu sa aktívne zúčastnilo 14 krajín zo štyroch kontinentov. Účasť slovenskej delegácie zabezpečoval náš ústav.

Tvorcovia a účastníci projektu si dali neľahkú úlohu: vychádzajúc zo súčasného stavu a závažných problémov modernej medicíny uvažovať nad jej cieľmi a novými perspektívami, nad prioritami, ktoré by medicína mala sledovať na prahu nového tisícročia. Pri riešení projektu sa vykonalo veľa práce. Vznikli nové publikácie a články, odohralo sa niekoľko vedeckých konferencií, uskutočnili sa mnohé konzultácie, výmeny materiálov a publikácií, početné kontakty a vzájomné návštevy predstaviteľov zúčastnených centier. Veľmi podstatným prvkom projektu boli otvorené, multidisciplinárne diskusie a konkrétne, priateľské kontakty odborníkov pochádzajúcich z veľmi odlišných profesionálnych, kultúrnych alebo náboženských prostredí. Naš ústav sa podieľal na aktivitách projektu podľa svojich možností: účasťou na pracovných stretnutiach a konferenciách, vypracovaním a pripomienkovaním konkrétnych materiálov, výmenou informácií. Zvláštnym príspevkom ústavu bolo usporiadanie dvoch medzinárodných bioetických konferencií v Bratislave (*Etika zdravia rodiny a starostlivosti o rodinu* v septembri 1994 a *Zdravotníctvo pod stressom: zachovanie integrity v situácii nedostatku* v auguste 1996). Viaceré diskutované témy projektu sa objavili aj na stránkach nášho časopisu.

Predkladaný text vznikol ako kompromisný materiál, na znení ktorého sa zhodli všetky zúčastnené delegácie. Slovenská a dánska delegácia uplatnili možnosť vyjadrenia určitých výhrad (viď s. 19). Domnievame sa, že výsledky projektu, obsiahnuté v dokumente, predstavujú veľmi zaujímavý pokus prispieť k riešeniu aktuálnych problémov súčasnej medicíny staro-novým, ale veľmi potrebným prístupom: návratom k jej vlastným základom. To znamená multidisciplinárnym a multikulturálnym uvažovaním o poslaní, cieľoch a smerovaní modernej medicíny v dnešnej vysoko industrializovanej, civilizovanej, pluralitnej, no neraz i hlboko rozdelenej spoločnosti. Z tohto dôvodu redakcia nášho časopisu privítala možnosť uverejniť český preklad dokumentu, ktorý nám láskavo poskytli naši vzácní priatelia z Českej skupiny projektu “Goals of Medicine”. Tento preklad práve vychádza v Českej republike ako samostatná publikácia.

Prajem Vám, milí priatelia, aby čítanie nasledujúcich stránok bolo pre Vás podobnou inšpiráciou na zamyslenie, akou bola pre nás konkrétna spolupráca a početné odborné diskusie v priebehu samotného projektu.

Jozef Glasa

Reklama

Advertisement

CÍLE MEDICÍNY. HLEDÁNÍ NOVÝCH PRIORIT.

Závěreční zpráva mezinárodního multicentrického výzkumného projektu *

PŘEDMLUVA

Tato zpráva popisuje projekt, jenž zkoumal cíle medicíny ve světle jejich současných možností a problémů. Kam se medicína dostala a kam by měla směřovat? Jaké by měly být její budoucí priority? Nad těmito závažnými a složitými otázkami se po čtyři roky zamýšlela mezinárodní skupina, která výsledky svého snažení předkládá v této zprávě. Ačkoli se všichni účastníci úplně neshodovali ve všech jednotlivých bodech, je následující text výsledkem všeobecného konsensu. Snažili jsme se problémy nejprve definovat a pak zjistit, zda můžeme v obecnější rovině dospět ke shodě. Každá ze čtrnácti účastnických zemí vytvořila svou vlastní pracovní skupinu, aby dané otázky zkoumala nejen v mezinárodním kontextu, ale i na úrovni vlastního státu. Vedoucí skupin v jednotlivých zemích sestavili interdisciplinární týmy, které se skládaly z lidí pracujících na poli medicíny, biologie, práva, filosofie, teologie, zdravotní politiky, administrativy, politiky jako takové i sociálního lékařství. Hastings Center sice celý projekt koordinovalo, přičemž vycházelo z obecně přijatého seznamu klíčových témat a problémů, ale pracovní náplň si každá skupina určovala sama. Jejich vedoucí se třikrát sešli v Praze, aby srovnali výsledky, k nimž došli, a podíleli se na vypracování této zprávy. Všichni vedoucí hovoří pouze za sebe a za své skupiny, ne za vlády svých zemí nebo za jakékoli jiné organizace.

Pomoc nám poskytli také zástupci Světové zdravotnické organizace (WHO), kteří nás seznámili se svými názory a zkušenostmi se zdravotními otázkami na mezinárodní úrovni. Nemůžeme samozřejmě tvrdit, že by tato zpráva odrazila všechny možné úhly pohledu, ať už ze strany jednotlivých států, anebo z mezinárodní perspektivy; díky rozmanitosti čtrnácti zúčastněných zemí a jejich pracovních skupin jsme však měli větší šanci, že se dotkneme těch nejdůležitějších otázek. Zúčastněnými zeměmi byly: Česká republika, Čína, Dánsko, Chile, Indonésie, Itálie, Maďarsko, Německo, Nizozemí, Slovensko, Spojené státy, Španělsko, Švédsko a Velká Británie.

Kromě této zprávy přinese projekt Cíle medicíny i další výsledky, totiž sborník odborných článků, řadu konferencí na úrovni jednotlivých států a mezinárodní konferenci věnovanou tomuto tématu, která se bude konat v Neapoli v červnu 1997. Švédská skupina už vydala svůj sborník článků; na rok 1997 je plánována konference v Německu a vydání knihy v Číně. Americká konference, která se konala v Detroitu na jaře roku 1995, seznámila s tímto tématem americké publikum.

Organizovat a řídit tento projekt nebylo snadné. Zpočátku jsme se setkávali se značnou skepsí, pokud jde o zvolené téma - ozývaly se různé pochybnosti, například že je "příliš široké", "příliš teoretické" a "příliš ambiciózní". Mnoha účastníkům, na které bezprostředně a naléhavě doléhaly praktické úkoly v jejich zemích, se na počátku zdálo, že oni ani jejich kolegové nemají čas ani potřebu se zabývat tak široce pojatými otázkami. Jednou z nejpříjemnějších součástí našeho čtyřletého úsilí se však nakonec stalo úspěšné přesvědčování většiny pochybovačů o tom, že když se řádně zamyslíme nad cíli medicíny, může to ohrozit i jimi vyžadované praktické reformy - a že kladení základních otázek není zdaleka jen "teoretickou" záležitostí

* "The Goals of Medicine. Setting New Priorities" - Final Report of the International Multicentric Research Project, original English version published in: Special Supplement, Hastings Center Report, November - December 1996, p. S1 - S27, available from: Prof. Dr. Daniel Callahan, President, The Hastings Center, Briarcliff Manor, N.Y., 10510 U.S.A. Czech translation/Český překlad: MUDr. Jan Jařab, Editor/Editace - lektor překladu: Doc. MUDr. Eva Topinková, CSc.

tí, neboť z něj plynou obrovské praktické důsledky. Za pomoc a podporu bychom rádi vyjádřili poděkování především Irene Croweové a Pettus-Croweově nadaci. Dr. Croweová našemu projektu věřila a poskytla hodně svého času i finančních prostředků, aby se mohl realizovat. Velice nám pomohli také dr. Philip Wagley, dr. Samuel Klagsbrun a Bea Greenbaumová, jakož i Nadace Nathana Cummingse a Nadace Iry W. DeCampa. Sám za sebe bych chtěl poděkovat vedoucím skupin v jednotlivých zemích, kteří vynaložili velké úsilí na to, aby je vytvořili a udrželi pohromadě; dr. Evě Topinkové a jejím kolegům, kteří pomohli zorganizovat tři pražská setkání; Bette Criggerové a ostatním redaktorům našeho bulletinu *Hastings Center Report*, kteří tvrdě pracovali na publikaci této zprávy; dr. Johnu Burrowsovi, jenž byl zodpovědný za setkání v Detroitu; dr. Mauriziu Morimu a dr. Riccardu De Sanctisovi, zodpovědným za přípravu nadcházející konference v Neapoli; a všem ostatním lidem, kteří se s námi v průběhu realizace rozdělili o své úvahy.

Konečně bych chtěl poděkovat také svým kolegům, Marku Hansonovi a Eriku Parensovi, za organizační a intelektuální práci, kterou na projektu odvedli, a Bruci Jenningsovi, Jamesu Lindemannu Nelsonovi, Philipu Boyleovi a Josephu Finsovi za jejich užitečné komentáře a kritické připomínky. Výsledky svého dlouholetého zamýšlení nad povahou medicíny nám dali k dispozici dr. Arnold S. Relman, dr. Kerr White a dr. Alexander Leaf, jimž rovněž patří náš dík.

Daniel Callahan

vedoucí projektu *Cíle medicíny*,
The Hastings Center

SHRNUTÍ

Ekonomický, sociální a vědecký tlak na konci dvacátého století nutí tvůrce zdravotní politiky na celém světě, aby se pokoušeli o reformu medicíny a zdravotnictví. Tyto snahy však nebudou úspěšné, anebo nedosáhnou plného úspěchu, jestliže se nepodaří vrhnout nové světlo na hodnoty, které jsou pro medicínu stěžejní. Právě to je smyslem této zprávy.

Vycházeli jsme z premisy, že nejde jen o prostředky medicíny, ale i o její *smysl*. Hodnotíme-li příznivý účinek na zdraví lidí na celém světě, můžeme říci, že biomedicínská revoluce a technická zdokonalení, která z ní vycházejí, nemají v dějinách lidstva obdoby. Pokrok moderní medicíny je však dvoustranný. Cenou za prodloužení života často bývá větší utrpení, nemocnost a vyšší náklady. Proto autory zdravotnické politiky v průmyslových i rozvojových zemích je proto stále větší prioritou hodnocení výhod a nevýhod vyspělé medicínské techniky. Ve snaze o udržení vyrovnaných rozpočtů musí vlády bohatých i chudých zemí nechat medicínu soutěžit o omezené zdroje s celou škálou jiných požadavků.

Cíle medicíny

Tyto skutečnosti vedly zástupce čtrnácti zemí - průmyslových a rozvojových, více i méně bohatých - k tomu, aby nově zhodnotili tradiční cíle medicíny. Skupina dospěla k názoru, že by tyto cíle měly být čtyři. Protože ztělesňují stěžejní hodnoty medicíny, budou jí nápomocny k tomu, aby si udržela vlastní integritu vzdor politickému nebo sociálnímu tlaku, jenž by ji nutil sloužit anachronickým nebo nevhodným záměrům. Jsou jimi:

- * *Prevence chorob a poranění, podpora a udržování zdraví.*
- * *Úleva od bolesti a strádání způsobených neduhy.*
- * *Péče o nemocné a jejich uzdravování; péče o ty, kdo nemohou být uzdraveni.*
- * *Odvracení předčasné smrti a zajištění klidného umírání.*

Praktické záměry a důsledky

Z nového pohledu na cíle medicíny lze odvodit praktický přístup k závažným otázkám, jakými jsou budoucí

priority biomedicínského výzkumu, struktura zdravotnických systémů a způsob vzdělávání lékařů. Měl by být vytvořen takový model výzkumu, jenž by zahrnoval odborné zkušenosti z epidemiologie a zdravotní politiky, aby nám umožnil lépe porozumět různým chorobám a jejich výskytu ve společnosti. Základem všech snah o zlepšení zdravotnických systémů by mělo být zajištění solidní úrovně primární a akutní péče spolu s řešením potřeb těch nejohroženějších jedinců. Studenti medicíny by se měli učit, že smrt je nevyhnutelná a že pacienta nebude možné vždy vyléčit. Musí se naučit řešit problémy spojené s chronickými chorobami. Noví lékaři by měli být vzděláni také v ekonomii, humanitních vědách a organizaci zdravotnictví, aby se s ekonomickou realitou současného zdravotnictví dokázali vyrovnat.

Nevhodné medicínské cíle a zneužití lékařského poznání a dovedností

Existuje mnoho způsobů použití lékařského poznání a dovedností. Většina z nich usiluje o dobro, ale některé slouží zlu. K nepřijatelným způsobům použití lékařského poznání patří využití zdravotnických informací k nedemokratickému donucování velkých skupin lidí, aby změnili svůj "nezdravý" způsob chování. Na druhé straně však nemůže být cílem medicíny ani absolutní prospěch jedince, jdoucí za hranice zdraví jako takového. Medicína rovněž nedokáže určit, co je dobré pro celou společnost.

K čemu směřujeme

Moderní výklady cílů medicíny v sobě skrývají možnost jejího zneužití nebo nevhodného využití. Naším záměrem je tyto premisy přehodnotit a vyložit je novým způsobem. Bez ohledu na politické nebo zeměpisné bariéry by se medicína měla snažit dosáhnout těchto vlastností:

- * být zásadová a sama řídit svůj profesionální život;
- * být zdrženlivá a rozvázná;
- * být cenově dostupná a trvale udržitelná;
- * být založena na sociální spravedlnosti a rovnoprávnosti;
- * respektovat právo volby a lidskou důstojnost.

Jen společné úsilí lékařů a pacientů, medicíny a společnosti, může utvářet budoucnost medicíny dobrým a uspokojivým způsobem. A tato snaha bude muset vždy znovu začít od toho, co je cílem medicíny.

CÍLE MEDICÍNY

Určení nových priorit

Jen málo změn v lidském životě se vyrovná těm, za které vdčíme biomedicínským vědám a jejich uplatnění v lékařské praxi. Dramaticky se prodloužila délka lidského života. Celá řada infekčních chorob byla téměř eradikována. Dokážeme odhalit vrozené vady už v děloze, transplantovat orgány, kontrolovat porodnost, potlačit bolest a uzdravit naše těla způsoby, jež byly před sto lety nepředstavitelné. A když k pokroku biomedicíny přičteme širší změny, k nimž vedlo zlepšení stravy, pitné vody a bydlení i zvýšení bezpečnosti v mnoha částech světa, máme před sebou vskutku hlubokou proměnu lidského života. Změnilo se to, jak lidé nahlíží na dávné hrozby: chorobu, nemoc a smrt. A právě tak se změnil i způsob, jímž společnost organizuje poskytování zdravotní péče.

Tyto velké změny však ani zdaleka neznamenají, že je všechno v pořádku. Optimistické představy o brzkém vítězství nad chorobami se ukázaly jako neoprávněné. Ani infekční choroby se ve skutečnosti nepodařilo zdolat; platí to především o rozvojovém světě, ale i ve vyspělých zemích se vracejí na scénu. Trvají chronické a degenerativní choroby spojené se stárnutím. Všechny státy se v politické i ekonomické sféře potýkají se stále rostoucím problé-

mem, jak financovat zdravotní péči. Pro vyspělé země je stále těžší najít peníze na všechny zdravotní potřeby a možnosti, které se nabízejí. Všude se stále více projevuje nutnost omezovat výdaje a dosáhnout větší efektivity. Představa přímočarého pokroku narazila v bohatých státech světa na překážky vědeckého i ekonomického rázu. Rozvojové země, které dosáhly velkého pokroku ve snižování kojenecké úmrtnosti a prodloužování průměrné délky života, dnes stojí před zásadní otázkou: do jaké míry by se měly snažit napodobit vyspělé země, jejich drahou techniku a složité, nákladné systémy zdravotnictví. Obavy o budoucnost medicíny a zdravotnictví zneklidňují téměř všechny státy, před nimiž stojí stárnoucí populace, prudký rozvoj technických prostředků a stále rostoucí poptávka veřejnosti. Na pozadí tohoto vývoje se vynořuje silné a z mravního hlediska závažné hnutí za právo pacienta na vlastní rozhodování a za spravedlivé rozdělení zdrojů v medicíně.

Až dosud tyto problémy většinou vedly k reakcím technického nebo mechanického rázu. Bývají totiž obvykle vnímány a řešeny jako krize řízení a organizace, jež volá po reformě financování a realizace, politických a administrativních změnách, dalším výzkumu a lepších způsobech hodnocení zdravotnických technik. Mluví-li se o reformě, převažují diskuse o úloze trhu, privatizaci, motivacích a brzdách, o snižování nákladů a analýze poměru vynaložených prostředků k výslednému zisku, o odpočítatelných položkách a příplatcích, o různých systémech financování a organizace, o centralizaci a decentralizaci. Takové reakce jsou významné a pochopitelné, ale samy o sobě nestačí. Soustředí se především na prostředky medicíny a zdravotnictví, ne na jejich cíl a účel. Intenzita diskuse o technických prostředcích nám paradoxně zastírá skutečnost, že se málo diskutuje o smyslu a směřování medicíny.

Naše studie vycházela z odlišné premisy: že nejde jen o prostředky medicíny, ale i o její smysl. Příliš často se považuje za samozřejmost, že cíle medicíny jsou dobře známé a samozřejmé, a že volají jen po rozumné realizaci. My jsme naproti tomu přesvědčeni, že je tyto cíle nutno znovu prozkoumat. Bez takového zamyšlení nad smyslem medicíny mohou rozličné reformy, které dnes na světě probíhají, buď úplně ztroskotat, anebo nedosáhnout plného úspěchu.

Jedním z mocných stimulů takového zkoumání je ekonomický tlak, pod nímž se medicína ocitá. Neméně významnou motivaci nám poskytuje velký rozmach medicínských znalostí a vědomostí i sociální, mravní a politické problémy a možnosti, které tento rozmach provázejí.

Zpochybnění tradičních cílů medicíny

Začneme však od otázky definice. Pojem "medicína" může být v souladu s jeho běžným užitím definován tak, jak to činí Dorlandův *Lékařský slovník*, totiž jako "umění a věda týkající se diagnózy a léčby chorob a udržení zdraví". Tato konvenční definice však nedokáže vyjádřit celou šíři medicíny, která má řadu dimenzí. Vedle explicitních cílů má totiž medicína také cíle implicitní; a sama léčebná činnost zahrnuje i práci mnoha jiných lidí než lékařů, například sester, laborantů a rehabilitačních pracovníků. Není vůbec snadné vystihnout veškerou složitost moderní medicíny - jejich záměrů, praxe, personálu a institucí - byt jen v jediné zemi, natož pak na mezinárodní úrovni. Členové naší skupiny si s sebou nutně přinášeli odlišné životní příběhy, zkušenosti a dojmy. Často nám trvalo delší dobu, než jsme vůbec zjistili, že se za prvotním zmatením jazyků skrývá kromě zajímavých a podnětných rozdílů i značná míra shody.

Podívejme se na otázky, které se dnes vznášejí nad některými obecně přijímanými cíli medicíny. Jedním z těch tradičních bylo zachraňovat a prodloužovat život. Co to však znamená v okamžiku, kdy mohou přístroje udržet v chodu těla lidí, kteří by dříve prostě zemřeli? Jak daleko by měla medicína jít v prodloužování dohasínajícího života jedince? Zcela nezávisle na záchraně života jedince otevírá genetický výzkum možnost významně prodloužit průměrnou délku života. Je vhodné, aby si medicína kladla něco podobného za cíl? Bude takový vývoj pro společnost přínos-

sem? Musí být medicína vždy nepřítelem stárnutí a smrti?

Dalším cílem je odedávna podpora a udržování zdraví. Co to však znamená v době, kdy se může jednat o zdraví novorozence s porodní váhou nižší než 500 gramů, anebo osoby, jež dosáhla věku 100 let? Je choroba, nemoc, vždy něčím nepřijatelným? Mělo by mít slovo "zdraví" v různých etapách života různý obsah? Mel by být kladen větší důraz na předcházení nemocem než na léčení těch, které už nastaly? Genetický výzkum nám umožňuje stále lépe předvídat choroby. Co to však bude pro lidi znamenat, budou-li od dětství vědět, že v dospělosti zřejmě onemocní ICHS nebo Alzheimerovou nemocí?

