Závěr

Závěrem, ten který je povinen podle povahy svého zaměstnání poskytovat potřebnou pomoc, tak musí činit **vždy, s výjimkou případu, kdyby poskytování potřebné pomoci bylo spojeno s přímým bezprostředním ohrožením jeho života a zdraví a života a zdraví ostatních, vyjma hasičů, kteří by při záchranné akci měli snášet určité přiměřené riziko pro jejich životy a zdraví.**
Z toho, co zde bylo uvedeno je **potřebná pomoc taková pomoc, která je nezbytně nutná k odvrácení nebo alespoň snížení bezprostředně hrozícího nebezpečí smrti nebo vážné poruchy zdraví.**
Umírající člověk je také ohroženou osobou ve smyslu §207 TZ, protože je v nebezpečí smrti, smrt mu bezprostředně hrozí. Ovšem na rozdíl od ohroženého, který není umírající, není v terminálním stavu své choroby, který má šanci na přežití nebo zotavení …, umírající ohrožený tyto podstatné skutečnosti nesplňuje, a proto potřebná pomoc u něj má jiný obsah, jinou dimenzi. Nelze-li při poskytování intenzivní léčby v nejširším možném rozsahu spolu s veškerou zdravotní péčí v nejširším možném rozsahu odvrátit nebo alespoň snížit hrozící smrt nebo vážnou poruchu zdraví**, není potřebnou pomocí setrvání na takovéto terapii.** V takovém případě je potřeba, aby ošetřující tým/lékař/vedoucí lékař stanovil rozsah diagnostických a terapeutických postupů u každého pacienta zvlášť, které vyžaduje jeho zdravotní stav, za dodržení všech výše uvedených medicínsko-eticko-právních kautel. Pro tento případ **je potřebnou pomocí pro takovéhoto pacienta omezená intenzivní léčba nebo pouze základní zdravotní péče (paliativní péče),** která spočívá např. v důsledné a kvalitní ošetřovatelské péči (hygiena o nemocného, prevence dekubitů atd.), v důsledné analgezii, v důsledném mírnění či eliminaci utrpení pro pacienta (např. psychoterapií, sedací atd.), v péči o duchovní potřeby pacienta a v dostatečném příjmu tekutin, případně výživy (např. infúzní terapie), **a nikoliv odvrácení nebo alespoň snížení bezprostředně hrozícího nebezpečí smrti nebo vážného zhoršení zdravotního stavu**, protože již nelze pacienta vyléčit a ani nelze odvrátit smrtit.

Ještě se zmíním o **principu dvojího efektu** :
Zastánci eutanázie prohlašují, že tam, kde není povolena eutanázie, stejně dochází k urychlování smrti, a to díky podávání vysokých dávek opioidů pro tlumení bolestí. Toto nařčení je nutno odmítnout.
Dnes v 21. století existuje již minimum pacientů, u nichž bolest a jiné obtíže nemohou být řádně zvládnuty, a v takovém případě je možno po odborném zhodnocení ošetřovatelského týmu rozhodnout aplikovat zvyšující se dávky opioidů k úlevě těmto pacientům, aby netrpěli, neexistuje-li žádná alternativa. Je pravdou, že někdy v takovém případě může dojít i ke zkrácení života. Zásadní je zde úmysl indikujícího lékaře. V určitých případech může z jednoho jednání vzejít dva efekty, jeden pozitivní a druhý negativní. Úmysl lékaře je ulevit trpícímu nemocnému v terminálním stavu většinou nádorového onemocnění, kdy vzhledem k toleranci a návyku postupně daná dávka nestačí a je potřeba ji navyšovat k vyvolání úlevy nemocnému (tlumit bolest)-pozitivní efekt, na druhé straně vysoké dávky mohou vést k toleranci, návyku a dokonce k útlumu dechového centra-negativní efekt, sekundární, úmyslně nechtěný a nezamýšlený-např. zkrácení života. Kdy je možno tolerovat jednání mající i negativní efekt?
1. Hlavní jednání je samo o sobě dobré nebo alespoň indiferentní 2. Záměrem jednajícího je efekt pozitivní, přičemž negativní efekt není podporován, ať již jako prostředek nebo jako cíl (záměr je tlumení nezvladatelné bolesti) 3. Pozitivní efekt není docílen prostřednictvím negativního, který z jednání vyplývá jako sekundární nebo nanejvýše jako paralelní (úleva od bolesti není způsobena zkrácením života) 4. Pozitivní efekt je do té míry závažný a hodnotný, že je možno ospravedlnit tolerování efektu negativního (nesnesitelná bolest člověka blížícího se ke smrti ospravedlňuje i možné riziko nevelkého zkrácení končícího života) 5. Jednání, které má i negativní efekty, nemůže být nahrazeno v dané situaci jiným jednáním bez těchto efektů
Nesnesitelné bolesti a utrpení jsou jistě známkou vážné poruchy zdraví, a proto neexistuje-li žádná alternativa k úlevě, je podávání zvyšujících se dávek opioidů, jejichž záměrem je ulevit od bolesti a utrpení a je-li pacient poučen o riziku negativního efektu (je-li to možné), potřebnou pomocí.

