



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Centrum pro zdravotnické právo 3.LF UK

Pavel Pokorný

Právní a etické aspekty lékařské péče o
terminálně nemocné pacienty

Legal and ethical perspective on medical care of
terminally ill patients

Diplomová práce

Praha, květen 2009

Autor práce: Pavel Pokorný

Studijní program: Všeobecné lékařství s preventivním zaměřením

Vedoucí práce: **JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.**

Pracoviště vedoucího práce: **Centrum pro zdravotnické právo 3.LF UK**

Datum a rok obhajoby: 12.06.2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 1.června 2009

Pavel Pokorný

Poděkování

Rád bych poděkoval panu JUDr. Ondřeji Dostálovi, Ph.D., LL.M. za poskytnutí podnětných informací a materiálů a za projevenou trpělivost.

Obsah

Úvod	6
1. Vymezení pojmů	7
2. Krátký rozhled po Evropě.....	10
3. Situace v České republice	14
3.1 Návrh zákona o důstojné smrti	18
3.2 Dříve vyslovené přání	20
3.3 Analgosedace	22
3.4 Omezení stávající terapie, nezahájení nové terapie.....	24
3.5 Princip dvojího efektu	25
Závěr	28
Souhrn	29
Summary	30
Seznam použité literatury.....	31

Úvod

S problémem ukončování či nezahajování terapie u terminálně nemocných pacientů, stejně jako s termíny euthanasie, asistovaná sebevražda ale i zabití nebo vražda, se budeme v moderní medicíně střetávat stále častěji. Souvisí to přirozeně s vývojem medicíny, především v oblasti technické, kdy mohou lékaři bojovat o život, případně oddalovat smrt v případech, které by ještě před deseti patnácti lety končily nevyhnutelně smrtí. Mnoho pacientů si ale nepřeje „žít za každou cenu“ a tak budou debaty týkající se euthanasie nabývat stále na aktuálnosti. V České republice, ale obdobnou situaci nalezneme i v jiných postkomunistických zemích, jsme vinou historického vývoje v oblasti práv pacientů, v komunikaci mezi pacienty a lékaři a také v lékařské etice poněkud pozadu v porovnání se západní Evropou a Spojenými státy.

Na následujících stranách se pokusím přiblížit postoj k euthanasii v některých zemích Evropy a poté se zaměřím na specifické české právní prostředí a jeho vztah k ukončování péče o pacienty.

Budu velice rád, pokud moje práce přispěje alespoň v okruhu mých vrstevníků k vyjasnění pojmů a povede k širší diskusi o péči o vážně nemocné pacienty.

1. Vymezení pojmů

Pravděpodobně se již každý setkal s pojmem „euthanasie“ (z řeckého *eu* – dobrý a *thanatos* – smrt), ale již méně lidí ví, že neexistuje jen jeden druh euthanasie – alespoň z právního hlediska, a že jsou některé pojmy používány promiskue nebo i chybně.

O **aktivní chtěné euthanasii**¹ (active voluntary euthanasia) hovoříme v případě, kdy je život pacienta na jeho žádost ukončen přímým zásahem druhé osoby, nejčastěji lékařem. Při **umožněné**, resp. **asistované sebevraždě**² (assisted suicide) poskytne lékař pacientovi dostatek prostředků ke spáchání sebevraždy, „poslední krok“ již učiní pacient sám. Obě tyto možnosti jsou pro přímou účast lékaře ve většině zemí nelegální a lékaři za ně mohou být trestně stíháni, je ale veřejným tajemstvím, že k nim přesto docházelo a docházet bude. **Nepokračování v léčbě** (withdrawing), příp. její **nezahajování** (withholding) je voleno v případech, kdy je léčba bez úspěchu nebo je její pozitivní vliv natolik zanedbatelný, že opatření s léčbou spojená jsou pro pacienta spíše zátěží, nežli přínosem. **Nezahajování resuscitace** (DNR – Do Not Resuscitate) patří spolu s nepokračováním v léčbě a jejím nezahajováním k tzv. **pasivní euthanasii**³ (passive euthanasia). **Nepřímá euthanasie**⁴ je neúmyslné zkrácení života v důsledku podávání léků tišících bolest, o nichž je známo, že mohou vést ke zkrácení života (doctrine of double effect). Posledními pojmy jsou **nechtěná a nevyžádaná euthanasie**⁵ (involuntary euthanasia), které je pro jejich nedobrovolný charakter nutno odlišovat a které jsou trestně-právně klasifikovány jako zabití, příp. vražda.

Nedílnou součástí péče o pacienty musí být i lékařská etika. Bioetika během posledních 30ti let formulovala základní principy, na které by měl být brán zřetel de facto před každým kontaktem s pacientem. Mezi tyto

¹ HERRING, J. Medical law and ethics

² Tamtéž

³ Tamtéž

⁴ Tamtéž

⁵ Tamtéž

principy patří **autonomie**⁶ (autonomy), která hovoří o „sebeurčení“ pacienta. Každý informovaný a kompetentní člověk má právo spolupodílet se na své léčbě a odmítnout jakékoliv lékařské zákroky. Tato rozhodnutí by měla být všemi respektována a nikdo by neměl jednat proti nim. **Non-maleficence**⁷ (do no harm) se nedá v praxi bohužel stoprocentně uplatnit, protože nikdo nedokáže zaručit, že zákrok nebude spojen s určitou mírou bolesti příp. rizika. Non-maleficence spolu s principem **benefitu**⁸ (beneficence), tedy jednáním, které je v nejlepším zájmu pacienta, znamená, že je lékař oprávněn nabídnout a užít i metodu, která má pro pacienta i jistá rizika, pokud jsou rizika převážena pozitivy z metody plynoucími. Zachování **lékařského tajemství**⁹ (confidentiality) je již chápáno jako samozřejmá součást vztahu lékař-pacient a mimo jiné prohlubuje důvěru pacienta k lékaři a povzbuzuje ho svěřit všechny informace potřebné k péči o něj. **Spravedlivé rozdělování dostupných prostředků**¹⁰ (distributive justice, fair use of available means) je princip vztahující se na právo jednotlivce na vhodnou léčbu, ale zohledňuje i ostatní pacienty, kteří mají na léčbu stejné právo. V praxi bychom mohli tento přístup zjednodušit nejspíše tak, že na nikoho by se nemělo „vyplýtvat“ zbytečně moc prostředků, aby zbylo ještě dost prostředků na péči o ostatní, ale současně se každému musí dostat nejlepší možné péče. V tomto případě se lékaři ocitají ve složité situaci, měli by totiž léčit bez ohledu na výši nákladů, ale limitované množství zdrojů, stejně jako nastavení financování zdravotnictví, je nutí respektovat určitá pravidla ve smyslu „cost-benefit“ a brát ohled i na potenciální potřebu financovat péči o ostatní pacienty. **Pravdomluvnost**¹¹ (truth telling, integrity) je další z již samozřejmých principů bioetiky. Pacienti se mohou správně rozhodovat a adekvátně spolupodílet na své léčbě pouze v případě, když jsou pravdivě a úplně informováni o svém zdraví a všech skutečnostech s jejich zdravotním stavem souvisejících. Nikdo nemá právo – pokud se

⁶ HERRING, J. Medical law and ethics

⁷ FURROW, B.R. et. al. Bioethics: Health Care Law and Ethics

⁸ Tamtéž

⁹ *The Principles of Medical Ethics* [online]

¹⁰ FURROW, B.R. et. al. Bioethics: Health Care Law and Ethics

¹¹ Tamtéž

tak pacient sám nerozhodne - jim zamlčovat údaje o jejich zdraví nebo dokonce o jejich zdravotním stavu lhát. **Profesionální odpovědnost**¹² (professional responsibility) je míněno, že lékař, jako profesionál, má povinnost dodržovat určitá pravidla a dbát na morální zásady, jež jsou s povoláním lékaře spojeny. Své vlastní zájmy, ale ani zájmy společnosti, nemá stavět před zájmy svých pacientů a nebýt s těmito v konfliktu.

