

# ETICKÁ ÚSKALÍ A ŠANCE HYGIENY A EPIDEMIOLOGIE V KONTEXTU SOUČASNÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

## THE ETHICAL OBSTACLES AND CHALLENGES OF HYGIENE AND EPIDEMIOLOGY IN THE CONTEXT OF A CONTEMPORARY HEALTH SERVICE

VLADIMÍR BENCKO

*Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav hygieny a epidemiologie, Praha*

### SOUHRN

Medicína je specifickým oborem, který čerpá nejen z empirických poznatků přírodních věd, ale též z principů věd humanitních, i skutečnosti, že zdraví a nemoc nejsou jen kategorie výlučně přírodovědné, ale i hodnotové a proto je nutno zachovávat proporcionalitu mezi oprávněnými požadavky biomedicínského výzkumu a etickými nároky na něj a mezi morálními imperativy lékařské praxe. To je právě prostor pro etiku a etický přístup k řešení nejasných nebo sporných otázek našeho konání, otázek veřejnosti dnes velmi citlivě vnímaných, často vedoucích ke ztrátě důvěry nejen ve zdravotníky a zdravotnictví, ale i v celý společenský systém.

Principy etického rozhodování v medicíně, hygieny a epidemiologii nevyjímaje, spočívají na dvou základních předpokladech: prvním je profesionální etika odpovědnosti, která zajišťuje kvalitu péče s vysokým stupněm odbornosti lékaře při poskytování pomoci a zábraně možných škod (*primum non nocere*) a druhým je právo na sebeurčení (autonomie jedince) s právem na informovanost – to je souhlas jedince informovaného pro něj srozumitelným způsobem nejen o plánovaném diagnostickém, léčebném a příslušném preventivním opatření, ale i v případě epidemiologických studií vztahu prostředí a zdraví jeho informovaného souhlasu k jeho účasti ve studii, jejíž by měl být subjektem.

Článek se zabývá metodickými otázkami etických přístupů ke zdravotním problémům s důrazem na hromadně se vyskytující infekční a chronické nesdělné nemoci z hlediska šancí jejich prevence.

*Klíčová slova:* veřejné zdravotnictví, hygiena, epidemiologie, etika

### SUMMARY

Medicine is a specific area that draws not only on empirical knowledge of sciences but also on principles from the humanities, and the fact that health and disease are not only exclusively categorised as natural science but as value based entities where it is necessary to maintain proportionality between the legitimate requirements of biomedical research and ethical requirements and the moral imperatives of medical practice. It is here that we find the niche for ethics and ethical approaches to solving unclear or disputed issues of our actions; questions that are very sensitively perceived by the public, often leading to a loss of confidence in both health care professionals and the health system but also in the whole social system as such.

Ethical principles in medicine, including hygiene and epidemiology are based on two basic assumptions: the first is the professional ethic of responsibility, which ensures quality of care with a high degree of expertise from assisting physicians and prevention of possible harm (*primum non nocere*) and the second is the right to self-determination (individual autonomy) with the right to be informed. It likewise comprises informed consent based on clear information regarding planned diagnostic procedures, therapeutic and preventive measure and informed consent regarding epidemiological studies in which patient's cooperation is requested.

The paper deals with methodological questions of ethical approaches to health related problems, stressing problems related to infections and chronic noncommunicable diseases of high incidence with a view to preventive measures.

*Key words:* public health, hygiene, epidemiology, ethics

### Úvod

Hygiena a epidemiologie, podle dnes převládající koncepcce zdravotnictví, jsou biomedicínské pilíře, na kterých stojí veřejné zdravotnictví, se pomocí dnes již rozvinutého metodologického aparátu způsobu sběru dat a jejich analýzy zabývají identifikací, hodnocením (spíše odhadem) a prevencí zdravotních rizik životního i pracovního prostředí včetně rizikových aspektů životního stylu. Stručně řečeno jedná se o ochranu a podpo-

ru zdraví včetně surveillance a prevence infekcí a chronických nepřenosných nemocí hromadného výskytu. Jsou to obory věnující se problematice ohrožení lidského zdraví na straně jedné a poskytujícími argumenty k jeho ochraně na straně druhé.

Dnes se jako strategická výzva pro zdravotnictví 21. století jeví snahy o omezení incidence hromadně se vyskytujících chorob, ochrana zdraví rizikových populací, všestranná a tedy i zdravotní pomoc uprchlíkům. Základní význam se přikládá podpoře rozvoje a technické-

ho zajištění zdravotnického výzkumu týkajícího se problémů prostředí a zdraví a otázek společenského významu. Tyto jsou středem pozornosti sociálního lékařství, třetího neopomenutelného pilíře veřejného zdravotnictví, jehož význam trvale roste s rostoucí mírou stresu v postmoderní společnosti.