Při rozhodování o omezování léčby je také potřeba mít na paměti, že zájmy a blaho lidské bytosti jsou nadřazeny zájmům společnosti a vědy, že každý má právo na spravedlivý přístup k péči přiměřené kvality bez jakékoliv diskriminace, a že náš systém úhrady zdravotní péče je založen na solidárnosti společnosti k jedinci.
Ekonomická nedostupnost v rámci oboru intenzivní a urgentní medicíny u nás nesmí existovat a nemůže tedy být důvodem omezení léčby, které by bylo v rozporu s právními, medicínskými a etickými principy. **Stejně tak by neměla existovat ekonomická nedostupnost v rámci kvalitní a dostupné hospicové péče a paliativní péče, což považuji za důležité měřítko mravní vyspělosti společnosti. Bohužel zde máme co dohánět.**
Cílem rozhodování o omezování léčby v intenzivní medicíně, tedy nenasazením nebo vysazením postupů podpory orgánových funkcí, **není urychlení procesu umírání nebo navození smrti,** tedy cílem není úmyslně usmrtit, **ale cílem je nenasazení nebo vysazení té složky terapie, která nemá svou medicínskou indikaci směřující ke změně vývoje směrem k zotavení, směrem k možnému příznivému ovlivnění choroby …, a současně stres, útrapy, bolest, diskomfort, strádání a případné nežádoucí účinky, rizika a komplikace spojené s nenasazenou nebo vysazenou složkou terapii by byly výrazně vyšší pro nemocného než nulový (minimální) přínos z hlediska zotavení, přežití, ovlivnění prognózy nemocného ... v případě jejich nasazení nebo pokračování. Cílem je tedy zabránit poskytování horlivé, zatěžující, marné, neúčinné, život a zdraví nezachraňující léčby.**
Samozřejmě i při tomto stále zůstává cílem léčebného úsilí zachování života a zdraví pacienta. V případě nemožnosti dosažení tohoto cíle jsou postupy zaměřeny na : eliminaci strádání, utrpení, bolesti, diskomfortu, pocitu žízně, hladu, dušnosti, eliminaci dystanázie (zadržené smrti, přístrojový život), eliminaci sociální izolovanosti, uspokojování potřeb nemocného a jeho rodiny, zachování lidské důstojnosti nemocného, klidného a důstojného prostředí, možnost přítomnosti rodiny a blízkých a zachování všech práv pacienta.

Omezená/ racionalizovaná/ individualizovaná léčba není ani porušením práva na život (čl.6 LZPS) **a ani porušením práva na ochranu zdraví** (čl. 31 LZPS), **protože tato léčba nevede k ochraně života a zdraví.**
Intenzivní péče/léčba, stejně tak omezení léčby, neznamená nic jiného, než poskytování léčebných, ošetřovatelských a pečovatelských postupů v rozsahu, jaký vyžaduje zdravotní stav nemocného.
Podle Doporučení Rady Evropy č.1418/1999 O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících (Charta práv umírajících) **je potřeba chránit důstojnost všech lidí, umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel a prodlužování života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která by se současně měla zabývat i úlevou od utrpení. Rozhodně by se mělo zabránit prodlužování umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli.**
Smrt nemocného je důsledkem jeho nezvratitelného terminálního onemocnění/stavu, a nikoli důsledkem omezení léčby.

Úmyslné usmrcení člověka (eutanázie, asistovaná sebevražda) je nepřípustné, i z důvodu právní jistoty budoucích pacientů a důvodu ochrany vztahu důvěry mezi pacientem a lékařem do budoucna.
Ke spáchání TČ *asistovaná sebevražda* dojde i tak, že zdravotník přemlouvá nebo schvaluje sebevražedný čin u osoby nerozhodnuté, nebo opatřuje prostředky, odstraňuje překážky, či psychicky k sebevraždě pomáhá, stejně tak, když alespoň v nepřímém úmyslu pohne nebo pomůže k sebevraždě tím, že ponechá jed nebo letální dávku léku v dosahu pacienta.
Podle Rezoluce WMA (World Medical asociation) z roku 2002 : „Eutanázie je čin promyšleného ukončení života pacienta, byť i na pacientovu vlastní žádost nebo na žádost blízkých příbuzných, je neetická. To nezabraňuje lékaři, aby respektoval přání nemocného nechat proběhnout přirozený proces umírání v konečné fázi choroby.“