¹² FURROW, B.R. et. al. Bioethics: Health Care Law and Ethics

2. Krátký rozhled po Evropě

Ve většině evropských zemí je euthanasie a všechny způsoby „zabití z milosti“ (mercy killing) nelegální, existuje ale několik výjimek, které lékařskou asistenci u pacientova odchodu ze života povolují. Ale i mezi těmito zeměmi najdeme rozdíly, někde se setkáme s legální aktivní euthanasií, jinde je lékařům povoleno účastnit se na pacientově sebevraždě, v některých zemích je trestní sazba pro lékaře skutečivšího euthanasii na pacientovo přání nižší, než je sazba obvyklá, někdy může i soud od trestního stíhání upustit.

V **Nizozemí** se diskuse na téma legalizace euthanasie prvně rozeběhla již začátkem 50. let 20. století a neskončila ani po její legalizaci v roce 2001. V roce 1952 řešil soud v Eindhovenu případ lékaře, který provedl euthanasii na svém bratrovi, který trpěl pokročilou tuberkulózou a který o euthanasii svého bratra požádal¹³. Soud potrestal lékaře k jednoletému podmíněčnému trestu odnětí svobody, tedy trestu, který by byl za zabití nebo dokonce vraždu zcela nepřiměřeně nízký.

Významným mezníkem byl rok 1981 a „případ paní Wertheim“¹⁴, která pomohla k sebevraždě 67leté duševně nemocné pacientce s řadou somatických chorob. I když byla paní Wertheim odsouzena k šestiměsíčnímu podmíněnému trestu, případ byl důležitý tím, že soud stanovil podmínky pro legální asistovanou sebevraždu. Tyto podmínky jsou dnes všeobecně přijímány a patří k nim zejména: fyzické nebo duševní utrpení musí být neúnosné; utrpení a touha zemřít jsou trvající; rozhodnutí zemřít je učiněno dobrovolně; postižená osoba byla řádně informována o jejím zdravotním stavu a možných alternativách, byla schopna a učinila o tom uvážení; neexistovaly alternativní způsoby ke zlepšení situace; smrt postižené osoby nezpůsobila ostatním zbytečné utrpení; rozhodnutí o pomoci při sebevraždě nesmí být učiněno jednou osobou; v rozhodnutí o pomoci při sebevraždě musí figurovat lékař, který

¹³ SMIES, J. T. The legalization of euthanasia in the Netherlands [online]

¹⁴ GRIFFITHS, J., BOOD, A., WEYERS H. Euthanasia and law in the Netherlands

stanoví metodu, která bude použita; rozhodnutí musí předcházet diskuse o případu s jinými lékaři, popř. také s psychology nebo se sociálními pracovníky.

V roce 1993 byly tyto podmínky poněkud pozměněny, když Nejvyšší soud odmítl potrestat psychiatra Boudewijna Chobota¹⁵ za pomoc při sebevraždě jeho 54leté pacientky a vydal několik závěrů, především že utrpení pacienta nemusí být jen fyzické; nemusí být smrtelně nemocen a může být „psychiatrickým“ pacientem.

Předpokládá se, že lékař, který provedl euthanasii, ohlásí toto příslušnému soudu. Toto ohlášení slouží jen ke statistickým účelům a pro lékaře ani nikoho jiného neznamena žádný postih. Ročně je takto hlášeno okolo 440 případů, což je asi 10% z odhadovaného množství uskutečněných euthanasií v Nizozemí. Z těchto přibližně 4 tisíc euthanasií jsou podle odhadů asi 2 tisíce provedeny pacientovým praktickým lékařem doma v kruhu jeho rodiny¹⁶. Naprosté většině ale předchází agresivní léčba v nemocnici, která byla ale bohužel neúspěšná. Nemůže se tedy říci, že by v tomto případě zavedení euthanasie pro pacienty znamenalo menší snahu ze strany lékařského personálu a záchranu jejich života.

Ve **Švýcarsku** nebyl přijat zákon, který by upravoval euthanasii nebo asistovanou sebevraždu, nicméně pasivní pomoc při sebevraždě zde není trestným činem. Lékař si zde ale musí dát pozor, aby se nedostal do rozporu s některými články švýcarského trestního zákona, které se zabývají trestnými činy proti životu. Konkrétně se jedná o články 111¹⁷, 112¹⁸, 113¹⁹, 114²⁰ a 115²¹. Obzvláště obezřetní musí být lékaři v případě

¹⁵ COHEN-ALMAGOR, R. Euthanasia in the Netherlands: the policy and practice of mercy killing

¹⁶ BATTIN, M.P. Euthanasia: The Way We Do It, The Way They Do It

¹⁷ *Schweizerisches Strafgesetzbuch Art. 111 Vorsätzliche Tötung*

Wer vorsätzlich einen Menschen tötet, ohne dass eine der besondern Voraussetzungen der nachfolgenden Artikel zutrifft, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren bestraft.

¹⁸ *Schweizerisches Strafgesetzbuch Art. 112 Mord*

Handelt der Täter besonders skrupellos, sind namentlich sein Beweggrund, der Zweck der Tat oder die Art der Ausführung besonders verwerflich, so ist die Strafe lebenslängliche Freiheitsstrafe oder Freiheitsstrafe nicht unter zehn Jahren

¹⁹ *Schweizerisches Strafgesetzbuch Art. 113 Totschlag*

Handelt der Täter in einer nach den Umständen entschuldbaren heftigen Gemütsbewegung oder unter grosser seelischer Belastung, so ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren

²⁰ *Schweizerisches Strafgesetzbuch Art. 114 Tötung auf Verlangen*

Wer aus achtenswerten Beweggründen, namentlich aus Mitleid, einen Menschen auf dessen ernsthaftes und eindringliches Verlangen tötet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft.

²¹ *Schweizerisches Strafgesetzbuch Art. 115 Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord*

článku 114, který hovoří o právním postihu v případě zabití na žádost (až tři roky odnětí svobody) a článku 115, ve kterém jsou upraveny postihy za nabádání k sebevraždě a pomoc k sebevraždě v případech, kdy ze smrti dotyčné osoby plyne asistujícímu určitý profit. V praxi to tedy znamená, že lékař může připravit dostatečně velké množství léku a provést všechny nezbytné přípravy (např. zavedení kanyly apod.), vlastní vpravení smrtelné dávky ale již musí provést sám pacient.