Třetím tradičním cílem bylo poskytovat úlevu od bolesti a utrpení. Znamená to, jak někteří tvrdí, že by měla být jako součást medicíny přijata eutanázie a sebevražda s asistencí lékaře? Měla by medicína zařadit do své náplně i starosti všedního dne, existenciální, psychologické a duchovní problémy, s nimiž se lidé potýkají ve svém běžném životě, a snažit se jim čelit farmakologickými nebo jinými léčebnými prostředky? Měla by se zabývat otázkami společenského násilí, ekologických rizik a dalších aspektů života, které sice neodpovídají klasickému pojetí nemoci, ale přesto mají zjevně škodlivý dopad na zdraví? Kde končí právoplatné území medicíny - a kde je hranice toho, co lze převést na zdravotnický problém?

I letmá analýza tradičních cílů medicín nám tedy odhaluje několik hlubokých problémů a dilemat. Od druhé světové války se v medicíně odehrála řada podstatných změn. Na úrovni výzkumu, zasvěceného ideji neomezeného pokroku, se medicína chovala nesmírně ambiciózně a rozpínavě, jako by věřila, že když bude mít dost peněz, energie a vědeckého zápalu, nenajdou se žádné choroby či nemohy, které by nedokázala vyléčit nebo napravit. Na úrovni ekonomické se medicína stala zdrojem peněz, zisků a pracovních míst. Téměř ve všech zemích dnes představuje samostatnou ekonomickou sílu. Z politického hlediska si nákladnost zdravotní péče - na kterou většina jedinců nemá prostředky - i naléhavost poptávky po ní vynucuje, aby vlády hrály významnou roli v jejím zajištění a poskytování. Medicína a zdravotnictví se proto stávají významnými působy v krevním oběhu národní, ale i mezinárodní politiky. Z vědecké závažnosti a ekonomického i politického významu medicíny nevyhnutelně plyne, že jsou její historické cíle vystaveny bezprecedentním vnějším vlivům.

Tato zpráva se soustředí na *medicínu* jako takovou, ne na zdravotnictví jako celek nebo na kontext společenských a ekonomických podmínek, jež jsou prospěšné pro zdraví. Obecně se dnes uznává, že na mnoha z nejvýznamnějších zlepšení zdravotního stavu populací za poslední století mělo lékařství jako takové jen malý podíl. Právě tak se uznává, že snahy o podporu zdraví a prevenci chorob musí zahrnout mnohé sféry společnosti mimo medicínu, například vzdělávání a sdělovací prostředky. Lékařská péče je součástí zdravotnických systémů a ty jsou zase součástí ještě širšího sociálního a politického kontextu.

Přesto se soustředíme na samotnou medicínu, neboť z hlediska poznání je právě biomedicínský výzkum nejvýznamnějším zdrojem vědění o příčinách a vývoji zdraví a chorob. Z hlediska klinického je medicína neméně významná, protože až už jsou její zdroje jakékoli, lidé se v případech choroby obracejí v první řadě na lékaře. Navíc nám medicína poskytuje řadu působivých metafor, jež se týkají zdraví a nemoci; usiluje o integritu, harmonii a celistvost těla a duše. Středobodem etiky a praxe medicíny je zdraví jednotlivých pacientů, z čehož plyne důraz na důstojnost jedince. A konečně se na medicínu soustředíme i proto, že právě ona je původcem většiny vysokých nákladů ve zdravotnictví a mnohých zmatků a nejistot, obestírajících boj s nemocí. Uvědomujeme si přitom, že hranice mezi medicínou samotnou a ostatními oblastmi zdravotnických systémů, jichž je součástí, nejsou vždy jednoznačně patrné. Proto občas nahlédneme i do těchto odlišných sfér.

Zdroje napětí

Nové tlaky. Mezi různými místy na světě jsou sice významné rozdíly, ale obecně lze říci, že se medicína ocitá

ve značném napětí, a to z mnoha vědeckých, ekonomických, společenských a politických důvodů. Částečně je toto napětí výsledkem úspěchů medicíny, nikoli jejích nezdarů. Pro některé jedince v západní společnosti se naprosté tělesné zdraví stalo jakýmsi náboženstvím, jehož smyslem je zachování mládí, krásy a dokonale fungujícího těla. Na opačném pólu je schopnost medicíny udržet v chodu i těla beznadějně nemocná, jejichž zdraví bylo nenávratně ztraceno. To může vést k mravním dilematům, zda ukončit léčbu nebo ne. Skutečnost, že přibývá chronických chorob, je nepřímým dokladem schopnosti medicíny udržet při životě ty, kdo by jinak už dříve zemřeli. U téměř žádné z chronických chorob však medicína dosud nenašla způsob, jak ji vyléčit, a byla proto donucena se uchýlit k nákladným a polovičatým technikám. Klasickými ukázkami jsou železná plíce a inzulin; lze to však ilustrovat i novějšími příklady, jako jsou AZT a jiné léky proti AIDS, mnohé formy srdeční chirurgie nebo dialýza.

Právě proto, že už medicína udělala tak obrovský pokrok, si musí klást otázku, o co má usilovat *dále*. Současně se objevují nové pohledy na medicínu a zdravotnictví, které se snaží získat významnější místo v životě lékařské profese i v představách veřejnosti. Patří k nim touha po návratu k ideálu celistvosti, někdy označovanému jako holistická medicína; značný zájem o alternativní a lidové formy léčení; velké úsilí o lepší chápání vztahu duše a těla; a nové snahy o rozvoj paliativní péče, svépomoci, zdravého způsobu života a žádoucích změn chování. Na jedné straně se tedy objevuje řada nových požadavků na medicínu a jsou zkoumány nové perspektivy; na druhé se zvyrazňují některé dlouhotrvající tlaky. Za nejvýznamnější zdroje napětí v současné medicíně považujeme:

Vědecký a technický rozvoj. Vůbec nejnápadnějším projevem moderního vývoje v medicíně je nadvláda technických prostředků, jak diagnostických, tak terapeutických. Vzdělávání lékařů je orientováno na používání těchto technik; zdravotnický a farmaceutický průmysl se věnuje jejich vývoji a výrobě; zdravotnické systémy se zabývají tím, jak je rozmístit a zaplatit. Z medicínského hlediska jsou tyto techniky v mnoha případech téměř zázračně úspěšné, což je činí předmětem profesionální hrdosti lékařů i obdivu veřejnosti. Pro mnoho lidí je zdrojem naděje a útěchy právě dostupnost technicky vyspělé medicíny, schopné zacelit rány osudu. Není náhodou, že si jí rozvíjené země velice cení a rozvojové po ní touží.

Tato technika nicméně ve svém souhrnu přispívá k ohromnému růstu výdajů na medicínu a zdravotnictví. Někdy sice technika umožňuje ušetřit a jindy je relativně laciná, ale mnohdy - zřejmě většinou - vede ke zvýšení nákladů. Je tomu tak proto, že poskytuje léčbu tam, kde dříve neexistovala, anebo umožňuje nové formy nápravy škod a prodloužení života, anebo rozšiřuje existující škálu technik o další možnost. Jak konstatuje WHO, směřuje vývoj k nákladnější léčbě chorob postihujících menší počet osob. Mnohá zlepšení zdravotního stavu, která přináší rozvoj techniky, se navíc odehrávají v hraničních oblastech, kde každý přínos je poměrně drahý - ať už jde o chemoterapii zhoubných nádorů, chirurgické zákroky na otevřeném srdci u srdečních chorob, anebo použití erythropoetinu u anémie spojené s terminální fází ledvinových chorob. Mnohé diagnostické techniky mají předstih před léčebnými možnostmi. Mimoto se už ve zlepšování zdravotního stavu populací dosáhlo takového stupně, že za každý další pokrok je třeba zaplatit poměrně značnou cenu. Je to jako s cestováním do kosmu: do výše několika kilometrů se dá letět obyčejným letadlem, což je poměrně levné, ale čím dále se chceme dostat exkluzivní kosmickou lodí, tím závažněji rostou i náklady. Jen málokdo předvídá, že by jedenadvacáté století mohlo přinést tak dramatický vzrůst průměrné délky života - jenž by se počítal na desetiletí - jako tomu bylo ve století dvacátém. Tento předpoklad se opírá o skutečnost, že kojenecká úmrtnost ve vyspělých zemích je už nízká a i v rozvojových zemích se postupně snižuje.

Nutnost vyvážit jednostranné kurativní zaměření. Zatím existuje jen málo dokladů o nějakém "změkčení" dosaďadního důrazu na kurativu (vyléčení), který je součástí

moderní ideologie medicíny. Mezi snahou o vyléčení (cure) a péčí (care) sice není žádný zásadní rozpor, ale jednostranné zaměření na první bývá často na úkor druhé. Neúnavné a nákladné války proti chorobám - zvláště proti těm smrtelným, jako jsou rakovina, ICHS a cévní mozkové příhody - často na samé hranici smrti zastiňují potřebu péče a soucitu. Rychlost technických inovací i jednostranně kurativní zaměření vytvořily medicínu, která je jen stěží trvale udržitelná, zvláště má-li být dostupná všem. Existují určité hranice toho, co lze rozumně zaplatit, co je politicky průchodné a co se dá v tržní soutěži realizovat, aniž by to způsobilo přílišnou bolest a nerovnoprávnost. V posledních padesáti letech se medicína vyvíjela ve znamení rozpínavé, ctižádostivé, nikdy nekončící honby za pokrokem - bitev proti nemoci, v nichž se nikdy nepodaří úplně vyhrát. Tato honba už možná dosáhla toho, co mnohé země považují za hranice únosnosti.

Stárnutí populací. Po jistou dobu se soudilo, že vliv stárnutí populací na zdravotnictví se bude týkat jen vyspělých zemí. To už dnes neplatí: budou si s ním muset dělat starosti všechny země, kde dochází k poklesu kojenecké úmrtnosti, prodloužení průměrné délky života a zlepšení zdravotního stavu populace. Ve vyspělých zemích nastane v příštích desetiletích prudký nárůst počtu a procenta starých lidí: počet osob nad 65 let se zdvojnásobí, počet osob nad 85 let se může zvýšit na trojnásobek i více. V rozvojových zemích nemusí být tento tlak tak výrazný a nepřijde asi tak brzy, ale bude tam přesto cítit - jak konstatovala Světová banka, když jmenovala stárnutí populací jako jeden z nejvýznamnějších budoucích problémů rozvojových zemí.

Existují určité doklady o tom, že stárnutí populací samo o sobě náklady na zdravotnictví nijak dramaticky nezvyšuje. Ke vzestupu nákladů dochází až tehdy, když se ke stárnutí přičítá intenzivnější poskytování lékařských, sociálních a ošetrovatelských služeb. I když nákladná akutní péče pro staré lidi podléhá určitým omezením, mohou být výdaje na dlouhodobou a domácí péči nesmírně vysoké. Všeobecný trend směřující k většímu využití akutní péče přinejmenším u "mladých starých" - například dialýzy nebo koronárních bypassů - zvyšuje přínos, ale i náklady. Biologické bariéry, na které zlepšování zdraví u starých lidí naráží, se zdají ve světle dosavadního pokroku obtížněji překonatelné, což ovšem nutně vyvolá nové požadavky, podnítky to další výzkum a způsobí směs naděje a frustrace.

Trh a poptávka veřejnosti. Někdy se tvrdí, že medicínský pokrok a vývoj zdravotních potřeb je výrazně poháněn poptávkou veřejnosti, vládními programy a tržními silami. Úspěchy medicíny, vira veřejnosti v její účinnost a nárůst chronických chorob a nemocnosti společně přispívají k rostoucí poptávce po lékařských službách. K těmto silám je třeba přičíst stále větší vliv trhu se zdravotnickou technikou, jenž funguje jako mocné dynamo prospěšných inovací v medicíně. Trh současně reaguje na poptávku veřejnosti po novinkách a pomáhá ji utvářet. Podobně působí i na profesionální aspirace lékařů, kteří chtějí pro své pacienty to nejlepší. Vede zdravotnický průmysl k tomu, aby investoval velké částky do výzkumu, aby své produkty neustále obměňoval (takže se po několika letech stávají zastaralými), aby usiloval i o nevýznamná zlepšení, přinesou-li dostatečný zisk, a aby posléze usilovně propagoval své výrobky mezi širokou veřejností a příslušníky lékařské profese. V poslední době se vlády stále více ohlížejí po privatizaci a trhu, aby ulevily ekonomickým tlakům, jež působí na jejich zdravotnické systémy.

Je už v povaze trhu, že reaguje primárně na potřeby, tužby a preference jedince, a ne obecného blaha. Potřeby a preference jedince a společnosti se sice mohou do značné míry překrývat, ale mohou být také velmi rozdílné. Na rozdíl od centrálně řízených ekonomik je tržní systém mocným motorem ekonomického rozvoje. Tytéž síly, které pomáhají trhu zvyšovat všeobecný blahobyt, však také vyhánějí růst cen zdravotnické techniky a poptávku po ní do větší výše, než by odpovídalo hospodářskému růstu. A ovšem i trh sám může být, jako je tomu v případě spatřeba tabáku, zdrojem chorob a zhoršení zdravotního stavu.

Z historického pohledu mají společnosti, v nichž dominuje trh, větší problémy s omezováním nákladů na zdravotní péči než společnosti se smíšenou ekonomikou. Tím sice přispívají k vytváření kvalitnější péče pro některé privilegované vrstvy společnosti, ale pro chudé se péče na srovnatelné úrovni stává stěží dosažitelnou. Snaha trhu učinit medicínu výnosnější často ohrožuje rovnoprávné poskytování zdravotní péče. Státy Západní Evropy sice jsou dobrým příkladem snahy o účinnou rovnováhu mezi tržními a vládními silami, ale i ony jsou pod tlakem, aby své zdravotnictví částečně privatizovaly a zavedly do něj tržní mechanismy. V částech Asie a Latinské Ameriky a ve Spojených státech se stávají dominantními tržní strategie a privatizace zdravotnických služeb. To je často provázeno omezováním veřejných zdravotních programů a zvyšováním počtu a procenta nepojištěných osob. Trpí tím jak rovnoprávnost, tak integrita medicíny, která se dostává do zajetí komerce. V té či oné podobě je ekonomika neodmyslitelnou a významnou součástí provozování medicíny a poskytování zdravotní péče. Právě prolínání medicíny s tržní teorií a ideologií vytváří jednu z ústředních linií jejich dějin, která dosud není u konce. Pokud si s ním dobře neporadíme, mohly by vážně utrpět ústřední hodnoty a tradice medicíny: vztah mezi lékařem a pacientem, jenž se mu svěčuje, altruistické cíle medicíny a důvěra veřejnosti v ušlechtilé pohnutky medicíny jako takové.

Kulturní tlak. Současná medicína patří k těm oborům, jež měly největší prospěch z osvícenských víry ve vědecký pokrok. Oddanost tomuto pokroku byla mohutným stimulem rozvoje medicíny a zdokonalování zdravotní péče. Vedla také k novému pohledu na zlepšování zdraví jako na pole bez hranic - k očekávání stále příznivějších statistik úmrtnosti a nemocnosti, lepších biologických znalostí a nových technických prostředků. Občas může být toto očekávání zdrojem neúměrných a nerealistických požadavků veřejnosti. Za "kvalitní" medicínu je obvykle považováno poskytnutí té nejnovější a nejlepší dostupné diagnózy a léčby. Přitom se předpokládá, že v budoucnosti budou možnosti ještě lepší. Touha po pokroku tak vede nejen k většímu poznání a zlepšování, ale paradoxně zvyšuje i všeobecnou nespokojenost s daným stavem věcí, který je ve světle budoucích možností vnímán jako nevyhovující. Skutečnost, že bylo dosaženo velkého pokroku při snižování úmrtnosti na rakovinu u mladých lidí, vyvolává ihned naději na její snížení u starců i zklamání z toho, že dosud nejsou naplněny.

Další významnou kulturní hodnotou - především ve společnostech, v nichž dominuje trh - je uspokojení individuálních potřeb. Medicína už není pouhým prostředkem, jímž čelíme chorobám, jako tomu bylo v klasickém pojetí; stává se cestou k rozšíření lidských možností. V mnoha případech, například u plánovaného rodičovství, je to zjevně přínosem. Jde však také o posun v našem vnímání toho, co je vlastně náplní medicíny; a nadměrný posun ji může změnit v pouhý soubor neutrálních faktů a technik, které má jedinec volně k dispozici a které podléhají pouze ekonomickým omezením.

Medikalizace života. Velká schopnost medicíny změnit a upravit lidské tělo a přinést nové biologické možnosti vede k pokušení podřídit život v co největší míře medicíně. Hnacímí silami procesu medikalizace - čímž rozumíme používání medicínského poznání a technik u problémů dříve nepovažovaných za bytostně lékařské - jsou očekávání společnosti a technické možnosti. Jaká míra medikalizace je však přiměřená? Víme-li, že v životě je přítomna existenciální úzkost a smutek, měli bychom tomu čelit nějakými farmakologickými prostředky? Jestliže společnost působí násilí a sociální patologii, měla by medicína využít své znalosti a klinické schopnosti, aby je napravila? A když nacházíme vady v samotné lidské povaze, znamená to, že bychom ji měli geneticky vylepšit? Kromě toho může mít medikalizace i jinou podobu: očekávání lidí, že když je medicína zbaví zdravotních obtíží, vyřeší také jejich obecnější sociální problémy. Z praktického hlediska, pokud jde o rozpočty a všeobecnou přijatelnost, mají individuální a společenské problémy šanci získat více peněz a prostředků, když jsou klasifikovány jako "zdravotní".

Zdravotní programy se těší větší podpoře než programy sociální pomoci, a jsou-li problémy definovány jako zdravotní, jsou přijímány ochotněji, než když jsou spojovány se zločinností, chudobou nebo morálkou. (Příkladem může být alkoholismus a drogová závislost.) Lze právem rozlišovat mezi primárními cíli medicíny, představujícími její bytostné hodnoty, a cíli sekundárními, týkajícími se společenského a individuálního prospěchu, který je slučitelný s cíli primárními; ale ani to nemůže zabránit všem nejasnostem. Medikalizace širších sfér lidského života nejenže vyvolává pochybnosti o poslání a rozsahu medicíny, ale může se také nepříznivě promítat do ceny zdravotní péče. Je třeba nicméně dodat, že když se nedostává jiného, zásadnějšího řešení, umožňuje někdy medikalizace zvládnout jinak neřešitelný sociální problém. Tím by se dala vysvětlit přitažlivost psychotropních látek jako způsobu řešení běžného stresu moderního života.

Zdokonalování člověka. Největší a nejutopičtější otevřenou perspektivou medicíny je zdokonalit člověka, použít její schopnosti nejen k nápravě něčeho patologického, k navození normálního stavu, ale přímo k vylepšení lidských schopností - od pouhé normalizace k optimalizaci. Tyto možnosti jsou sice dosud omezené - a možná omezené zůstanou - ale jsou i svůdné. Moderní antikoncepce pronikavě změnila úlohu ženy a význam plození dětí jako součásti života. Genetické zdokonalování tento vývoj obohacuje o perspektivu manipulace se základními lidskými vlastnostmi; spekuluje se například o zvýšení inteligence a paměti nebo omezení násilných sklonnů. Něco podobného už existuje u lidského růstového hormonu, umožňujícího dnes přidat centimetry jedincům, kteří nejsou abnormálně malí, ale z osobních nebo společenských důvodů si přejí být vyšší. Na tomto místě je však třeba říci, že utopické možnosti proměnit lidskou povahu jsou nejspíše dosti omezené, zatímco zdánlivě "obyčejná" zlepšení na poli vzdělání a farmakologie mohou mít z dlouhodobého pohledu daleko větší dopad.

