

**Vladimíra
Skřivanová-
Bošková**

Eutanazie,
nebo komfort
pro pacienty?





**Městská
knihovna
v Praze**



Účujeme:

knihy / časopisy / noviny / mluvené slovo /
hudbu / filmy / noty / obrazy / mapy



přístupujeme:

wi-fi zdarma / e-knihy / on-line encyklopedie /
e-zdroje o výtvarném umění, hudbě, filmu



Porádáme:

setkání s autory / přednášky / koncerty /
filmová představení / výstavy /
aktivity pro děti a jejich rodiče / čtení

www.mlp.cz

knihovna@mlp.cz

www.facebook.com/knihovna

www.e-knihovna.cz



Eutanazie, nebo „komfort“ pro pacienty?

Zkušenosti Nizozemí, Oregonu,
Švýcarska a dalších

Vladimíra Skřivanová-Bošková

Znění tohoto textu je upraveným druhým vydáním díla *Eutanázie, nebo „komfort“ pro pacienty?* tak, jak bylo vydáno Vladimírou Skřivanovou-Boškovou v roce 2012 (SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra. *Eutanázie, nebo „komfort“ pro pacienty?: zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších*. 1. vyd. Praha: Vladimíra Skřivanová-Bošková, 2012. 51 s. ISBN 978-80-260-2989-2.).

§

Text díla (Vladimíra Skřivanová-Bošková: *Eutanázie, nebo „komfort“ pro pacienty?*), publikovaného [Městskou knihovnou v Praze](#), je vázán autorskými právy a jeho použití je definováno [Autorským zákonem](#) č. 121/2000 Sb.

Citační záznam této e-knihy:

SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra. *Eutanázie, nebo „komfort“ pro pacienty?: zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších* [online]. V MKP 1. vyd. Praha: Městská knihovna v Praze, 2015 [aktuální datum citace e-knihy – př. cit. rrrr-mm-dd]. ISBN 978-80-7532-054-4 (pdf). Dostupné z: <http://web2.mlp.cz/koweb/00/04/16/12/17/eutanazie.pdf>.



Vydání (obálka, upoutávka, citační stránka a tiráž), jehož autorem je Městská knihovna v Praze, podléhá licenci [Creative Commons Uveďte autora-Nevyužívejte dílo komerčně-Zachovejte licenci 3.0 Česko](#).

Verze 1.0 z 13. 11. 2015.

OBSAH

Předmluva	6
Nizozemí.....	11
Přísné paragrafy	13
Regionální komise pro kontrolu	15
Žádost o ukončení života.....	17
Oregon.....	20
Někdy dlouhé umírání.....	23
Smrt nikoli z nouze?	24
Přetrvávající pochybnosti	24
Zákon o uspíšení smrti nezastavilo ani posílení práv pacientů	26
Švýcarsko	33
Role Švýcarské akademie lékařských věd (SAMW)	38
České předpisy jako odstrašující příklad	40
Německo	44
Medicínsko-paliativní léčba a péče	47
Doprovázení při umírání v SRN: směrnice pro lékaře zpracovaná spolkovou lékařskou komorou	51
Úvod	51
I. Povinnost lékaře u umírajících	51
II. Postupy u pacientů s infaustní prognózou	52
III. Léčba při ostatních život ohrožujících poškozeních	52
IV. Zjišťování přání pacienta	53
V. Dispozice od pacienta, plná moc k péči, dispozice od opatrovníka.....	54
Shrnutí.....	56
Hlavní informační zdroje.....	58

Předmluva

Máme legalizovat eutanazii – přímé usmrcení pacienta na jeho žádost – a asistovanou sebevraždu, při níž si pacient sám aplikuje smrtící dávku léčiva? V diskusích na toto téma se u nás, stejně jako v zahraničí, střetávají zastánci i odpůrci předčasného ukončení lidského života už od 90. let minulého století. O tématu se diskutuje zvláště ve vztahu k nevyléčitelně nemocným v konečné fázi jejich života, nicméně praxe ukazuje, že se debata dotýká i zdravějších a mladších jedinců, ale také novorozenců se závažným zdravotním postižením. I v ČR se už objevil návrh zákona, který by povolil eutanazii (iniciativa na úrovni poslanecké sněmovny), a také u nás existuje významné procento občanů, kteří si přejí její legalizaci.

Tuto rozsáhlou problematiku ve své publikaci ani zdaleka nezachytím v komplexní celistvosti, pokusím se o to alespoň ve zkratce. Jakmile jsem se totiž ve druhé polovině 90. let ponořila do studia zahraničních materiálů, předpisů a zkušeností, uvědomila jsem si, že je třeba seznámit se nejen se zákonem upravujícím eutanazii či asistovanou sebevraždu a s výročními zprávami o průběhu jeho uplatňování v praxi, ale je nutné znát celkový právní, organizační a finanční rámec té které země, v němž se pacienti pohybují. **Jak důkladně jsou řešena celková práva pacientů?** Má daná země například speciální zákon o jejich právech? Jak ten který stát zajistil vyhovující síť a organizaci zdravotních a na ně navazujících služeb, existuje v něm mj. zákon o paliativní péči (péče zmírňující důsledky vážné nemoci a napomáhající kvalitě života i na jeho konci)? Jak jsou zajištěna práva pacientů v ošetrovatelských ústavech nebo domovech důchodců? Domůže se občan v případě potřeby snadno konzilia specialisty z renomované kliniky bez ohledu na místo svého pobytu? Dostane vždy lék, který mu vyhovuje a nepůsobí negativně vedlejšími účinky?

Známe při koncipování českých návrhů právních předpisů dostatečně například zahraniční občanské a trestní zákoníky? **Jsme**

schopni i u nás vytvořit dostatečný dohled nad chováním lékařů či kvalitou lůžkových ústavů? Máme kvalitně proškolené praktické lékaře, aby se uměli dobře starat o závažně nemocné? Víme vůbec něco o kvalitě agentur domácí zdravotní péče, máme je zkoordinované s pečovatelskou pomocí? Máme hospicová zařízení (pro umírající) na té úrovni jako západní země, vč. mobilní hospicové pomoci pacientovi v domácím prostředí s účastí lékařů specialistů? Může si pacient doma nebo v ústavu snadno vynutit převoz na kliniku, aby dostal včas péči ulevující od utrpení nebo prodlužující kvalitní život?

Ač jsem u některých zemí (např. SRN, Rakousko, Švýcarsko, USA, V. Británie) obšírněji seznámena s jejich celkovým právním rámcem a komplexním řešením zdravotnického a sociálního systému, tato útlá brožura se zatím může dotknout jen některých hlavních poznatků.

Na rozdíl od vyspělejších zemí nemáme mj. zákon o nemocnicích a ošetrovatelských ústavech, nemáme takový zákon o domovech důchodců, jaký je např. v SRN, nemáme k dispozici **nezávislé zástupce pacientů** pro vyřizování stížností nemocných upoutaných na lůžko (ty má celá vyspělejší část Evropy, vč. některých postkomunistických zemí – konkrétně Slovinska a Maďarska).

V porovnání se světem toho v našem právním rámci chybí mnoho, takže pokud některé průzkumy veřejného mínění prováděné u nás signalizovaly vyšší procento zájmu občanů o eutanazii, je možné se domnívat, že **čeští pacienti jsou všeobecně málo informováni např. o možnostech kvalitních alternativ** (namísto eutanazie) a že se příliš často v praxi setkávají s nedostatky, pokud jde o kvalitní péči a její dostupnost. „Než abych byl vydán personálu nemocnice napospas, než bych se doprošoval ohledů, to radši chci rychlý konec,“ tak může vypadat jeden z motivů volání po eutanazii nebo asistované sebevraždě.

Jenže ve vyspělých státech mají pacienti mnohem více práv: **mj. mají k dispozici speciální zákon o svých právech, stát platí**

kvalitní nezávislé zástupce pacientů (k dispozici jsou pět dnů v týdnu na plný úvazek a zpravidla to bývají právníci, kteří spolupracují s dalšími odborníky a mají velké pravomoci vůči zdravotnickým zařízením; např. v Rakousku), dále mají zajištěnu rychlou mimosoudní pomoc při řešení stížností, která je zdarma – předsedou příslušné komise bývá nezávislý právník. Jak západoevropské země, tak USA zajišťují pro závažně nemocné **tzv. komfortní péči** (comfort care), a přesto si i občané v zahraničí ve výrazném procentu přejí legalizaci uspíšení umírání (o přijetí zákona rozhodlo referendum). Na příkladu amerického státu Oregon či Washington lze ukázat, že asistovanou sebevraždu volí dobrovolně převážně bílé, vzdělané, **lépe situované obyvatelstvo** (nejde tedy o vliv „nedostatku“). Patrně se z člověka stává pyšný tvor, který se nemůže smířit s postupným chátráním své tělesné a duševní schránky, který nechce žít, pokud přestává být dostatečně soběstačný.

Přeložila jsem nizozemský zákon povolující eutanazii i asistovanou sebevraždu, dále zákon státu Oregon a státu Washington, který povoluje pouze asistovanou sebevraždu, zatímco eutanazii zakazuje, sledovala jsem dlouhá léta vývoj diskusí i praxe ve Švýcarsku (organizace pro pomoc umírajícím Exit a Dignitas), SRN i jinde. V době překládání nizozemského zákona jsem patřila k „zásadním“ odpůrcům eutanazie (pojem zásadovost bývá relativní, odvíjí se od /ne/ dostatku informací), ale uvědomila jsem si, že jako občan Holandska bych se této normy legalizující uspíšení smrti nemusela příliš bát – jde o poměrně kvalitní dílo právníků s kontrolními mechanismy mj. vůči lékařům. Jenže pak jsem překládala oregonský zákon, který povoluje jen asistovanou sebevraždu (začala jsem se ptát, zda by i v Nizozemí nebylo lepší zakázat lékařům usmrtit vlastní rukou pacienta) a který obsahuje některá doplňková právní opatření, jež Holandsko nevyužilo (vyjádření pacienta musejí podpořit dva svědci, na druhou stranu má Nizozemí některé jiné kontrolní mechanismy, které mohou být kvalitnější než v USA). Je logické, že čím více zahraničních předloh

máme k dispozici, tím jsme schopni lépe koncipovat české pokusy o právní úpravu – ale tato **důkladnější diskuse a odborná práce u nás zatím chybí**. Proto bych se jako občan ČR přijetí podobného zákona u nás zatím bála (i kvalitní nizozemský či washingtonský zákon má „skulinky“, jimiž se právo člověka může propadnout).