Protože je však medicína specifickým oborem, který čerpá nejen z empirických poznatků přírodních věd, ale též z principů věd humanitních, i skutečnost, že zdraví a nemoc nejsou jen kategorie výlučně přírodovědné, ale i hodnotové, je nutno zachovávat proporcionalitu mezi oprávněnými požadavky biomedicínského výzkumu a etickými nároky na něj a mezi morálními imperativy lékařské praxe (1). To je právě prostor pro etiku a etický přístup k řešení nejasných nebo sporných otázek našeho konání, otázek veřejností dnes velmi citlivě vnímaných, často vedoucích ke ztrátě důvěry nejen ve zdravotníky a zdravotnictví, ale i v celý společenský systém (2).

Principy etického rozhodování v medicíně, hygieny a epidemiologii nevyjímaje, spočívají na dvou základních předpokladech. Prvým je profesionální etika odpovědnosti, která zajišťuje kvalitu péče s vysokým stupněm odbornosti lékaře při poskytování pomoci a zabraňuje možných škod (*primūm non nocere*). Druhým je právo na sebeurčení (autonomie jedince) s právem na informovanost. Jedná se o souhlas jedince informovaného pro něj srozumitelným způsobem nejen o plánovaném diagnostickém, léčebném a příslušném preventivním opatření, ale i v případě epidemiologických studií vztahu prostředí a zdraví jeho informovaného souhlasu k jeho účasti ve studii, jejíž by měl být subjektem. Patří sem také spravedlnost a sociální únosnost prováděných či poskytovaných opatření v rámci vyšetření a následné intervence v epidemiologických studiích.

Další oporou je vysoká úroveň vztahu v komunikaci, což je dimenze ryze etická, záležící na vzájemné důvěře, pravdivosti, otevřenosti a věrohodnosti lékaře a všech aktérů oboru a konečně povinnosti mlčení a ochrany soukromí a dat (3), pokud nejde o situace tvořící výjimku ze zákona.

Měníci se profil společnosti s jejími požadavky a nároky, rychlý vědecko-technický rozvoj s průvodní industrializací, urbanizací, rostoucí migrací nejrůznějších etnických skupin (4) a lavinovitý nárůst biologických a biomedicínských poznatků i postupů jak klinických, tak i preventivních, to vše ovlivnilo a neustále ovlivňuje s rostoucí intenzitou kvalitu přírodního i sociálního prostředí, ve kterém vzniká, vyvíjí se a udržuje život, a to nejen ten náš lidský.

Člověk, bohužel, neovlivňuje svou činností běh přirozených přírodních a biologických dějů pouze pozitivně, ale často svými necitlivými, násilnými až ničivými zásahy ohrožuje úmyslně či nevědomě nejen své zdraví a kvalitu života, ale i integritu prostředí, ve kterém žije (5).

U vědomí těchto rizik Světové zdravotnické shromáždění deklarovalo již v Sao Paulu v říjnu 1976 a roku 1984 v Singapuru revidovalo své prohlášení o stavu a příčinách znečištění prostředí odpady a dalšími škodlivinami (6). Dále definovalo a pojmenovalo nebezpečí, která plynou právě z ekologické nevyváženosti vztahu mezi člověkem a jeho okolím a na tomto základě vybízel k realizaci opatření, která by je co nejúčinněji eliminovala, event. minimalizovala. Deklarace dále apelovala

na odpovědnost lékařů při výchově veřejnosti k ochraně proti konání ohrožujícímu kvalitu prostředí a vyzvalo k tvorbě programů na jeho ochranu, identifikaci rizik pro zdraví a prostředí, hodnocením (přesněji odhadem míry zdravotních rizik) a prevencí zdravotních a ekologických rizik prostředí (7).

Pokud jde o etiku jako obor filozofie, lze ji chápat jako kritické zamyšlení nad morálkou, která není konec konců ničím jiným než vžitou praxí (8). Etika nemůže být neutrální, protože uvažuje o morálce nikoliv pouze takové, jaká je, ale především takové, jaká by měla být. Etika, která za mravné a správné uznává jen absolutně dobré, vede nutně k etickému rigorismu. Tento rigorismus uvolňuje jednotu napětí mravnosti buď směrem k předmětu konání, nebo jeho subjektu. V prvním případě jde o zákonitostní fundamentalismus. Ve druhém, v krajním případě, o nepřiměřené úsilí o mravní dokonalost. Proto se zdá být odpovídajícím etickým myšlením to, které pokorně přiznává jen omezenou splnitelnost některých mravních nároků, aniž by je ovšem přestalo vnímat (9).