Od roku 2006 mohou ve Švýcarsku o pomoc při sebevraždě žádat i duševně nemocní pacienti, Nejvyšší federální soud v Lausanne stanovil ve svém rozhodnutí č. 48/2006 z 3.11.2006 podmínky²², při jejichž splnění je asistovaná sebevražda přístupná i těmto osobám. V těchto případech je rozhodování o umožnění asistované sebevraždy přirozeně složitější, ale pokud se jedná u osoby dlouhodobě duševně nemocné o racionální a dobře uvážené přání, mělo by být dle soudu možno ho uskutečnit.

Asistovanou sebevraždu mohou ve Švýcarsku podstoupit i cizinci, stačí jen jedna návštěva u místního lékaře. Není proto překvapivé, že dnes ve Švýcarsku existuje pět center asistované sebevraždy, největším a nejznámějším je centrum Dignitas, jehož služby - jako jediného ve Švýcarsku - mohou využít i cizinci. Ve Švýcarsku není zatím povinné hlásit počet euthanasií, o příslušném nařízení tamní úřady teprve uvažují, nicméně v materiálech jednotlivých center asistované sebevraždy bývají tyto údaje volně dostupné. Z nich vyplývá, že v pěti centrech dohromady podstoupí euthanasii z asi 1800 žadatelů přibližně 300 lidí ročně²³. Obdobně jako ve Švýcarsku se mohou lékaři vyhnout trestní odpovědnosti po provedení euthanasie za současného splnění několika podmínek v **Belgii**, americkém státě **Oregon** a jihoamerické **Kolumbii**.

Pozoruhodně se s problematikou asistované sebevraždy vypořádali ve **Spolkové republice Německo**. Zde není sebevražda jako taková trestná, proto není trestná ani dopomoc k ní, protože účast na činu, který

Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmorde verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe bestraft.

²² KUNZ, K. L. Sterbe- und Suizidalhilfe in der Schweiz [online]

²³ HURST, S. A., MAURON, A. Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians

není trestný, trestná být také nemůže. Nicméně i v tomto případě musí být splněno několik podmínek, za kterých je lékařovu účast na pacientově sebevraždě možno označit jako netrestnou. Především se předpokládá, že byl pacient dostatečně a srozumitelně informován o svém zdravotním stavu, prognóze a způsobech, kterými by mohl být léčen. Dále musí být poučen o způsobu účinku látky, která mu má přivodit smrt, a přirozeně musí s postupem vyslovit řádně zdokumentovaný souhlas.

Pro lékaře je zde nezbytností, aby ve svém vlastním zájmu dbal na splnění všech zákonem požadovaných podmínek. Hranice mezi povolenou pomocí při sebevraždě (Beihilfe zur Selbsttötung) a zákonem trestaným zabitím na žádost (§216 StGB - Tötung auf Verlangen²⁴) není příliš ostrá a bylo by na případném soudním přezkumu, aby rozhodl, o jakou formu se v tom kterém případě jednalo. Odsouzenému lékaři by zde hrozil trest odnětí svobody na šest měsíců až pět let.

²⁴ § 216 StGB Tötung auf Verlangen

(1) Ist jemand durch das ausdrückliche und ernstliche Verlangen des Getöteten zur Tötung bestimmt worden, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.

(2) Der Versuch ist strafbar.

Die Tötung ist strafbar. Für den Fall des ausdrücklichen Todeswunsches durch das Opfer wird der Täter allerdings privilegiert, er wird also nicht ganz so scharf bestraft wie bei einem Totschlag nach § 212. Durch diesen Privilegierungstatbestand berücksichtigt der Gesetzgeber die Konfliktsituation des Täters, die durch den Schutz des Lebens einerseits und den ausdrücklichen Todeswunsch des Opfers andererseits ausgelöst wird.

3. Situace v České republice

Smrt je nedílnou součástí života každého z nás, všichni si jsme své smrtelnosti vědomi a určitým způsobem se s ní vyrovnáváme již daleko dříve, než opravdu přijde. Čeho se ale většina obává není smrt samotná, ale proces, který ji předchází – umírání. Podle dlouhodobých odhadů má asi jen jedna třetina lidí v České republice to štěstí, že umírá doma²⁵. Zbylé dvě třetiny lidí se za lepších nebo horších okolností dostanou do nemocnice, aby z ní již nikdy nevyšly. Tito lidé bývají během svých posledních dní odkázáni na cizí pomoc, nezdědka mají různě intenzivní bolesti a nebo v důsledku svých primárních chorob a medikace nejsou schopni komunikovat s okolím. Jsou to právě stavy beznaděje, závislosti na ostatních a ztráty kontroly nad svým osudem i tělem, které začaly vyvolávat úvahy o tom, že by si lidé měli mít možnost zachovat jistou důstojnost i v procesu umírání a měla by jim, za určitých okolností, být dána šance rozhodnout o způsobu a čase odchodu ze života. Na tuto problematiku existují dva, extrémně polarizované pohledy. Málokdo nemá na otázku euthanasie, a předčasného dobrovolného odchodu ze světa obecně, žádný názor.

Vztah státu k ochraně života a zdraví lidí upravuje v České republice řada mezinárodních smluv a přirozeně i zákony České republiky. V případě mezinárodních smluv je český právní řád specifický tím, že podle článku 10 ústavy²⁶ stanoví, že vyhlášené mezinárodní smlouvy, k jejichž ratifikaci dal Parlament souhlas a jimiž je Česká republika vázána, jsou součástí právního řádu; stanoví-li mezinárodní smlouva něco jiného než zákon, použije se mezinárodní smlouva. To řadí Listinu nad všechny zákonné a podzákonné normy a odlišuje tím náš ústavní pořádek od většiny obdobných v západoevropských státech. S ohledem na nadřazenost Listiny nad běžné zákony ČR nesmí být tyto s Listinou a dalšími mezinárodními

²⁵ SLÁMA, O. Dobrá smrt v nemocnici – přání nebo realita? [online]

²⁶ čl. 10 zákona č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky

úmluvami v rozporu. Pro ochranu zdraví a života a vztah k medicínskému právu obecně jsou důležité hlavně články 6, 7, 8, 10 a 31.

V článku 6 Listiny základních práv a svobod²⁷ stojí, že každý má právo na život, lidský život je hoděn ochrany již před narozením a že nikdo nesmí být života zbaven. Ve smyslu tohoto článku není právo na ochranu života chápáno jen jako nutná obrana. Podle tohoto článku musí stát zajistit ochranu občanů před nejrůznějšími chorobami a dalšími okolnostmi, které mohou občany ohrožovat. Občané se proto mohou dožadovat potřebné lékařské péče a takových opatření, která v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy povedou k zamezení šíření život ohrožujících chorob.

Článek 7 Listiny základních práv a svobod²⁸ pojednává o nedotknutelnosti osoby a jejího soukromí. Svoboda občanů může být omezena jen v zákonech přesně stanovených případech, tyto případy jsou vyjmenovány v § 23 zákona č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu²⁹.