Jako redaktorka týdeníku pro pracovníky ve zdravotnictví jsem nejprve vstřebávala ryze odborné poznatky. I když jsem obdivovala mistrovství zahraničních právníků, zůstávala jsem odpůrcem legalizace uspíšení smrti. Někteří naši lékaři mi na svých pracovištích ukázali, jak lze vhodně zacházet s umírajícími tak, aby netrpěli: dokonalá celková péče a medikace, kterou už dnes lze častěji zajistit i doma – pouze při zhoršení stavu pacient krátce pobude v ústavu a poté může opět kvalitně soběstačně žít ve vlastním prostředí. Těsně před úmrtím pak lze maximálně odstraňovat problémy, např. tím, že pacient převážně „spí“. Ale v běžné praxi existují i horší pracoviště s hůře disponovaným personálem, který pacientovi naopak různými způsoby přitíží. I to lze řešit **důkladnějšími preventivními a kontrolními** či disciplinárními opatřeními. I dnes bych chtěla stát na straně života a přirozeného odchodu z něho, ale v době, kdy jsem byla předsedkyní sdružení pacientů, jsem se setkávala také s případy, kdy člověk natolik duševně trpí představou pomalu se blížící smrti, není smířen sám se sebou atd., že mu skutečně není pomoci (i kdyby např. personál hospicu dělal zázraky). A podobně jsem blíže nahlédla do utrpení rodičů u velmi závažně postiženého novorozence. Ač zůstávám na straně života a přirozenějšího odchodu z něho, kladu si otázku, zda bych v lidovém referendu (a myslím, že bychom ho měli mít) přece jen nepodpořila vznik normy povolující za vymezených podmínek uspíšení smrti. Jenže vzápětí si říkám, že na místě poslance bych se raději hlasování zdržela: **absence i existence zákona o uspíšení umírání má stále svá pro i proti**.

Lze se společně zamyslet nad tím, zda je lepší nizozemský vzor, který povoluje jak eutanazii, tak asistovanou sebevraždu, anebo

americký zákon, který eutanazii zakazuje (podobně i švýcarský trestní zákoník) a umožňuje jen to, aby se sám pacient směl usmrtit lékem předepsaným lékařem. Tato publikace se dotkne i tzv. nepřímého uspíšení umírání – **přání pacienta nebýt resuscitován nebo jeho přání vzdát se život udržujících nebo prodlužujících výkonů** (zejména proto, že v ČR o těchto věcech rozhoduje spíše zdravotnický personál, nikoli pacient, jako je tomu na Západě, čímž je u nás mj. porušováno mezinárodně dané právo na sebeurčení). Dotkneme se i **práva pacienta vyžádat si od ošetřujícího lékaře vyšší dávku přípravku tišícího bolesti** či doplňkové léky (např. na „zklidnění mysli“). Půjde sice jen o stručnější výsek informací, ale snad se mi podaří postihnout alespoň ty nejdůležitější s uvedením zdrojů, u nichž lze získat další fakta. Pro možnost srovnání obsahuje publikace výběr ustanovení z holandského zákona – kapitola Nizozemí – týkajícího se eutanazie, ale i německého předpisu k péči o umírající (se zákazem eutanazie) – kapitola Německo.

Nizozemí

Na příkladu Holandska lze mj. ukázat, že na prvním místě je třeba zajistit širokou informovanost veřejnosti, aby si každý občan mohl, pokud možno, učinit vlastní úsudek a nepodléhal „náзору jiných“, „dojmologii“ nebo „módní vlně“. Je rovněž zapotřebí dotknout se faktu, že tak citlivé normy, jakými jsou zákony vztahující se k životu a smrti, připravují v západních státech zpravidla společně ministerstva zdravotnictví a spravedlnosti (hlavním gestorem přitom bývá resort spravedlnosti, neboť tam pracují kvalifikovaní odborníci schopní zaručit právní jistoty obyvatelstva, zatímco zdravotnickému resortu přísluší zajistit kvalitu zdravotní péče).

V ČR zatím bylo vše špatně: namísto vlády se začal návrhem zákona o eutanazii zabývat osamocený poslanec. Umírání u nás bylo desítky let tabu, málokdo z občanů, vč. novinářů, měl či má vůbec nějaké relevantní informace. A zničehonic denní tisk na obyvatelstvo vykřikl: Jste pro eutanazii, nebo ne? Zkoprnělí občané do televizních kamer nepřesvědčivě uváděli, že jsou PRO, ale bylo možné se domnívat, že kdyby měli „západní informace“, asi by nejprve uvažovali o zdokonalení celkové péče o vážně nemocné ve zdravotnickém i sociálním systému. Stále tu ovšem figuruje fakt, že člověk žijící ve 21. století se obtížně smíruje s představou, že jednou patrně dožije v plenkových kalhotkách. V diskusích u nás je mj. potřeba zajistit informace o rozdílu mezi eutanazií, asistovanou sebevraždou, účinnou medikací tlumící obtíže, ale postupně vedlejšími účinky zkracující život (vzor SRN), a také mezi právem pacienta na sebeurčení, vč. práva odmítnout jakoukoli léčbu (vymínit si například jen aplikaci prostředků tlumících bolesti).

Nizozemí mělo v 90. letech za sebou mnohaletou velmi zasvěcenou diskusi v celé společnosti, tedy nejen na lékařských fakultách a v politických kruzích. Podle dostupných informací politici a úředníci spolu se zdravotními pojišťovnami a dalšími subjekty dlouhodobě zkvalitňovali zdravotní i další péči,

vč. **optimalizace paliativní péče** o nevyléčitelně nemocné v konečné fázi jejich života. Přesto začal růst počet občanů volajících po dvou formách uspišení smrti – eutanazii a asistované sebevraždě. Vláda zajistila rozsáhlé šetření zkušeností lékařů, zdravotníků, pacientů a dalších aktérů. Ukázalo se, že eutanazie či asistovaná sebevražda se v praxi – bez zákonné opory – vyskytuje nikoli ojediněle. Objevily se i některé srdceryvné případy, kdy rodinný příslušník provedl u svého příbuzného eutanazii, protože danou životní situaci neunesl. Ve společnosti vzrostl počet těch, kteří se domnívají, že lepší je tuto oblast upravit zákonem (neponechat právní vakuum), raději mít případy eutanazie a asistované sebevraždy pod důkladnou kontrolou než je ponechat „lidové tvořivosti“.

Nizozemští ministři spravedlnosti a zdravotnictví zajistili přípravu návrhu **zákona o ukončení života na žádost a o asistované sebevraždě** (Termination of Life on Request and Assisted Suicide /Review Procedures/ Act). Jak mezi obyvatelstvem, tak mezi politiky převážila vůle tuto normu schválit v parlamentu. Zákon vstoupil v platnost 1. dubna 2002, takže Nizozemí má s touto oblastí za právně legalizovaných podmínek více než desetileté zkušenosti. Holandští ministři musejí ve stanovených cyklech v parlamentu informovat o tom, jak se zákon promítá do praxe, a v případě zjištěných nedostatků činit opatření. Vláda zajistila rozsáhlejší **nařízení navazující na zákon** s detailnějšími podmínkami a ty se průběžně stále novelizují. Dopracovalo se mj. opatření pro případy narození velmi zdravotně poškozeného dítěte. Čas od času se ve společnosti ozvou vášnivé spory, zvláště ve vztahu k tomu, kde společnost udělá hranici: kdo bude z eutanazie či asistované sebevraždy vyloučen (např. u některých jedinců s duševními problémy, avšak úředně „úsudkuschopných“, u nichž bývá obtížné tuto hranici nalézt, zpravidla rozhodne názor psychologa nebo někdy jen názor praktického lékaře). Občas se ozve nizozemská lékařská společnost a žádá vládu o vyšší etickou úroveň (např. aby někteří jedinci byli z práva na eutanazii vyloučeni nebo aby se zdůraznilo, že lékař není

povinen se na usmrcení pacienta podílet, někdy jsou v pozadí obavy lékařů ze zpříšňování kontrolních mechanismů).

Přísné paragrafy

V úvodu **nizozemského** zákona dominují požadavky na lékaře, které musejí být splněny (pod hrozbou trestního stíhání), než smí lékař přistoupit na žádost pacienta o eutanazii nebo asistovanou sebevraždu. V ČR převažuje pocit, že takovýmto zákonem by se lékaři zcela vymanili z rizika trestního stíhání, avšak všechny země, které tuto normu přijaly, **zachovaly trestní odpovědnost lékařů** i dalších osob. Pouze za striktního dodržení právních požadavků lze od trestního stíhání upustit. Lékař musí ve zdravotní dokumentaci (ale i jinak) prokázat, že poskytuje „řádnou péči“ (jež je v mnoha předpisech upřesněna, zatímco u nás i tato opatření chybí). Musí mít důkaz, že žádost pacienta byla dobrovolná a velmi dobře zvážená. Musí být přesvědčen, že pacientovo utrpení je trvalé a nesnesitelné. Musí prokázat (pacientovým podpisem i textem klíčových informací), že nemocného dobře informoval o jeho celkové situaci a jeho vyhlídkách (že pacient zná svou diagnózu, prognózu, rizika přípravku se smrtelnými následky – někdy umírání trvá i po jeho aplikaci déle –, že pacient zná všechny další varianty možné péče apod.). Lékař dále musí prokázat, že pacient zastává názor, že pro něho neexistuje žádné jiné přijatelné řešení situace, v níž se nachází. Navíc lékař musí případ konzultovat nejméně s jedním dalším nezávislým lékařem, který pacienta vyšetřil a poskytl svůj písemný názor (prohlášení) ohledně splnění všech zákonných požadavků.

Nizozemí dává větší svobodu rozhodování už i **dvanáctiletým mladistvým**. Pokud je pacient ve věku mezi 12. a 16. rokem schopen přiměřeného posouzení svého zdravotního stavu a svých zájmů, lékař může vyhovět **jeho žádosti**, avšak svůj souhlas k žádosti o ukončení života by museli poskytnout i rodiče nebo poručník dítěte. Pokud je pacient ve věku 16 až 18 let schopen posoudit své zájmy, lékař může vyhovět jeho žádosti o ukončení života formou

eutanazie nebo asistované sebevraždy poté, co byli do procesu rozhodování zahrnuti také rodiče nebo poručník. Nesouhlas rodičů či opatrovníka v tomto případě však na splnění přání nezletilého nic nemění. **Lékař může vyhovět**, i kdyby zákonní zástupci nemocného nesouhlasili.