Proč je třeba znovu formulovat současné cíle. Je to nutné nejen proto, že medicína při řešení starých problémů nechtěně vytvořila nové, nebo pro její četné přetrvávající neúspěchy a nedostatky. Pokud totiž neprovedeme takové zhodnocení a nedokážeme formulovat nové a lepší ideály a směry, hrozí medicíně jako činnosti i zdravotnickým systémům, jichž je součástí, že budou:

- * *ekonomicky neudržitelné*, směřující k finančně neúnosné medicíně, jež bude provázena stále rostoucí nerovností v přístupu bohatých a chudých k nejlepším léčebným metodám a stane se pro všechny vlády zdrojem nekonečných politických sporů o tom, jak zaručit kvalitní a efektivní zdravotní péči;

- * *klinicky nevyjasněné*, neschopné najít patřičnou rovnováhu mezi uzdravováním (cure) a péčí (care), mezi bojem proti chorobám a zlepšováním kvality života, mezi snižováním úmrtnosti a nemocnosti a mezi investicemi do dobré zdravotní péče a skutečným zlepšením zdraví populace;

- * *společensky frustrující*, budou povzbuzovat falešné a nerealistické naděje veřejnosti a vyvolávat očekávání takových převratných změn na poli medicínského pokroku, jakých buď nelze dosáhnout, anebo jejich cena (ekonomická, sociální a mravní) byla příliš vysoká; a

- * *postrádající ucelený smysl a směřování*, vytvářející jednotlivé, vzájemně nezávislé cíle ve jménu svobody trhu nebo skupin prosazujících své dobře míněné zájmy, aniž by měly nějaký celkový směr, vhodné cíle pro celou populaci nebo smysluplnou představu o tom, jak by měla medicína přispět k rozvoji jedince.

Medicína a společnost

Medicína dosud neztratila schopnost významně spolurozvíjet svůj vlastní vývoj, ale ocitá se pod značným vlivem zvyklostí, hodnot, hospodářství a politiky té společnosti, jejíž je součástí. Hranice mezi medicínou a společností jako takovou je stále propustnější. Na medicínu působí velké sumy peněz, které do ní investují vlády i soukromý sektor, ale i moc reklamy a sdělovacích prostřed-

ků, právě tak jako záliby, představy a touhy veřejnosti.

Lze tedy bez nadsázky říci, že kam kráčí společnost, tam kráčí i medicína. Ideální transformace medicíny vyžaduje transformaci společnosti; už není možno je oddělovat. Chceme-li se znovu zamyslet nad cíli medicíny, měli bychom se současně zamyslet nad cíli a hodnotami společnosti i nad podstatou její kultury. V této zprávě se do podobného úkolu pustit nemůžeme, ale můžeme alespoň ukázat, kde jsou klíčové styčné body mezi cíli medicíny a společností a co lze udělat pro usnadnění jejich obsažného dialogu a vzájemného poznání.

Pluralismus a universalismus. Má smysl hovořit o konkrétních cílech medicíny nebo navrhopvat cíle, jež by měly univerzální platnost? Některé vlastnosti medicíny mají globální povahu a měly by být společné všem kulturám, jiné jsou místné a kulturně specifické. Téměř všude lze vést spory o přesném významu a šíři takových pojmů, jako jsou zdraví, choroba či nemoc, ale všude existuje instituce a s ní spojená skupina odborníků, na které se lidé obracují, pokud jejich tělo či duše přestávají fungovat tak, jak oni sami a společnost očekávají.

Jedním ze zdrojů univerzality v medicíně je náš společný lidský úděl. Dříve nebo později všichni onemocníme. Naše tělo nebo duše selhávají. Cítíme bolest a trpíme, a to nejen nemocí jako takovou, ale i svými obavami z toho, co s námi choroba udělá. Bolest a utrpení jako fenomény jsou známy všude na světě, i když mohou existovat obrovské rozdíly v tom, jak jsou snášeny, jaký význam je jim připisován a jaké jsou zavedené reakce na ně. Všude na světě prožívají lidé v dětství a ve stáří fyzickou a sociální závislost na druhých, kteří jim pomáhají překonat nedostatky či neschopnost při zvládnání vlastního života a okolí (jakkoli rozdílné mohou být představy o nejhodnějším způsobu jejich překonání). Všude je znám pojem úrazu a poranění, nečekaných vnějších událostí, jež narušují hladké fungování těla. Rozšíření vědeckého poznání po celém světě a výměna medicínských dovedností a idejí nám více než kdy předtím umožňují, abychom hovořili o lékařství jako o celosvětové disciplíně a profesi. Tím ovšem nechceme popřít, že může existovat značné napětí (ať už je plodné či nikoli) mezi tím, čemu se říká "kosmopolitní medicína", totiž medicínou mezinárodní vědy, a tou místní.

Ačkoli existuje - a měl by existovat - značný pluralismus v pojetí medicíny a organizaci zdravotnických systémů, slouží medicína obecným lidským potřebám a je nositelkou významných hodnot, jež si zaslouží všeobecný souhlas a úctu. V posledních letech se ke zvláště závažným hodnotám přiřadilo právo na sebeurčení a sociální spravedlnost. U řady dalších tradic si lze jen obtížně představit, že by mohly být ve jménu kulturního pluralismu odmítnuty: že prvořadou povinností lékaře je být prospěšný pacientovi; že podmínkou lékařského výzkumu je informovaný souhlas; že by společnost měla učinit zdravotní péči na slušné úrovni všeobecně a rovnoprávně dostupnou; že by se při léčbě mělo vycházet z nejlepších dostupných vědeckých důkazů o její účinnosti; a že by humánní lékařská péče měla být provázena soucitem a laskavostí. Tyto hodnoty jsou stěžejní a univerzální; některé z nich jsou staré, jiné nové; některé jsou dodržovány plněji a účinněji než ty druhé, ale všechny jsou součástí hodnotového souhvězdí, od něhož je odvozena současná identita medicíny.

Současně lze ovšem říci, že různé společnosti mohou tyto tradice a povinnosti chápat různým způsobem, s rozdílným zabarvením a důrazem na odlišné věci. Významy jsou často místní a regionální, takže se nedají snadno vystihnout univerzálními hodnotami. Dobrá medicína si těchto rozličných významů, které vyjadřují povahu dané kultury a uvádějí věci do širšího kontextu, všimá a ctí je. Tento druh rozmanitosti není vůbec neslučitelný s lékařským univerzalizmem. Biologické a klinické vědy nám poskytují univerzální vědecké pojmosloví; společenské vědy politická teorie a humanitní studia jsou pak stále častěji zdrojem odlišného jazyka pro hodnoty, politickou dimenzi a mravní kritéria medicíny. Sem patří jazyk lidských práv a potřeb, lékařské etiky, vztahu lékaře s pacientem a měřítek lékařské bezúhonnosti.

Medicína na tom bude lépe a stane se vnitřně jednot-

nější, bude-li mít soubor všeobecně uznávaných cílů, vyjadřujících její nezbytné stěžejní hodnoty. Nejenže to usnadní výměnu znalostí a rozvoj celosvětových zdravotnických iniciativ (např. podporovaných WHO), ale také to umožní hodnotit medicínu podle norem přesahujících rámec místních zvláštností a odlišností. Tato skutečnost medicíně pomůže zachovat si svou integritu, jestliže se ocitne pod politickým nebo společenským tlakem, aby sloužila anachronickým nebo nevhodným cílům. Další výhodou bude, že pacienti budou moci lépe pochopit a posoudit, jaký druh péče mají právo očekávat, a lékaři sami budou moci lépe chápat svou vlastní roli i povinnosti a očekávání, s nimiž je spojena. Medicína potřebuje svůj vlastní vnitřní kompas a závazné hodnoty, které budou tím pevnější, čím více budou vycházet z tradičních a všeobecně uznávaných cílů.

Dohoda je tedy možná, ale je třeba být realisty: při legitimních názorových rozdílech bývá někdy obtížné se úplně shodnout na cílech medicíny, nemluvě o jejich konkrétním smyslu. Přesto je však nezbytné zlepšit proces otevřené komunikace mezi medicínou a společností, přičemž vyjdeme ze zásadní a všeobecně sdílené důvěry mezi lékaři a pacienty.

Cíle medicíny: jsou její inherentní součástí, anebo jde o sociální konstrukce? Tyto dva názory na povahu medicíny a jejich cílů spolu už dlouho nejen soupeří, ale také se doplňují; jeden považuje cíle medicíny za jednu prověřenou daně, druhý v nich vidí jen dobově a kulturně sociální konstrukce. Podle zastánců inherentního pojetí jsou náležité cíle medicíny reakcí na univerzální lidskou zkušenost nemoci, která je zakódována v lékařství jako takovém a velí lékařům léčit, pomáhat, pečovat, uzdravovat. Základem medicíny je vztah lékaře a pacienta. Aby byl tento vztah životaschopný, vytváří si své vlastní, inherentní hodnoty, které jej udržují a posilují. A nejen to: právě těchto inherentních hodnot by se měla medicína držet. To ony jí umožňují vzdorovat snahám společnosti o její podmanění či manipulaci, dávají medicíně její vlastní směr a jsou pro lékaře zdrojem jejich integrity, nezávislé na hodnotách společnosti. Medicína se sice nevyhne vlivu hodnot a cílů dané společností, ale to neznamená, že by se právě na ně mohly nebo měly její vlastní hodnoty redukovat.

Zastánci sociální konstrukce si naopak všimají velké proměnlivosti charakteru a cílů medicíny v čase a v různých kulturách. Jistě, péče o nemocné představuje nit, která prochází celými dějinami a spojuje všechny kultury, právě tak jako ústřední význam vztahu lékař-pacient, ale výklad chorob a onemocnění je tak různorodý a reakce na ně tak komplexní, že lze jen stěží objevit nějaký smysluplný soubor inherentních hodnot a přesvědčení. Podle tohoto pojetí lze medicínu nejlépe vystihnout jako trvale se vyvíjející zásobárnu vědomostí a proměnlivý okruh klinických postupů, jež nemají žádnou ustálenou podstatu. Její vědomosti a praktiky odrážejí svou dobu a společnost, jež jí jsou součástí, a měly by být využívány libovolným způsobem, který společnost uzná za vhodné - pouze s takovými omezeními, jaká platí pro jiné společenské instituce. Předpokládat nějakou inherentní podstatu medicíny může být sice lákavé, ale ve skutečnosti nelze nic takového prokázat. Vědecká a společenská proměnlivost medicíny je ostatně výhodou, neboť ji obohacuje a posiluje.

Konflikt mezi těmito dvěma pojetími medicíny vychází do jisté míry z odlišných interpretací jejich skutečných a nesmírně rozmanitých projevů na různých místech a v různých dobách. Spor se však vede i o tom, co by měla být její podstatou a jaké by měla mít cíle. Má se medicína snažit sama si určovat své hodnoty a směřování v souladu se svými dějinami a tradicemi? Anebo má dovolit společnosti, aby tak učinila zvnějšku? Anebo by měla najít svůj směr prostřednictvím trvalého dialogu se společností, v níž si budou obě hledat svou legitimní sféru působnosti, povinnosti a práva?

Naše skupina dospěla k názoru, že nejpřijatelnější je možnost třetí, i když by medicína měla vycházet ze své vlastní historie a tradice. Pokud medicína postrádá vnitřní směřování nebo klíčové hodnoty, může být společností příliš snadno obětována nebo zneužita, protože nemá

prostředky, jak tomu čelit. Zvláště odstrašujícím příkladem je osud medicíny za nacismu a v totalitních režimech. Domnívat se, že hodnoty medicíny mohou zůstat mimo vliv společnosti, je však neméně naivní. Protože lékaři, zdravotníci a pacienti budou vždy součástí společnosti, nebude nikdy možné vytýčit přesnou dělící čáru mezi institucí medicíny a jinými společenskými institucemi.

Jaká vymezení a jaké úhly pohledu bychom tedy měli vzít v úvahu, pokud za nejvhodnější považujeme otevřený a trvalý dialog mezi medicínou a společností, v němž se jedna i druhá strana pokoušejí vyjádřit své pojetí choroby, nemoci a smrti i svou představu o poskytování zdravotní péče? Ze strany medicíny bude zjevně kladen důraz na etiku a integritu lékařské praxe. Jak má medicína utvářet své návyky a praktiky - a hodnoty, jež by měla vštěpovat svým studentům? Jaké hodnoty by to měly být? Jak může medicína zůstat věrna svým vlastním tradicím a přitom rozpoznat, jestliže si vývoj vědeckého poznání či společenských hodnot vyžádá zásadní změnu? Takový vývoj se odehrál po druhé světové válce, kdy se pro lékařský výzkum začal vyžadovat informovaný souhlas a kdy se v mnoha částech světa stále více ozýval požadavek, aby se pacientům říkala pravda o jejich stavu a aby byly jejich osobní názory a hodnoty brány vážně. Lepší porozumění názorům pacientů a laiků na medicínu by mělo být jedním z klíčových bodů každého programu směřujícího ke zlepšení vzájemného chápání mezi medicínou a společností.

V naší skupině jsme nedospěli k jednoznačnému řešení otázky, zda jsou cíle medicíny její inherentní součástí, anebo jde o sociální konstrukce. Shodli jsme se však na tom, že medicína má - a vždy měla - určité univerzální, stěžejní hodnoty, a v tomto smyslu se vyznačuje inherentními cíli. Lze také pochopit, proč nesčetná vyjádření těchto hodnot a cílů na místní úrovni, s rozdílnou funkcí v různých kulturách, poskytují věrohodnost názorům, které je považují za sociální konstrukci. Za rozumnou střední pozici lze proto považovat tvrzení, že obě perspektivy jsou správné: medicína má určité základní poslání, plynoucí z víceméně univerzálních ideálů i typů historických praktik, ale její vědomosti a dovednosti mohou být do značné míry vykládány podle sociálních konstrukcí. Skutečným nebezpečím není protiklad mezi oběma pojetími, jenž může být přínosný, ale redukce všech univerzálních hodnot na ty relativní.

Ekonomika, medicína a poměr společenských potřeb.

Lze jen stěží pochybovat, že ekonomika hraje velkou roli při formování reálné medicínské praxe v moderní společnosti, a v otevřeném či skrytém ovlivňování toho, co bylo vnímáno jako údajné cíle medicíny. Jakmile se medicína stává součástí hlavního ekonomického proudu ve státě, začínají na ni působit všechny ekonomické síly a priority, jež ovlivňují ostatní části společnosti. V důsledku obratu k trhu a privatizaci, ke kterému dochází v medicíně mnoha asijských, latinoamerických a středoevropských zemí a ke kterému už dávno došlo ve Spojených státech, se dostávají do popředí jiné hodnoty a priority než v předchozích zdravotnických systémech. Ve Spojených státech se zvýšil důraz na soutěžení a omezování výdajů v důsledku nedávného rychlého rozmachu programů typu *managed care*, tj. integrované, řízené péče soustředěné na regulaci nákladů. Tím se rovněž posunuly faktické cíle medicíny směrem k primární péči; tento vývoj se v Západní Evropě odehrál už dříve. Privatizace, která předává soukromému soukromému zdravotnictví funkce dosud vyhrazené vládě, má sklon učinit z medicíny zboží. Tuto tendenci však může omezit skutečnost, že vláda využívá privatizace jako doplňku svého vlastního úsilí.

Společnost se naproti tomu musí rozhodnout, jaký druh a rozsah ekonomických a společenských zdrojů dá medicíně k dispozici. To znamená, že je třeba určit, jak závažné jsou potřeby související se zdravím a léčením ve srovnání s jinými významnými potřebami, jako jsou bydlení, obrana, vzdělání, zaměstnanost a doprava. V důsledku ekonomických tlaků musí každá společnost stále více uvažovat, jak velkou část ekonomické zátěže ponese vláda, jednotlivci a zaměstnavatelé. Právě tak budou muset rozhodovat, jak velký stupeň volné, neregulované hry trhu

připustí. Nemenší úlohu mohou sehrát kulturní hodnoty a kategorie, k nimž patří náboženství, etnický původ i rozdílné názory na etiku jedince a institucí. Například postoj k potratům, sterilizaci a různým formám asistované reprodukce bude ovlivněn náboženskými hodnotami, zatímco míra spolurozhodování pacientů o vlastním osudu bude vycházet z obecného postoje společnosti k právu jedince na spolurozhodování o věcech, které se ho týkají. Tento postoj se může ocitnout ve skutečném nebo domnělém rozporu s cíli medicíny.

Specifikace cílů medicíny

Pokusíme se nyní upřesnit, co považujeme za patřičné cíle současné medicíny, zdůvodnit tyto cíle a vzít v úvahu obtíže spojené s jejich smyslem a výkladem. Přípravným krokem, který před tím musíme provést, je definovat si některé klíčové termíny. Pak se budeme postupně věnovat cílům seřazeným do čtyř kategorií: prevence chorob a podpora zdraví; úleva od bolesti a utrpení; léčba chorob a péče o ty, kteří nemohou být vyléčeni; snaha zabránit předčasně smrti a zajistit klidné umírání.

Definice "zdraví" a další klíčové pojmy. Jen stěží můžeme hovořit o cílech medicíny, aniž bychom se současně dotkli myšlenek, v nichž spočívá její smysl a význam. Medicína se zabývá zdravím - ale co je vlastně zdraví? Jestliže jednou z příčin ztráty zdraví je choroba, co vlastně tím slovem myslíme? A jestliže se ztráta zdraví projevuje tím, že jsme nemocní, co přesně tím slovem chceme říci? Naději odpovědět na tyto otázky máme tehdy, když stejně jako dobrá medicína začneme u jedince, u lidské bytosti, která je nemocná a snaží se dosáhnout uzdravení. Patří k dobře známým paradoxním vlastnostem dobrého zdraví, že je sice nesmírně cenné, ale dokud jím jedinec disponuje, je téměř nepozorovatelné. Jestliže naše tělo funguje bez potíží a problémů, vůbec si svého dobrého zdraví nevšímáme; je prostě přítomno jako tichý a věrný sluha.

Tato zkušenost nám umožňuje dospět k definici: pojmem "zdraví" rozumíme tělesnou i duševní pohodu a integritu. Jeho znakem je to, že dotyčná osoba nemá žádnou vážnější chorobu, je schopna naplňovat své životní cíle a realizovat se v normálním společenském a pracovním kontextu. Touto definicí chceme podpořit tradiční důraz na řádnou funkci těla jako celku a na výslednou schopnost či možnost jednat.

Naše definice se liší od vlivné definice Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1947, jež klade důraz na "naprosté zdraví ve smyslu fyzickém, duševním a sociálním". Medicína nemůže dnes ani v budoucnu zaručit "naprosté" zdraví, a to ani ve sféře čistě fyzické, se kterou má největší zkušenosti. Menší či větší neduhy jsou součástí života každého z nás a všichni jim nakonec podlehneme. Naštěstí však platí, že v životě většiny lidí se alespoň do jisté míry vyskytuje i zdraví, jehož udržení je jedním z přednostních záměrů medicíny. Mezi zdravím a nemocí v žádném případě nevede ostrá hranice a i sama choroba může mít na život různých lidí rozdílný dopad.

Zdraví je pro medicínu klíčovým a rozhodujícím pojmem, neboť právě od něj se do značné míry odvíjejí představy o jejím poslání. Významné jsou však i další pojmy, totiž neudh, choroba, nemoc či onemocnění. Slovem "neudh" (malady) označujeme nejrůznější stavy ohrožující zdraví, tedy nejen chorobu, ale i oslabení, poranění či vadu. Vezmeme-li v úvahu tyto stavy, můžeme neudh definovat jako něco, co jedinci působí nebo hrozí způsobit škodu (předčasnou smrt, bolest, tělesné postižení, ztrátu svobody či příležitostí nebo ztrátu potěšení) a není spojeno se zjevnou vnější příčinou. Obrat "není spojeno se zjevnou vnější příčinou" uvádíme proto, abychom neudh - jehož povaha je vnitřní - odlišili od pokračujícího ohrožení, které vzniká zcela mimo jedince samotného (např. bolest způsobená mučením či násilným přepadením). "Chorobou" (disease) budeme rozumět fyzickou či duševní poruchu, spojenou s odchylkou od toho, co je ze statistického hlediska považováno za normální; v jejím důsledku se člověk stává nemocným či postiženým, anebo se u něj zvyšuje pravděpodobnost předčasné smrti. Jako "nemoc" (ill-

ness) si v tomto případě označíme subjektivní pocit osoby, že je nepřítomen či narušen její pocit tělesného a duševního zdraví, což se promítá do jeho běžných životních úkonů. Konečně pod pojmem "onemocnění" (sickness) budeme rozumět to, jak na zdravotní stav jedince nahlíží společnost - což obvykle znamená, že se fyzický či duševní stav dotyčného z vnějšího pohledu jeví jako narušený.