V článku 8 Listiny základních práv a svobod³⁰ je zaručena osobní svoboda, v šestém odstavci téhož článku je dále řečeno, že zákon stanoví, ve kterých případech může být osoba převzata do ústavní zdravotnické péči bez svého souhlasu nebo v takovéto péči držena. Toto opatření ale musí být podle Listiny do 24 hodin oznámeno soudu, který o tomto umístění rozhodne do sedmi dnů.

Podle článku 10 Listiny základních práv a svobod³¹ má každý právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno. Každý má právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života, stejně jako na ochranu před neoprávněným shromažďováním, zveřejňováním a jiným zneužíváním údajů o své osobě. Tento článek aplikovaný na zdravotnické prostředí jasně říká, že je nutno pečlivě chránit všechny informace o pacientech vedené a dále zachovávat důstojnost pacientů.

²⁷ čl. 6 zákona č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod

²⁸ čl. 7 zákona č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod

²⁹ § 23 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

³⁰ čl. 8 zákona č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod

³¹ čl. 10 zákona č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod

Podle článku 31 Listiny základních práv a svobod³² má každý právo na ochranu zdraví a na základě veřejného zdravotního pojištění na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Tento článek je, kromě práva na ochranu vlastního zdraví, důležitý tím, že jasně stanoví, že rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění musí být stanoven zákonem, nemohou ho tedy upravovat pouze podzákoné právní normy. V případě, že tak stanoví zákon, není podle Listiny vyloučena ani spoluúčast pacientů na úhradě zdravotní péče.

Dalším významným mezinárodním dokumentem, který od roku 2001 patří do systému zákonů České republiky, je Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, která vešla ve známost především pod názvem „Úmluva o lidských právech a biomedicíně“. Ve svých třiceti osmi článcích upravuje mnohé z oblasti současné medicíny, v některých svých ustanoveních, týkajících se především otázek lidského genomu a jeho ochrany, dokonce „předběhla“ dobu. Pro mnou diskutovanou oblast je stěžejních především prvních deset článků, které pojednávají o obecných principech, dále o nutnosti získání souhlasu ze strany pacienta ke všem výkonům a konečně článek 10 hovoří o ochraně osobních údajů a právu na informace.

Článek 1 Úmluvy³³ se dotýká obdobného tématu jako 10. článek Listiny základních práv a svobod. Smluvní strany se zde zavazují, že budou chránit důstojnost a svébytnost všech lidských bytostí a každému bez rozdílu zaručí úctu k integritě jeho bytosti a ostatní práva a základní svobody při aplikaci biologie a medicíny.

Podle článku 3 Úmluvy³⁴ se budou smluvní strany snažit v rámci své jurisdikce zajistit rovnou dostupnost zdravotní péče, jejíž standardy mohou být dle článku 4 přijímány profesními společnostmi.

Články 5 až 7 Úmluvy³⁵ pojednávají o souhlasu pacienta se zákroky v oblasti péče o zdraví, stanoví, že souhlas se zákrokem musí být

³² čl. 31 zákona č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod

³³ čl. 1 zákona č. 96/2001 Sb.m.s, Úmluva o lidských právech a biomedicíně

³⁴ čl. 3 a 4 zákona č. 96/2001 Sb.m.s, Úmluva o lidských právech a biomedicíně

svobodný, o účelu, povaze, důsledcích i rizicích musí být dotyčná osoba řádně informována. Svůj souhlas může kdykoliv odvolat. V následujících dvou článcích jsou upraveny specifické případy osob neschopných dát souhlas, případně osob s duševní poruchou.

Článek 8³⁶ se zabývá stavem nouze, který si vyžaduje neodkladné řešení. Pokud v situacích nouze nelze získat příslušný souhlas, lze jakýkoliv lékařský zákrok provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby. To v praxi znamená, že pokud dotyčná osoba prokazatelně neodmítla ten který zákrok, je lékař oprávněn provést všechny úkony, které směřují k záchraně života nebo minimalizace škod na zdraví postiženého člověka.

Podle článku 9 Úmluvy³⁷ má být brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání. Tato formulace je bohužel poněkud vágní a nezaručuje, že bude pacientovo přání opravdu respektováno. V důsledku nejasné právní váhy a také nejasností s formálními náležitostmi záznamu pacientova dřívějšího přání upravuje řada států tuto oblast ještě svými specifickými právními normami, které by měly nejasnosti eliminovat.

Článek 10 Úmluvy³⁸, obdobně jako článek 10 Listiny základních práv a svobod, hovoří o ochraně soukromí a osobních údajů. Každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví, každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Stejně tak ale musí být respektováno přání každého, kdo nechce být o svém zdraví informován. Ve výjimečných případech může zákon omezit právo pacienta na informace o svém zdravotním stavu. Tyto výjimečné případy se týkají převážně psychiatrických pacientů, kterým ale není omezeno právo na přístup k dokumentaci jako celku, ale většinou jen k jejím specifickým částem.

³⁵ čl. 5 až 7 zákona č. 96/2001 Sb.m.s, Úmluva o lidských právech a biomedicině

³⁶ čl. 8 zákona č. 96/2001 Sb.m.s, Úmluva o lidských právech a biomedicině

³⁷ čl. 9 zákona č. 96/2001 Sb.m.s, Úmluva o lidských právech a biomedicině

³⁸ čl. 10 zákona č. 96/2001 Sb.m.s, Úmluva o lidských právech a biomedicině

3.1 Návrh zákona o důstojné smrti

V České republice, stejně jako ve většině zemí Evropy, je jakákoliv forma aktivní euthanasie trestným činem a podle paragrafu 219³⁹ může být klasifikována jako vražda s trestní sazbou až patnácti let odnětí svobody. Účastnil-li by se lékař pacientovy sebevraždy, případně obstaral-li by mu potřebné množství látky, kterou by pacient použil k sebevraždě, mohl by být takovýto lékař stíhán podle paragrafu 230⁴⁰ a odsouzen k trestu odnětí svobody až na tři léta. Vzhledem ale k faktu, že asi 2/3 české veřejnosti by byly rády, kdyby u nás byla euthanasie a případně asistovaná sebevražda legalizována⁴¹, vypracovala skupina právníků návrh zákona o důstojné smrti. S tímto návrhem předstoupili v září 2008 před senátory České republiky, aby je informovali o své iniciativě a podnítli hlubší debatu o právní úpravě euthanasie v České republice.

Návrh zákona o důstojné smrti obsahuje šestnáct paragrafů a jako takový právně řeší otázku asistované sebevraždy. Neřeší tedy aktivní euthanasii provedenou lékařem, ta by byla i po přijetí tohoto zákona dále nelegální. Podle pojetí zákona by si pacient smrt přivodil sám, ovšem za odborné asistence lékaře. Přirozeně by musela být splněna celá řada podmínek, ze všech jmenujme hlavně plnou způsobilost pacienta k právním úkonům a pacientovo plné vědomí.