Úsudkuschopný nezletilý od věku 16 let si může své písemné vyjádření ohledně ukončení života porýdit předem pro pýpad, že by později nebyl schopen sám za sebe jednat, lékař i v tomto pýpadě může jeho předem pýpravenému prohlášení vyhovět. **Ač má pacient zákonné právo žádat o ukončení života, lékař není povinen mu vyhovět** (podílet se jak na samotném činu, tak na jeho pýpravě), tehdy musí pacient shánět jiného lékaře.

Pacient musí být „rozhodovánýschopný“. Má-li lékař pochybnosti o jeho schopnosti úsudku, **je povinen odeslat pacienta k vyšetření u psychologa** nebo psychiatra. V Nizozemí se však nyní diskutuje o problémech kolem hranic pojmu „schopnost úsudku“, neboť mezinárodní konvence chrání právo duševně nemocných za sebe rozhodovat, **pokud chápou situaci, navzdory tomu, že mají omezenou právní zpýsobilost**. Holandsko dosud trvalo na tom, že občan má být při žádosti o ukončení života právně zpýsobilý, lékaři ovšem upozorňují na různé zdravotní situace, kdy úřady o aktuálních změnách v právní zpýsobilosti jedince nic nevědí (dispozice člověka jsou někdy proměnlivé). Při pochybnostech jsou ovšem lékaři v právně vyspělých státech zpravidla povinni uvědomit soud o potřebě nezávislého pýezkumu „schopnosti úsudku“. (Předpisy nejen k této oblasti se v zahraničí neustále dále vyvíjejí, vycházím z informací z poloviny roku 2012.)

Opatrovníci duševně nemocných samozřejmě nemají právo odsouhlasit ukončení života, ani pýímé, a většinou ani nepřímé (např. odpojení z pýstrojů), smějí rozhodovat jen ve prospěch udržení života, jejich stanoviska bývají pýezkoumávána soudem (např. spor mezi lékařem a opatrovníkem ohledně druhu vhodné péče apod. – v této souvislosti zmiňme, že zahraniční **soudy pýezkoumají věcný spor** a nemění zbytečně osobu opatrovníka,

zatímco u nás se zatím automaticky dotčené osobě kvůli sporu odnímá zastupování zájmů pacienta, ač může mít opatrovník pravdu).

Nizozemí stanovilo, že právo na eutanazii a asistovanou sebevraždu mají pouze občané tohoto státu, tím se zbavilo „turistiky za smrtí“, kterou dlouhodobě zažívá Švýcarsko.

Regionální komise pro kontrolu

Nizozemský zákon zřizuje regionální komise pro kontrolu evidovaných případů ukončení života na žádost a pomoc při sebevraždě (lékaři musejí případy hlásit). Komise jsou složeny z lichého počtu osob, zákon vyžaduje účast právníka jako předsedy komise, dále jednoho lékaře a jednoho experta z oblasti etiky nebo obdobných oblastí. Členové komise mají své zástupce. Všichni jsou jmenováni ve shodě mezi ministrem spravedlnosti a zdravotnictví (resp. jde o ministerstvo pro zdraví, sociální zabezpečení a sport).

Komise má tajemníka a jednoho nebo více sekretářů: tyto síly musejí mít **právní vzdělání** a podléhají předpisům mj. pro státní a veřejnou správu (musejí svůj úřad vykonávat tak, aby nedošlo k porušení práva, jinak by riskovali zákaz výkonu své profese – mimochodem západní zákony vztahující se k lékařským komorám aj. povinně předepisují těmto institucím „profesionály“ pro administrativu s tím, že tyto pomocné síly musejí upozorňovat příslušného ministra na pochybení „nadřízených“). Pokud by komise pochybila, pomocné pracovní síly mají povinnost upozornit na chybu či učinit oznámení k vyšším orgánům. Celkově se zde ale sleduje především skutečně **profesionální nestranné šetření** případů eutanazie a asistované sebevraždy.

V ČR zatím existuje riziko, že by nebyly ustaveny žádné kontrolní mechanismy, a pokud ano, pak by byly s vysokou pravděpodobností v rukou převážně lékařů (pokud by se v komisi objevil např. etik, patrně by byl existenčními zájmy spjat se

zdravotnickými zařízeními, což se však v zahraničí chápe jako střet zájmů).

Příslušní nizozemští ministři mohou členy komisí i jejich zástupce odvolat z funkce mj. pro jejich nevhodné jednání či nezpůsobilost k výkonu funkce (závažný důvod). Členové komisí nepobírají odměny, pouze jim jsou ze státního rozpočtu propláceny objektivně nutné náklady na cestování apod.

Komise na základě hlášení úmrtí (podle zákona o pohřebnictví se musejí oznamovat všechny případy eutanazie a asistované sebevraždy s průvodní dokumentací) určí, zda lékař, který ukončil život na žádost pacienta nebo asistoval při sebevraždě, jednal v souladu s požadavky na řádnou péči (lékař musí nejen dodržet zákon ohledně informovaného souhlasu, ale i mít důkazy, že pečoval o pacienta maximálně dobře, pokud byl jedním z jeho lékařů). Komise může lékaře vyzvat k písemnému nebo ústnímu doplnění jeho zprávy, pokud je to nezbytné **pro řádné posouzení jeho postupů**. Nejen lékař tedy musí obhájit své postupy, ale i regionální komise musejí prokazovat, že vykonávají řádný dozor.

Komise může provádět šetření ve spolupráci s provinčním koronerem (nezávislým na místě léčby pacienta) a konzultovat případy s poskytovateli péče vždy, když to považuje za nezbytné pro posouzení postupů lékaře. Dotčeného lékaře informuje o svém stanovisku ve stanovené lhůtě (písemně). U podezřelých případů je komise **zavázána k informování orgánů činných v trestním řízení** nezávislých na místě, kde se případ odehrál (Board of Procurators General). A zároveň informuje regionálního inspektora pro zdravotní péči. Komise ve svém stanovisku uvádí: zda je toho názoru, že lékař nedodržel zákon ve vztahu k požadavkům na řádnou péči, nebo zda došlo k porušení zákona o pohřebnictví (podezření na trestný čin).

Komise také zajišťuje všechny nezbytné informace pro orgány činné v trestním řízení. Její stanoviska jsou přijímána prostou většinou hlasů (převažují nelékaři). **Kontrolní komise** nejméně dvakrát ročně **společně** konzultují své pracovní metody a činnost,

a zároveň tak činí i se zastřešujícím orgánem pro oblast trestního šetření a také s Úřadem pro dohled nad zdravotními službami (pod který spadají státní či provinční inspektoři).

Člen komise, který se z jejího rozhodnutí zabývá určitým případem, může od šetření odstoupit a může být i odvolán, pokud existují okolnosti, jež by mohly ovlivnit jeho nestrannost. Komise vydávají každý rok společnou výroční zprávu pro příslušné ministry. Ta musí obsahovat: počet ohlášených případů ukončení života na žádost a asistence při sebevraždě, povahu těchto případů, stanoviska k nim a významná zjištění. Další zprávu pak vydávají ministři. Zákon obsahuje i základní osnovu pro vydání vládního nařízení.

Zároveň byl novelizován trestní zákoník: až 12 let odnětí svobody hrozí osobě, která ukončí život jiné osoby na její žádost, s výjimkou toho, kdy tak učiní lékař při splnění zákonných požadavků, vč. povinného informování koronera. Další sazby jsou určeny pro napomáhání či navádění k sebevraždě.

Pokud by zemřelého vyšetřil nejprve lékař přivolaný k případu, nesmí vystavit potvrzení o úmrtí, nejdříve musí informovat (úředního) koronera (částečně se tak předchází možnosti, že by lékař kryl chybné postupy druhého lékaře; nezávislost v této oblasti je zajišťována i v USA, zatímco v ČR by zatím chyběl i tento prvek).

Úředním nařízením jsou vydány vzorové protokoly pro potvrzení úmrtí – pro lékaře i koronera –, dále formuláře pro potvrzení úmrtí a jeho hlášení. Při podezření na nesprávné jednání či nejasné příčiny úmrtí je koroner povinen informovat orgány činné v trestním řízení. Koroneři a regionální kontrolní komise jsou ve svých postupech a informovanosti sjednoceni zejména jednotnými předpisy.

Žádost o ukončení života

V Nizozemsku existují i oficiální vzory žádostí pacienta o ukončení života formou eutanazie nebo asistované sebevraždy.

Veřejnost o nich informují nezávislé neziskové organizace (podporované státem, často vedené právníky). Tyto organizace doporučují řešit včas i jiné situace: například zajistit si „průkaz“, který vyjadřuje přání „neresuscitovat“, aby záchranná služba toto přání znala, i kdyby jedinec nebyl schopen komunikovat (na průkazu je fotografie, jméno, podpis, datum narození dotčené osoby). Občané jsou prostřednictvím těchto neziskových organizací seznamováni také se zákonem o „léčebné smlouvě“ (Act of Medical Treatment Agreement): mají právo na písemně vyjádřený souhlas k rizikovější léčbě (pro její jednotlivé etapy a výkony) a na odmítnutí jednotlivých výkonů či celkové léčby (lékař nesmí na pacienta zanevřít jen proto, že některé návrhy odmítne). Toto a další „prohlášení pacienta“ nosí nemocný v jednom vyhotovení pokud možno u sebe, jedno vyhotovení poskytne ošetřujícímu lékaři (zpravidla praktikovi), další pak osobě, k níž má důvěru a která ho případně zastupuje ve chvíli, kdy sám není schopen kontrolovat svou péči.

Pokud jde o eutanazii, pacient může nejprve sdělit svůj záměr lékaři jen ústně, teprve později se vše musí písemně zdokumentovat (vč. dodržení určitého časového odstupu mezi vyslovením žádosti o ukončení života a mezi její realizací – po opakování žádosti). U pacienta s demencí smí lékař vykonat eutanazii jediné tehdy, pokud si tento jedinec dříve pořídil své „předem vyjádřené přání“. (V oblasti práva a lékařské etiky se však o této oblasti stále diskutuje.) Právně se upravilo i ukončení života (resp. **ukončení život udržujících výkonů**) u vážně zdravotně postižených novorozenců, kdy je to „ospravedlnitelné“ (nemoc neslučitelná se životem, kdy lze brzy očekávat smrt). Nesmějí existovat pochybnosti o diagnóze a prognóze, lékař a oba rodiče se musejí shodnout, rodiče poskytují souhlas s prokázáním jejich plné informovanosti, nejméně jeden další nezávislý lékař musí dítě vyšetřit a písemně potvrdit jeho stav. (V SRN by rodiče či opatrovník museli získat souhlas soudu nejen v této oblasti, ale i v dalších např. v občanském zákoníku vymezených situacích.)