Čtyři cíle medicíny. Jestliže jsme dospěli k těmto definicím, můžeme se pokusit o nový výklad cílů medicíny. Hned na úvod je třeba říci, že se ve dvou otázkách v naší skupině projeví názorové rozdíly. První z nich se týkaly toho, je-li užitečné či rozumné se pokoušet cíle medicíny nějak seřadit podle priority. Jsou některé cíle relativně významnější než jiné anebo jim logicky předcházejí? Po dlouhých debatách se podařilo dosáhnout konsensu, že určení pevně stanovených priorit není užitečné a vlastně ani možné. Různí lidé mají různé zdravotní potřeby a u této osoby se mohou potřeby měnit i v průběhu jedné nemoci. Došlo také k určitému sporu o tom, zda by nebylo lepší hovořit o "stěžejních hodnotách" medicíny spíše než o jejích cílech, anebo chápat "cíle" spíše jako určující ideály, k nimž je vhodné směřovat, a ne jako formálně stanovené záměry. Vcelku se však dospělo k názoru, že hovořit o cílech medicíny je nadále užitečné.

Z části debaty o prioritách vyplynula otázka druhá, totiž jaké postavení by mělo být přiznáno podpoře zdraví a prevenci chorob jako jednomu z cílů medicíny. O tom, že podpora zdraví a prevence chorob jsou významné, nebylo žádného sporu. Protože však vyžadují strategie se širokým záběrem do mimomedicínských oblastí, a protože by se z přílišného důrazu na prevenci (přínejmenším na tu primární) dalo usuzovat na opomíjení lidí nemocných, objevil se odpor vůči tomu, aby byla vůbec označována za logický první krok. Chceme proto pouze zdůraznit její význam, což platí v nemenší míře i o ostatních cílech, jimiž se zabýváme. Žádný z nich trvale neupřednostňujeme; jejich význam bude větší či menší podle toho, jak se budou měnit okolnosti.

1. Prevence chorob a poranění, podpora a udržování zdraví. Podpora zdraví a prevence chorob patří k ústředním hodnotám medicíny ze tří důvodů. Za prvé, zdravý rozum nám říká, že chorobám a poraněním je lepší se vyhnout, pokud to jde. Primární povinností lékařů a jejich spolupracovníků je pomáhat pacientům, aby zůstali zdraví, a poučovat je o tom, jak toho nejlépe dosáhnout. Někdy se tvrdí, že lékaři, kteří pomáhají svým pacientům udržet si zdraví, jim prokazují nemenší službu než ti, kteří o ně pečují v případě poranění, choroby nebo postižení. Jen stěží lze dostatečně zdůraznit význam podpory zdraví u dětí, jejichž úmrtnost je dosud na mnoha místech světa vysoká. Jedním ze starodávných cílů medicíny bylo pomáhat lidem žít ve větší harmonii se svým prostředím, což je záměr, jenž musí být naplňován od počátku života až do samotného konce. Naše skupina cítila povinnost zdůraznit zvláště jeden příklad prevence chorob, totiž obrovské ohrožení zdraví představované kouřením tabáku - nutnost, aby mladí lidé kouřit nezačínali a ti starší přestali.

Za druhé, existuje stále větší množství dokladů o tom, že některé snahy podpořit zdraví a předcházet nemocem mohou mít příznivé ekonomické důsledky, neboť sniží závažně plynoucí z morbidit a výskytu chronických chorob v pozdější fázi života (i když v této věci nepanuje naprostá shoda). Současně toto úsilí, byť není laciné, představuje účelné vynaložení prostředků na udržení zdraví. Kromě toho může větší důraz na podporu zdraví a prevenci do jisté míry odvést zájem od špičkové techniky, již disponuje akutní intenzivní medicína, a pomoci omezit její občas neúměrnou převahu a glorifikaci.

Za třetí, je důležité dát příslušníkům lékařského povolání a široké veřejnosti najevo, že medicína není pouze disciplínou zachraňující a ošetřující ty, kteří už onemocněli; že zdravotnictví není pouze "nemocnictví". Pokud by se zvýšila prestiž podpory zdraví a prevence chorob, dalo by to všem (v medicíně i mimo ni) na vědomí, že podstatně větší soustředění na tuto sféru může přinést jedincům i společnosti značný prospěch.

Jestliže prosazujeme podporu zdraví a prevenci cho-

rob jako jeden ze základních cílů medicíny, nesnažíme se přitom zpochybňovat dvě skutečnosti: že smrt lze pouze oddálat, ale nemůžeme nad ní zvítězit; a že nelze dosáhnout ani obecného vítězství nad chorobami, neboť přemůžeme jen některé, a ty budou v lidském životě nahrazeny jinými. Prevenci chorob proto nikdy nemůže být dána úplná přednost před jinými cíli medicíny. Každý jednou onemocní nebo bude zraněn či postižen, a pak se do popředí dostanou ostatní cíle medicíny.

Kromě těchto omezení se musí podpora zdraví a prevence chorob potýkat s mnoha překážkami. Dosud se nedostává kvalitních dat o plné ceně programů na podporu zdraví a poměru vynaložených prostředků k výslednému prospěchu. Rovněž se někdy setkáváme s názorem, že zdravotní stav závisí především na příjmech, společenském postavení, vzdělání a všeobecné možnosti uplatnění ve společnosti, takže medicína jako taková může zdraví populace jen stěží nějak výrazně ovlivnit; nanejvýš může poskytnout úlevu lidem, kteří onemocní. V podobném duchu se nese námitka, že přílišné soustředění na ovlivňování a změnu chování jedince může vést k "obviňování postižených", jako by toto chování bylo jedinou příčinou jejich zdravotních obtíží. Cožpak neukazují zdravotnické statistiky, že sociální faktory hrají při vzniku chorob daleko větší úlohu než chování jedince, a nesvědčí genetické a vůbec lékařské poznání o tom, že se na vzniku choroby u jedince obvykle významně podílí dědičné předpoklady?

Tyto úhly pohledu však nejsou neslučitelné. Kvalitní data o účelnosti vynakládaných prostředků jsou sice důležitá, ale neexistuje žádný důvod, proč by si právě podpora zdraví zaslouhovála skeptičtější posuzování než kterákoliv jiná součást medicíny. A problém "obviňování postižených"? Jedinci mohou a dokáží i navzdory silným společenským tlakům změnit své chování, jde-li o zdraví: přestat kouřit, zhubnout, začít cvičit. Navíc je právě individuální chování tou proměnnou, přes kterou je mnohdy "filtrován" sociální vliv. Přestože úplná změna individuálního chování není v mnoha případech možná nebo alespoň pravděpodobná, z ekonomického a osobního hlediska mohou mít i relativně malé změny značný význam. Mělo by být rovněž zřejmé, že je individuální chování pod výrazným vlivem kulturních zvláštností, které se mohou zlepšit k lepšímu nebo k horšímu.

Snad nejdůležitější je to, že když budou prevence chorob a podpora zdraví vnímány jako klíčové hodnoty nejen na poli zdravotní politiky (tj. veřejného zdravotnictví), ale i v klinické medicíně, bude v budoucnu možno navázat bližší spolupráci mezi těmito dvěma obory, které tak dlouho pracují na vlastní pěst a často přitom spolu soupeří. Zdravotní politice umožňuje její epidemiologická kvalifikace (má-li ovšem dostatečnou finanční podporu), aby sledovala vývoj chorob, urazů a postižení, a aby tyto znalosti učinila dostupnými pro lékaře. Klinická medicína, která má přístup k jednotlivým pacientům a soustředí se na ně, má zase jedinečnou příležitost jim radit a pomocí rodinných anamnéz, vyšetření a jiných technik určit ty, kdo jsou zvláště ohroženi. Čím více dokáží zdravotní politika s klinickou medicínou koordinovat své síly, tím lépe pro obě dvě. Pro citlivý přístup k podpoře zdraví je třeba si uvědomovat význam životních podmínek - ekonomických, pracovních a sociálních - na zdravotní stav. Klinická medicína by proto mohla a měla své úsilí účinněji sjednotit s jinými společenskými a vládními institucemi zaměřenými na veřejnou sociální péči.

2. Úleva od bolesti a strádání způsobených nemocí.

Existují sice choroby jako vysoký krevní tlak, které nevyvolávají žádné subjektivní příznaky, ale většina lidí vyhledává pomoc lékaře tehdy, když potřebuje úlevu od bolesti a strádání. Jejich tělo jim působí bolest, takže chtějí pomoc, anebo strádají psychologicky a hledají úlevu; a často pocítují bolest a strádání zároveň. Bolest a strádání však nejsou nutně totožné, byť se často vyskytují společně. Za bolest považujeme extrémně nepříjemný fyzický pocit. Pod pojmem strádání naproti tomu rozumíme stav psychologické zátěže či tlaku. Jejím typickým projevem je strach, děs nebo úzkost. Intenzivní a úporná bolest může být zdrojem strádání, ale neplatí to o každé bolesti (zvlá-

šť pokud pacient ví, že je dočasná, nebo že je součástí procesu vedoucího k vyléčení). Navíc může být strádání přítomno i bez fyzické bolesti, například když provází duševní chorobu nebo prostě obyčejné životní obavy.

Poskytovat úlevu od bolesti a strádání patří k nejstarším povinnostem lékaře a k tradičním cílům medicíny. Současná medicína celého světa však z řady důvodů často nedokáže tento úkol plnit tak, jak by bylo třeba. Studie už řadu let ukazují, že mezi lékaři jsou velké rozdíly v tom, jak chápou a praktikují paliativní léčbu bolesti. Příliš často se dosud setkáváme s nedostatečnou nebo nevhodnou paliativní léčbou. Na tomto selhávání se mnohdy podílejí zálkony nebo zvyky týkající se narkotik, které lékaře odstrašují od toho, aby co nejlépe využívali moderních metod paliativní léčby. V mnoha částech světa nejsou potřebná narkotika vůbec dostupná. Paradoxně jde často o země, jež dokáží najít prostředky na drahou, technicky náročnou léčbu, jako je například chemoterapie rakoviny. Jak ve vyspělých, tak v rozvojových zemích existují velké nedostatky ve výuce léčby bolesti i v používání dostupných vědomostí. Chybí i lékařská a kulturní podpora, která je potřebná k tomu, aby se řádná úleva stala běžně dostupnou. Paliativní medicína je nově vznikajícím, nesmírně významným odvětvím, jež se zabývá složitým problémem, ježmuž dosud tak úplně nerozumíme. Měla by být náležitě podporována a usilovně rozvíjena. Pokud jde o psychické strádání, není situace o nic lepší. Účinné farmakologické postupy k omezení bolesti jsou sice dobře známy, ale duševní a emoční strádání, jež může nemoc provázet, často není náležitě rozpoznáno nebo léčeno. Příliš často se spoléhá na léky tam, kde by bylo na místě spíše poradit či projevit soucit. Protože někteří lékaři vnímají namísto celé osoby pacienta jen soubor jeho orgánů, jsou někdy schopni jeho psychologické strádání úplně přehlédnout, anebo je sice zaregistrují, ale považují za bezvýznamné.

Jde přinejmenším o nepochopení toho, že obava ze ztráty zdraví, z choroby či nemoci může často působit stejně velké utrpení jako to, když skutečně nastanou. Ohrožení jedince bolestí, chorobou či úrazem může být značné a může se vyrovnat jejich skutečným účinkům na tělo. Je na místě, aby lékaři pomáhali takovou úzkost zmírnit. Člověk lze považovat za nemocného i tehdy, netrpí-li žádnou chorobou, neboť existuje řada stavů a prožitků, jež nelze redukovat na organické poruchy. Holistický pohled na zdraví by měl přispět k tomu, aby byla na nový základ postavena péče o ty pacienty, kteří vyžadují pomoc, ale nevyskytují se u nich žádný klinický příznak choroby.

Zásadní význam má strádání působené duševními poruchami, od těžkých, jako jsou schizofrenie nebo deprese, až po mírnější, leč přesto závažné poruchy neurotiků, osob trpících fobiemi a povahově narušených jedinců. Ne všechny duševní poruchy jsou způsobeny chorobou a k tomu, abychom je brali vážně, u nich nemusíme vyžadovat biologickou povahu. Celé spektrum lékařsky uznávaných duševních poruch postihuje milióny lidí na celém světě. Protože však jejich úvodními příznaky mohou být povšechné nebo nespecifické projevy psychického strádání, bývají problémy s duševním zdravím na úrovni primární péče často přehlíženy nebo zlehčovány. Převládá totiž tendence vyhledávat především jasně vyjádřené patologické projevy choroby.

Protiklad mezi státem hrazenou péčí o fyzicky nemocné a různými omezeními, jimž (napr. v USA) často podléhá zdravotní péče o duševně nemocné, svědčí o přetrvávající předsudku, že choroby duše jsou méně závažné než choroby těla. Ve skutečnosti však duševní choroba může působit právě tak velké utrpení a postižení jako neduhy tělesné. Kromě toho je důležité, aby medicína dobře chápala rozdíl mezi chorobami vznikajícími na organickém podkladě a funkčně podmíněnými stavy, v nichž se mohou odrážet nevhodné sociální podmínky. Medicína musí rovněž vzít v úvahu, že mnohé příčiny lidského utrpení - válka, násilí, zrazení důvěry - nemají nic společného s oslabením zdraví nebo chorobou.

Jak daleko by měla medicína jít ve snaze omezovat strádání? V naší skupině se například vyskytly rozdílné zory na možnost, aby medicína reagovala na utrpení ter-

minálně či nevyléčitelně nemocných eutanázií či asistencí při sebevraždě. Jedno i druhé medicínská etika v minulosti obvykle zakazovala. Všichni však byli zajedno, že tato otázka bude mít v budoucnu velký význam, až se bude medicína snažit lépe porozumět svým povinnostem vůči trpícím i tomu, kde tyto povinnosti končí. Část utrpení provázejícího chorobu lze náležitě chápat jako odpověď na chorobu samu. Ta může působit obavu, zoufalství, hluboký pocit únavy, strach z budoucnosti a pocit naprosté marnosti a bezmoci. V takovém případě je náležitou reakcí lékařů a ostatních zdravotníků poskytnout péči, soucit, případně psychoterapii. Jiné utrpení, především je-li spojeno s chronickým stavem nebo terminální fází choroby, může pacienta dovést k otázkám o smyslu života samotného, o dobro a zlo, o osudu a údělu jedince - otázkám, jimž obvykle přisuzujeme spíše duchovní než medicínskou povahu.

Proč jsem nemocný? Proč musím zemřít? Jaký smysl má moje utrpení? Medicína jako taková nenabízí na takové otázky žádné odpovědi, protože nespádají do jejího pole působnosti. Přesto však pacienti u lékařů a sester jako lidských bytostí hledají nějakou odpověď. Domnívám se, že v takovém případě musí zdravotník, který poskytuje péči, vycházet ze svých vlastních zkušeností a vnímání světa; musí k pacientovi přistupovat prostě jako člověk k člověku a neopírat se jen o své znalosti medicíny, ale také o soucit a pocit sounáležitosti. Někdy je však i ten nejsoucinnější přístup a ta nejvyspělejší paliativní péče v koncích. V takové situaci musí medicína uznat existenci svých vlastních hranic: veškerý život nelze řídit nebo ovládat prostřednictvím medicíny, jejíž možnosti jsou právě tak omezené jako možnosti lidských bytostí, které jí slouží.

3. Péče o nemocné a jejich uzdravování. Péče o ty, kdo nemohou být uzdraveni. Lidé se obvykle obrací k medicíně tehdy, když jsou nemocní, když utrpí zranění, anebo jsou mentálně či fyzicky postižení. Medicína pak reaguje hledáním příčiny nemoci, přičemž obvykle předpokládá, že ji najde v orgánu či údu postiženém úrazem či chorobou. Pokud se tak stane, snaží se medicína chorobu vyléčit a vrátit pacientovi normální zdraví a funkce. Lidé však většinou nepředkládají lékařům jen svůj nemocný orgán, i když třeba vědí nebo tuší, že je příčinou jejich pocitu nemoci. Nehledají totiž u lékaře jen uzdravení, ale také vycítění a porozumění. Pacienti jako osoby přicházejí k lékařům s nemocemi nebo úrazy. To je jejich nejbezprostřednější subjektivní prožitek, který je za normálních okolností hlavní motivací k tomu, aby vyhledali pomoc. Předkládají jim však *sebe samy*, a právě od jejich osobností jako celku by se mělo odvíjet uzdravování a péče.

Moderní medicína ve své touze pacienty uzdravovat občas zapomíná na svou povinnost o ně pečovat - jako by říkala "proč ztrácet čas péčí, když můžeme najít cestu k uzdravení?" Tento způsob uvažování je hluboce pochybený. Jistě, v mnoha případech zcela neosobní technika stačí a je dokonce na místě, třeba u urgentní tracheostomie, kardiopulmonální resuscitace a řady chirurgických výkonů vyžadujících špičkovou techniku. Potřeba péče je však daleko širší. Slovo "pečovat" přitom znamená jen projevit zájem a empatii a být ochoten s pacientem hovořit. Jde také o schopnost mluvit a naslouchat uvědomělým způsobem, se znalostí podpůrných sociálních služeb, které nemocní a jejich rodiny potřebují, aby se vypořádali s celou škálou mimomedicínských problémů, jež mohou jejich chorobu provázet (a obvykle ji provázejí). Samozřejmě součástí dobré péče je také technická zdatnost.

Nemocnému rodiči, který není schopen se náležitě starat o své děti, často působí tato neschopnost daleko větší utrpení než choroba jako taková. Součástí léčebné funkce medicíny je jak uzdravování, tak péče, a léčba v širším smyslu je možná i tam, kde medicína nemůže dosáhnout uzdravení. Může léčit tím, že pomůže jedinci, aby se účinně vyrovnával s trvalými chorobami.

Významnou a stále rostoucí součástí moderní medicíny je rehabilitace, stimulovaná rozvojem mnoha prostředků umožňujících obnovení vitálních funkcí a návrat do společnosti u osob postižených úrazem či chorobami. Jde o formu medicíny, která je na půli cesty mezi uzdravová-

ním a péčí: v některých případech může obnovit normální funkci, v jiných se jí to daří pouze částečně a jindy alespoň zpomaluje postupný úbytek funkce. V každém případě však úspěšná rehabilitace vyžaduje množství času a pozornosti, takže je pro ni zapotřebí výrazného a trvalého pečovatelského úsilí a sociální podpory. Léčba může reálně pomáhat i tam, kde nelze dosáhnout normalizace tělesných funkcí.

Ve stárnoucích společnostech, kde je neobvyklejší příčinou bolesti, strádání a smrti chronická choroba - jinými slovy, kde choroby trvají bez ohledu na to, co se oděhraje na poli léčebném - získává péče opět na významu. Po éře, v níž se zdálo být vždy až na druhém místě, se ocitá opět v popředí. U chronických chorob je třeba pacientům pomoci, aby jako jedinci své nemoci porozuměli, vypořádali se s ní a naučili se s ní žít (často natrvalo). Po šedesátém roce života má většina lidí alespoň jednu chronickou chorobu a po osmdesátém tři nebo více. Nejméně polovina osob starších 85 let vyžaduje významnou pomoc při vykonávání běžných životních činností. Protože se chronicky nemocný musí přizpůsobit svému novému, pozměněnému "já", měli by se lékaři ve své práci soustředit především na to, jak chorobu zvládnout, a ne na její vyléčení. Pod pojmem "zvládnutí" přitom rozumíme schopnost vycítění a trvalou psychologickou péči o osobu, která se musí tak či onak vyrovnávat s realitou choroby. Je dokonce známo, že medicína může chronicky nemocnému pomoci si vytvořit novou identitu.