Způsobilostí k právním úkonům se zabývá občanský zákoník. V paragrafu 8 a 9⁴² je řešeno její nabytí, důležitým paragrafem je paragraf číslo 10⁴³, který popisuje situace, za kterých může být fyzická osoba způsobilosti zbavena nebo jí může být způsobilost omezena. Tyto situace mohou nastat v případech, kdy je osoba stížena dlouhodobou duševní poruchou nebo nadměrně užívá alkoholické nápoje, omamné prostředky či jedy. Dále je dle odstavce 2 paragrafu 38⁴⁴ neplatný ten právní úkon, který učinila osoba jednající v duševní poruše, která ji činí k tomuto právnímu úkonu neschopnou. Sem se tedy dají zařadit případy, kdy se

³⁹ § 219 zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon

⁴⁰ § 230 zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon

⁴¹ *České noviny* [online]

⁴² § 8 a 9 zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník

⁴³ § 10 zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník

⁴⁴ § 38 odst. 2 zákona č. 40/1964 Sb., občanský zákoník

nejedná o dlouhodobou duševní chorobu, nicméně pro okamžitý duševní stav není dotyčný schopen platných právních úkonů.

Termín „plně při vědomí“ medicína jako taková nezná, existují různé škály a schémata hodnotící stupeň pacientova vědomí, nicméně i v případě, že by se tato vyšetření ještě pohybovala v rámci obecně uznávaných fyziologických hodnot, by mohl mít ne jeden člověk pocit, že pacient „plně při vědomí“ není. Tato část by, alespoň z pohledu medicínského, zasloužila ještě jisté zpřesnění.

Zákon dále stanoví, jakým způsobem by se řešila žádost o nápomoc k důstojné smrti v případech osob nevidomých, neslyšících a dalších, u kterých nelze zaručit, že by psané, resp. přečtené formě žádosti zcela porozuměli.

Důležitou částí zákona je paragraf vymezující osoby, které mohou o asistovanou sebevraždu požádat. Zde se dočítáme, že je tento zákon určen pro pacienty, kteří jsou v situaci, kdy je jejich zdravotní stav beznadějný, a kdy se nachází v terminálním stádiu života, který je výsledkem nahodilé nebo dlouhodobé závažné a nevléčitelné nemoci. Je zde také uvedeno, že v jejich případě již došlo k vyčerpání léčebných postupů, které by vedly ke zlepšení pacientova zdravotního stavu. Dále je zde jasně řečeno, že k důstojné smrti dle tohoto zákona nelze dopomoci u osoby pouze na základě jejího stáří, úrazu nebo bezmocnosti. Tím je stanoveno, že nestačí pouhá bezmocnost k naplnění podmínek tohoto zákona, odpadají tedy případy různých úrazů hlavy, páteřní míchy i úrazy další, které mají za následek „jen“ ochrnutí. Je jistě pravdou, že podobných úrazů v souvislosti s automobilovým provozem, extrémními ale i klasickými sporty přibývá a výhled pro budoucí život takto postižených nemusí být zcela uspokojivý. Dalo by se proto předpokládat, že by časem mohlo dojít k jisté změně podmínek tohoto zákona.

V následujících paragrafech je řešena přesná metodika dalšího lékařského postupu, včetně ustanovení komisí, které by měly jednotlivé případy za určitých okolností projednat.

Byť je tento návrh jistě velice zajímavým projektem, osobně si nemyslím, že by měl v současné situaci a současném znění moc šancí na schválení. Je ale dlužno podotknout, že to z jeho autorů asi nikdo v tuto dobu nepředpokládal. Ambicí bylo zřejmě nastartování jisté diskuse nad celou problematikou ulehčení odchodu ze života terminálně nemocným pacientům a její případnou právní úpravou. Tohoto cíle bylo z části dosaženo, protože je v současné době tento zákon po připomínkách senátorů a právních odborníků přepracováván a dá se očekávat, že se s jeho novou verzí ještě setkáme. I když cesta od paragrafového znění zákona k jeho vejítí v platnost je dost komplikovaná a to i u méně kontroverzních zákonů, než by byl zákon o asistované sebevraždě.

3.2 Dříve vyslovené přání

Odmítne-li způsobilý, náležitě informovaný pacient jakýkoliv druh péče, vyžádá si o tom lékař písemné prohlášení (negativní revers) a měl by být tímto chráněn před případnou právní odpovědností. Problémy nastávají, je-li pacient nezpůsobilý k vyslovení svého přání. Dříve vysloveným přáním se zabývá článek 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, ale jak již bylo uvedeno dříve, nevyjadřuje se zcela jednoznačně, jakou váhu má pro lékaře přání, které pacient vyjádřil v minulosti. Ve vysvětlující zprávě k Úmluvě o lidských právech a biomedicíně⁴⁵ se dočítáme, že jedinou situací, kdy by bylo možno přání nerespektovat, je stav, kdy přání bylo vyjádřeno dlouho před zákrokem a věda mezitím pokročila natolik, že mohou existovat důvody, aby přání pacienta splněno nebylo, protože pacient tento vývoj vědy nemohl předpokládat. Nicméně i přes tuto skutečnost by jistě někteří váhali dřívější pacientovo přání splnit už s ohledem na to, že by nebyly vyjasněny formální náležitosti, které musí platný a lékaře vyvíňující dokument obsahovat.

⁴⁵ art. 9, *Convention for the protection of Human Rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine* [online]

Jisté zlepšení právního statutu v této oblasti by bylo možno očekávat po schválení zákona o zdravotních službách. Projednávání tohoto zákona bylo ale z Poslanecké sněmovny staženo, nicméně právní úprava dříve vysloveného přání je v návrhu zákona poměrně dobře upravena, proto bych vás s § 34, který se dříve vysloveným přáním zabývá, chtěl seznámit. I v případě, že zákon o zdravotních službách nebude jako celek v dohledné době, příp. nikdy schválen, dala by se ustanovení v paragrafu 34 obsažena schválit v rámci jiného zákona.

V paragrafu 34 je problematika dříve vysloveného přání poměrně široce diskutována, čteme zde, že pacient může pro předvídatelné situace, kdy by se dostal do stavu, ze kterého by nebyl schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit. Tato část pro praxi znamená, že pacient může taxativně vymezit různé situace, ve kterých si přeje, nebo nepřeje určitý druh péče. Jsou možné i obecnější pokyny typu „za žádných okolností nechci být resuscitován“, ale s takovouto formulací by měla jistě řada zdravotníků problém, neboť v mnohých situacích stačí například jen jeden krátký elektrický impuls a pacientovi je vráceno opět plné zdraví a to bez jakýchkoliv následků.

V dalším odstavci paragrafu se píše, že poskytovatel (zdravotní péče) je povinen respektovat dříve vyslovené přání pacienta ve vztahu k budoucímu možnému poskytnutí zdravotních služeb, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že pacient v době poskytování zdravotních služeb není způsobilý k novému vyslovení souhlasu. Dále je uvedena forma dříve vysloveného přání, to musí mít písemnou podobu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Uplatněné dříve vyslovené přání nebo jeho ověřená kopie je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. Pacient může toto přání vyslovit též při přijetí do péče poskytovatelem, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných ve zdravotnickém zařízení tohoto poskytovatele. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše zdravotnický pracovník a pacient a svědek. Z tohoto je patrné,

že nemá-li poskytovatel zdravotní péče dříve vyslovené přání v náležité formě, nebo chybí-li docela, nemusí – a pokud se nechce později dostat do případných právních problémů, tak by ani neměl – dbát pokynů a ujištění ze strany doprovázejících osob, že určitá konkrétní opatření jsou, resp. nejsou přáním pacienta.