Jsou stanovena i **pravidla pro paliativní farmakoterapii**: podávání prostředků tišících bolesti a další obtíže ve vysokých dávkách v případech, kdy ukončení života není cílem (ale očekává se, že pacient do dvou týdnů zemře). Opět existuje vzor pro žádost pacienta nebo jeho blízkých o tuto medikaci vč. směrnice pro správnou léčebnou praxi.

*Autorka přeložila nizozemský zákon o ukončení života na žádost (pacienta) a asistované sebevraždě podle předlohy poskytnuté holandským ministerstvem zdravotnictví, avšak jednalo se o překlad do angličtiny. Zákon je šířeji doplněn mj. nařízením vlády. Od lékařů se požaduje, aby doporučili pacientovi konzultovat jeho záměr – ukončit svůj život – s rodinou či dalšími blízkými osobami (pacient se však může této konzultace vzdát, podobně je tomu v USA). Zároveň vláda zajistila detailní vzorový protokol pro lékaře, do něhož musejí vyplňovat mnoho **informací pro regionální kontrolní komise**. Při odpovídání na chytře sestavené a formulované otázky (s určitými záludnostmi) může lékař mimoděk nechtě prozradit, že „nemá úplně čisté svědomí“, že něco opomenul apod.*

Rozhodnutí nizozemských voličů podpořit tento zákon nevzešlo z nedostatků ve zdravotní a další péči. Oproti nám má tato země mnohem lépe zajištěné služby mj. pro závažně či chronicky nemocné a stejně tak pro bezprostředně umírající. Například při veřejných či soukromých neziskových nemocnicích a lůžkových ústavech fungují správní rady s účastí zástupců pacientů, se zákonnou povinností těchto orgánů řešit stížnosti, existuje nezávislá kontrola kvality nemocnic (státní inspekce ověřuje plnění právních i medicínských požadavků).

Oregon

Americký stát Oregon má zákon Death with Dignity Act (lze volněji přeložit např. jako zákon o důstojném ukončení života) od roku 1997, kdy jeho schválení podpořilo v referendu zhruba 60 procent voličů, což bylo pro zákonodárce rozhodující. Tento zákon zakazuje eutanazii, tzn. že lékař nesmí pacienta usmrtit vlastní rukou (injekcí), ale povoluje asistovanou sebevraždu – pacient získá od lékaře recept na přípravek se smrtícími účinky. Lékař – pokud nemocný souhlasí – případ projedná s lékárníkem, ale pak už si pacient musí přípravek aplikovat sám, často doma. Z určitého úhlu pohledu se jeví jako únosnější, pokud přímou bezprostřední smrt nezpůsobuje sám lékař, ovšem na druhou stranu, je-li lékaři dovoleno vlastní rukou (či rukou jiného zdravotníka) odpojit pacienta z přístrojů (v zahraničí je to na přání pacienta, u nás o tom podle mých informací často rozhodne personál nemocnice bez pacienta či jeho blízkých), pak se „aktivní eutanazie“ zase tolik neliší od „pasivní eutanazie“ (odpojení z přístrojů).

Oregonský zákon předpokládá, že o asistovanou sebevraždu smí požádat jediné občan žijící v tomto státě (platící zde daně, se svým majetkem na tomto území apod.), je mu nejméně 18 let a je právně způsobilý, trpí nevyléčitelným onemocněním v jeho konečné fázi (úmrtí v důsledku nemoci se očekává do půl roku) a dobrovolně při plné informovanosti požádá lékaře o předepsání přípravku s letálním účinkem.

Ministerstvo zdravotnictví (odbor státní správy příslušný pro zdravotnictví a sociální oblast) musí sbírat **data o všech případech asistované sebevraždy** a publikovat výroční zprávy (je zakotvena také povinnost činit trestní oznámení či podnítit jiné formy šetření, vč. disciplinárního postihu, při podezření na porušení zákona). Američtí lékaři jsou na úrovni jednotlivých států USA pod dohledem kontrolního orgánu, a to nejen ve vztahu k asistované

sebevraždě, ale obecně s ohledem na jejich profesní povinnosti. Členy této kontrolní komise jsou nezávislé osobnosti: právník, zástupce státu, soudní znalec z oblasti medicíny, někdy je tu i zástupce občanů – laiků, tzv. Board of Medical Examiners.

K dispozici jsou vzory protokolu pro pacienta i tiskopisy pro lékaře. Protokol vyplněný pacientem se zakládá zpravidla u lékaře, který léčí nemocného v poslední fázi jeho života. Pacient musí vedle dalších údajů a svého podpisu potvrdit, že získal od lékaře všechny potřebné informace (ty se v protokolu vyjmenovávají, např. že zná svou diagnózu, prognózu, alternativy péče, rizika medikace s letálními účinky, že je mu známa dostupnost např. hospiců s „komfortní“ péčí) a že těmito informacím dostatečně rozuměl. Lékař má případ konzultovat s dalším nezávislým lékařem, a zejména při pochybnostech o schopnosti úsudku nemocného zajistit či doporučit vyšetření psychologem/psychiatrem. Psycholog ověří, zda pacient netrpí duševními poruchami či depresí v takové míře, že by to bránilo schopnosti úsudku a dobře zváženému dobrovolnému rozhodnutí.

Žádost pacienta o asistovanou sebevraždu musí ve stejném protokolu potvrdit nejméně dva „nestranní“ svědci: v zásadě nemá jít o příbuzné nemocného ani o osoby, jež by měly prospěch z jeho smrti, dále nesmí jít o osobu spjatou s dotčeným lékařem či zdravotnickým nebo sociálním zařízením. Alespoň jeden ze svědků nesmí být spojen s nemocným příbuzenskými či obdobnými vazbami vč. adopce a také nesmí jít o osobu spojenou s ústavem, kde se pacient léčí nebo pobývá (další informace viz kapitola Washington). Ošetřující lékař nesmí být svědkem nikdy. Svědci mají svými podpisy potvrdit, že přání nemocného je činěno dobrovolně a že je schopen úsudku.

Ošetřující lékař ověřuje a dokumentuje nevyléčitelnost nemoci a její konečnou fázi, spolu s pacientem potvrzuje komplexní informovanost (jednotlivé body jsou zahrnuty do protokolu) a dobrovolnost rozhodnutí, a dále dokládá, že je pacient schopen úsudku (případně navrhne psychologické vyšetření). Doporučí

pacientovi konzultovat jeho přání s rodinou či dalšími osobami a pacient musí v protokolu ve vymezeném časovém úseku potvrdit, zda o svém záměru někoho dalšího informoval, zda nemá rodinu apod.

Pacient se musí vždy dovědět, že svůj záměr/žádost může kdykoli odvolat (určité procento pacientů dostane v lékárně lék, ale nevyužije ho). Nemocný dostane nejméně 15 dnů na rozmyšlenou. Před předepsáním přípravku s letálními účinky se musí znovu potvrdit, že pacient je schopen činit rozhodnutí. Lékař má podle potřeby nemocnému předepsat i doplňkové přípravky pro vyšší „komfort“ (to je však zajištěno i u pacientů nežádajících uspíšení smrti). Se souhlasem pacienta lékař informuje lékárnu. Zdůrazňuje se zákaz asistované sebevraždy při psychiatrických či psychologických problémech nebo při depresi (ta je patrně vždy přítomna, ale nemocný musí zůstat schopen úsudku – „jasné myslí“). Schopnost pacienta rozhodovat o sobě svobodně a uváženě se tedy ověřuje opakovaně. Mezi ústní žádostí pacienta a předepsáním léku musí uplynout nejméně 15 dní a mezi písemnou žádostí a preskripcí nejméně 48 hodin. To ověřují nejméně dva lékaři.

Je zdůrazněn zákaz usmrcující injekce, jež by byla nepřípustnou eutanazií.

V protokolu musí pacient potvrdit, že z poskytnutých informací pochopil i tu nepříjemnou pravdu, že **po aplikaci přípravku může někdy umírání trvat dlouho**, i když ve většině případů dojde k úmrtí do tří hodin.

Za nedodržení předpisů hrozí lékaři či dalším osobám trest odnětí svobody až na 60 let (tzv. classe A felony – vražda s rozmezím trestu 25 až 60 let, další sazba je 10 až 25 let).

Zdravotnická zařízení mohou svým zaměstnancům či spolupracovníkům zakázat poskytovat pomoc při sebevraždě ve svých prostorách, nemohou však zakázat lékaři účast mimo tyto prostory.

Někdy dlouhé umírání

U nizozemského vzoru lze vnímat negativně fakt, že se lékař sám svou rukou přímo podílí na usmrcení nemocného (eutanazie), zatímco v Oregonu nebo Washingtonu se nemocný usmrcuje sám (asistovaná sebevražda). Ze zjištění oregonského ministerstva však vyplývá, že ani tento způsob ukončení pacientova života se někdy neobejde bez negativních aspektů – u části pacientů trvá umírání po aplikaci přípravku s letálními účinky delší dobu (v hodinách až dnech). Někdy zde sehrávají negativní roli pacientovy osobní dispozice, větší počet zdravotních komplikací či chybné užití léku bez dozoru lékaře, který nemusí být asistované sebevraždě přítomen, apod.

Z výroční zprávy oregonského ministerstva za rok 2011 lze vyčíst nárůst zájmu pacientů o asistovanou sebevraždu. V roce 1998 o ni žádalo 24 občanů, v roce 2011 se jednalo o 114 případů. Ne všichni se nakonec rozhodli zemřít, někteří „odložili smrt“ na další rok, takže v důsledku asistované sebevraždy zemřelo v uvedených letech 16, resp. 71 osob. Mezi roky 2010 a 2011 došlo k výraznějšímu nárůstu počtu vydaných receptů předepisujících přípravky se smrtícím účinkem – z 97 na 114 receptů.

Podle zprávy ministerstva činí 71 úmrtí 2,25 promile z celkového počtu všech úmrtí.

Někteří pacienti zemřeli v důsledku své nemoci, nikoli na užití léku. U dvou případů z roku 2011 probíhalo ještě v roce 2012 šetření pro ověření skutečných příčin smrti či dalších náležitostí. **V průměru činila doba mezi užitím přípravku a úmrtím 15 minut až 1,5 hodiny.** Někteří pacienti však zemřeli až za 30 či 38 hodin. Část této doby byli při vědomí. U 114 případů žádostí o asistovanou sebevraždu v roce 2011 vydalo předpis 62 lékařů, což je podle údajů ministerstva 1–14 předpisů na jednoho lékaře. Případná pochybení lékařů by musela být oznámena mj. orgánu pro dohled nad výkonem lékařské profese. Ministerstvo uvádí, že více podrobností se dozví spíše v případech, kdy je lékař přítomen u umírajícího, pak

ovšem probíhá šetření více do hloubky. Ze 71 případů úmrtí však byl lékař přítomen jen u osmi pacientů.