### Metodické přístupy

Pokusíme se nyní artikulovat problematiku vyplývající z požadavků, na kterých staví etika obecně, a tedy i etika v oblasti veřejného zdravotnictví. V našem případě nejde o to, že by se etické principy přizpůsobovaly požadavkům oboru, ale o hledání způsobu, jak je správně aplikovat. Vysoká odbornost vyžaduje, aby při všech postupech, šetřeních, studiích, výzkumu, praktických opatřeních a publikaci výsledků byla zaručena vysoká kvalita strukturální (metodická) i procesní (kvalita dosaženého výsledku) (10, 11). Kvalita etického konání spočívá v neposlední řadě v zajištění bezpečnosti a neohrožení kvality života při našich zásazích. Audity, stanoviska příslušných etických komisí, resp. „review boards“ a zveřejňování výsledků v renomovaných časopisech dbajících o to, aby nedocházelo v publikacích ke střetům zájmů oslabujících jejich objektivitu a k ovlivňování výstupů, vytváří nutné pojistky věrohodnosti záměrů a navrhovaných postupů. Při uveřejňování stanovisek si musí být příslušní odborníci vědomi rizika tzv. toxikopie, což znamená ohrožení některých jedinců tím, že se medializují nejisté závěry, které mohou vést k přehnaným a neopodstatněným obavám, nebo naopak k neodpovědnému podceňování problému veřejností (12, 13).

K podobnému znejistění až patologické reakci některých jedinců či části populace přispívá absence vědecky podložených včasných informací, poskytovaných oficiálně kompetentními odborníky veřejnosti. Ovšem i při takovém postupu dochází někdy k zneklidnění postižených a k eticky obtížnému rozhodování, chceme-li jednat spravedlivě a sociálně únosně (14).

Jsou-li omezeny finanční zdroje nebo dosažitelnost léků, očkovacích látek, vakcín, antibiotik, přístrojů, lůžek, náhradních orgánů, ochranných a hygienických pomůcek atd. z nejrůznějších důvodů, mluvíme o stavu označovaného jako triage.

Nastane-li podobná situace, pak konstatování, že je odpovědností společnosti, aby při alokaci zdrojů k takové situaci vůbec nedošlo, je jistě správné, ale mnoho nepomůže. Ale i když za normálních okolností by vše

k dispozici bylo, nemusí to vždy usnadnit řešení a rozhodování. Platí to pro případné přírodní nebo jiné katastrofy, epidemie, různé zejména zvláště nebezpečné infekce, hromadné dopravní nehody a v podmínkách války.

Obecně lze postupovat za podobných okolností podle tří principů (15):

Principu utilitaristického – zváží se užitečnost těch, koho se to týká, pro společnost, rodinu, obec, stát. Posuzuje se věk, povolání, role v rodině, schopnosti a výkony. Nebezpečí takového přístupu je v možnosti podřítí důvěry v lékaře a zdravotní systém a společnost vůbec. Může být oprávněn za výjimečných okolností při některých katastrofických situacích a běžný ve válečné medicíně, kde legitimním rozhodujícím kritériem může být možnost návratu raněného či nemocného po potenciálním vyléčení zpět na frontu.

Principu rovnosti – respektuje se přirozené pořadí ohrožených, nemocných nebo lokalit. Může se přitom přehlédnout tragickým způsobem naléhavost péče v některých individuálních případech.

Třetí princip je variantou kdy rozhodnutí vychází z posouzení objektivní situace a sociální únosnosti. Nesmí se zanedbat ani svědomí poskytovatelů péče, i když je tento aspekt někdy zpochybňován.

Postoje aktérů zabývajících se hygienou a epidemiologií musí být maximálně odborně fundované, kompetentní, protože se týkají většinou daleko širšího spektra populace, než je tomu u jiných lékařských disciplín.

Zatím, co jednat v souhlase s etickými požadavky v tomto prvním bodě není kromě triage podstatněji problematické, pak o bodu druhém je diskutováno daleko častěji. Jak bylo uvedeno dříve, jde zde o sebeurčení, a tedy autonomii jedince při diagnostickém, léčebném, nebo preventivním výkonu či šetření tak, jak je tento postup doporučen v deklaracích ze Sao Paulo a Singapuru (6).

Asi je užitečné zmapovat současnou situaci společnosti nikoliv jen po stránce medicínsko-odborné. Dnešní společnost označovaná jako postmoderní, nebo také dynamická, prosazuje důrazně v souhlase s Chartou lidských práv a svobod autonomii jedince jako jednu z nejvyšších hodnot. V medicíně je tak logicky paternalismus – ty musíš – vytěsňován požadavky autonomie – já chci. Z těchto dvou postojů se rodí pochopitelně nezřídka střet zájmů, střet, který se dál může přenést do roviny zájmů nazíraných individuem a do požadavků veřejného zdravotnictví. Svoboda jedince, která nevidí své hranice tam, kde začíná svoboda druhého, pravou svobodou přirozeně není. Svoboda nevyvážená příslušnou mírou odpovědnosti je zdrojem vážných problémů, jichž jsme v naší společnosti byli v posledních letech svědky až přespráši často (2, 7, 16).