V poslední části paragrafu 34 je uvedeno, že dříve vyslovené přání není třeba respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím, a dále ho nelze respektovat pokud nabádá k takovým postupům, které vedou bezprostředně k aktivnímu ukončení života. Tím, že zde zákonodárci uvedli tento bod, byť jsou přirozeně stále platné další předpisy zakazující zabití na žádost, je jasně patrné, že jakákoliv forma euthanasie zůstává i nadále pro český právní řád nepřijatelná.

3.3 Analgosedace

Kromě jasně definovaných postihů za pomoc při sebevraždě, případně za přímé podání smrtící látky, se mohou lékaři pohybovat v „šedé zóně“ terminální analgosedace a zvyšujících se dávek utišujících prostředků, jejichž podání může vést ke smrti. Této problematice byla doposud věnována malá pozornost, přestože její dopad na lékařskou praxi a možná i širší debaty o euthanasii jako takové by mohl být relativně veliký. Terminální analgosedace, tedy podání takového množství farmak, že je pacient uměle uveden do stavu bezvědomí, aby se zabránilo jeho bolesti, je minimálně z hlediska bioetického ještě kontroverznější, než ukončení pacientova života na jeho žádost. V případě tohoto přístupu, který je pro mnohé pacienty poslední šancí, jak mohou své zbývající dny prožít bez bolesti, se pacient svým způsobem zcela vydává do rukou ošetřujícího personálu a ztrácí i ty zbytky autonomie, které mu ještě zbývaly. Po uvedení pacienta do umělého spánku existuje jen málo

okolností, které by lékaře přiměly ho z tohoto stavu opět vyvést. Ve chvílích, kdy se člověk rozhoduje pro tuto dlouhodobou sedaci, zažívá často pocit silné dušnosti, bolesti nebo úzkosti a pravděpodobně si dostatečně neuvědomí, že celý proces jeho nevyhnutelného umírání může být při dobré péči personálu oproti „normálnímu“ průběhu i prodloužen. To pro něj samotného neznamena nutně negativum, ale pro jeho rodinu to nemůže být pěkný pohled, když postupně sledují, jak se stává na nejrůznějších přístrojích zcela závislý a s minimální šancí na smysluplný kontakt se svým okolím.

Český právní řád nezná přímo termín „terminální analgosedace“ ani termín podobný, ale právním východiskem zde může být § 11 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu⁴⁶. V jeho prvním odstavci se říká, že zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. A dále že podmínky poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních stanoví zvláštní zákony. Tato formulace je pro potřeby intenzivní medicíny poněkud obecná, proto Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny přijala k problematice poskytování paliativní péče stanovisko⁴⁷, které by mělo v případech terminálně nemocných pacientů sloužit lékařům jako vodítko. Tento dokument nastiňuje postupy, které by měly být v indikovaných případech sledovány, aby byl zajištěn maximální možný přínos pro pacienta i jeho blízké, a současně aby byli zdravotničtí pracovníci alespoň v určité míře „právně jištěni“. Byť není toto stanovisko právně závazné, není jistě jako doporučený postup navržený profesní organizací bezvýznamné.

⁴⁶ § 11 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

⁴⁷ CSARIM [online]

3.4 Omezení stávající terapie, nezahájení nové terapie

Odpojení od umělé podpory života, případně její neiniciování, je v našem, tradičně liberálním prostředí vnímáno spíše jako úleva od obtíží a umožnění relativně důstojného konce života, než jako zabití bezmocného jedince. Tato praxe je všeobecně přijímána i v západním světě, obzvláště ze Spojených států amerických jsou známé četné „mediální kauzy“, za všechny jmenujme např. případ Karen Quinlan⁴⁸ a Nancy Cruzan⁴⁹, které končily soudním povolením, resp. posvěcením, odpojení přístrojů. U nás v důsledku nižšího právního povědomí lékařů, (zatím) menšího tlaku ze strany právnické obce na vyvolání případných soudních sporů a již zmíněného všeobecného liberálního přístupu k této otázce, jsme do dnešní doby případy podobného rozsahu nezaznamenali.

Stejně jako v případě terminální analgosedace vydala Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny stanovisko⁵⁰, které má posloužit lékařům jako vodítko, jak se zachovat v případech, kdy není zahajování terapie nebo pokračování v ní již odůvodněné. Především musí být přijetí pacienta na pracoviště intenzivní péče podloženo předpokládaným přínosem. Značná část pacientů umírá na jednotkách intenzivní péče poté, co jsou převezeni z běžného oddělení. Ovšem z tohoto oddělení jsou někteří převezeni již ve stavu, kdy jim už ani moderní metody intenzivní medicíny nemohou pomoci. Z jednotek intenzivní péče se tak postupně mohou stát místa, kam se velmi nemocní pacienti „odvezou zemřít“, protože přece „na JIPu pacienti umírají“.

Obdobně jako přijetí pacienta na pracoviště intenzivní medicíny musí být správně indikováno, musí být správně indikována i péče, která mu tam bude poskytnuta. V dalším principu České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny je zřetelně napsáno, že zahájení nebo pokračování jakéhokoliv léčebného postupu, který není odborně odůvodněný, kde neexistuje racionální předpoklad jeho příznivého účinku

⁴⁸ KENNEDY, I. M. The Karen Quinlan case: problems and proposals

⁴⁹ *Univercity law School* [online]

⁵⁰ *ČSARIM* [online]

na celkový průběh onemocnění a kde rizika komplikací, strádání, útrap a bolesti převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je v rozporu s etickými principy medicíny a Chartou práv umírajících. Neexistuje povinnost zahajovat marnou a neúčelnou léčbu nebo v ní pokračovat, pokud je probíhající léčba odůvodněně za takovou označena. Takováto rozhodnutí by ale neměl dělat jednotlivec, celou situaci by měli projednat všichni členové ošetřujícího zdravotnického týmu. Přirozeně by se měla situace konzultovat i se členy rodiny, nicméně závěrečné rozhodnutí o zahájení paliativní péče má být odpovědností ošetřujícího lékaře. Výsledné rozhodnutí v případě nezahajování či nepokračování marné a neúčelné léčby musí být zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci jako součást léčebného plánu.

Tyto a další principy ve stanovisku České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny obsažené mají pouze charakter doporučení. Lékař, který by podle nich postupoval, může být tedy právně napadnut, nicméně stanovisko bylo psáno ve spolupráci s předními právníky, kteří se otázkou medicínského práva zabývají, a vychází z platné legislativy České republiky.