Smrt nikoli z nouze?

Výroční zprávy (nejen) státu Oregon prokazují, že touha zemřít rychleji a vyhnout se pozvolnějšimu konci za podmínek, jež pacient odmítá akceptovat, není ve vyspělých zemích „přáním z nouze“. Podobně, jako tomu bylo v předchozích letech, také za rok 2011 uvádí oregonské ministerstvo zdravotnictví, že téměř všichni pacienti, kteří se rozhodli pro asistovanou sebevraždu, měli zdravotní pojištění (zhruba polovina měla státní pojištění Medicare a Medicaid, ostatní měli soukromé zdravotní pojištění, jež se dělí na neziskové a komerční). Péče o chronicky a nevléčitelně nemocné je v USA dostupná, na vysoké odborné úrovni, v dobře organizovaném rámci služeb všeho druhu. Jedincům, kteří si přáli uspíšet smrt, bylo v průměru 70 let, v 82 procentech měli onkologické onemocnění a z 95 procent šlo o bílé obyvatelstvo. Jednalo se převážně o vzdělanější vrstvy, téměř 50 procent dosáhlo alespoň bakalářského vzdělání. Nejde tedy zřejmě ani o finanční nouzi, ani o nedostatek informací, např. o alternativní péči v závěru života.

Přetrvávající pochybnosti

Navzdory tomu, že zejména právníci ve vyspělých zemích odvádějí při přípravě tohoto druhu předpisů „mistrovskou“ práci (na jakou my nejsme ještě připraveni), přetrvávají nepříjemné otázky. Je vůbec člověk oprávněn pomáhat druhému jedinci ke smrti, když existují jiné alternativy? Má jedinec, neschopný sám se vyrovnat se svým zánikem, oprávnění chtít po společnosti, aby „to za něj vyřešila právě tímto zákonem“? Nejsou tyto právní normy přece jen alibistické? Například americké zákony povolují asistovanou sebevraždu, pokud lze očekávat úmrtí do půl roku, ale to nebývá vždy jisté, dispozice pacientů jsou různé (poznala jsem

pacienty, u nichž lékař mohl očekávat úmrtí do týdne, a přesto žili ještě tři roky, navíc převážně kvalitně).

Pokud by se česká společnost přece jen rozhodla „pro uspíšení smrti na žádost nemocných“ tohoto druhu, pak bedlivě zkoumejme mj. **kontrolní mechanismy**. Nizozemský vzor se v tomto ohledu jeví jako zdařilejší, neboť vedle státní inspekce a vrchních orgánů pro oblast trestního šetření uplatňuje i prvek „nezávislých regionálních komisí“ (složených mj. z právníka nezávislého na zdravotnictví). Ovšem i v USA musí státní správa odpovědná za zdravotnictví úzce spolupracovat s resortem spravedlnosti (a orgány činnými v trestním řízení), což je detailně upraveno, podobně jako v Nizozemí zkoumá příčiny úmrtí a předchází péči lékař nezávislý na zdravotnických zařízeních či profesní organizaci (ve službách státu; ostatně i v jiných oblastech zdravotní péče v USA působí **lékaři kriminalisté**; tato systémově zajištěná profesionalita a nezávislost v ČR dosud chybí).

Je také otázkou, zda má tato velmi citlivá záležitost zůstat raději jen mezi lékařem a pacientem (kdy si pacient nemusí shánět „svědky“, jako je tomu např. v Nizozemí, ale týká se to i SRN, kde si pacient může od ošetřujícího lékaře vyžádat vyšší dávku na tlumení bolesti, ač to uspíší jeho smrt). Část pacientů by jistě uvítala „důvěrnější“ prostředí, bez dalších svědků, ale to s sebou nese riziko, že do příliš úzké vazby mezi smrtelně nemocným a ošetřujícím lékařem, kdy je pacient na lékaři příliš závislý, nevidí nikdo další, nestranný. Kdo však je skutečně nezaujatý a dostatečně „soudný“ svědek (viz dále)? Bohužel i přes největší nasazení právníků vždy přetrvávají v právních normách nějaké „skuliny“, které mohou pacientovi, zejména osamělému a oslabenému, uškodit. Každoroční údaje o eutanazii (např. z Nizozemí) či asistované sebevraždě (z USA, Švýcarska) ukazují, že se vždy vyskytuje několik případů, kolem nichž panují nejasnosti, např. když zůstane neúplná lékařská dokumentace či nejasná příčina úmrtí.

Zákon o uspíšení smrti nezastavilo ani posílení práv pacientů

Stát **Washington** má od roku 2009 rovněž Death with Dignity Act (RCW 70.245), upravený podle stejné osnovy jako stát Oregon. Ačkoli je zdravotní systém USA vůči chudším pacientům přece jen méně solidární, než je tomu ve vyspělých evropských zemích, pojištěnci státních programů (Medicare aj.) jsou na tom podstatně lépe než čeští pacienti. Nevyléčitelně nemocný německý pacient má díky zákonům a navazujícím předpisům mj. lépe zajištěna léčiva (větší výběr alternativ plně hrazených pojišťovnou, s možností vyjmutí i z poplatku za recept). V USA si pacient nebo jeho rodina někdy musejí vyžádat finanční příspěvek (ale potřebnou pomoc na žádost vyřeší státní správa, agentura Medicare či další pomocné organizace prostřednictvím dotací z federálního fondu či z rozpočtu jednotlivých států). Nicméně celkový právní rámec pro zdravotní péči (nejen) státu Washington je pro potřeby pacientů z našeho pohledu dokonalý a ukazuje, **co vše u nás chybí pro to, abychom mohli případně zvažovat legalizaci uspíšení smrti**. Rozsáhlost a kvalita právního rámce, záruky snadnějšího vymáhání práv nemocných v praxi ovšem ani ve státě Washington nevedla k tomu, že by se většina voličů postavila proti nepřirozenému způsobu uspíšení smrti. To však neznamená, že by se čeští zákonodárci a odborníci na tuto problematiku neměli snažit zajistit i v ČR celkově dokonalejší právní prostředí pro oblast zdravotní péče, než jaké obsahují sice nové, ale v porovnání se zahraničím nekvalitní zákony o zdravotních službách a o specifických zdravotních službách.

Porovnáme-li federální legislativu (např. „Obamův zákon“ pro zdravotní péči a zdravotní pojištění – Health Care Reform Act – nebo zákon o právu na sebeurčení – Self-Determination Act) a státní předpisy pro lékaře, nemocnice, ošetrovatelské/pečovatelské ústavy, agentury domácí péče, hospicové služby aj., dále předpisy pro výkon státní správy ve vztahu ke zdravotnictvím, je očividné, že

naším předpisům pro zdravotní pojišťovny (obtížná vymahatelnost práv pojištění v praxi) a nemocnice (a další zdravotnická a navazující zařízení – naprostá absence zákonů!) chybí příliš mnoho z toho, co usnadňuje život nemocným.

Detailnější porovnání českých zákonů o zdravotních službách a o specifických zdravotních službách se zahraničními normami by vydalo na samostatnou publikaci s tím, že „mnohé chyby“, jsou zakotvena věčně chybná „řešení“ situací, dokonce i v rozporu s mezinárodním právem, formální zpracování u nás příliš usnadňuje „obcházení“ práva, „nové paragrafy“ často skrytě zůstaly v duchu komunistického zákona o péči o zdraví lidu.

Např. **washingtonský zákon o nemocnicích** (obdobně předpisy k dalším typům zařízení a služeb) obsahuje stěžejní práva pacientů, vč. práva na tzv. comfort či comfortable care: co možná „nejpříjemnější“ péči – kvalitní podle vědeckých poznatků zapracovaných do lege artis postupů (tento předpoklad byl v ČR v nových předpisech záměrně „opomenut“), dobře zorganizovanou v rámci zdravotnického zařízení, ale i celkově ve vztahu ke všem dalším potřebným službám (i pacient v hospicu má právo nechat se převézt při akutních potížích do nemocnice), vč. práva na lékaře specializovaného na účinnou léčbu bolestí (u nás přetrvávají kvalitativní rozdíly mezi klinikou a LDN), práva na psychologickou pomoc atd. Zatímco v ČR je v zákonech jen velmi kusá zmínka o hospicové péči, (nejen) stát Washington má k této oblasti speciální zákon a navazující předpisy.

Americký pacient má v ústavech mj. zajištěnu bezplatnou **telefonní linku** pro možnost uplatnit stížnost (kontakt na státní správu). Tu může podat i anonymně nebo e-mailem. Stát musí tyto stížnosti řešit (pokud se nezávisle na sobě vyskytnou dvě až tři shodné stížnosti, byť anonymní, nebo pokud jde o „tvrzení proti tvrzení“, pak stát či správní rada ústavu zváží postih personálu nebo změny u povolení k provozu zdravotnické činnosti, povinné doškolení atd.). Státní správa, ústavy, agentury domácí péče aj. musejí podle předpisů písemně informovat pacienty jak o možnosti

bezplatné stížnosti po telefonu, tak o dalších možnostech domáhat se přezkumu své věci. Ve většině případů vyšle „MZ“ na úrovni státu do příslušného zařízení kontrolory. Podle zákona je stát povinen zajistit v ústavech nejméně jednou za 18 měsíců **předem neohlášené kontroly** (hygiena, lege artis léčba, vedení dokumentace, výživa pacientů, dodržování práv pacientů aj.). Jak nemocnice, tak další ústavy, hospicová zařízení či agentury domácí péče musejí poskytnout pacientům písemně informace, že si mohou stěžovat např. na nedostupnost péče, nedostupnost personálu při potřebě péče, selhání při poskytování péče, na nedostatečnou péči, pochybení u léčiv, existující rizika v prostorách zařízení, špatnou výživu aj. Ač každé zařízení musí ustavit osobu pro vyřizování stížností, stále má pacient právo obrátit se rovnou na nezávislé instituce (např. pacient upoutaný na lůžko si může vyžádat přezkum na místě od nezávislých kontrolních „peer review“ týmů). Oproti podmínkám v našich zdravotnických zařízeních jsou americkými předpisy stanoveny nesrovnatelně tvrdší požadavky na kvalitu zdravotních služeb (zdravotnické zařízení musí jednak prokázat, že je pro danou oblast „potřebné pro obyvatelstvo“, jednak že má mj. dobře školený personál, přičemž nestačí doložit dosažené kvalifikace, ale také např. kolik jakých diagnostických a léčebných výkonů jednotliví lékaři za rok provedli, s nižší výkonností je totiž spojena nižší erudice, a v případě málo erudovaného personálu není možné úředně povolit poskytování péče).