Skutečnost neexistence hranic svobody jedince tam, kde dochází k potencionálnímu či reálnému ohrožení druhých (17), jako je tomu třeba při rozhodování o karanténě, povinném léčení, pravidelném (dříve povinném) očkování, epidemiích, využití lidských i materiálních zdrojů při poskytování pomoci a zdravotních opatření, ale např. i při rozhodování o genetické manipulaci, vede k tomu, že epidemiologové se legitimně obávají, že v případě legalizace příliš striktních etických směrnic by se mohli dostat do situace, která by smysluplnou práci znemožňovala, a to z důvodu etických bariér určených zmíněnými směrnici (7, 18). Mohlo

by dojít k situaci, kdy neprovedení dotyčné studie nebo preventivního opatření by způsobilo závažnou ztrátu, resp. škodu zájmům veřejného zdravotnictví a tedy i zdraví příslušné populace.

Tak se otázky etického charakteru objevují při realizaci výzkumu nejen při volbě tématu, ale především vyplývají z oprávněného nároku na informovaný souhlas (19). Jejich naléhavost roste tam, kde by absence souhlasu neumožnila objektivní popis zkoumaného jevu. Základním vodítkem jsou zde Mezinárodní etické směrnice pro biomedicínský výzkum zahrnující lidské účastníky (CIOMS a WHO) (20). Nelze totiž přehlížet, že získávání informovaného souhlasu bývá někdy věcně i technicky nesnadné, a je dobré si osvojit jeho strategii. Týká se to především těch momentů, kdy první osobní kontakt s pacientem, nebo jedincem kontrolního souboru osob je z nejrůznějších důvodů obtížný nebo nemožný, a je proto nezbytné nahradit jej formou písemnou nebo telefonickým rozhovorem. Při dnešním stavu informatiky v době internetu, kdy je člověk zahlcen přílivem nových poznatků, což samo o sobě ještě vůbec nemusí znamenat skutečnou pomoc při porozumění problému, a tudíž vést i k správnému rozhodnutí při poskytnutí informovaného souhlasu nebo jeho odmítnutí. Z tohoto důvodu není nikdy snaha o bezprostřední osobní přímý kontakt s potenciálními účastníky studie zbytečná.

Velkým současným nedostatkem je nedostatek kvalitní komunikace mezi zdravotnictvím a veřejností, především s předstihem s tou, na niž chceme soustředit naši pozornost a odborný zájem. Pokud nám jde o komunikaci zprostředkovanou médiem, je nutné vyžadovat, aby byla naprosto pravdivá a korektní a nevyhýbala se i pojmenování nejistot a srovnání přínosu a rizik, která jsou s naším konáním spojena. Ve všech těchto případech je nutné apelovat na naše mediální partnery, aby též oni tento požadavek plně respektovali.

Bioetika by měla v současné době přirozeně zdůrazňovat partnerský, a nikoli paternalistický princip v etické praxi, ale také odmítnout neodpovědný, ultraliberálně autonomní přístup při konkrétně řešených konfliktních situacích v oblasti veřejného zdravotnictví, např. v kontraproduktivních snahách antivakcinačních aktivit. Přehrášle odstrašujících příkladů v komunikaci našich masmédií nás nezbavují naší odpovědnosti za kvalitu a srozumitelnost námi zdravotníky poskytovaných informací (21).

### Etika přístupu ke zdravotním problémům populace

Ještě v nedávné minulosti hlavní pozornost v oblasti medicínské etiky byla tradičně věnována vztahu mezi lékařem či obecněji zdravotnickým pracovníkem a pacientem a po řadu desetiletí byla jen relativně malá pozornost věnována problémům etického přístupu ke zdravotním fenoménům populace jako celku (22). Až v roce 1994 Římská divize Evropského centra pro prostředí a zdraví SZO (European Centre for Environment and Health WHO) ve spolupráci s Mezinárodní společností pro epidemiologii prostředí (International Society for Environmental Epidemiology – ISEE) svolala Mezinárodní seminář k etickým a filozofickým problémům epidemiologie prostředí (Severní Karolina, USA 16. – 18.



9. 1994), jehož účelem byla identifikace a diskuse tehdy zásadních etických a filozofických otázek epidemiologických studií zdravotních aspektů expozice člověka rizikovými faktory v pracovním a životním prostředí, včetně rizikových faktorů životního stylu a vypracování dosud obecně platných všeobecných doporučení (21, 23). Každý ze 21 pozvaných expertů, epidemiologů a pracovníků v oblasti filozofie morálky z Evropy a Severní Ameriky byl požádán, aby předem zaslal kopie svých publikací a pracovní materiály ze své odborné činnosti. Vzhledem ke složitosti problému i různorodému pracovnímu zaměření účastníků diskusí byly ustaveny tři pracovní skupiny, které se zabývaly následujícími klíčovými okruhy otázek:

- odpovědností, možnostmi prozrazení a ochranou důvěrných dat před zneužitím,
- morálními hledisky a zásadami epidemiologických studií,
- technikou šetření a praktickými hledisky včetně etických hledisek při podávání zpráv či publikaci výsledků.