Tato situace se netýká pouze starých lidí, i když těch je mezi chronicky nemocnými obvykle nejvíce. V nemenší míře vyžadují péči i nemocní s AIDS, postižené děti nebo mladí lidé po úrazech. Lze dokonce říci, že právě úspěšnost medicíny při zachraňování životů - ať už jde o novorozence s nízkou porodní hmotností na počátku života, anebo devadesátáky na jeho konci - zvyšuje celkové břemeno nemoci, místo aby je snižovala. Lidé dnes mohou žít (byť ne vždy úspěšně) s nemocemi, které by před jednou nebo dvěma generacemi byly neslučitelné se životem. Stávají se proto nejen kandidáty příštího uzdravování, ale v nemenší míře i kandidáty příští péče.

4. Odvracení předčasné smrti a zajištění klidného umírání. Boj proti smrti v mnoha jejích podobách je jedním z významných cílů medicíny. Měl by však být zdravě vyvažován povinností přijímat smrt jako osud každého člověka. Léčba by měla být poskytována způsobem, jenž by možnost klidné smrti neohrožoval, ale naopak podporoval. Současná medicína naneštěstí příliš často vnímá smrt jako svého nejhoršího nepřítele. Projevuje se to tím, že je neúměrně množství prostředků na výzkum investováno do smrtelných chorob; že se život někdy uměle prodlužuje za hranici jakéhokoli lidského prospěchu; a že je žalostně zanedbávána humánní péče o umírající - jako by umírající pacient ztratil nárok na pozornost, lidskou přítomnost a účinné zmírňování utrpení.

Odvracení předčasné smrti. V zápasu medicíny se smrtí je prvním a nejvýznamnějším záměrem snížit počet předčasných úmrtí v populaci, jakož i odvrátit předčasnou smrt jedince. Na druhém místě je povinnost náležitě pečovat o ty, jejichž smrt by se už nedala považovat za předčasnou, ale mohli by mít přesto prospěch z léčby. V širším slova smyslu je primární povinností medicíny a zdravotnictví, aby umožnily mladým lidem zestárnout a starým pomoci prožít zbytek života co nejdůstojněji a nejpříjemněji.

Představa o tom, jaká smrt je "předčasná", se liší podle historie, kultury a dostupného lékařského poznání, schopností a techniky. Obecně lze za předčasnou smrt považovat to, zemře-li jedinec dříve, než mohl využít všech možností charakteristických pro životní cyklus člověka: možnosti hledat a nacházet poznání, vstupovat do blízkých a milujících vztahů s jinými lidmi, dožít se dospělosti či nezávislosti svých dětí nebo jiných blízkých osob, pracovat a rozvíjet své nadání a usilovat o dosažení svých životních cílů. V nejšířším smyslu, zemře-li dříve, než získal možnost a schopnost se rozvinout jako jedinec, osobnost. V rámci životního cyklu může být smrt považována za předčasnou i ve vysokém věku, pokud mohl být život za-

chován či prodloužen, aniž by to představovalo velkou zátež pro jedince nebo společnost.

Přestože je odvrácení předčasné smrti jedním z výsostných cílů medicíny, bylo by chybou jednat tak, jako by každá smrt byla předčasná, anebo příliš zdůrazňovat odvrácení smrti na úkor jiných významných zdravotních potřeb. Snaha o prodlužování života se sama o sobě nejeví jako náležitý cíl medicíny. Průměrná délka života ve vyspělých zemích umožňuje jejich občanům prožít jej plně, i když by mnozí z nich třeba chtěli žít déle. Jako záměr jedince je to jistě přijatelné. Vzhledem k nákladům a obtížím, s nimiž by bylo spojeno další významné prodloužení života pomocí technického rozvoje, však lze pochybovat o tom, zda by něco takového mělo být cílem v celosvětovém či celostátním měřítku, nebo obecným cílem lékařského výzkumu.

Zajištění klidného umírání. Smrt se nevyhne nikomu a pacienti každého lékaře jednou zemřou právě tak jako on sám. Medicína proto musí považovat za svou prioritu, aby vytvořila takové klinické podmínky, v nichž bude klidná smrt nejpravděpodobnější. Klidnou smrt můžeme definovat jako takovou, při které je náležitou paliativní léčbou omezena bolest a strádání na minimum, pacient není zanedbáván ani ponechán svému osudu a péče o ty, kdo nepřežijí, je považována za stejně významnou jako péče o ty, kdo přežijí. Medicína samozřejmě nemůže nikdy úplně zaručit klidnou smrt ani nemůže být zodpovědná za to, co si lidé do vlastního umírání z předchozího života přinesou. Může však přestat vnímat smrt jako biologickou nehodu, které se dalo předejít, a jako své vlastní selhání. Tak jako tomu bylo vždy, je smrt dříve nebo později výsledkem každé léčby, i té nejlepší. V každém životě nastává okamžik, kdy je snaha o jeho další udržení marná a kdy se ocitáme za hranicemi lékařských možností. Humánně zvládnout smrt je proto závěrečnou a zřejmě lidsky nejnáročnější odpovědností lékaře, kterého jeho pacienti nutí uvědomit si vlastní osud a omezení, jež jsou vlastní veškeré medicínské vědě a umění. Medicína se totiž zabývá smrtelnými lidskými bytostmi, a ne nesmrtelnými.

Ukončení léčby udržující život. Moderní medicína nečinila problém smrti méně složitým, ale naopak složitějším. Tváří v tvář medicínskému pokroku a trvale se rozvíjející technice si bude každá společnost muset stanovit mravní a medicínská kritéria pro zastavení léčby, jež udržuje při životě nemocné v terminálním stádiu. Je důležité, aby se na těchto rozhodnutích - tam, kde je to možné - podíleli pacienti sami a jejich rodiny. Mezi kritéria ukončení léčby patří zátěž, kterou léčba představuje pro pacienta, pravděpodobný přínos léčby k udržení stylu života, který je pro pacienta přijatelný, a dostupnost prostředků k provozování rozsáhlých a naléhavých výkonů. Značná pravomoc, kterou lékař v této situaci disponuje, na něj klade také značné nároky: sladit potřeby pacienta s lékařskou etikou a umožnit klidnou smrt. Náležitým cílem medicíny v takových případech je dbát na blaho pacienta, udržovat život, je-li to možné a rozumné, ale současně uzнат, že smrt má své nezbytné místo v lidském životním cyklu a není jí třeba považovat za nepřítele. Skutečným nepřítelem je pouze taková smrt, která přichází v nesprávnou dobu (v příliš časně fázi života), z nesprávné příčiny (jež se dala odvrátit nebo za rozumnou cenu léčit) či nesprávným způsobem (s bolestí či utrpením, jimž se dalo zabránit, anebo je-li umírání neúměrně prodloužováno).

Nevhodné medicínské cíle a zneužití lékařského poznání

Cíle medicíny jsou obsažné a rozmanité. Její schopnost racionálním způsobem pojmenovat bolest, strádání či postižení a porozumět jim také pomocí vědeckých prostředků a metafor jí umožňuje překročit úzce lékařsky vymezené cíle. Existuje mnoho způsobů použití medicínské poznání a schopností. Většina z nich usiluje o dobro, ale některé slouží zlu. Medicínu lze využít k záchraně životů i k mučení vězňů, k odstranění bolesti i k asistenci u popravě, k provedení potratu i k léčbě neplodnosti, a tak dále. Jaké použití je slučitelné s prvotními cíli medicíny a jaké není? Možné formy nesprávného použití lékař-

ského poznání lze rozdělit do čtyř kategorií. První jsou za všech okolností nepřijatelné; druhé se nevejdou do tradičního vymezení cílů medicíny, ale slouží mravně přijatelným záměrům společnosti nebo jedince; třetí lze použít jen za určitých okolností, s jasnými pravidly a pojistkami; a čtvrté sice nejsou zjevně nebo jednoznačně špatné, ale vyvolávají tak vážné obavy, že je bylo možno obhájit jen těmi nejzávažnějšími společenskými důvody.

Špatné a nepřijatelné způsoby využití lékařského poznání. Obecně lze špatné nebo nepřijatelné využití lékařského poznání definovat jako takové, u kterého je buď sám cíl jeho použití, anebo jeho kontext mravně zavrženíhodný. Pokud se lékařské schopnosti propůjčí například k mučení, je to všeobecně považováno za něco zvráceného, neboť to staví na hlavu samotný smysl medicíny: místo aby poznání pomáhalo odstraňovat bolest, je zneužito k jejímu působení. Neméně zvrácené je i použití farmakologických nebo neurologických prostředků k politickým cílům, jako je snaha vyzvědět více z výslechu, navodit pasivitu vězňů, anebo vyvolávat děs a úzkost u jedince, a tak jej ovládnout. V každém ze zmíněných případů je už sám úmysl zavrženíhodný a zneužití lékařských prostředků k jeho dosažení jej činí ještě odpudivějším. Proto lékařské společnosti na celém světě odsuzují účast lékařů při provádění trestu smrti, což je úloha, kterou i my považujeme za neslučitelnou s cíli medicíny.

Provádění lékařského výzkumu na lidech bez jejich informovaného souhlasu - které před téměř půl stoletím zakázala Norimberská konvence - je příkladem zneužití medicíny k cílům, které jsou jinak přijatelné. Zákaz takového výzkumu je téměř absolutní a platí i tehdy, když by výzkum zachránil životy nebo přinesl jiný velký prospěch. Výjimku lze udělat jen u dětí a nesvědomých, a to ještě jen tehdy, má-li to přinést přímý prospěch pacientovi samotnému. Někteří ze signatářů tohoto dokumentu se domnívají, že do této kategorie patří i eutanázie a sebevražda s asistencí lékaře. Jejich užití jako prostředku k odstranění bolesti nebo strádání se sice dá rozumem zdůvodnit, ale použití lékařských vědomostí se záměrem přímého usmrcení pacienta je nepřijatelné, ať už by lékař tuto smrt přímo způsobil, anebo by k tomu pouze poskytl znalosti a léky. Jiní signatáři však zastávají odlišný názor, takže tuto otázku necháváme otevřenou.

Přijatelné mimomedicínské využití lékařského poznání. Všeobecně přijímaným a běžným využitím medicíny je to, které slouží lidskému zdraví. Její schopnosti však mohou být využity i k mnoha jiným účelům, jež nemají se zdravím žádnou přímou souvislost. Zatímco účast na mučení je odsuzována, snaha zménit nebo vylepšit vzhled jedince kosmetickou operací (tj. takovou, která není indikována z lékařských důvodů ke korekci vrozené vady nebo poúrazového postižení) je už dávno považována za přijatelnou. Obvykle nijak neohrožuje společnost jako celek a ve většině zdravotnických systémů si klient takový zákrok sám platí. V soudním lékařství je využití lékařských znalostí součástí trestně právního systému, ať už jde o soudní pitvy, o psychiatrická vyšetření k posouzení právní odpovědnosti, anebo o analýzu DNA k identifikaci tělesných tekutin či otisků prstů. V armádě jsou lékařské znalosti už tradičně využívány i k hodnocení vojákovy schopnosti podstoupit boj.

V mnoha zemích celého světa je dnes považováno za přijatelné využití lékařského poznání k plánovanému rodičovství (jež může, ale nemusí být přímo motivováno zdravotními ohledy): antikoncepce, sterilizace i potraty. V mnoha zemích pomáhají tyto vědomosti zvládat nadměrnou porodnost, zlepšovat zdravotní stav a společenské postavení žen, kvalitu života dětí a stabilitu rodiny. Jejich základním smyslem je dát mužům, ženám a manželským párom šanci rozhodovat o počtu svých potomků. To může sloužit jak zájmům individuálním, tak celospolečenským - zvláště pak v zemích, které čelí problémům chudoby nebo populačního růstu. Uvědomujeme si, že z určité filosofické či náboženské perspektivy nejsou všechny tyto metody mravně přípustné a že se v mnoha zemích staly zdrojem trvalých sporů. Protože však nemáme v úmyslu se k těmto sporům vyjadřovat, postačí říci, že se ve světě

všeobecně považuje za přijatelné používat lékařské znalosti k plánování rodičovství, je-li zaručen informovaný souhlas a svědomité lékařské sledování a je-li vyloučen jakýkoli právní nebo společenský nátlak. Potřeba lepších a přitom nenákladných forem kontroly porodnosti patří k prioritám naší doby.

Užití medicíny přijatelné jen za určitých podmínek.

Novější, ale neméně kontroverzní otázkou je použití lékařských vědomostí ke zdokonalení či zlepšení přirozených lidských vlastností. Genetika a farmakologie s takovou možností už dlouho počítají. V posledních letech se také objevily techniky umožňující předvídat budoucí postižení - genetická vyšetření rodičů, prenatální diagnostika - i léčba plodu přímo v děloze. Většina z těchto možností se nevymyká uznávaným cílům medicíny, neboť má především terapeutické či preventivní cíle. Skutečnost, že někteří drobní, ale zdraví jedinci (tj. osoby netrpící žádnou hormonální poruchou) začínají užívat lidský růstový hormon ke zvýšení svého společenského uplatnění, je však předzvěstí dalších form "zdokonalování", které se v budoucnu nepochybně objeví. Profesionální i amatérský sport se už dávno potýká s problémem užívání anabolických steroidů ke zlepšení výkonnosti.

Nepovažujeme sice za možné ani za žádoucí snažit se zakázat pokusy o "zdokonalení" přirozených lidských vlastností, ale jsme přesvědčeni, že je na místě značná opatrnost a skepse. Nemáme dostatek solidních znalostí, o které bychom mohli takové snahy o zdokonalení či vylepšení opřít. Neshodujeme se ani na tom, co by se dalo za zlepšení považovat. A už vůbec nemůžeme vědět, zda by genetické nebo sociální důsledky byly z dlouhodobého pohledu dobré či špatné. Nikde neexistuje ani společenský konsensus o tom, jakou cestou by se takové zdokonalování mělo ubírat, jaký způsob jeho realizace by byl sociálně spravedlivý a zda by bylo na místě mu přenechat prostředky, jež by byly jinak vynaloženy na obvyklejší medicínské potřeby a cíle. Něco takového by museli přesvědčivě dokázat ti, kdo zdokonalování člověka navrhuji a prosazují. Za určitých okolností by to mohlo být přijatelné, ale nemělo by být snadné - a asi ani nebude - to dostatečně odůvodnit. I pak by však bylo nezbytnou podmínkou zachování velké opatrnosti a stanovení přísných pravidel.

Použití medicíny, které je přijatelné jen ve zcela vyjimečných případech. Genetické znalosti už dosáhly takového stupně, kdy je možné získat poměrně přesné informace o budoucím zdravotním stavu jedince ještě v průběhu nitroděložního vývoje anebo krátce po narození. Projekt mapování lidského genomu a další formy genetického výzkumu zřejmě v budoucnu tuto předpovědicí schopnost medicíny výrazně zvýší. Použití takové "prediktivní medicíny" ke zlepšení sebepoznání nebo k případné prevenci by mohlo být přijatelné; znalosti tohoto druhu však také povedou k ohromnému tlaku - jak individuálnímu, tak společenskému - směřujícímu ke stigmatizaci určitých osob, které mohou být ohroženy jako zaměstnanci, pojištěnci i po sociální stránce. Takové využití lékařských informací by bylo nepřijatelné. Už sama existence prenatální diagnostiky měla za následek snahu bránit narození dětí, jež by mohly být postiženy, a vedla i k potratům zárodků ženského pohlaví, což je zneužití známé z mnoha zemí světa. Přitom byly tyto techniky původně (v šedesátých letech) zavedeny prostě jako neutrální prostředky k lepšímu poznání a zlepšení možností volby.

Šíření HIV vedlo na mnoha místech k něčemu, co vypadá jako konflikt: na jedné straně potřeba ochrany zdraví veřejnosti, tj. identifikace nosičů viru a pátrání po jejich kontaktech, na straně druhé ochrana soukromí a občanských svobod jeho nosičů. Možná se však o žádný konflikt ve skutečnosti nejedná. Snad je to právě vztah důvěry mezi lékařem a pacientem, spojený s respektováním soukromí, jenž dá lékařovi možnost poučit nemocného o společensky odpovědném jednání. Střetů tohoto typu však bude zřejmě přibývat, a to nejen proto, jak důležité je prosazovat cíle zdravotní politiky, ale také proto, že se naše poznání příčin krátkodobě či dlouhodobě ohrožujících celou společnost (nebo dokonce celý svět) bude stále zpřesňovat a tím získávat i větší moc.

Pokoušení využít medicínského poznání a lékařských dovedností k manipulaci nebo donucování celých skupin lidí nebo i celé společnosti, prováděnému ve jménu zlepšeného zdraví, společenské prospěšnosti nebo snižování nákladů, bude v příštích letech zřejmě stále větší a lákavější. Mějme na paměti strašlivý příklad eugeniky konce minulého a první poloviny tohoto století; jde o vývoj, který je třeba pečlivě sledovat a povětšinou mu vzdorovat. Vynucené potraty, povinná genetická vyšetření a prenatální diagnostika, jakož i neúměrný nátlak na změnu návyků ovlivňujících zdraví - to všechno nejsou jen teoretická nebezpečí. Donucování lidí pomocí medicínských prostředků představuje potenciální hrozbu, která je už na mnoha místech přítomná a zřejmá: ohrožuje jak instituci medicíny, tak lidskou svobodu a důstojnost.

Nezávislost a zdravá společnost jako cíle medicíny. Významný pokrok v současné medicíně mnoha zemí představuje rostoucí důraz na respekt k jedinci, vyjádřený ve většině mezinárodních deklarací. Obvykle bývá chápán velmi obecně jako právo rozhodovat o vlastním osudu, pokud jde o léčbu a zdravotní péči; někdy se hovoří o "nezávislosti". Medicína se v jistém smyslu vždy snažila podporovat určité formy nezávislosti, například dosažení soběstačnosti u fyzicky či duševně postižených. Obecněji lze říci, že ve středu zájmu medicíny bylo vždy zdraví jednotlivců. V poslední době se však objevují názory, podle nichž by měla být za jeden z cílů medicíny, ne-li přímo za její *pravý cíl*, považována "nezávislost" jako taková v ještě širším smyslu - jako důsledně uplatňované právo na sebeurčení v životě. Cožpak není konečným smyslem dobrého zdraví to, aby člověk mohl žít svůj život podle svého a dělat všechno možné, aniž by mu v tom bránila choroba a nemoc? Takové pojetí považujeme za omyl: zdraví sice dává větší šanci na dosažení svobody, ale ta nemůže být cílem medicíny. Zdraví je nutnou, ale nikoli dostačující podmínkou nezávislosti. Medicína sama ji zaručit nedokáže. Protože tuto svobodu rozvíjí také řada dalších institucí, například školství, není jejím výlučným zdrojem medicína, i když může někdy ke zvýšení nezávislosti významně přispět.

Záměrem medicíny je pomáhat tělu a duši, a ne zaručit jedinci co největší obecný prospěch. Na něm se může medicína pouze podílet, a to jen v určitých oblastech života. Medicína ohrožuje sebe samu, jestliže se považuje jen za nástroj k maximalizaci možností a přání jedince, a vybízí tím společnost, aby ji využila k jiným cílům než zdravotním. Za určitých okolností to sice může být přijatelné, ale medicína jako celek by se rozhodně neměla stát prostředkem k dosažení soukromých záměrů.

Považovat za primární cíl medicíny nezávislost by tedy bylo chybou, protože jde o záměr příliš individualistický; nemenším omylem by však bylo také považovat za její primární cíl maximální prospěch společnosti, neboť takové pojetí by bylo příliš kolektivistické. Pokud by nestačilo ponaučení ze snah využít lékařské eugeniky ve prospěch zvráceného pojetí lidské společnosti, jsou tu ještě jiné důvody. Medicína totiž nemá schopnost určovat, co je dobré pro společnost jako celek. Aby mohla kromě upevňování zdraví občanů také v obecné rovině posilovat "zdraví" společnosti, musela by mít schopnost posoudit a rozhodnout, kdy mohou být její schopnosti dány do služeb společenských cílů a kdy jim mohou být podřízeny. Žádnou takovou schopnost však nemá - a naopak by významně ohrozila svou vlastní integritu a cíle, kdyby se nechala takto využít. Společnost, která by používala medicínu k eliminaci "neschopných" jedinců, k naplňování stranických politických záměrů, jako služku politické moci nebo i vůle lidu, by brzy ztratila svou vlastní soudržnost a integritu.