Přesto si obyvatelstvo přálo mít k dispozici i zákon „o důstojném ukončení života“. V praxi ho opět využívá převážně **bílé, vzdělanější a lépe finančně situované obyvatelstvo**. Z výroční zprávy washingtonského ministerstva zdravotnictví (úzce spolupracuje i s resortem sociálních věcí) za rok 2011 vyplývá, že zatímco v roce 2009 projevil zájem o asistovanou sebevraždu 65 občanů, loni jich bylo už 103, z nichž 94 zemřelo (ne všichni po lékařem předepsaném přípravku, někteří na „svou“ nemoc). Rozhodnutí téměř 90 procent pacientů vycházelo z přesvědčení, že

už nejsou schopni „příjemně žít ve společnosti“, že trpí ztrátou důstojnosti a autonomie. Prakticky všichni ze 70 pacientů, kteří si aplikovali předepsaný lék, ho užili doma, ale v 83 procentech případů se poté nechali převést do hospicového zařízení (patrně snaha zajistit si odbornou pomoc pro případ komplikací). Téměř v 80 procentech případů šlo o rakovinu, téměř 90 procent pacientů bylo pojištěno soukromě nebo v rámci státního pojištění (nebo šlo o kombinované pojištění). Jen v nepatrném počtu případů zajistil lékař, který se setkal s žádostí o asistovanou sebevraždu, vyšetření psychologem nebo psychiatrem. Zhruba u devíti případů nebylo možné dostatečně ověřit okolnosti úmrtí a nebyla zajištěna dostatečná dokumentace.

Lékař, který se ujme ústní a poté písemné žádosti nemocného, má mj. **potvrdit jeho „zdravou mysl“**. V této oblasti jsou samozřejmě rizika: těsně před závěrem života bývá pacient vysílen nemocí, strachem, je pod vlivem léků, jeho dispozice jsou rychle proměnlivé (jeden den je schopen s notářem sepsat dokument se závažným obsahem, druhý den si tuto situaci vybavuje obtížně, v souvislosti s počínající léčbou pomocí opiátů může trpět halucinacemi). Názor lékaře (diagnózu, prognózu, poučení o alternativách, rizicích, duševní dispozice pacienta) má potvrdit ještě nejméně jeden nezávislý lékař. Samotný pacient musí být schopen vyplnit úřední formulář mj. se slovy: beru na vědomí, že si sám aplikuji přípravek se smrtelným účinkem, že mohu umírat déle než tři hodiny, informoval jsem (nemám) rodinu atd.

Jedním z úskalí (byť je to chápáno jako výhoda) je ustanovení, podle něhož musejí prohlášení pacienta potvrdit nejméně dva svědci, z nichž jeden nesmí být ani příbuzný, ani osoba spjatá se zdravotnickým/sociálním zařízením, v němž se nemocný léčí nebo pobývá, tzn. že musí existovat alespoň jeden „nezávislý“ svědek. Tito svědci potvrzují, že pacient je schopen úsudku („podle mého nejlepšího přesvědčení potvrzují“) a nejedná pod nátlakem. V USA funguje široká síť nevládních organizací a církví, občan tedy má možnost sehnat někoho nestranného, avšak u osamělého

a už velmi oslabeného a dezorientovaného pacienta to v praxi může být problém, neboť na něho může „tlačit“ okolí nebo se může ocitnout pod vlivem „institucionální šikany“. Pokud je pacient hospitalizován v ošetrovatelském/pečovatelském ústavu, pak má tento ústav (resp. jeho vedení pod dohledem zřizovatele či správního úřadu a správní rady se zástupci pacientů) navíc povinnost „označit osobu“ jako dalšího svědka s kvalifikací určenou státními předpisy. Zde však možná hrozí riziko střetu zájmů u odborníka spjatého s ústavem, ačkoli záměrem zákonodárců bylo patrně zvýšit jistoty nemocného (kvalifikovaná osoba pro posouzení řádné péče, dispozic pacienta aj.). Pro plné pochopení zákona i praxe by byla vhodná přímá komunikace s washingtonskou státní správou. Nicméně se lze inspirovat i u jiných zemí, pokud jde o prvky, jež posilují postavení pacienta vůči lékaři či institucím. Například v Rakousku se hospitalizovaný pacient může obrátit na „regionálního“ zástupce pacientů (zpravidla právník na plný úvazek, placený z daní) a požádat ho o potřebnou pomoc, vč. role svědka. Podobně u německých ústavů působí nezávislí „mluvčí pacientů“, což se pro roli svědka hodí lépe. Nejen německé ústavy mají mj. povinnost přivolat k pacientovi na jeho žádost notáře nebo advokáta (to u nás opět chybí).

Jednou z tragédií našeho nového zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon č. 372/2011 Sb.) je zapracování „svědka“ do situací, v nichž má jít jen o důvěrný vztah mezi pacientem a ošetřujícím lékařem, ovšem lékařská lobby v ČR si prosadila možnost, aby tvrzení lékaře bylo případně podepřeno proti pacientovi blíže neurčeným „svědkem“. Dalším prohřeškem zmiňovaného českého zákona je, že např. podle paragrafu 31 má „poskytovatel“ (vlastník, provozovatel, lékař?) zajistit informovanost pacienta. Některé odstavce tohoto ustanovení však už nemluví ani o lékaři, ani o „poskytovateli“, ale jen o zdravotnickém pracovníkovi (takže pacient ztrácí právo na osobní rozhovor s lékařem), zatímco zahraniční předpisy vždy přesně

specifikují, zda jde o ředitele, primáře, lékaře, a zdůrazňují právo nemocného na informace od lékaře! Stinnou stránkou českého zákona je také fakt, že není přesně vyžadována písemná forma souhlasu pacienta (převážně záleží na názoru „poskytovatele“)! Např. v paragrafu 34 „Poskytování zdravotních služeb se souhlasem“ se uvádí, že odmítá-li pacient určitý záznam podepsat, podepíše ho lékař „a svědek“! V západních zemích by bylo nepřípustné tímto způsobem „zajišťovat alibi“ pro lékaře, lze doufat, že české soudy tento závažný nedostatek zákona svými výroky odstraní (v zahraničí lékaři nepomůže „svědectví“ druhého zdravotníka, přivolání druhé osoby by bylo v této souvislosti chápáno spíše jako narušení důvěrného vztahu mezi pacientem a ošetřujícím lékařem). Nicméně to uvádím jako příklad rizika, pokud by se v ČR opět začal koncipovat zákon k eutanazii apod.

Zmiňme se i o dalším úskalí českého zákona o zdravotních službách, který se pokouší stručně a kuse dotknout mnoha složitých oblastí, takže žádná z nich není právně řešena do hloubky. Západní státy přijaly k jednotlivým druhům péče samostatné zákony, které lépe, detailněji upravují povinnosti institucí i jedinců vůči nemocným. Zatímco např. americké nemocnice mají povinnost dát pacientovi a jeho blízkým písemné informace o všech existujících navazujících službách v dané lokalitě s podrobnějším rozebráním jejich odborných služeb, zázemí, finančních a dalších otázek, a pomoci tyto služby aktivně zajistit, v českém právním vakuu shání pomoc zpravidla sama rodina (naráží na často nepřekonatelné bariéry, kdy zařízení předstírají obsazenost lůžek anebo jsou skrytě komerční), u osamělého pacienta zajistí obec jen to, co sama uzná za vhodné (pacient ztrácí právo volby). V ČR jsou schopny zajistit přesnou medikaci umírajícího s maximálním vyloučením nežádoucích vedlejších účinků nemocniční kliniky (ale ne vždy), léčebny pro dlouhodobě nemocné naopak medikaci zhorší tak, že je pacient např. předčasně příliš utlumován, rychle se stane imobilním, a namísto rychlé pomoci vč. rehabilitace se urychlí skutečně poslední fáze života. Jako předsedkyně Občanského sdružení na

ochranu pacientů jsem bohužel na vlastní oči viděla případy pacientů, kteří nezemřeli na rakovinu, ale na nezvládané vedlejší komplikace (např. předčasně silná dávka opiátů, absence prevence úrazů dezorientovaného nemocného, zlomenina kyčelního kloubu po pádu pacienta, nedostatečné polohování pacienta s absencí dalších opatření, nezvládnutý zánět plic, pacient se marně domáhal přípravku pro zlepšení dýchání). ČR tedy potřebuje před vznikem zákona pro uspíšení smrti zlepšení právní vymahatelnosti odpovídající péče.

Zdůrazněme, že washingtonské předpisy zakazují lékařům zkoušet dále tišit bolest pomocí opiátů, pokud dosavadní výsledky této terapie nejsou dobré, a zavazují ho k **zajištění lékaře kvalifikovanějšího** pro tento úkol (podobně je tomu mj. v SRN, kdy lékaři tlumící bolesti u nevyléčitelně nemocných musejí podstupovat speciální školení a získat zvláštní oprávnění k péči o umírající).

Švýcarsko

Tato země dlouhodobě zažívá nekonečné diskuse, spory a legislativní iniciativy týkající se eutanazie a asistované sebevraždy, žádný rok nechybějí ani skandály kolem činnosti organizací pro „doprovázení umírajících“ – Exit a Dignitas. Švýcarská přímá demokracie mj. znamená, že občané v lidovém referendu sami rozhodnou o tom, zda určité klíčové zákony (zejména pro zdravotnictví) po jejich schválení vládou a parlamentem skutečně vstoupí v platnost. Pokud se vláda v nedávné minulosti pokoušela prosadit buď zákaz asistované sebevraždy, anebo její legalizaci podrobnější právní úpravou, občané tyto snahy referendem zastavili. Roste počet těch, kteří si přejí jak asistovanou sebevraždu, tak eutanazii, a ve vztahu k asistované sebevraždě se obávají, že by ji vládou a parlamentem přijatý zákon v praxi příliš „zproblematizoval“ (část občanů naopak podporuje širší právní úpravu). Podle statistik patří zhruba dvě třetiny obyvatelstva k bohatším vrstvám, navíc má Švýcarsko zisk z toho, že sem jezdí mnoho bohatých cizinců. Chudší občané získávají různé formy pomoci (např. neplatí pojistné ani spoluúcast), ale v referendu nepřehlasují bohatší vrstvy, jež si patrně přejí umírat rychleji. Ostatně podle statistik je v této zemi celkově vyšší inklinace k sebevražednému chování.