Tyto pracovní skupiny doporučily seznam otázek, které byly detailně probírány na plenárních zasedáních. Vybraná témata - stanovení priorit, screening, účast veřejnosti, a podpora zdraví – ilustruje i po dvou desetiletích současnou praxi ve veřejném zdravotnictví v mezinárodním kontextu.

K hlavním etickým otázkám v oblasti veřejného zdravotnictví patří:

- Jaké zdravotní služby by měly být k dispozici pro veřejnost?
- Kdo a za jakých podmínek by měl mít přístup ke kterým zdravotnickým službám?
- Co jsou nejlepší strategie pro předcházení nemocem?
- Jak lze někdy protichůdná profesionální hlediska a názory veřejnosti smířit?
- Kdy mohou zdravotní nároky jednotlivce dostat přednost před volbou výhodnou pro společnost?

Cílem jednání bylo nalézt odpovědi na tyto otázky při respektování principů lékařské etiky na praktických příkladech z oblasti veřejného zdravotnictví v praxi. Přijatá rámcová doporučení zahrnují výsledky etického výzkumu, systematické hodnocení a uplatňování etické teorie v reálných situacích.

Profesní etika je nyní uznávána jako obor s jeho vlastním předmětem a metodami.

Hodně z jejího nedávného vývoje je výsledkem přehodnocení tradiční lékařské etiky ve světle nových morálních problémů, které vyplývají z pokroku v oblasti lékařské vědy a techniky. Filozofové etiky a právníci věnovali značnou pozornost zkoumání dilemat vyplývajících z moderních postupů zdravotní péče a jejich vlivu na vztah lékař-pacient a začínají kriticky přemýšlet o druhu služby, kterou nabízejí a o povaze vztahu mezi poskytovatelem a příjemcem služby. V mnoha oblastech života, sociálních, politických a technologických uskutečněné, často dramatické změny, mění tradiční představy o aplikaci etických principů v reálné praxi. Dokonce se tak děje i ve zdravotnictví, nicméně, etická dilemata nejsou omezena na zdravotnické pracovníky a jejich vztahy s jednotlivými pacienty.

I když v oblasti veřejného zdravotnictví etika byla poměrně dlouho opomíjena v tradiční lékařské etice, zahrnuje řadu složitých etických otázek, jako jsou:

- eticky přijatelná kritéria pro populační screening,
- zvyšující se finanční nároky na zdroje zdravotní péče,
- probíhající debaty o svobodě volby jednotlivce proti principům veřejného blaha či principu solidarity, např. v souvislosti s vakcinací, které je věnována zvláštní pozornost níže nebo např. v případě fluoridace vody, která prokazatelně přispěla ke snížení incidence zubního kazu, ale byla v rozporu s principem autonomie, právem na volbu zdroje pitné vody bez (byť nepochybně prospěšné) její fluoridace, původně zavedené na principu beneficence.

V dostupné literatuře se různí autoři snaží řešit i použitelnost etických rámců při současném respektu k jevům současné praxe. K prominentním tématům patří význam účasti veřejnosti na procesu rozhodování v záležitostech týkajících se ochrany a podpory zdraví v rámci akceptovatelného etického rámce.

K eticky mimořádně citlivým otázkám v oblasti veřejného zdravotnictví patří struktura řízení zdravotní péče, které se překrývá s diskusí na téma udržitelnosti financování zdravotní péče a zdravotnického systému jako celku (24) a možnosti aplikace principu neziskovosti ve zdravotnictví zejména u veřejných zdravotnických zařízení zajišťujících/poskytujících hospitalizaci a jejich ambulantních částí.

### Současná úskalí financování primární prevence

Klíčové úskalí současné „tržně orientované“ medicíny, nepochybně úspěšné v prevenci sekundární, tedy v časně diagnostice a racionální léčbě, spočívá v rychle rostoucích finančních nárocích na diagnostické techniky a moderní léčiva (25). Její nezpochybnitelná účinnost se již projevila u nás výrazným prodloužením věku dožití, zejména u mužů, během uplynulých dvou desetiletí, především v důsledku široké aplikace moderních metod intervenční kardiologie (25) a zavedením spektra dříve obtížně dostupných cytostatik do běžné klinické praxe. Jak již výše uvedeno, jsou současné léčebné postupy z hlediska finančních nákladů stále náročnější, takže snahy v oblasti primární prevence, tedy předcházení nemocem se dostaly do současné nežádoucí pozice Popelky. Proč?