Praktické cíle a důsledky

Jestliže se znovu zamýšlíme nad cíli medicíny, může nám to pomoci odpovědět na tři závažné praktické otázky. Jaké by měly být příští priority biomedicínského výzkumu? Co z těchto cílů medicíny vyplývá pro organizaci zdravotnictví? Jaké by mělo být lékařské vzdělání, aby lépe odpovídalo cílům medicíny?

Medicínské záměry, výzkumné prostředky. Po více než sto let byl dominantním modelem lékařského výzkumu model biomedicínský, jehož povaha je analytická, biochemická a někdy redukcionistická, neboť se snaží určit příčiny a mechanismy tělesné a duševní patologie na nejníže možné biologické úrovni. Jako model byl nesmírně úspěšný. Dařilo se mu v první polovině století, kdy přispěl k velkému omezení infekčních chorob (na které se především zaměřil). Do budoucna slibuje, že by se mu něco podobného mohlo podařit - s použitím molekulární genetiky - i u všech ostatních chorob. Když funguje, skýtá biomedicínský model nejen možnost klinického využití, ale je také pro klinika zápolícího s určitou chorobou srozumitelný.

Přes všechny přednosti biomedicínskému modelu je však jeho postavení v moderní medicíně příliš dominantní. Ve vyspělých zemích se ukázalo, že nedokáže reagovat na mnohé zdravotní potřeby a možnosti. V některých rozvojových zemích vedl k neúměrnému důrazu na lékařskou vědu, často na úkor kvality lékařské péče. Zvláště zjevné jsou dva jeho nedostatky, které se projevují ve dvou zcela různých oblastech. V klinické praxi vede čistě biomedicínský model často k redukcionistickému přístupu vůči pacientovi, neboť vybízí klinika, aby jej neléčil jako celého člověka, ale jen jako soubor orgánů nebo molekulárních systémů. Tento přístup leckdy nedokáže rozpoznat ani určité nuance při selhání jediného orgánu nebo systému, které může mít zásadní vliv na celý další život pacienta anebo na jiné aspekty jeho zdravotního stavu. Tím spíše se pak projevuje jako neadekvátní v případě multiorganového selhání, které je typické pro mnoho starých pacientů, a u osob s chronickou chorobou nebo selhání, které musí najít novou identitu, schopnou se trvale vyrovnávat s nemocí. Redukcionistickému modelu se velice často stává, že nedokáže uspokojit potřeby pacienta jako celistvého a složitějšího jedince. Je-li navíc za nejvýznamnější využití tohoto modelu považován boj se smrtí jako největším nepřítelem, přestává medicína vidět biologickou a (pro někoho) i náboženskou nevyhnutelnost smrti. V tomto smyslu by byl prospěšnější takový model výzkumu, jenž by se soustředil na interakci různých stavů a jejich celkový účinek, jakož i na interakci makro- a mikrourovni lidského organismu.

Pokud budeme biomedicínský, redukcionistický model hodnotit s ohledem na zdraví populací a zdravotnickou politiku, ukáže se opět jako nedostačující. Za prvé proto, že projevy nemoci bývají významně ovlivněny kontextem a prostředím; z toho plyne, že se většinou uplatňuje i něco jiného, než jen biochemické příčiny a pochody. Za druhé, epidemiologický výzkum ukazuje, že je incidence a prevalence chorob významně - byť ne zcela jasnými mechanismy - ovlivňována společenským postavením, příjmy, vzděláním a řadou dalších sociálních faktorů, a tedy že se kauzální pochody u chorob odehrávají na mnoha úrovních. Tyto poznatky zpochybňují řadu kritérií toho, co se považuje za hodnotný výzkum. Epidemiologie pomáhá objasnit celkovou distribuci chorob v populaci, což ani biomedicínský, ani jednostranně zaměřený klinický výzkum nedokáže. V prvé řadě dokládá na vývoji úmrtnosti, že příčiny smrti nemizí, ale pouze se přesunují od jedné skupiny chorob k druhé (úmrtnost na srdeční choroby u starých osob klesá, zato roste úmrtnost na rakovinu); na vývoji nemocnosti pak ukazuje více či méně úspěšné způsoby, jimiž se lidé vyrovnávají se stárnutím a chronickými chorobami.

Dvě nezbytné reformy výzkumu. Zdá se, že ve výzkumu je naléhavě třeba uskutečnit dvě zásadní reformy. První z nich se týká klinické medicíny a spočívá v daleko širším využití biopsychosociálního modelu, jenž stimuluje zkoumání interakcí biomedicínských a genetických faktorů s faktory sociálními a psychologickými, uplatňujícími se při vzniku a rozvoji chorob. Zvláště významné bude jeho využití u genetických poznatků, které nám přinese projekt mapování lidského genomu: ty totiž mohou vést k omylům a špatnostem, budou-li vytrženy ze svého sociálního a ekologického kontextu a posuzovány bez ohledu na možnosti svého společenského využití a zneužití. Dalším, příbuzným cílem výzkumu by mělo být větší zaměře-

ní na kvalitativní aspekty zdraví a nemoci: jak na svou nemoc nahlíží a reaguje jedinec, jak různému výkladu podléhá smysl nemoci v jednotlivých společnostech a kulturách. Antropologické, sociologické a psychologické bádání se v této souvislosti stávají právě tak významnými jako dosud vůdčí výzkum biomedicínský. Důležitými disciplínami, které je třeba rozvíjet, jsou proto lékařská antropologie a lékařská sociologie. K užitečným směrům dalšího výzkumu patří otázky kvality zdravotní péče, kulturních a ekonomických determinant zdravotních potřeb a dynamiky komunikace mezi lékařem a pacientem.

Druhou reformu představuje podstatně zvýšení investic do hygienicko-epidemiologického výzkumu. Takové investice mohou přispět k poznání příčin a následků chorob právě tak významně jako souběžně probíhající bádání na poli molekulární genetiky. Zvláště důležitá jsou pro podporu zdraví kvalitní epidemiologická data. Skýtají nejen poučení o tom, jak by se lidé o sebe měli starat, ale omezují také nejistotu a skepsi plynoucí z nedostatečných, měnlivých a leckdy protichůdných informací o tom, co je pro zdraví rizikové nebo prospěšné. Dříve tak významné populační perspektivy, která se v posledních desetiletích ocitla na vedlejší koleji, by mělo být vráceno její zasloužené místo. Právě ona je ostatně klíčem k úspěchu programů zaměřených na prevenci chorob a podporu zdraví. Co můžeme učinit, abychom změnili zdraví škodlivé jednání? Jaké jsou nevhodnější prostředky k prevenci chorob? Je smutným faktem, že výzkum prevence chorob a podpory zdraví značně zaostává za standardním, tj. kurativně orientovaným výzkumem biomedicínským. Jak v klinické medicíně, tak ve zdravotní politice je třeba výrazně posílit výzkumné kapacity věnované sociálním vědám. Kdyby se podařilo realizovat něco jako celosvětové epidemiologické úsilí o zjištění sociálně podmíněných příčin chorob, bylo by to právě tak přínosné jako současné úsilí o zmapování lidského genomu. V dnešním výzkumu se ovšem nadále projevuje nerovnoprávnost. Jak uvádí WHO, je v celosvětovém měřítku pouze 5 procent výdajů na zdravotnický výzkum věnováno potřebám rozvojových zemí, ačkoli se právě v nich odehrává 93 procent všech předčasných úmrtí na světě.

Infekční a chronické choroby. Považuje-li medicína za jednu ze svých priorit, aby lidem pomáhala dožít se staří, je zjevně třeba se zabývat těmi chorobami, které dosud působí předčasnou smrt. Zvláště důležitý je výzkum chorob a stavů, jež ohrožují životy dětí a mladých dospělých nebo osob středního věku. V některých částech světa - například ve Střední Evropě, kde je vysoký výskyt kardiovaskulárních chorob - se musí tento výzkum zaměřit na zdravotní politiku, zatímco jinde, například v souboji s malárií a jinými tropickými chorobami, bude mít výrazně biochemickou orientaci. Nový vzestup infekčních chorob na celém světě staví před výzkum zjevný úkol. Co se děje a proč? Jak máme rozumět přetrvávání infekčních chorob?

Dosud poměrně mladým oborem je výzkum paliativní terapie a léčby bolesti, jež jsou nezbytnou součástí lékařské péče o akutně i chronicky nemocné pacienty.

Ve všech částech světa budou velký úkol příštích let představovat chronické choroby - a především kvalita života těch, kdo jimi trpí. Bude tudíž záležet na tom, aby byly výzkumu poskytnuty prostředky, které mu umožní tento vývoj sledovat a porozumět mu. Výzkum může pomoci najít lepší způsoby, jak zvládat nemocnost a postižení, jimiž je prodloužení života často provázeno. Právě tyto problémy si vyžadají nejvyšší individuální, sociální a ekonomickou cenu, a to nejen v péči o staré lidi, ale také o určité skupiny mladších osob, například jedinců s AIDS nebo diabetiků. Přes velký optimismus a naděje, jež byly vkládány do teorie "komprese morbidity", tj. odsunutí vážnějších chorob do samotného závěru života, zatím jednoznačné důkazy o takovém vývoji nejsou k dispozici. Rovněž není zcela jasné, jaké zdravotnicko-politické a klinické strategie mají největší šanci oddálit nebo zpomalit nástup choroby a postižení. Mělo by se to však stát cílem dalšího výzkumu, jenž by mohl mít pro celkové "zdraví" společnosti větší přínos než pokračující boj proti smrtelným chorobám. Ironií osudu přitom je, že se na scénu vracejí

infekční choroby, takže v mnoha zemích bude nutno bojovat na dvou frontách.

Hodnocení technik a jejich výsledků. Jednou ze základních vlastností současné medicíny - po stránce klinické i ekonomické - je značná závislost na technice, ať už diagnostické, rehabilitační nebo léčebné. I když hraje technika větší roli v nemocnicích než v primární péči, je současně zdrojem velké hrdosti výzkumníků, poptávky veřejnosti a odborníků i ekonomické zátěže. Mnohá zdravotní technika je velice užitečná; na čelném místě tohoto seznamu figurují vakcíny a očkování. Někdy je však prospěšná jen málo, anebo - což je asi nejčastější - je její užitečnost nejistá. Ekonomické ambice výrobců zdravotní techniky a farmaceutického průmyslu nicméně stimulují její neustálé vylepšování. Stárnutí společnosti vytváří nové potřeby a požadavky, vzdělávání lékařů je orientováno technicky a veřejnost si žádá jednoduchá technická řešení, která jsou často daleko atraktivnější než změny životního stylu, například výživy a tělesné aktivity, jež by mohly z dlouhodobé perspektivy přinést lepší výsledky.

Ze všech těchto důvodů je třeba v budoucnu značně posílit výzkum řady aspektů zdravotní techniky, jenž by se týkal jak diagnostických a léčebných prostředků, tak informačních systémů a zpracování dat. Rostoucí zájem o výzkum zaměřený na hodnocení zdravotní techniky a jejích výsledků si zaslouží povzbuzení i větší finanční podporu. Tyto snahy by se měly týkat nejen technicky náročných medicín, s níž se obvykle setkáváme na klinikách a v nemocnicích, ale i různých forem medicíny technicky nenáročných, která je typická spíše pro ambulantní péči. Aby však takové úsilí mělo reálný dopad, bude třeba spolupráce etiky a společenských věd. Jen ony totiž mohou objasnit ekonomické, odborné a mravní příčiny toho, jak lékaři a jiní zdravotničtí pracovníci reagují na výzkumná sdělení o účinnosti a přínosu těchto technik. Zkoumat je třeba i různé postupy a mechanismy, jež by mohly lékaře stimulovat ke změně jednání, pokud se taková změna ukazuje jako žádoucí.

Při hodnocení prospěšnosti technik (a s ním související tvorbě směrnic pro klinickou praxi) se projevuje rozpor mezi dvěma pojetími medicíny - jako vědy a jako umění. Tato stará otázka si zaslouží daleko více pozornosti a rozhodně ji neřeší příklon k teorii pravděpodobnosti, který se v medicíně poslední dobou projevuje. Individuální úsudek nelze nikdy úplně nahradit pravděpodobností; ta spíše jen zvýrazňuje potřebu individuálního hodnocení a konkrétního posouzení jednotlivého případu. Neméně důležité je, aby hodnocení techniky bralo v potaz nejen klinické, ale i sociální důsledky zavádění nových zdravotních technik. Jaký bude jejich dopad na instituce jako je školství, rodina nebo vláda? V jakém směru mohou změnit záměry a priority společnosti nebo jedince? Tyto otázky nejsou o nic méně významné než ty, které se týkají klinické účinnosti různých technik; a nemění pozornost si zaslouží i běžná praxe zavádění nových technik, jejichž hodnota dosud nebyla plně prokázána. Předčasné přijímání nových technik zvyšuje výdaje a ztěžuje případné omezení či vyřazení těch, které se ukáží jako neúčinné nebo neúměrně nákladné. Bedlivou pozornost je třeba věnovat i využití nových genetických poznatků k předvídání chorob. Mnoha lidem sice může pomoci, ale současně může vést i k nespolehlivým nebo velice sporným výsledkům. Hodnotu tohoto typu medicíny zatím rozhodně nelze považovat za prokázanou.

Alternativní medicína. Současný biomedicínský výzkum se obvykle vyznačuje skepsí a někdy i otevřeným pohrdáním vůči alternativním, nealopatickým metodám v diagnostice a léčbě. Z historického pohledu se ovšem alternativní medicína po dlouhá staletí podílela na tom, že se mnozí lidé cítili zdraví a v mnoha zemích, především v Číně, tak působí dodnes. Otevřený přístup k "lidové" medicíně se nevylučuje s úsilím o vědecké zhodnocení její účinnosti. V mnoha vyspělých zemích se k alternativním formám medicíny obrací 30 až 40 procent lidí, což vypovídá o nedostatku důvěry v současnou vědeckou medicínu, i o touze najít uspokojivější způsoby léčby a péče, než poskytují převládající západní modely zdravotnictví.

Mělo by to být signálem, abychom věnovali pozornost tomu, co alternativní medicína svým pacientům nabízí. Náležitým předmětem výzkumu jak pro vědeckou, tak pro lidovou medicínu je vztah duše a těla, jež není snadno postižitelný, ale týká se podstaty lidského bytí.

Cíle medicíny a poskytování zdravotní péče. Medicína sama o sobě sice ani v nejlepším případě nemůže zaručit zdraví celé společnosti, ale prostřednictvím své úlohy ve zdravotnickém systému může k tomuto cíli ohromně přispět. K tomu, aby tak mohla v budoucnu učinit, bude třeba daleko větší koordinace mezi ní a zdravotní politikou. Bude rovněž nutno stanovit zdravotnickým systémům priority, jež budou klást důraz na nejvýznamnější cíle, jichž může medicína dosáhnout. Tzv. nová zdravotní politika dnes usilovně pracuje na posílení vztahů mezi lékařskými fakultami a vzděláváním v sociálním lékařství, hygieně a epidemiologii, mezi asociacemi lékařů a pracovníků působících na poli zdravotní politiky.

Velkou úlohou nadcházejících let bude právě stanovení jasných a smysluplných priorit. Tyto priority musí vycházet z nejlepšího aktuálního poznání na poli medicíny i humanitních a společenských věd a musí být také zodpovědně vztaheny k existujícím společenským zdrojům. Považujeme za nesporné, že by každá civilizovaná společnost měla všem svým občanům zaručit stanovené minimum, tj. slušnou základní úroveň zdravotní péče, bez ohledu na jejich schopnost za tuto péči platit. (Viz též odlišný názor dánské skupiny v dodatku.) Nad rámec tohoto základního minima - ať už by bylo financováno vládou z daní anebo ze zaměstnaneckého pojištění - by pacienti měli možnost získávat další výhody za vlastní peníze. Klíčem ke zlepšení zdraví populací však bude nějaká forma celonárodního zdravotního systému, jehož priority by měly být jednoznačně stanoveny.

Stanovení priorit. Jak stanovit priority pro zdravotnické služby? Na procesu určování priorit by se za ideálních podmínek měli podílet všichni, kdo budou se zdravotnickým systémem vstupovat do styku: lékařský a zdravotnický personál, vládní úředníci, zaměstnavatelé i obyčejní občané, kteří představují zájmy nemocných i společnosti. Zásadní úlohu by měly sehrát veřejné a odborné diskuse, průzkumy veřejného mínění a informace ve sdělovacích prostředcích. Měly by směřovat - pokud to bude možné - k vytvoření celonárodního konsensu (nebo alespoň konsensu na lokální úrovni). Způsob jeho dosažení i jeho řídicí principy by měly být spravedlivé a vědecky zdůvodnitelné. To učiní systém racionálnější a do té míry, do jaké je zdravotnictví schopno efektivně nakládat se svými prostředky, mu zaručí největší možný užitek z vynaložených peněz. Je téměř jisté, že při snaze o efektivnost a spravedlivost i při určování priorit vzniknou obtížná dilemata; k těm ostatně povedou také snahy o vyvážený poměr mezi možnostmi volby jedince a obecním prospěchem. Otevřená veřejná a odborná debata o těchto dilematech však bude cestou ke shodě. A kde se shody nepodaří dosáhnout, tam by tatáž otevřenost měla umožnit postupnou změnu a přizpůsobení. Zamyšlení nad cíli medicíny by přitom mělo být integrální součástí takové debaty. Priority je třeba stanovit na dvou úrovních. Na první jde o místo medicíny a zdravotní péče v celém národním hospodářství, na druhé o její místo v samotném zdravotnickém systému. Na celostátní úrovni bude důležité si všimnout těch sociálních podmínek, jež mají dopad na zdraví a medicínu (například chudoby); usilovat o spravedlivou distribuci zdrojů mezi zdravotnictvím a jinými sférami společnosti i uvnitř zdravotnického sektoru samotného; najít medicíně a zdravotnictví promyšlené a přesně určené místo v strategických plánech (zejména v rozvojových zemích); a zaručit veřejnosti, že bude při určování priorit mít významné slovo.

Na úrovni zdravotnictví samotného by se prioritní strategie měly začít budovat odzodola, zajistit fungování kvalitního systému zdravotní politiky a na tomto základě pak rozvíjet pevné jádro primární a akutní péče. Užitečnou roli by tu mohl sehrát důraz, který na primární péči klade od roku 1978 Světová zdravotnická organizace (WHO), jež si vytkla za cíl dosažení její všeobecné dostup-

nosti do roku 2000. V prvním plánu by měla být zajištěna péče o základní potřeby dětí, oslabených a nesoběstačných starých lidí, osob s nejtěžšími duševními chorobami a chronicky nemocných. Následně, jsou-li na to prostředky, může zdravotnictví poskytovat špičkovou techniku, ať již v podobě jednotek intenzivní péče pro novorozence a dospělé, operací na otevřeném srdci, transplantace orgánů, špičkových forem rehabilitace nebo dialýzy. Organizace zdravotní péče by tedy měla začínat od úsilí o co nejlepší zdraví populace, a teprve pak, pokud to zdroje umožní, nabízet ty dražší a dokonalejší formy medicíny, které lépe odpovídají individuálním potřebám. Vyvážené zdravotnictví bude ctít a moudře využívat všechny zdravotní profese a obory, které péči o nemocné obohacují, rozšiřují její škálu a poskytují jí své schopnosti: sestry, sociální a rehabilitační pracovníky i techniky. Většina z nich dnes pracuje s lékařem v jednom týmu a jejich přínos je stejně významný.

Posun k týmové koncepci lékařské péče, k němuž na mnoha místech dochází, může pozměnit tradiční rozdělení odpovědnosti mezi lékaře a ostatní zdravotnický personál. Ocítáme se tak na poměrně neprobádaném poli, jež by však v budoucnu mohlo nabývat na významu. Určení odpovědnosti ve složitých systémech zůstane naléhavou potřebou, jež si čas od času vyžádá nové přehodnocení.