Přestože Švýcarsko poskytuje pojištěncům a pacientům nesporný komfort mj. občanským zákoníkem (ochrana seniorů osamělých v ústavech, ochrana duševně nemocných), zákonem o zdravotním pojištění (mj. přímá účast zástupců pacientů při rozhodování o léčebných výkonech a lécivech), kantonálními zákony k nemocnicím, k ošetrovatelsko-pečovatským ústavům, k právům pacientů aj., a **vláda přijala národní strategii pro oblast paliativní péče**, velmi dobře funguje mj. domácí zdravotní a pečovatelská péče (zkoordinovaná v regulované síti organizací Spitex), obrátí se každý rok část občanů na organizace Exit

a Dignitas. Jde tedy opět převážně o přání lépe situovaných občanů zachovat si jakousi kontrolu nad samotným závěrem svého života či nedožít v podobě, která se „mi nelíbí“.

Švýcarský trestní zákoník v paragrafu 114 zakazuje usmrcení na žádost (eutanazii), byť by to bylo ze soucitu a na naléhavé a vážně míněné přání dotčené osoby, pod trestem odnětí svobody až na tři roky. **Paragraf 115** upravuje pomoc při sebevraždě, za niž hrozí trest odnětí svobody až na pět let, pokud by byla vedena zištnými pohnutkami. Právní výklad vedl k tomu, že je **tolerována asistovaná sebevražda bez zištných důvodů**. Při absenci národního zákona, který by tuto oblast blíže upravil, fungují organizace Exit a Dignitas už desítky let s tím, že se kantony či nemocnice pokoušejí vlastními předpisy vnést do věci větší jasno. Během přípravy této brožurky některé kantony oznámily svůj záměr vydat vlastní zákon (mají k tomu širší pravomoc, byť kantonální právo musí navazovat na spolkové právo). Například podle stavovských předpisů švýcarské lékařské společnosti, zpracovávaných pod dohledem švýcarské akademie věd, není lékařům dovoleno podílet se vlastní rukou na uspišení smrti, odlišuje se právo pacienta na sebeurčení, které mu zajišťuje, že **jedině on sám** se smí vzdát život udržujících či prodlužujících opatření.

Jednotlivé kantony mají zákon o zdraví (o zdravotní péči) provázaný se **zákonem o právech pacientů** (opět je zdůrazněno právo pacienta rozhodnout o neuplatnění či odstoupení od život zachraňujících či prodlužujících opatření, stejně tak si nemocný může vyžádat vyšší dávky léčiv tlumících bolesti s vědomím, že to – nepřímo – uspiší smrt).

Univerzitní nemocnice v Curychu, kde mají sídlo i organizace Exit a Dignitas, v roce 2007 v zásadě zakázala svými vnitřními předpisy zaměstnancům podílet se na asistované sebevraždě v prostorách ústavu i jinak. Avšak zároveň vzala v úvahu, že lékař je povinen vážit každý jednotlivý případ nemocného a umět na jeho situaci adekvátně eticky i odborně reagovat. Personál nemá bránit návštěvě organizací „pro pomoc umírajícím“ u pacienta

v nemocnici, lékař má pacienta přejícího si uspišit smrt vybavit lékařskými zprávami aj. a zajistit případně jeho přepravu tam, kde si přeje zemřít. Pokud je to pro nemocného jediná možnost, lékař smí předepsat smrtící přípravek. Má však vždy ověřit, zda je pacient skutečně schopný úsudku, zda nepotřebuje psychologickou a další pomoc. Personál se má pokoušet bránit pacientovi, pokud „si chce vzít život“, nemá ho podporovat v myšlence na sebevraždu, avšak nemá ani postupovat „proti vůli pacienta“, který je **úsudku schopný (tento pojem se týká i části jedinců bez právní způsobilosti)**. Lékař této nemocnice nemá být svědkem asistované sebevraždy, při podezření na nesvéprávnost nemocného a manipulaci s ním má učinit oznámení u soudu. Celkově to (zejména) lékaři v této zemi nemají jednoduché: hranice úsudkuschopnosti je v praxi proměnlivá a nejasná. Pokud pacient „trvá na svém“, mají se postarat o jeho dopravení např. na „kliniku“ Dignitasu při zachování veškerého komfortu (podpora dechu, výživa atd.) nemocného během převozu.

Absence bližší právní úpravy mj. znamená „**turistiku za smrtí**“, způsobenou tím, že v referendu převážil názor občanů, kteří asistovanou sebevraždu nechťejí zakázat ani cizincům.

Resortu spravedlnosti curyšského kantonu se podařilo uzavřít s organizací Exit smlouvu, vztahující se k asistované sebevraždě: podle ní bude tato organizace mj. finančně transparentní, s veřejně známými (přiměřeně nižšími) částkami odměn pro personál, nebude spojena s žádnou komerční firmou, pacient musí nejprve získat informace o všech možnostech péče (v závěru života), z asistované sebevraždy budou vyloučeny osoby s duševními problémy, diagnóza a prognóza mají být potvrzeny nezávislým lékařem, v určitých situacích má být zajištěn psycholog atd. Organizace Dignitas, která se jeví jako „více vzpurná“ (ale některé zdroje obě organizace vnímají jako „příliš agresivní“) a vyskytuje se kolem ní více skandálů přetřásaných v médiích, v současné době deklaruje, že dodržuje shodné podmínky jako Exit.

Nicméně nejen média poukazují na to, že Dignitas vybírá od zájemců o asistovanou sebevraždu vyšší poplatky (za „členství“

v organizaci aj.) a že se společnosti během několika let významně zvýšila hodnota majetku. V době přípravy této publikace navíc média informovala o další „příhodě“, kdy pacientka v gesci Dignitasu umírala po požití pentobarbitalu asi šest hodin a krátce před smrtí byla za účasti státního zastupitelství, policie a nezávislého lékaře převezena do nemocnice. Vedení Dignitasu v reakci na tento úřední zásah zveřejnilo rozsáhlé informace o pacientech a dávkách přípravku, který si aplikovali s různými účinky. Počet žadatelů o uspíšení smrti se stále zvyšuje. Existují „výjimečné“ případy, kdy pacient po užití přípravku umírá i několik dnů, tvrdí Dignitas.

Curyšská univerzita (zejména její experti na právo) provedla některá vlastní šetření a trvale vede celospolečenskou diskusi. Podle jedné její studie z roku 2008 asistovaly organizace Exit a Dignitas u sebevražd jedinců ve věku 45 až 84 let, z nichž 38 procent trpělo onkologickým onemocněním a 25 procent neurologickým onemocněním. Zmíněné organizace stále častěji vyhoví lidem mladším a zdravějším, resp. i těm, kteří netrpí nevyléčitelnou nemocí v beznadějném stavu (např. revmatologické bolesti), podle studie jsou do asistované sebevraždy zahrnuti někdy i jedinci s duševními problémy (neurózy, psychózy) či depresí. Na druhou stranu univerzitní experti poukazují na to, že ne všechny stavy při duševních problémech berou schopnost úsudku. Dále tvrdí, že Dignitas se v tomto ohledu prohřešuje více než Exit, neboť vychází častěji vstříc mladším, zdravějším pacientům i lidem s duševními problémy a také přijímá více cizinců. Vedení Dignitasu je ostatně často předmětem averze či šetření úřadů i soudů, na což často reaguje vlastní stížnost u soudů.

Svýcarsko je dokladem toho, že pokud společnost řekne ANO některé z forem „uspíšení smrti“, pak musí následovat důkladný zákon s dalšími doplňujícími předpisy a zejména s důslednějšími kontrolními mechanismy, při čemž **lze využít např. kombinaci nizozemského (obdobná norma je i v Belgii) a washingtonského zákona.** Pro ČR však stále platí, že by naši zákonodárci měli

nejdříve zajistit veřejnosti kvalitnější, důkladnější právní rámec pro poskytování kvalitní, dostupné zdravotní a na ni navazující péče **s posílením práv pacientů**. V ČR mj. chybějí státem či regionem placení profesionální zástupci pacientů (jako jsou např. v Rakousku a Nizozemí), zákonem upravená činnost **mimosoudního nezávislého orgánu pro řešení stížností pacientů** (takové orgány jsou mj. v Nizozemí či Rakousku). Chybí také opatření, jaké obsahuje např. švýcarský občanský zákoník, které požaduje po ošetřovatelských a pečovatelských ústavech, aby soudu nahlásily **osamělé osoby, o něž se nikdo nestará**, a soud pro ně nalezne adekvátní pomoc, nemusí jít o omezení právní způsobilosti, ale jen o zajištění „zástupce pacienta“ (nespojeného s ústavem) pro **spolurozhodování** o zdravotní péči aj.

Bez zajištění výše naznačených opatření ve prospěch českých pacientů by přání našich nemocných uspíšit vlastní smrt ve vyšší míře nebylo „dobrovolné“. Šlo by spíše o „přání z nouze“, na rozdíl od zahraničí.

V závěru kapitoly o problematice zákona o uspíšení smrti ve Švýcarsku je třeba uvést některé nejaktuálnější údaje. V roce 2013 vstoupila v platnost novela občanského zákoníku (pod pojmem Erwachsenenschutzrecht), která má mj. ještě více **zpřesnit právo pacientů na sebeurčení, celostátně ho sjednotit**. Avšak už dnes může pacient své „přání pro budoucí zdravotní péči“, tzv. testament, zahrnout např. do svého průkazu pojištěnce, aniž by se musel radit s lékařem či právníkem, může si vymínit, které konkrétní výkony chce či nechce podstupovat, vč. **práva na vyšší dávky přípravků pro tlumení bolesti** (právo říct si lékaři o recept na přípravek pro přímé uspíšení smrti se zatím blíže neřeší). V případě pochybností či osamělého pacienta bez testamentu se má lékař obrátit na soud. Jde tedy spíše o **sjednocení dosavadní legislativy** jednotlivých kantonů pro německy, francouzsky a italsky mluvící obyvatelstvo a precizování práva na sebeurčení, na svého zástupce pro rozhodování o zdravotní péči, s pečlivým „vážením“ schopnosti úsudku u osob s omezenou svéprávností, se

zdůrazněnou soudní ochranou seniorů v dlouhodobé péči ústavů...