„Asistované suicidium za pomoci lékaře, stejně tak jako je tomu v případě eutanázie, je neetické a musí být odsouzeno lékařskou profesí. Lékař jedná neeticky tehdy, je-li jeho asistence úmyslná a promyšlená s cílem umožnit jedinci ukončit svůj vlastní život. Nicméně právo odmítnout léčbu je základním právem nemocného a lékař nejedná neeticky dokonce ani tehdy, když respektování tohoto přání má za následek smrt pacienta.“

Dále Světová lékařská asociace prohlašuje : „povzbuzuje Národní lékařské asociace a lékaře, aby odmítli účast při eutanázii a to i tehdy, pokud by jí národní zákon povolil anebo za určitých podmínek dekriminalizoval.“

Naproti tomu obsahem paliativní péče, tedy potřebnou pomocí, u umírajícího, terminálně nemocného atd. je toto : Paliativní péče zajišťuje úlevu od bolesti nebo od jiných symptomů. Přisvědčuje životu a dívá se na umírání jako na normální proces. *Umírání není synonymem se selháním medicíny*. Nemá v úmyslu ani urychlit ani odsunovat smrt ve stavu umírání. Integruje do péče o pacienta i psychologické a spirituální aspekty. Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže nemocným, aby žili aktivně, jak je to jen možné, až do smrti. Nabízí takové uspořádání podpory, které pomůže rodině vyrovnávat se s chorobou pacienta a se svým vlastním zármutkem. Používá týmový přístup v řešení potřeb nemocného a jejich rodin, včetně poradenství v případě truchlení, je-li to indikováno. Snaží se o zlepšení kvality života a může také pozitivně ovlivnit průběh choroby. Je aplikovatelná již v časných fázích choroby v propojení se škálou jiných léčebných postupů, které mají za cíl prodlužovat život, jako je chemoterapie a radioterapie, a zahrnuje taková zkoumání, která jsou potřebná k lepšímu pochopení a zvládání nebezpečných klinických komplikací.

Odmítne-li umírající nemocný léčbu, kterou již vnímá jako nadměrně zatěžující a ze svého pohledu za zbytečnou, a vyhoví-li lékař jeho žádosti, jelikož nechce nakládat na umírajícího člověka ještě další utrpení, pak se nejedná o eutanázii. Ustoupení před vítězstvím smrti v lékařově bezmoci je něco propastně odlišného od zabití umírajícího nemocného.

Co se týká ochrany lékařů při výkonu praxe před trestněprávní odpovědností za spáchání TČ *neposkytnutí pomoci* či jiných TČ proti životu a zdraví, pak informovaný nesouhlas (negativní revers) plně způsobilého dospělého, nejednajícího v omylu nebo duševní poruše, který byl řádně poučen o všech možných závažných rizicích, následcích, alternativách atd. odmítnutého potřebného zákroku/ péče/ léčby, chrání tohoto lékaře před trestněprávní odpovědností za spáchání těchto TČ**, s výjimkou stavu nouze (např. stavy hrozící smrtí nebo hrozící vážnou poruchou zdraví), kdy je omezena nutnost poskytnout souhlas nebo nesouhlas se zákrokem, a kdy je lékař povinen ve stavu nouze jednat bez souhlasu pacienta**, **i kdyby byl pacient schopný dát informovaný nesouhlas, ale může provést pouze neodkladné (nutné) léčebné zákroky pro přímý prospěch pro život a zdraví nemocného, ovšem nemusí se pouze jednat o život zachraňující zákroky. Proto v takovém případě informovaný nesouhlas při hrozbě smrti nebo hrozbě vážné poruchy zdraví lékaře nechrání, a lékař je povinen poskytnout potřebnou pomoc ve smyslu §207 odst.2 TZ.**

Výše, druh, vymahatelnost trestní sankce a zánik trestní odpovědnosti, v případě dodatečného dobrovolného plnění povinnosti, jsou také faktory regulující lidské jednání, tedy jestli bude nebo nebude poskytnuta potřebná pomoc.

Z TČ *neposkytnutí pomoci* podle §208 TZ je v ČR obviněno zhruba okolo 100 osob ročně, přičemž zhruba 50 je z nich i odsouzeno pro tento TČ. Z TČ *neposkytnutí pomoci* podle §207 TZ je v ČR obviněno zhruba okolo 20 osob ročně, přičemž zhruba 18-20 je z nich i odsouzeno pro tento TČ, navíc co se týká zdravotníků, tak ti jsou trestně stíhání pro TČ *neposkytnutí pomoci* v drtivé většině případů při výkonu služby, nikoli mimo výkon služby[62].

62 MACH J. a kol.: Zdravotnictví a právo, komentované předpisy, 2. vydání, Praha, LexisNexis, 2005, s 132 a CHROMÝ J.: K trestnému činu neposkytnutí pomoci (vybrané psychologické a trestněprávní aspekty), Zdravotnictví a právo 1/2007