3.5 Princip dvojího efektu

V rámci zvládnutí bolesti u terminálně nemocných pacientů jsou nečastěji používána farmaka, jejichž podání není bez rizik. Jelikož ale mají pacienti přirozeně právo na výbornou terapii bolesti, mohou dostávat léky i ve větších dávkách, než jsou maximální doporučené. Druhou možností je léky poddávkovat, což je z hlediska nejen bioetického ještě horší varianta. Při podání vyšších dávek léků, zejména opioidů, které jsou k terapii silné bolesti často používány, je reálné riziko častějších a silnějších nežádoucích účinků. V případě opioidů to je zástava dýchání útlumem dechového centra, to má často za následek smrt. Na tomto místě bych jen rád poznamenal, že pokud dojde ke smrti tímto mechanismem v důsledku podání opiátů, jedná se o smrt zcela bezbolestnou a umírajícím naprosto

nevnímanou. Je pravda, že pocit dušení se patří podle lékařské vědy k jednomu z nejhrošších pocitů, které může člověk zažít. Silný sedativní účinek opioidů podaných v koncentracích, které mohou k útlumu dechového centra vést, ale s jistotou zajistí, že tyto a ani žádné jiné obtíže cítit nebudou.

Protože se jedná o známý vedlejší účinek léku, bylo by na případném soudním řízení dokázat, za jakých okolností a s jakým úmyslem byl lék podán. Neexistuje jednoznačný právní výklad, ale v případě by jistě hrála roli dosavadní terapie, předchozí dávkování léků a jejich možné interakce. Stěžejním by jistě byl princip dvojího efektu a lékařův záměr, se kterým lék podal. Obecně se uznává, že byl-li lék podán s úmyslem zmírnit pacientovy bolesti, úzkost apod., ale podání vedlo k pacientově smrti, není lékař trestně odpovědný. Pokud byl lék podán za účelem uspošit smrt pacienta, tedy jako forma aktivní euthanasie, je lékař trestně odpovědný dle paragrafu 219⁵¹, resp. 230⁵². Ale s přihlédnutím k § 3 odst. 2 trestního zákona⁵³ kde stojí, že čin, jehož stupeň nebezpečnosti je pro společnost nepatrný, není trestným činem, i když jinak vykazuje znaky trestného činu, by mohlo být od potrestání lékaře upuštěno.

Mezi těmito dvěma hranicemi je ale velice úzká linie a bylo by na soudu a soudních znalcích prokázat, o jaký případ se jedná. Mohlo by se tedy stát, že lékař jednající v zájmu pacienta a snažící se o maximální možné tišení jeho bolestí bude souzen za vraždu, naopak lékař, který provedl euthanasii, stíhán nebude. Výsledek by mohl být takový, že jsou léky proti bolesti spíše poddávkovány právě kvůli obavám z možného trestního stíhání.

Kromě bezprostřední smrti po podání velkého množství látek se sedativním účinkem je u celé této skupiny znám ještě další mechanismus, který vede k předčasné smrti. Nejedná se o smrt v důsledku příliš vysoké koncentrace opiátů v krvi – tedy jednorázového podání, ale o smrt způsobenou změnami, které má na svědomí dlouhodobě zvýšená hladina

⁵¹ § 219 zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon

⁵² § 230 zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon

⁵³ § 3 odst. 2 zákona č. 140/1961 Sb., trestní zákon

těchto látek v krvi. Je známo, že stálý přísun opioidů má jisté tlumivé účinky na dýchání – nižší koncentrace nevedou k naprostému útlumu, jak tomu je u letální dávky, ale mají za následek zpomalení dýchání a jednotlivé dechové exkurze nejsou tak hluboké, jako by byly bez podávání tlumivých látek. Z toho se dá vysvětlit vyšší výskyt pneumonie u těchto pacientů a další zhoršení funkcí jednotlivých orgánů, které trpí jistou - byť mírnou - formou nedostatku kyslíku. Dále negativně působí na vylučování určitých látek (zplodin látkového metabolismu), což má přirozeně za následek jejich zvýšenou koncentraci v organismu, a vede k jisté míře intoxikace. Obě tyto skutečnosti, společně s pacientovou základní chorobou a dalšími přidruženými obtížemi, se spolupodílí na zkrácení předpokládané délky života po nasazení pravidelných dávek opioidů. V tomto případě se ale o princip „dvojitého efektu“ nejedná, smrt zde nenastává zcela bezprostředně následkem podání tlumivých látek, byť je jejich vliv na dlouhodobou prognózu pacienta lékařům znám.

Je tedy teoreticky možné, že po dlouhodobé terapii vyššími dávkami opioidních látek postupně dojde k celkovému zhoršení pacientova stavu do takové míry, že se na něj již začnou vztahovat doporučené postupy České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. V důsledku toho dojde k omezení jeho léčby – přirozeně za stále pokračující terapie bolesti – a pacient po relativně krátkém čase zemře. Takováto forma „pomalé euthanasie“ by byla de facto nezjistitelná a málokterý lékař by s ní měl asi u těžce nemocných a trpících pacientů problém.

Závěr

Ve své práci jsem se snažil přiblížit problematiku terminálně nemocných pacientů z trochu odlišného pohledu, než na který jsou studenti medicíny běžně zvyklí. Zaměřil jsem se především na seznámení čtenářů s etickými a právními normami, které se daného tématu dotýkají. Dále jsem informoval o přístupu k euthanasii v některých zemích a podrobněji jsem popsal řešení této otázky v České republice.

Z práce vyplynuly následující závěry:

- V určitých zemích je euthanasie legální, v některých z nich je přístupná i cizincům.
- Všechny formy euthanasie jsou v České republice nelegální.
- Zaznamenáváme pokusy o změnu stávající legislativy vztahující se k euthanasii.
- Existují způsoby, jak v mezích zákona ulehčit terminálně nemocným od jejich utrpení
- V České republice dochází k případům euthanasie na žádost pacienta, resp. jeho rodiny, tyto nejsou ale hlášeny a dále právně řešeny.

Souhrn

Se stále se zdokonalující technikou v medicíně a možnostech udržet naživu po relativně dlouhou dobu i terminálně nemocné pacienty nabývá otázka euthanasie a umožnění odchodu ze života důstojným způsobem stále na aktuálnosti. Kvůli vývoji politické i společenské situace v České, resp. Československé republice ve druhé polovině 20. století byla práva pacientů a bioetika odsunuta poněkud do pozadí. Zaznamenáváme ale snahu o nápravu této situace, která se promítá jak do otevřenější celospolečenské diskuze o euthanasii, tak do pokusů o právní úpravu určitých forem euthanasie v České republice. Žádný zákon umožňující lékařům aktivně zkrátit pacientův život u nás nebyl přijat. V určitých případech mohou ale lékaři upustit od léčby, která by nepřinesla žádné pozitivum a svým způsobem vedla naopak k prodloužení pacientova utrpení. O konkrétnějších situacích, kdy je možno k tomuto kroku přistoupit, hovoří standardy profesních organizací, které sice neznamenaají pro lékaře naprostou jistotu v případném právním sporu, ale svou váhu mají. V určité „šedé zóně“ se mohou pohybovat lékaři, kteří (vědomě či nevědomě) podáním potenciálně nebezpečné látky přivodí pacientovi smrt. Bylo-li by jejich počínání soudně napadeno, bylo by na soudu určit, za jakých okolností a s jakým úmyslem byl lék podán.

Absence zákonem daných, přesných pravidel upravujících roli lékaře jako průvodce pacientovou smrtí znamená pro všechny zainteresované určitou míru nejistoty. Byť lze obecně předpokládat, že se lékaři snaží dělat pro své pacienty to nejlepší a nesnaží se je zabít, byla by existence závazné právní normy oběma stranami jistě vítána.