Nepochybně užitečné investice v této oblasti se sice, jak se obecně očekává, mnohonásobně vrátí, ale bohužel v době, během které se obvykle vystřídá několik politických garnitur. To je jeden ze zásadních důvodů, proč se snahy o primární prevenci ocitají na vedlejší koleji. Pokud jsou, mají navíc často charakter časově omezených kampaní. Jako příklad může posloužit mexická či prasečí chřipka, u které se riziko úmrtí posléze ukázalo obdobné jako u předchozích „sezónních chřipek“ a silně záviselo na sociální situaci a speciálních aspektech organizace a úrovni zdravotní péče ve společnosti. To lze velice názorně demonstrovat na její dramaticky rozdílné úrovni s její incidencí spojené úmrtnosti v Mexiku a USA. V Mexiku zemřelo v počáteční fázi epidemie 72 nemocných z 3 648 potvrzených případů, zatímco v USA zemřelo 6 z 5 469 laboratorně potvrzených případů. Jinými slovy, zatím co v Mexiku umíral jeden z 50, v USA to byl jeden z 900 potvrzených případů „prasečí chřipky“. Biomedicínská podstata problému byla v oblasti sociální. Mladému nemocnému pacientovi

vi je v Mexiku hospitalizace poskytnuta bezplatně, ale na rozdíl od seniorů léčených také bezplatně, po vyléčení si příslušnou částku musí odpracovat v nemocnici, ve které mu byla poskytnuta léčebná péče. Z uvedeného důvodu mladí pacienti obvykle nastupují hospitalizaci v pokročilém stavu nemoci a proto s vyšší pravděpodobností letálního konce.

Nejen eticky citlivým paradoxem současné doby je, že časem, a nelze vyloučit, že v dohledné době, dojde k situaci, kdy náklady na léčení nemocných dosáhnou takové společensky obtížné únosné úrovně, že obec politiků díky hrozící krizové situaci konečně pochopí, že má smysl investovat i do předcházení nemocem, tedy do primární prevence. Jde o kardiovaskulární nemoci včetně hypertenze, diabetes II. typu, související s „morem“ naší doby – obezitou, a také primární prevenci zhoubných novotvarů a dalších problémů rostoucího významu z hlediska veřejného zdravotnictví. Jedná se např. o osteoporózu, neurodegenerativní onemocnění, související se stárnutím naší populace, a v neposlední řadě v oblasti stomatologické péče zubní kaz a parodontózu, bezprostředně ovlivňujících občas docela neblaze kvalitu našeho života (26).

### Medicína založená na důkazech a primární prevence

I v oblasti snah o předcházení nemocem nesmlouvavě platí náročný požadavek současné moderní medicíny „založené na důkazech“. Duchovním otcem takto chápáné medicíny byl Robert Koch se svými čtyřmi postuláty, prokazujícími kauzální souvislost mezi infekčním agens a klinickým obrazem příslušné nemoci, které se během času rozrostly na současná Hillova kritéria kauzality. Zásadní význam tohoto přístupu lze názorně demonstrovat na frustrujících zkušenostech z předbakteriální éry medicíny. V roce 1818 britský parlament odhlasoval pod tlakem obchodníků, kterým překážely tehdejší karanténní opatření v přístavech, že mor není nakažlivou nemocí. O deset let později, v roce 1828 francouzská sněmovna se usnesla ze stejného důvodu, že žlutá zimnice není nakažlivá nemoc a Nicolas Chervin, který tuto myšlenku prosadil, získal ve stejném roce prestižní Velkou cenu za lékařství (27).

V současné době navrhované projekty či preventivní programy se musí opírat o výsledky biomedicínských výzkumů, potvrzených zkušenostmi klinické praxe (18, 28, 29).

Je to mimořádně náročný požadavek, ale s pokrokem biomedicínských i biosociálních znalostí v oblasti behaviorální terapie je požadavkem oprávněným.

Již od poloviny minulého století se často mluví o nepříznivém vlivu různých faktorů prostředí v kontextu sociálního prostředí. Zejména se jedná o nepříznivé působení emisí průmyslu a dopravy, rostoucí míru expozice člověka cizorodým látkám ze širokého spektra endokrinních modulátorů a také rostoucí míře sociálního stresu, kterému je vystaven nezanedbatelný segment společnosti a který je významnou položkou v pozadí lavi novitého růstu počtu lidí trpících „civilizačními nemocemi“. V uvedeném kontextu pak roste stále častěji zdůrazňovaný význam kvality života (30) a rizikových faktorů životního stylu citovaných výše.