Téměř všechny systémy zdravotní péče trpí tím, že se jim nedaří integrovat lékařskou a sociální péči, což je zvláště důležité u starých a chronicky nemocných osob. Integrace, o kterou jde, má stránku *ekonomickou*, jejíž součástí je zabezpečení rehabilitačních a sociálních programů; stránku *sociokulturní*, totiž úsilí o podporu rodinných vztahů příznivých pro péči o staré a chronicky nemocné osoby; stránku *zdravotnickou*, tj. vytváření fungujících modelů a programů péče; a konečně stránku *psychologickou*, spočívající ve snaze zlepšit duchovní a psychologický stav starých a nemocných osob. Zvláště dobrý vztah mezi rodinami a zdravotnickými systémy vyžadují rehabilitační služby; a stejně je tomu v péči o osoby postižené demencí, oslabené staré lidi a děti svěřené do domácího ošetřování.

Medicína a trh. Jen stěží lze pochybovat o tom, že největší ekonomickou silou, v jejímž dosahu se dnes zdravotnické systémy na celém světě ocítají, je právě trh. Slovo "trh" můžeme chápat nejrůznější způsoby, ale snad nejlepším teoretickým výkladem bude považovat jej za něco, co umožňuje svobodné rozhodování jedincům, ne vládám; za cestu k neefektivnější distribuci hmotných statků, jejímž prostředkem je otevřená soutěž mezi soukromými subjekty; a za způsob k vytváření motivací a demotivací, jež budou ovlivňovat nabídku a poptávku. Ve stále větším množství zemí se na tržní orientaci podílí jak přání pacientů, kteří chtějí větší možnost volby, tak přání vlád snížit své vlastní ekonomické zatížení a donutit tím pacienty a/nebo zaměstnavatele, aby na sebe vzali větší díl zdravotnických nákladů. Klíčovým prostředkem zavádění tržních strategií se stává privatizace zdravotnictví, ať už jako celku nebo jen jeho částí.

Na tomto místě se nemůžeme pouštět do rozsáhlé analýzy vztahu medicíny a trhu. Jedno však říci musíme: trh nabízí medicíně a zdravotnictví velké možnosti, ale současně představuje i neméně velké nebezpečí. Nabízí rozšíření možností individuální volby, větší ekonomickou efektivnost, kontrolu výdajů, rychlejší technický pokrok, užitečné inovace a uspokojení širšího spektra osobních přání. Právě tak zjevná jsou však i rizika. Na prvním místě je nebezpečí, že snížení odpovědnosti vlády povede k ohrožení nejdůležitějších funkcí, které jí v moderní době náleží: ochrany zdraví veřejnosti, zajištění nezbytného minima zdravotní péče pro všechny na patřičné základní úrovni a dohledu nad kvalitou a dodržováním odborných standardů. K rizikům v širším slova smyslu patří nebezpečí, že budou do medicíny zavlečeny ekonomické hodnoty, které jsou jí cizí; že dojde k oslabení těch částí zdravotnických systémů, které jsou obzvláště závislé na vládě (především zdravotní politiky); že budou komerčně stimulovány drahé (a tedy výnosné) formy intenzivní medicíny, závislé na špičkových přístrojích, spíše než měně

technicky náročné programy prevence chorob a primární péče; a že bude veřejnost lákána k tomu, aby od medicíny očekávala splnění potřeb a přání, jež sice mohou být komerčně přitažlivé, ale vzdalují se od tradičních cílů medicíny nebo těch, které zde navrhuje. Všechno lze koupit a prodat, změnit ve zboží. Existují však statky, hodnoty a instituce, které může snadno poškodit, jestliže se zboží stanou. Zdraví je životně důležitým lidským statkem a medicína základní metodou k jeho udržení. Jejich komercializace, byť je jejím cílem rozšíření možností volby a zvýšení efektivnosti, přináší velké riziko jejich znehodnocení. Nadměrná a nevyvážená komercializace a privatizace medicíny znamená velkou hrozbu pro její cíle jako takové.

Stanovení priorit ve stínu trhu bude zvláště obtížné v případě, že si vláda neponechá silnou úlohu v řízení celého zdravotnického systému. Trhy nemají schopnost moudře určovat společenské priority nebo naplňovat záměry medicíny. Ve všech zemích bude v následujících letech nutno stanovit objem základních služeb určených všem občanům, jasně od sebe oddělit role veřejného a soukromého sektoru, podpořit spolupráci mezi nimi a společně se snažit podporovat co nejefektivnější využití lékařských a informačních technik. Nejvíce zdůrazňovali tyto potřeby v tržním prostředí členové naší skupiny z rozvojových zemí, ale vyspělých států se tyto obavy týkají v nemalé míře. Právě proto nesmírně záleží na mezinárodní solidaritě. Spolupráce a vzájemná pomoc je při rozvíjení a následném hodnocení stržních strategií holou nezbytností.

Cíle medicíny a lékařské vzdělání. Moderní medicína se v přípravě budoucích lékařů už po řadu desetiletí orientuje na model zvaný "od diagnózy k léčbě". K vysvětlení příznaků, které pacient líčí, by se mělo dospět vědeckým hledáním choroby nebo patologie a hledáním nepochybných kauzálních vztahů. Za správnou odpověď medicíny je proto považováno technické řešení, jehož záměrem je odstranit příčinu choroby. Vzhledem k tomu, že se často osvědčuje, a vzhledem ke své logické jednoduchosti zůstane model "od diagnózy k léčbě" jistě v oblibě a udrží si i své ústřední postavení ve vzdělávání lékařů. Přesto má řadu nevýhod: vede k deformaci vztahu lékaře a pacienta, neposkytuje dobrou přípravu pro řešení složitých lékařských a sociálních problémů chronických chorob a postižení, hrubě zanedbává podporu zdraví a prevenci, přiznává v medicíně jen malou úlohu humanitním vědám. Přestože se všude objevují snahy o takovou reformu systému vzdělání, aby obsáhl větší šíři myšlení, dosud se příliš nedaří najít skutečně uspokojivý způsob hodnocení dlouhodobého přínosu lékařského vzdělání. (Obvyklým způsobem hodnocení jsou testy faktických znalostí.)

Fragmentace pacienta. Nejočividnějším nedostatkem modelu "od diagnózy k léčbě" i biomedicínského paradigmatu, z něhož vychází, je možnost jeho zjednodušeného výkladu, fragmentace pacientovy osoby na soubor orgánů a tělesných systémů. Někdy fragmentace nevedí, například u naléhavých chirurgických výkonů, ale mnohdy prostě nedokáže postihnout celou psychologickou a duchovní dimenzi pacientovy choroby. Příliš často vede k odcizení mezi pacienty a lékaři, dávajícími najevo, že je pacienti zajímají jen jako nositelé patologií, jež musí být odstraněny. Bohatý a pevný vztah mezi lékařem a pacientem, z něhož medicína v minulosti vycházela, však zůstává základní a trvalou potřebou. Je nejen výchozím bodem k přípravě lékaře, ale také mu umožňuje porozumět pacientovi jako jedinci. Změny v řízení zdravotní péče i ve zdravotnické politice budou zvyšovat význam těch, kdo poskytují nelékařskou péči; lékaři se přitom budou muset významněji podílet na preventivních a zdravotně-politických opatřeních pro celou populaci. Tyto nově vznikající potřeby vrhají na běžný model "od diagnózy k léčbě" méně příznivé světlo, v němž se občas jeví jako anachronický.

Studenti by měli být od počátku studia seznamováni s celou šíří a složitostí zdraví, choroby, nemoci a onemocnění. Jejich vzdělání by mělo rozvíjet vnímavost k problémům způsobeným psychologickými a sociálními podmínkami, v nichž lidé žijí a jimž je stále častěji přislována ne-

smírně významná úloha při vzniku nemoci a obav jí působených. Klíčový význam má multifaktoriální etiologie projevů nemoci i vědomosti získané z populační perspektivy. Naprostá převaha anatomie, fyziologie a biochemie, se kterou se obvykle setkáváme na počátku lékařského studia, předává studentům medicíny zavádějící poselství: že právě v těchto disciplínách a vědách je tajemství medicíny. Ve skutečnosti však neskrývají celé tajemství, ale jen jeho část.

Humanitní studia v medicíně a společenské vědy.

Přehnaně redukcionistický, scientistický přístup k nemoci a chorobě může sice mnohé věci odhalit, ale mnohé jiné i zastřít. Prospěšnějším směrem se ubírají ty reformy studia medicíny, které se snaží studenty už v časně fázi seznamovat s nemocnými a s úlohou humanitních věd v medicíně. Konečným záměrem je lepší propojení lidského a technického faktoru, jehož podmínkou je stanovení jasnějších priorit v lékařském vzdělávání a v rozvoji nových metodologií. Humanitní a společenské disciplíny v medicíně - k nimž patří zejména práva, etika, komunikační schopnosti, filozofie medicíny, lékařská antropologie a sociologie medicíny - pomáhají studentům porozumět lidským a kulturním (nebo multikulturním) podmínkám, v nichž lékařská profese i jejich vlastní disciplína pracuje. Dějiny medicíny, jimž v některých zemích hrozí vytlačení z měnicích se učebních osnov, jsou pro studenty nezbytné, neboť jim umožňují pochopit rozvoj jejich oboru i jeho projevy.

Důležité je, aby tyto předměty nebyly uváděny jen prostřednictvím přednášek a seminářů, ale aby našly odezvu a podporu také v klinické přípravě mladých lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků. Lékařské vzdělání samozřejmě nemůže zahrnout humanitní a společenské vědy v celém rozsahu; a není to ani potřebné. Zato však dobré lékařské vzdělání může rozvinout schopnost volně se pohybovat mezi úzce vymezeným scientistickým přístupem a "širokouhlým" pohledem na lidský a sociální kontext nemoci a choroby. Neduh jedince se odehrává na rozmanitě společenském a kulturním pozadí, které je většinou třeba vzít v úvahu, máme-li plně zhodnotit pacientův stav.

V tomto kontextu je zjevně třeba dosáhnout lepšího účinkování lékaře na poli podpory zdraví a prevence chorob - jako rádce a učitele pacientů. Podle modelu "od diagnózy k léčbě" se musí nejdříve něco stát, aby mohla přijít léčba a vyléčení; to mladému lékaři naznačuje, že úloha medicíny začíná až tehdy, kdy jsou pacienti nemocní a potřebují pomoc. To je však velký omyl. Péče o nemocné je sice nesmírně důležitá, ale nemění význam má i prevence chorob a podpora zdraví. Tyto úkoly by měly z velké části spočívat na bedrech programů zdravotní politiky, které však mohou být jen stěží úspěšné bez aktivní spolupráce lékařů zabývajících se jednotlivými pacienty. Oba přístupy - zaměření na populaci i na jedince - jsou potřebné a vzájemně se posilují.

U mnoha pacientů lze sice určit správnou diagnózu, ale přesto jim medicína nemůže účinně pomoci. To platí o mnoha chronických chorobách, které po lékaři i pacientovi vyžadují především schopnost situaci zvládnout, poradit si s ní, vydržet - často po celé roky, než smrt jejich zápas ukončí. Diagnóza a léčba akutních vzplanutí mohou ovšem v celém průběhu hrát svou roli. Hlavními dlouhodobými potřebami však budou: udržení zdraví na určité snesitelné úrovni, poučení pacientů, koordinace pomoci rodiny a socioekonomické podpory s ošetrovatelskou, rehabilitační a paliativní péčí.

Protože se stárnutím společnosti narůstá i břemeno chronických chorob, musí lékařské vzdělávání studenty s takovými situacemi dobře a důkladně seznámit - jinak nejspíše nedosáhne svých stanovených cílů a ohrozí péči o jejich budoucí pacienty. Prospěšným směrem se ubírají ty výukové programy, v jejichž rámci se studenti již od počátku seznamují s ošetrovatelskými ústavami a domácí ošetrovatelskou péčí, se zařízeními pro staré lidi a pro osoby vyžadující rehabilitaci, anebo s hospici. Studenti by měli vidět, že každého pacienta čeká dříve nebo později smrt a že dnes bývá branou smrti obvykle stáří a chronické

choroby. Mezi ctnostmi, které je nutno vštěpovat, patří schopnost připouštět v medicíně značnou míru nejistoty i trvalá potřeba citlivosti a empatie.

Ani u chronických chorob nemusí být ještě pozdě na snahu o podporu zdraví a prevenci chorob: co nejlépe využít toho zdraví, které ještě zbývá, podporovat nezávislost a soběstačnost pacientů a přinášet úlevu při postižení působením základní chorobou či chorobami. Právě tady může ideál "kompense morbidity" (do posledního období života) pořád ještě mít velký smysl. Aby však to všechno bylo možné, musí být péče o chronicky nemocné pečlivě koordinována a musí být v rukou těch, kdo dostupnou techniku využívají náležitým způsobem a chápou přitom, jaký zápas svádějí chronicky nemocní a jejich rodiny v rovině psychologické i sociální.

Integrovaná součást lékařského vzdělávání by měla být i řádná průprava v ekonomice a organizaci zdravotnictví - ať již proto, že tržní síly a strategie hrají stále větší roli, anebo prostě v důsledku rostoucích finančních tlaků, pod nimiž se všechny zdravotnické systémy ocitají. Lékaři a ostatní zdravotnický personál budou muset brát ohled na náklady, podílet se na úsilí o stanovení priorit ve zdravotní péči a úzce spolupracovat s administrativními pracovníky, jejichž úkoly jsou převážně ekonomické. Navíc se budou lékaři stále častěji ocitát v situacích, kdy budou muset hovořit s pacienty o nákladech na zdravotní péči, o ekonomických možnostech, které se jim naskýtají, a o vztahu mezi péčí věnovanou jednotlivým pacientům a obecnými zdravotními potřebami společnosti.

Začlenit do výuky medicíny široké spektrum důležitých předmětů, které jsme právě jmenovali, jistě nebude lehké. O nic snadnější nebude ani organizace takové interdisciplinární a interprofesionální výuky, jež by studentům umožnila porozumět rozdílným a shodným vlastnostem profesních a vzdělávacích systémů, a také v rámci nich pracovat. Právě o to se v řadě zemí snaží mnohé experimentální a tvůrčí projekty, které si zaslouží povzbuzení a podporu. Snahy seznámit studenty už v časně fázi studia, nebo i na jeho samém počátku, s péčí o pacienty, nabídnout jim výuku v malých skupinách podle konkrétních kasuistik, zasvětit je do vědecké a epidemiologické metodologie i do týmové práce se sestrami, lékaři i sociálními, rehabilitačními a administrativními pracovníky - to všechno staví před organizátory náročné a často obtížné zvladatelné požadavky. Jestliže však medicína najde odvahu tyto požadavky splnit a provést požadované změny ve výuce lékařů, do budoucna ji to posílí.

I když se tato zpráva zaměřuje především na vzdělávání lékařů, bylo by velkým opomenutím, kdybychom se nezmínili o významu vzdělávání široké veřejnosti a o úloze sdělovacích prostředků. Po pacientech se bude stále častěji žádat, aby rozhodovali o své vlastní zdravotní péči, a to ve smyslu ekonomickém i léčebném. Aby taková rozhodnutí mohli činit, budou muset být řádně informováni a poučeni. To je úkol pro osoby pracující v medicíně, ale v obecnější rovině i pro školství a sdělovací prostředky. Především média mají odpovědnost informovat občany o významných událostech na poli medicíny a vědy, ale v nemalé míře i o mravním, sociálním a ekonomickém vývoji v medicíně. Jestliže kladou přílišný důraz na "převratné" objevy, "slibné" pokusy o vyléčení chorob a různé léčebné "novinky" v medicíně, často tím vyvolávají klamné naděje a očekávání. Někdy se tak děje i na úkor užitečnějších znalostí, jež by mohly zlepšit kvalitu běžného života. Zvláště závislé na podpoře sdělovacích prostředků bývají snahy o podporu zdraví a prevenci chorob. Pro současnou medicínu jsou proto zodpovědná média stejně důležitá jako pro politiku a hospodářství.

K čemu směřujeme

Premisou této zprávy bylo, že by se budoucí diskuse o reformě zdravotnických systémů neměly vést výlučně o jejich organizaci a financování. V takových debatách něco chybí. Srdcem všech těchto systémů je lékařství jako disciplína a profese, jež sama dlouho vycházela z určitých mocných premis: že pokrok je dobrý a nutný, že smrt

a choroba jsou nepřátelé, které je možno a záhodno zdolat, že je důležitější hledat konečné vyléčení než pouhou úlevu, a že směřování ke zdraví se podobá směřování ke všeobecnému prospěchu jedince, není-li s ním přímo totožné. Tyto premisy jsou dosud působivé a přitažlivé; byly zdrojem velkých skoků vpřed a odstranily také mnohé strádání.

Tvrdili jsme, že tyto premisy je třeba přehodnotit a nově interpretovat. V podobě, v níž byly často chápány, jsou už nedostačující a ne vždy užitečné. Dokládají to ekonomické obtíže, jež provázejí dosažený pokrok a vyrůstají nejen ze způsobu organizace zdravotnických systémů, ale i ze současného pojetí medicíny. Dokládá to i skutečnost, že některé moderní výklady cílů medicíny otevírají možnost jejího zneužití či nevhodného použití. Ekonomická přitažlivost medicíny jako zdroje ohromných zisků a využití tržních modelů při poskytování lékařské péče vedou ke vzniku problémů, jež svým rozsahem a závažností nemají v dějinách medicíny obdoby. Tržní modely mají velkou schopnost medicínu pozvednout, ale stejně dobře ji mohou ohrozit a zavést do ní nevhodné motivace. Tváří v tvář ekonomickým silám a ničím neomezené touze po zisku se může zdát utopické a nerealistické mluvit o nějakých cílech medicíny. Místo toho se většinou píše o reformě zdravotnictví, a to téměř výhradně z ekonomické nebo politické perspektivy. Podobně se v současné lékařské literatuře velmi zřídka setkáváme s promyšlenými diskusemi o náležitých cílech a prioritách lékařského výzkumu, jenž představuje ohromný a nákladný obor. A i když se ve všech světadílech začíná debatovat o vzdělávání lékařů, hledají tyto debaty jen v překvapivě malé míře oporu v novém hodnocení cílů medicíny.

Na závěr naší zprávy bychom chtěli vyzdvihnout šest vlastností, které by podle nás měla budoucí medicína mít. Všechny musí vycházet z chápání povahy medicíny - téměř vždy dvouvrstevné, trvale kolísající mezi jedincem a společností. Medicína může částečně rozhodovat o svém vlastním osudu. Ale jenom částečně: občas bude potřebovat podporu státu, jenž může omezit příliš komerční motivaci, vytvořit potřebný celonárodní konsensus a koordinovat různé sektory zdravotnictví, od zdravotnické politiky až po alternativní medicínu. Úloha vlády proto zůstane klíčovým tématem pro veřejnou diskusi o tom, k čemu by medicína měla směřovat.

Jaká by tedy měla budoucí medicína být?

● **Měla by být zásadová a sama řídit svůj profesionální život.** Medicína se nemůže vyhnout tomu, aby se zapojila do trvalého dialogu se společností, v níž je praktikována a z níž vyrůstá. Tato společnost bude za medicínu platit, bude jí hluboce ovlivněna a bude mít svou vlastní představu o tom, jak ji nejlépe využít. Medicína by se však neměla stát pouhou námezdní silou společnosti; neměla by se snažit jen vykonávat její vůli a využívat své schopnosti všemi způsoby, o nichž společnost rozhodne. Musí mít svůj vlastní vnitřní život a jasný směr. Měla by naslouchat tomu, co od ní společnost chce a pokud možno na to reagovat. Svůj definitivní kurs si však v partnerském vztahu se společností musí určit sama. Protože má schopnost přinášet zisk, poskytovat lidem něco, co jim příroda sama o sobě nedává, a vzbuzovat sny o transformaci člověka, bývá pro moderní medicínu někdy velmi obtížné najít svou vlastní cestu. Přesto se tato cesta najít dá, jestliže medicína vyjde ze své vlastní historie a tradic a bude se trvale vracet ke svému původnímu poslání: přinášet úlevu od strádání, usilovat o zdraví. Těch, kdo ji chtějí řídit, podporovat nebo financovat, by se medicína měla vždy ptát: můžete nám pomoci zůstat věrni sami sobě a těm, jimž máme sloužit?