Summary

Since continuous development of medical technology raises possibilities of keeping terminally ill patients alive for rather long, the issue of euthanasia, or else enabling these patients to pass away with dignity, is getting attention. Due to political and social tendencies in the Czech Republic and Czechoslovakia in the second half of 20th century the rights of patients and bioethics as such have been in some way put aside. After all, we are now witnessing pursuit of corrective measures resulting in more opened public debate on this topic together with attempts to embed certain forms of euthanasia in Czech legal framework. So far, no law allowing physicians to cut short patient's life has been approved. In some cases, though, a physician may drop treatment that would not contribute to patient's health condition and in effect would merely lead to extension of their suffering. Particular situations in which these steps might be taken are enlisted in professional organizations standards. Those do not provide full evidence for a doctor standing a possible trial, but are still worth. There is also a "grey zone" for physicians who have (whether deliberately or not) caused death in a patient by administering potentially dangerous medicine. If their procedure is later brought before court, it rest with the court itself to judge the circumstances and intentions of such doing.

Absence of precise and strict legal regulations determining the role of a physician in the event of patient's death constitutes considerable level of uncertainty for everyone concerned. Even though we shall assume physicians are always trying to do their best and would never intend to kill their patients, a mandatory rule of law would be appreciated on both parts.

Seznam použité literatury

MONOGRAFIE

- BATTIN, M.P., FRANCIS, L.P., LANDESMAN, B.M. *Death, Dying and the Ending of Life*, Vol. I. Aldershot : Ashgate Publishing Limited, 2007. 445p. ISBN 978-0-7546-2174-4
- BATTIN, M.P., FRANCIS, L.P., LANDESMAN, B.M. *Death, Dying and the Ending of Life*, Vol. II. Aldershot : Ashgate Publishing Limited, 2007. 514p. ISBN 978-0-7546-2174-4
- Civilní kodexy: občanský zákoník, občanský soudní řád, 1. vyd. Praha : Eurounion, 2001. 1330s. ISBN 80-85858-98-3
- CÍSAŘOVÁ, D., SOVOVÁ, O. *Trestní právo a zdravotnictví*, 1. vyd. Praha : Orac, 2000. 189s. ISBN 80-86199-09-6
- COHEN-ALMAGOR, R. *Euthanasia in the Netherlands: the policy and practice of mercy killing*. Vol. 20. Dordrecht : Kluwer Academic Publisher, 2004. 205p. ISBN 978-1-4020-2250-0
- FURROW, B.R. et. al. *Bioethics: Health Care Law and Ethics*, 3.ed. St. Paul, Minn. : West Publishing Co., 1997. 500p. ISBN 0-314-22776-8
- GRIFFITHS, J., BOOD, A., WEYERS H. *Euthanasia and law in the Netherlands*. Amsterdam : Amsterdam University Press, 1998. 377p. ISBN 978-90-5356-275-8
- HERRING, J. *Medical law and ethics*, 2.ed. Oxford : Oxford University Press, 2008. 657p. ISBN 978-0-19-923066-2
- HOLLAND, K., BURGHEIM W. *Die Rechte der Sterbenden: Zwischen Euthanasie und Lebensverlängerung um jeden Preis*. Forum Gesundheitsmedien : 2007. 193S. ISBN 3- 8658-6001-X
- MACH, J. *Medicína a právo*, 1. vyd. Praha : C.H. Beck, 2006. 257s. ISBN 80-7179-810-X
- OLVER, I. A., *Is Death Ever Preferable to Life?*. Vol. 16. Dordrecht : Kluwer Academic Publisher, 2002. 165p. ISBN 1-4020-1029-X
- Trestní kodexy: trestní zákon, trestní řád a související předpisy*, 2. vyd. Praha : Eurounion, 2002. 1640s. ISBN 80-7317-009-4
- Trestní zákoník*. Praha : C.H. Beck, 2009. 128s. ISBN 978-80-7400-132-1
- Úmluva o lidských právech a biomedicíně*. Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2000. 72s. ISBN 80-85047-26-8
- Ústava ČR, Listina základních práv a svobod*, Vyd. 4. Praha : Armex, 2008. 123s. ISBN 978-80-86795-61-4
- Zákon o péči o zdraví lidu*. Český Těšín : Poradce, 2004. 174s. ISBN 80-86674-52-5

ČLÁNEK VE SBORNÍKU

- BATTIN, M.P. *Euthanasia: The Way We Do It, The Way They Do It*. In *Death, Dying and the Ending of Life*, Vol. II. Aldershot : Ashgate Publishing Limited, 2007. p. 249-256. ISBN 978-0-7546-2174-4

ČLÁNKY V ČASOPISECH

- HURST, S. A., MAURON, A. *Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians*. *British Medical Journal*, 2003, vol. 326, no. February 1, p. 271-273
- KENNEDY, I. M. *The Karen Quinlan case: problems and proposals*. *J Med Ethics*, 1976, vol. 2, no. 4, p. 3-7
- MEISEL, A. et. al. *Seven Legal Barriers to End-of-Life Care: Myths, Realities, and Grains of Truth*. *JAMA*, 2000, vol. 284, no. 19, p. 2495-2501
- VALENTIN, A. et. al. *Recommendations on therapy limitation and therapy discontinuation in intensive care units: Consensus Paper of the Austrian Associations of Intensive Care Medicine*. *Intensive Care Medicine Journal*, 2008, vol. 34, no. 4, p. 771-776

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

České noviny [online]. [cit. 2009-05-23] Dostupné z:
http://www.ceskenoviny.cz/news/index_view.php?id=324110

Convention for the protection of Human Rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine [online]. [cit. 2009-06-01] Dostupné z: <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Reports/Html/164.htm>

Cornell University law School [online]. [cit. 2009-05-23] Dostupné z:
<http://www.law.cornell.edu/supct/html/88-1503.ZS.html>

ČSARIM [online]. [cit. 2009-05-23] Dostupné z:
<http://www.csarim.cz/Cz/News.aspx?Id=205&IsArchiv=false>

ESER, A. Möglichkeiten und Grenzen der Sterbehilfe aus der Sicht eines Juristen [online]. [cit. 2009-05-23] Dostupné z: <http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/3920/>

KUNZ, K. L. Sterbe- und Suizidalhilfe in der Schweiz [online]. [cit. 2009-06-01] Dostupné z:
http://www.krim.unibe.ch/unibe/rechtswissenschaft/isk/content/e2464/e2477/files2478/Kunz_Sterbe_und_Suizidhilfe_ger.pdf

SLÁMA, O. Dobrá smrt v nemocnici – přání nebo realita? [online]. [cit. 2009-05-23] Dostupné z:
<http://www.umirani.cz/res/data/007/000828.pdf>

SMIES, J. T. The legalization of euthanasia in the Netherlands [online]. [cit. 2009-05-23] Dostupné z: <http://www.gonzagajil.org/pdf/volume7/Smies/Smies.pdf>

The Principles of Medical Ethics [online]. [cit. 2009-06-01] Dostupné z:
http://missinglink.ucsf.edu/lm/ethics/Content%20Pages/fast_fact_basic_principle.htm
www.dignitas.ch