Nejhlubší kořeny problémů současné postmoderní společnosti jsou však v oblasti eticko-morální. Rád bych proto tuto stručnou úvahu o šancích a úskalích primární prevence a jejích etických konotací zakončil citátem jednoho ze současných filozofů, zabývajících se uvedenou problematikou, nositele Nobelovy ceny Konráda Lorenze, kterým obvykle končím úvodní seminář našeho tří-týdenního bloku před státnicí z hygieny a epidemiologie pro naše studenty na 1. LF UK v Praze: „Pokud se lidstvo zahubí samo, nemusí k tomu dojít udušením z nedostatku kyslíku, likvidací mořských řas a deštých pralesů a také ne proto, že se vystavuje postupně rostoucímu nebezpečí radioaktivity. K zániku lidstva úplně postačí, když se moderní člověk zbaví všech morálních hodnot. Před tímto nebezpečím musíme varovat stejně důrazně jako před elementárním ohrožením životního prostředí, které je důsledkem naší civilizace.“

### Závěr

Etické problémy studií zaměřených na odhalování rizikových faktorů prostředí a životního stylu, stejně tak jako přijímání strategických rozhodnutí v oblasti působnosti veřejného zdravotnictví a s nimi spojené etické důsledky, jsou často skryté, obtížně identifikovatelné a nezřídka ještě obtížněji řešitelné (21, 31–33). Díky čtyřem desetiletím, které jsme pracovali v národní zdravotní službě podle Semaškova modelu organizovanému na principu beneficence, tedy pragmatického užitku pro pacienta v pevné organizační struktuře se všemi jeho nespornými úskalími i výhodami, naše schopnost včas rozeznat etické problémy v systému zdůrazňujícímu autonomii občana/pacienta byla na přelomu osmdesátých a devadesátých let omezená. Nicméně, adaptační fáze je po dvou desetiletích minulostí. Dosud je však nutno včas rozpoznat a otevřeně projednat možné konfliktní situace na všech etapách epidemiologického výzkumu včetně identifikace a volby té které odborné otázky z hlediska lékařské etiky.

Přes všechny zřejmě i méně viditelné neduhy je naše zdravotnictví a jím poskytovaná péče na úrovni, kterou nám v mnoha směrech mohou občané jiných, nejen evropských států závidět a také závidí snad s výjimkou Skandinávie skoro všichni. Jde o to, aby výsledkem příliš dlouho probíhající reformy zdravotnictví byl funkční, našim ekonomickým možnostem úměrný a z našich reálných zkušeností vycházející systém s jasně definovanými odpovědnostmi a se zpětnými vazbami, zajišťujícími omezení jeho neetického nadužívání (to je např. problém Japonců) a chránícími jej před „tunelováním“, přesněji, neúčelným využíváním, tedy plýtváním či neetickým rozkrádáním prostředků do zdravotnictví vkládaným a nespolehlivým na jakoukoliv chimeru, zejména pak ne na již zřejmě ochrnutou „neviditelnou ruku trhu“.

### Poděkování:

*Tento článek byl vypracován v rámci aktivit podporovaných projektem PRV/OUK-P28/1LF/6 a je stručným výtahem z autorovy kapitoly v monografii: Ptáček R, Bartůněk P a kol. Etické problémy medicíny na prahu 21. století. Praha: Grada; 2014.*