● **Medicína by měla být zdrženlivá a rozvážná.** Přes veškeré kvality medicínského výzkumu a pokroku budou lidé dál trpět nemocemi a budou dál umírat. Vítězství nad jednou chorobou otevře cestu jiné, která zaujme její místo. Smrt lze oddálit a načas odvrátit, ale zvítězit nad ní nelze. Bolest a strádání zůstanou součástí lidského údělu. Může to znít banálně, ale je to tvrdá realita, na kterou se ovšem v nadšení nad novým poznáním a dokonalejší technikou snadno zapomíná. I když se ztratí veškerá naděje na vyléčení, budou lidé stále ještě vyžadovat péči - útěchu, paliativní léčbu, řádné ošetřování a úctu - která jim pomů-

že na cestě od života ke smrti. Zdrženlivá a rozvážná medicína by měla mít tyto pravdy trvale před očima. Měla by usilovat o pokrok a přitom se jím nenechat uhranout a nezapomínat na to, že nezbytnou součástí lidského údělu je smrt. Rozvážná a zdrženlivá medicína by měla zápas s chorobou a nemocí vyvažovat stálým vědomím, že její úlohou není učinit tělo nesmrtelným, ale pomoci lidem prožít omezený počet let co nejzdravěji.

● **Medicína by měla být cenově dostupná a trvale udržitelná.** Současnou medicínu vede zaměření výzkumu i schopnost uspokojovat poptávku trhu k tomu, že se ubírá ekonomicky neudržitelným směrem. Téměř všechny státy se dnes potýkají s trvalým náporům nových technik a stále rostoucí poptávkou veřejnosti po stále lepším zdraví. Náklady na zdravotnictví téměř všude neustále rostou; čas od času se je podaří omezit, ale obvykle ne na dlouho. Mnozí lidé věří, že bystrostnou rozpínávací současnou medicínu lze omezit důmyslnější organizací, zvýšeným dohledem státu nebo naopak uvolněním tržních sil či různými ekonomickými motivacemi a demotivacemi. Je-li však tato naděje vkládána pouze v technická řešení, pak není na místě. Organizační a ekonomické techniky se mohou stát přijatelnými jen tehdy, pokud budou současně přehodnoceny i cíle medicíny. Kdyby vlády a trhy dostaly volnou ruku, mohly by lidi donutit žít podle toho, jak za ně rozhodne někdo jiný. Humánnější medicína však dokáže své cíle přizpůsobit ekonomické realitě a přitom lidem vysvětlit, čím jsou její možnosti za daného stavu omezeny. Bude hledat takové cíle, jež umožňují, aby byla medicína cenově dostupná a tedy v dlouhodobé perspektivě udržitelná.

● **Medicína by měla být sociálně citlivá a pluralistická.** V různých zemích a kulturách bude medicína nabývat různých forem a bude se projevovat různým způsobem. Medicína by se měla tomuto pluralismu otevřít, ale současně se snažit zůstat věrná svým vlastním kořenům a tradicím. Sociálně citlivá medicína bude reagovat na sociokulturní potřeby různých skupin a společností, na plodné možnosti nových a rozmanitých pojetí zdraví a nemoci, choroby a neudu, a na slibné vyhlídky jejich koexistence a vzájemného obohacování.

● **Medicína by měla být založena na sociální spravedlnosti a rovnoprávnosti.** Medicína, která nezná hranic, které chybí vlastní orientace, která se podřizuje trhu a zapomíná na konečnost lidského života, nemůže být sociálně spravedlivá. Taková medicína se podřizuje penězům a moci, jež jsou hnány pochopitelnou, leč pomýlenou touhou překonat přírodu a hranice lidských možností. Politická a ekonomická nespravedlnost nebo korupce mohou mít za následek nevhodné rozdělování prostředků; a k témuž výsledku může vést i příliš úzké pojetí medicíny jako zdroje peněz, pracovních míst či prodeje a vývozu techniky, anebo jako prostředku umožňujícího neomezený pokrok lidstva. Sociálně spravedlivá medicína vyžaduje náležitou podporu lékařské a zdravotnické administrativy i mocnou oporu ve zdravotní politice a politice obecně. Něco takového nepříjde samo od sebe, ale vyžaduje to soustředěné politické úsilí.

Sociálně spravedlivá medicína je cenově dostupná všem, tedy i vládám a ekonomikám, které ji budou poskytovat, a ne jen těm, kdo mohou zaplatit aktuální tržní cenu. Nebude trvale vyvíjet léky a přístroje, které si mohou dovolit jen majetní, a u kterých hrozí, že stát zbankrotuje, pokud se je bude snažit zaručit všem. Bude ochotna se smířit s nevyhnutelností choroby a smrti; a to, co je nevyhnutelné, nebude za každou cenu oddalovat. Taková medicína se bude daleko více než v nedávné minulosti opírat o zdravotní politiku, o podporu zdraví a prevenci chorob. Pochopí také, že touha investovat více peněz do zlepšení zdraví se bude vždy srážet s jinými potřebami a prioritami společnosti. Především pak bude sociálně spravedlivá medicína plánována vždy s ohledem na reálný rozpočet a bude zdravotní potřeby a možnosti medicíny rozumně vyvažovat potřebami ostatních sektorů společnosti.

● Konečně musí medicína budoucnosti vidět sebe samu jako **medicínu, která respektuje právo volby a lidskou důstojnost.** Moderní medicína staví před jedince a společností širokou škálu možností volby. Nezbytným

mravním předpokladem pro to, abychom si z těchto možností dokázali vybrat, je demokratická účast na rozhodování společnosti a svoboda volby jedince všude tam, kde je to možné. Svoboda volby, základní právo na rozhodování o vlastním osudu, však přináší i povinnosti a odpovědnost. Jako občané musíme rozhodovat o náležitém rozdělení prostředků a o tom, jaké místo přičkneme zdraví jako jednomu ze společenských statků. Jako současní nebo budoucí pacienti musíme přemýšlet o vlastním způsobu života, o tom, co děláme pro své zdraví, a o svých povinnostech k vlastní rodině a ostatním pacientům. Budeme se muset odpovědně rozhodovat o používání lékařských schopností a znalostí ke kontrole porodnosti, k ovlivnění a přizpůsobení nálady a chování, a k ukončení léčby udržující život. Máme-li s touto odpovědností náležitě vyrovnat, bude k tomu potřebovat vzdělání, veřejné diskuse, vážně sebezpytování a politický, medicínský a sociální kontext, v němž je respektována lidská důstojnost a právo volby. Bude samozřejmě důležité mít trvale na paměti mravní a medicínskou odpovědnost, která ze svobody volby vyplývá, a prospěšnost veřejného dialogu o obsahu a společenském dopadu individuálního rozhodnutí. Musíme si totiž uvědomovat, že nutně mezi tím, co je dobré pro jedince a co pro společnost, nutně nastávají užitečné interakce, a někdy i napětí.

Závěr

Je medicína uměním nebo vědou? Je to humanitní obor s vědeckou složkou, anebo vědecký obor se složkou humanitní? Na tyto staré otázky nenabízíme žádnou definitivní odpověď. Přimlouváme se jen za to, aby žádná nová perspektiva cílů medicíny nezapomínala na změnu lidského rozhodování tváří v tvář nejistotě, na stěžejní humanistické a mravní hodnoty a na zjištění, která přináší skeptická věda. Chce-li být medicína současně poctivá, rozvášná, cenově dostupná, trvale udržitelná a sociálně spravedlivá, musí o svých cílech neustále uvažovat. Administrativním, organizačním, politickým a ekonomickým prostředkům k dosažení těchto cílů bychom neměli dovolit, aby zastínily přetrvávající a často velice obtížné otázky po smyslu a účelu jejího konání. Institucionální struktura a politický kontext budoucí medicíny nebudou - a neměly by být - stejné jako v minulosti a současnosti. Jen společné úsilí lékařů a pacientů, medicíny a společnosti, však může tuto budoucnost utvářet dobrým a uspokojivým způsobem. A tato snaha bude muset vždy znovu začít od toho, co je cílem medicíny.

Dodatek: odlišné názory jednotlivých skupin

Odlišný názor slovenské skupiny

Slovenská skupina, která se účastnila práce na projektu Cíle medicíny, považuje za svou čest se připojit k této zprávě ve smyslu podmínek a ustanovení uvedených v předmluvě. Současně by však chtěla vyjádřit své výhrady k formulaci odstavce věnovaného plánovanému rodičovství, kontrole porodnosti a populačním problémům. Je přesvědčena, že tyto otázky jsou v textu pojednány poněkud jednostranně. Slovenská skupina se domnívá, že by vyváženější formulace mohla lépe uspokojit ty, kdo prosazují maximální úctu k lidskému životu od okamžiku početí až do smrti, a zohlednit nejen problém populačního růstu, ale i poklesu.

Slovenská skupina se chce rovněž připojit k těm skupinám, které jsou zásadně proti eutanázii.

Celé vyjádření slovenské skupiny má k dispozici její vedoucí dr. Jozef Glasa.

Odlišný názor dánské skupiny

Dánsko usiluje o zdravotnický systém založený na sociální solidaritě a rovném přístupu k veřejnému zdravotnictví. Proto nesouhlasí s představou "zajištěného minima", kterou považuje za krok zpět.

International Group Leaders*

- **Gebhart Allert, M.D.**, Department of Psychotherapy, University of Ulm, Ulm, **Germany**;
- **Bela Blasszauer**, Professor of Medical Ethics, Medical University of Pecs, Institute of Behavioral Sciences, Pecs, **Hungary**;
- **Kenneth Boyd**, Research Director, Institute of Medical Ethics, Edinburgh, **Scotland**;
- **Daniel Callahan**, Director, International Programs, The Hastings Center, Briarcliff Manor, NY, **USA**;
- **Raanan Gillon, M.D.**, Editor, Journal of Medical Ethics, Imperial College, London, **England**;
- **Jozef Glasa, M.D.**, Institute of Medical Ethics and Bioethics, Bratislava, **Slovak Republic**;
- **Diego Gracia, M.D.**, Professor and Chairman, Department of History of Medicine, Complutense University of Madrid, Madrid, **Spain**;
- **Fernando Lolas, M.D.**, Academic Vice-Rector, University of Chile, Santiago, **Chile**;
- **Maurizio Mori**, Centro per la ricerca e la formazione in politica ed etica, Milano, **Italy**;
- **Lennart Nordenfelt**, Professor, Department of Health and Society, Linköping University, Linköping, **Sweden**;
- **Jan Payne, M.D.**, Institute of Medical Humanities, 1 Medical Faculty, Charles University, Prague, **Czech Republic**;
- **Peter Rossel**, Department of Medical Philosophy and Clinical Theory, University of Copenhagen, Panum Institute, Copenhagen, **Denmark**;
- **Agus Suwandono**, Chairman, Group of Research in Health Policy and Resources, National Institute of Health Research and Development (NIHRD), Ministry of Health, Jakarta, **Indonesia**;
- **Henk ten Have**, Secretariat ESPMH, Department of Ethics, Philosophy and History of Medicine, School of Medical Sciences, Catholic University of Nijmegen, Nijmegen, **The Netherlands**;
- **Lu Weibo, M.D.**, China Academy of Traditional Chinese Medicine, 18 Beizincang Dongzhimennei, Beijing, 100700, **China**.

*Vedúci pracovných skupín podľa zastúpených krajín.

Slovak Study Group's Statement to the Final Report of the Goals of Medicine Project (Full text)

1. The Slovak Study Group to the International Project "The Goals of Medicine" convened on Oct. 8, 1996, at the Institute of Medical Ethics and Bioethics in Bratislava to discuss the last version of the Final Report of the Project received recently (by express mail on 2. 10. 1996) from Dr. Daniel Callahan, project director.

2. After studying thoroughly the text of the above mentioned document, the group acknowledged the changes that appeared in the text since its last version available to the group, discussed at the occasion of its previous meeting in May 1996 (The Fourth Draft of Febr. 1996). The group felt these changes improved the clarity and accuracy of the text in many details.

3. The members of the Study Group did like the content, design, arrangement and style of the text of the Final Report in its entirety, and they would like to join the full consensus on the text with the other working groups participating in the Project. However, **the group did not feel it could join the consensus, and it would like to express its reservation, or dissent on the last paragraph placed on the right on the page No. 14, starting with the words: "The use of medical skills for family planning..." - continued on the page No. 15 on the left, ending**

with the words: "...is a matter of high priority."

The group held the present wording of the paragraph might be experienced by a substantial number of potential readers of the document as partially biased by the overall cultural/legislative,... etc. background of the countries participating in the Project. It felt also, that by the minor changes in the text a more consensus-able wording of the paragraph might be achieved. The **new wording** of the paragraph, that **includes the proposed minor changes** should be read as follows:

"The use of medical skills for family planning ¹ purposes (which may, but also may not, have direct health purposes) [...] ² is now well accepted throughout much of the world. In many countries these skills can help manage population problems ³, improve the health and social status of women, the well-being of children, and family stability. The general aim is to give men and women the possibility to procreate responsibly. This can serve societal as well as individual ends, particularly in those countries where poverty and population problems ³ are believed to be serious. We recognize that from some religious and philosophical perspectives not all of the methods available, including contraception and sterilization as well as abortion, are morally acceptable, and in many countries they have become the source of ongoing debate. It is not our purpose to comment on those debates other than to note that it is generally considered acceptable throughout the world to use medical knowledge for the purposes of family planning ⁴, provided that there is informed consent, due diligence in the provision of medical monitoring and oversight, and an absence of legal, social and individual ⁵ coercion. The need for improved, inexpensive, and ethically acceptable forms of family planning ¹ is a matter of high priority."

Notes to the proposed changes in the text:

¹ see the WHO definition of the term (e.g. reaffirmed in the WHO expert statement at the UN International Conference on Population and Development, Cairo (Egypt), Sept. 1994);

² [...] - text moved to another place in the paragraph;

³ - i.e. excessive population growth, as well as the population decline and aging (as seen in several developed countries and the countries of C+E Europe);

⁴ - includes both decisions on the limitation as well as on growing of the size of the particular family;

⁵ - see e.g. documents of the UN International Conference on Women, Beijing (China), Aug. 1995.

4. According to the present wording of the second paragraph of the section on "Wrong and Unacceptable Uses of Medical Knowledge" (page No. 14) the group would like to have clearly expressed its strict opposition against "euthanasia" in the "reservations" appendix to the Report.

5. The group asked its leader, Dr. J. Glasa, to communicate other minor comments or corrections (incl. missprints, medical terminology, and simil.) to the project director separately.

Bratislava, 8. 10. 1996

Dr. J. Glasa, M.D., PhD.
for the Slovak Study Group,
The Goals of Medicine Project

Členovia Slovenskej skupiny projektu "Goals of Medicine"

- Doc. MUDr. Marcel Babál, CSc., Pneumologická klinika FN, Bratislava;
- Doc. MUDr. Karol Bošmanský, DrSc., VÚRCH, Piešťany;
- Lubomíra Cehuľová, sekretariát ÚMEB, Bratislava;
- MUDr. Ján Ďačok, ÚMEB, Bratislava;
- MUDr. Jozef Glasa, CSc. (koordinátor) IVZ a ÚMEB, Bratislava;
- PhDr. Mária Glasová, Katedra psychológie a patopsychológie PdF UK, Bratislava;
- MUDr. Ján Janok, ÚMEB, Bratislava;
- PhDr. Marián Košč, Psychiatrická klinika FN, Bratislava;
- MUDr. Jozef Klepanec, ÚMEB, Bratislava;
- MUDr. Izabela Mátéffy, Clinic of Geriatric Medicine, Bratislava;
- Doc. PhDr. Magda Kouřilová, CSc., Katedra jazykov LF UK, Bratislava;
- Doc. MUDr. Jozef Labus, CSc., OLÚRCH, Nový Smokovec;
- PhDr. Jozef Matulník, MPH, vedúci, Katedra sociológie zdravia IVZ, Bratislava;
- MUDr. Miroslav Mikolášik, Dolný Kubín;
- MUDr. Mária Mojžešová, ÚMEB, Bratislava;
- MUDr. Ján Porubský, CSc., Ústav patologickej anatómie LF UK, Bratislava;
- Doc. MUDr. RNDr. Rudolf Pullmann, CSc., Oddelenie klinickej biochémie MFNSP, Martin;
- Prof. MUDr. Ladislav Šoltés, DrSc., riaditeľ ÚMEB, Bratislava.

* *Members of The Slovak Study Group to The Goals of Medicine Project.*

Medicínska etika & bioetika - Medical Ethics & Bioethics je časopisom Ústavu medicínskej etiky a bioetiky v Bratislave, spoločného pracoviska Lekárskej fakulty Univerzity Komenského a Inštitútu pre ďalšie vzdelávanie zdravotníckych pracovníkov v Bratislave. Je určený pracovníkom etických komisií v Slovenskej republike, ako aj najširšej medicínskej a zdravotníckej verejnosti. Má tiež za cieľ napomáhať medzinárodnú výmenu informácií na poli medicínskej etiky a bioetiky. Prináša správy o činnosti ústavu, informácie o aktuálnych podujatiach a udalostiach v oblasti medicínskej etiky a bioetiky, pôvodné práce, prehľady, reprinty legislatívnych materiálov a smerníc pre oblasť bioetiky, listy redakcii a recenzie. Príspevky a materiály uverejňuje v slovenskom alebo anglickom jazyku. Vybrané materiály vychádzajú dvojazyčne. Vedecké práce publikované v časopise musia zodpovedať obvyklým medzinárodným kritériám (pozri Pokyny prispievateľom - ME&B 2/94, s. 10).

Medicínska etika & bioetika - Medical Ethics & Bioethics is the official journal of the Institute of Medical Ethics & Bioethics (Bratislava). The Institute is a joint facility of the Medical Faculty of the Comenius University and the Postgraduate Medical Institute in Bratislava (Slovak Republic). It aims to serve the informational and educational needs of the members of ethics committees in the Slovak Republic, and the broadest medical and health audience as well. It aims also to enhance the international exchange of information in the field of medical ethics and bioethics. The information published comprises the news from the Institute, original papers, review articles, reprints of national and international regulatory materials, letters, reviews. Contributions and materials are published in Slovak or English. Chosen materials are published in both languages. Scientific papers published in ME&B must respect the usual international standards (see Instructions for authors - ME&B 2/94, p. 10)

Vedúci redaktor/Editor: J.Glasa ■ Redakčná rada/Editorial board: M.Babál, J.Klepanec, M.Košč, J.Labus, J.Matulník, M.Mikolášik, L.Šoltés (predseda/chairman), J. Palaščák, R.Pullmann, M. Troščák ■ Rozšírená redakčná rada/National Advisory Board: A.Bajan, I.Đuriš, A.Kapellerová, E.Kolibáš, Š.Krajčík, V.Krčméry ml., R.Korec, M.Kriška, J.Longauer, M.Makai, E.Mathéová, T.R.Niederland, P.Mráz, M.Pavlovič, J.Porubský ■ Medzinárodný poradný zbor/International Advisory Board: Ch.Byk (Paris), D.Callahan (Briarcliff Manor, N.Y.), T.Hope(Oxford), G.Hottois (Bruxelles), L.Gormally (London), H. Klaus (Washington), E.Morgan (London), M.Munzarová (Brno), R.H.Nicholson (London), J.Payne (Prague), A. Slabý (Prague), A.Spagnolo (Rome), T.Šimek (Prague), E.Topinková (Prague) ■ Adresa redakcie/Address: Ústav medicínskej etiky a bioetiky/Institute of Medical Ethics and Bioethics Limbová 12, 833 03 Bratislava ■ Tel: (07) 374560/kl.303 Fax: (07) 373739 ■ Registrované MK SR číslo 964/94 ■ Published by Charis Publishing House, Ipeľská 3, Bratislava (Slovak Republic) for the Institute of Medical Ethics & Bioethics, Bratislava. ISSN 1335-0560

PRINTED IN SLOVAKIA