## LITERATURA

1. Šetka J. Relationship of medicine and physician toward patient at the advent of 3rd milénium. *Sb Lék.* 1997;98(1):11-9.
2. Kříž J, Bencko V, Cikrt M, Kříž B. Primární prevence a podpora zdraví v České republice: současné problémy, rizika a možná východiska. *Prakt Lék.* 1996;76(10):478-82.
3. Frank AL. Scientific and ethical aspects of human monitoring. *Environ Health Perspect.* 1996;104 Suppl 3:659-62.
4. Frenk J, Sepúlveda J, Gómez-Dantés O, McGuinness MJ, Knaul F. The New World order and international health. *BMJ.* 1997 May 10;314(7091):1404-7.
5. Bencko V. Environment, health, primary prevention and quality of life. In: Lasker GE, Lomeiko V, editors. *A design for peace: advances in systems research of peace: Proceedings of the International Symposium on Culture of Peace; 1997 Aug 18-21; Baden-Baden, Germany.* Tecumseh: International Institute for Advanced Studies in Systems Research and Cybernetics; 1997.
6. WMA Declaration of Sao Paulo on Pollution, adopted by the 30th World Medical Assembly Sao Paulo, Brazil, October 1976 and revised by the 36th World Medical Assembly Singapore, October 1984 and rescinded at the WMA General Assembly, Santiago 2005. Ferney-Voltaire: The World Medical Association. Available from: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/20archives/p22/index.html>.
7. Bencko V. Současné etické problémy v epidemiologii prostředí. *Epidemiol Mikrobiol Imunol.* 1995;44(4):180-3.
8. Šetka J. Přístup věřícího lékaře k nemoci a nemocnému. *Prakt Lék.* 1994;74(1):35-6.
9. Gruber HG. Subjektivní nebo objektivní etika. *Teolog Texty.* 1994;3(3):79-83.
10. Honecker M. Qualität des Lebens. In: Eser A, editor. *Lexikon Medizin, Ethik, Recht.* Freiburg im Breisgau: Herder; 1989. p. 873-9.
11. Selbmann HK. Qualitätssicherung und Qualitätskontroll. In: Eser A, editor. *Lexikon Medizin, Ethik, Recht.* Freiburg im Breisgau: Herder; 1989. p. 880-5.
12. Bencko V, Honzák R. Význam psychosociálních faktorů pro racionální management zdravotních rizik prostředí. *Prakt Lék.* 1997;77(8):379-81.
13. Bencko V. Psychosomatic and psychosocial aspects of risk perception. In: Simeonov LI, Macaev FZ, Simeonova BG, editors. *Environmental security assessment and management of obsolete pesticides in Southeast Europe.* NATO science for peace and security series. Series C, Environmental security. Dordrecht: Springer; 2013. p. 85-90.
14. Barsky AJ, Borus JF. Somatization and medicalization in the era of managed care. *JAMA.* 1995 Dec 27;274(24):1931-4.
15. Wohl HP. Arzt und Patient. In: Sass HM, editor. *Medizin und Ethik.* Stuttgart: Reclam; 1989. p. 184-221.
16. Bencko V. Člověk, prostředí a paragrafy. *Prakt Lék.* 1994;74(10):492-4.
17. Vollmann J, Dörries A. Responsibility for the individual or the whole? Ethical considerations on medical responsibility. *Z Arztl Fortbild (Jena).* 1996 Oct;90(6):527-32. (In German.)
18. Levine RJ. *Ethics and regulation of clinical research.* 2nd ed. Baltimore: Urban and Schwarzenberg; 1986.
19. Bradley P, Burls A, editors. *Ethics in public and community health.* London: Routledge; 2000.
20. Council for International Organizations of Medical Sciences; World Health Organization. *International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects.* Geneva: CIOMS; 1993.
21. Ptáček R, Bartůněk P a kol. *Etika a komunikace v medicíně.* Praha: Grada; 2011.
22. Soskolne CL, Bertollini R. Ethical and philosophical issues in environmental epidemiology. *Sci Total Environ.* 1996;184(1-2):1-4.
23. Soskolne CL, Jhangri GS, Hunter B, Close M. Interim report on the Joint International Society for Environmental Epidemiology (ISEE) - Global Environmental Epidemiology Network (GEENET) Ethics Survey. *Sci Total Environ.* 1996;184(1-2):5-11.
24. Bencko V, Zelený T. Princip neziskovosti ve zdravotnictví: šance pro jeho trvale udržitelné financování? *Tempus Medicorum (Olomouc).* 2013;22(1):24-5.
25. Želízko M, Janek B, Hrnčárek M, Pořízka V, Karmazín V, Malý J, et al. *Intervenční kardiologie: co nabízí v roce 2011.* *Prakt Lék.* 2011;91(1):42-8.
26. Bencko V. Primární prevence nemocí: současná úskalí a šance. *Tempus Medicorum (Olomouc).* 2013;22(4):28-9.
27. Schott H. *Kronika medicíny.* Praha: Fortuna Print; 1994.
28. Bencko V, Šetka J. Etické nároky na postupy obvyklé v epidemiologických studiích vztahu prostředí a zdraví člověka. *Prakt Lék.* 1998;78(8):437-9.
29. Rahu M, Vlassov VV, Pega F, Andreeva T, Ay P, Baburin A, et al. Population health and status of epidemiology: WHO European Region I. *Int J Epidemiol.* 2013 Jun;42(3):870-85.
30. Bencko V. Toxoalergické komplikace vakcinace a odmítání očkování. *Tempus Medicorum (Olomouc).* 2013;22(12):20-1.
31. Bencko V. Informed consent in the Czech Republic. *Sci Total Environ.* 1996;184(1-2):77-81.
32. Williamson S. *The vaccination controversy: the rise, reign and fall of compulsory vaccination for smallpox.* Liverpool: Liverpool University Press; 2007.
33. Bencko V. Odmítání očkování a falešné karty v rukou anti-vakcinátorů: vážný problém veřejného zdravotnictví. *Hygie- na.* 2014;59(2):89-91.

*Došlo do redakce: 8. 12. 2014*

*Přijato k tisku: 30. 9. 2015*

*Prof. MUDr. Vladimír Bencko, DrSc.  
Ústav hygieny a epidemiologie  
1. lékařská fakulta UK a VFN v Praze  
Studničkova 7  
128 00 Praha 2  
E-mail: vladimir.bencko@lf1.cuni.cz*