Spolková vláda podle slov jejích zástupců „rezignovala“ na úpravu „organizované pomoci při sebevraždě“ v trestním právu (např. zástupce resortu spravedlnosti uvádí, že bez zájmu občanů by nebyly ani organizace Exit a Dignitas a že kantonální úřady či orgány činné v trestním řízení mají už dnes nástroje k postihům, ovšem kantony si naopak stěžují, že chybějí v zákonech lépe specifikované nástroje – je to dlouhodobé zmítání politiků mezi názory různých skupin voličů). **Vláda však o to více vsadila na další zkvalitňování nabídky medicínsko-paliativní péče** i na boj proti celkové míře sebevraždednosti, jež je ve Švýcarsku nadprůměrná. Na konci roku 2012 měl spolkový úřad pro zdraví znovu přezkoumat, jak se v praxi osvědčuje národní strategie pro paliativní péči (spolupracuje s kantony, ale i laickou veřejností, která je ze 70 procent se zdravotnictvím celkově spokojená, vláda tedy bojuje o spokojenost těch 30 procent), a resort spravedlnosti zhodnotí oblast tolerované asistované sebevraždy. Nově byly zpracovány **předpisy pro předepisování léčiv** mj. u umírajících, na problematiku trvale dohlíží národní etická komise. V tuto chvíli se situace jeví tak, že Švýcarsko chce obyvatelstvu nabídnout jako alternativu „německý vzor“ dobře zajištěné léčebně paliativní péče a nemá odvahu silněji „příbrzdit“ asistovanou sebevraždu, když si na ni obyvatelstvo za desítky let zvyklo (využije ji podle některých statistik kolem 350 jedinců za rok, statistické údaje se liší podle ne/zahrnutí cizinců).

Role Švýcarské akademie lékařských věd (SAMW)

Určitou roztržistěnost předpisů jednotlivých kantonů pro zdravotní a navazující péči (národní soudní instance čas od času ruší kantonální odchylky od národních zákonů) zatím velmi dobře vyvažuje Švýcarská akademie lékařských věd, zřízená zákonem, do jejíž činnosti se příznivě promítá spolupůsobení významných

osobností z oblasti práva (instituty práva při univerzitách). SAMW, která nemá nic společného s lékařskou lobbyistickou organizací, v posledním desetiletí přijala množství směrnic a doporučení pro různé situace vyskytující se při poskytování zdravotní a navazující péče – pokud by např. byl lékař trestně či soudně stíhán, pak by tyto směrnice a doporučení byly významným vodítkem pro úřední a soudní instance (koncipovali je především univerzitní právníci). Jednotlivé směrnice mívají desítky stránek a jsou vynikajícím vzorem pro poskytování péče v jakýchkoli situacích, mj. u seniorů (např. v léčebnách pro dlouhodobě nemocné), týkají se i „dříve vyslovených přání“ pacienta, odpojování přístrojů, zvýšených dávek přípravků při bolestech, pacientů s poškozeným mozkem atd.

Týkají se samozřejmě i samotného „závěru života“. Ve chvílích, kdy např. kanton Curych zakazoval státním či veřejným nemocnicím akceptovat v jejich prostorách asistovanou sebevraždu a naopak u ošetrovatelsko-pečovatelských ústavů se podmínky do jisté míry „uvolnily“ (ohled na nemocné neschopné zajistit si převoz jinam), se směrnice SAMW staly dobrým právním, medicínským a etickým vodítkem. Směrnice pro ošetrovatelsko-pečovatelské ústavy se týká mj. vysoce kvalitní **léčebně paliativní péče**. Pokud však klient plánuje uzavření svého života asistovanou sebevraždou, personál je zavázán: ověřit jeho schopnost rozhodování, zajistit, že přání pacienta usplňit svou smrt nevychází ani z nátlaku, ani ze špatné péče, a respektovat odlišný názor personálu i ostatních pacientů. Instituce si musí být vědoma, že pod její střechou **výrazně hrozí konflikt zájmů** (pacient je příliš závislý na péči a personál může být vůči němu např. v nežádoucí averzi), proto SAMW trvá na tom, aby – pokud možno – pomoc při sebevraždě neprobíhala v ústavu anebo **za doprovodu osob spojených s ústavem** (podle přání nemocného se zajistí lékař mimo ústav či pomoc organizací Exit a Dignitas). Lékař má mj. zajistit recept na přípravek urychlující smrt (může i ústavní lékař, pokud se tomu nedá vyhnout). Pokud se ústavní lékař musí sám účastnit asistované sebevraždy (nedá-li se situace řešit jinak), pak nesmí ověřovat příčiny úmrtí a vystavovat

o něm potvrzení, **každý tento případ se musí ohlásit** orgánům činným v trestním řízení jako nepřirozené úmrtí.

SAMW se detailně zabývá (vedle kvality a etiky péče) v mnoha směrnících mj. náležitostmi písemně vyjádřeného přání pacienta: podle švýcarského občanského práva je schopen rozhodování nejen právně způsobilý jedinec, ale i osoba nezletilá či s duševními obtížemi, pokud je v dané věci schopna rozumně uvažovat („rozumně“ neznamená akceptovat doporučení lékaře, ale chápat následky vyplývající z jeho neakceptování). I když má pacient svá přání včas sepsaná, musí se personál stále zajímat, upřesňovat si, jaké hodnoty pacient vyznává, co je **pro něj osobně kvalita života** v různých situacích, co on sám chápe jako „důstojnost při umírání“. Pacient mj. musí vědět, která dávka jakého léku ho může uvést do „kómatu“, zda by si to ne/přál.

Novela švýcarského občanského zákoníku, kterou nyní právníci a úřady vysvětlují pacientům i zdravotníkům, navazuje právě na tyto směrnice SAMW: národně sjednocené upřesnění práv nemocných a postupů zejména lékařů, vymahatelné ze zákona, vč. sjednocení zdravotní dokumentace v klíčových či kritických situacích. Mj. se zdůrazňuje, že zástupce pacienta pro rozhodování o zdravotní péči musí skutečně hájit jeho zájmy, jeho známá či pravděpodobná přání (nikoli vlastní názory), při pochybnostech musí existovat soudní kontrola (pokud jde o neodkladnou péči, je lékař povinen **odvrátit rizika pro pacienta a vyčkat na stanovisko soudu**). Na pacienty se „nesmí činit žádný nátlak“. I názor úsudku neschopného pacienta je nutno vzít v úvahu.

Švýcarská vláda mj. informuje o rozšíření výkonů léčebně paliativní péče hrazené pojišťovnami.

České předpisy jako odstrašující příklad

Nový český zákon o zdravotních službách (spolu se zákonem o specifických zdravotních službách) je celkově poznamenán mj. prohřešky proti Úmluvě o lidských právech a biomedicíně

(ministerstvo zdravotnictví nevzalo v úvahu ani precedentní výroky štrasburského soudu pro lidská práva, takže českému státu do budoucna hrozí pokuty). Za Občanské sdružení na ochranu pacientů jsem se na úrovni výboru pro lidská práva a biomedicínu (poradní orgán vlády) přes deset let podílela na připomínkování návrhů zákona nejprve o zdravotní péči, poté o zdravotních (a specifických) službách – připomínky byly vždy delší než návrh zákona, ovšem MZ učinilo vůči nevládním organizacím hájícím zájmy pacientů, byť připomínky opřely o mezinárodní právo, jen nepatrné úlitby.

České předpisy především potlačují **právo pacienta na sebeurčení**, což může být nakonec hlavní důvod, proč česká veřejnost „volá po eutanazii“ (když si se mnou zdravotníci celý život dělají, co chtějí, aspoň o konci života si rozhodnu sám). Například v paragrafu 34 čeští zákonodárci zcela opominuli fakt, že pacient (i umírající) má mít právo potvrzovat či odmítat **každý jednotlivý výkon** či úkon ve zdravotnickém zařízení, vč. léčiv, a odmítání části léčby nesmí být samo o sobě důvodem k propuštění pacienta z nemocnice apod. U písemného souhlasu pacienta s léčbou se zákon o zdravotních službách odvolává na zákon o specifických zdravotních službách (v zahraničí se nikdy nic takového nečiní, protože lékař i pacient by kvůli jednomu detailu museli pročíst více složitých norem), navíc zákon o specifických zdravotních službách „řeší“ (často chybně) úžeji vymezené rizikovější situace (např. kastrace), ale bioetická konvence počítá s tím, že písemný souhlas se musí týkat i „běžných“ rizikovějších výkonů. Zákon o zdravotních službách tedy výrazně opomíjí nutnost písemného souhlasu „ze zákona“, nikoli z rozhodnutí „poskytovatele“ péče, dále počítá s tím, že pacient bude dávat v podstatě jen „jeden souhlas“ k hospitalizaci, a to vždy po 30 dnech, přitom mezinárodní právo vyžaduje **souhlas před každým jednotlivým výkonem**, ať ústní, nebo písemný (u rizikovějších oblastí, jakou je např. rizikovější lék či injekce), a **zejména se musí rozlišit souhlas s hospitalizací od souhlasu s léčebným plánem a od souhlasu**

s jednotlivými výkony v rámci léčebného plánu. Složitou problematiku, kterou západní státy často řeší samostatným zákonem či mnohem detailnější úpravou, čeští zákonodárci vtělili do několika odstavců pomalu jediného ustanovení.

V paragrafu 34 odst. 4 český zákon o zdravotních službách „vyhrožuje“ pacientovi: pokud nebudeš souhlasit s navrženými opatřeními (bez rozlišení dílčích součástí léčby), nezbývá nic jiného než podepsat tzv. revers (ukončit hospitalizaci). Avšak český pacient by vysoudil, zejména ve Štrasburku, že má právo vymínit si provedení určitých výkonů a odmítnout jiné výkony, a to bez vyhoštění z nemocnice. Spory s pacientem má podle české normy zaznamenávat do dokumentace „zdravotnický pracovník“ (ale pacient by vysoudil právo řešit všechny významné záležitosti s lékařem!).

V odst. 7 téhož ustanovení český zákon uvádí, že nedovoluje-li zdravotní stav pacienta jeho vyjádření souhlasu či nesouhlasu, „zdravotnický pracovník zaznamená jeho nepochybný projev vůle“. Teprve další odstavec obsahuje předpoklad, že by při „vyslovování souhlasu“ měly za pacienta jednat osoby blízké. Oba odstavce se ovšem obsahově zčásti liší, takže v praxi hrozí, že „zdravotničtí pracovníci“ (lékař?) budou zaznamenávat převážně jen „nepochybné projevy vůle“ bez spolupráce s osobami blízkými, bez soudem ustaveného zástupce osamělého pacienta, bez soudní kontroly nad případnými spory mezi personálem a rodinou či mezi členy rodiny apod. Není tu – tak jako v zahraničí – zákonná zábrana proti chybným rozhodnutím osob pacientovi blízkých (v zahraničí musí lékař spor nebo přání osoby blízké v neprospěch pacienta oznámit soudu).

Paragraf 28 uváděného zákona sice hovoří o „úctě, důstojnosti, respektu“, ale mnoha jinými ustanoveními tyto předpoklady prakticky ruší. **Paragraf 36 sice „řeší“ dříve vyslovené přání pacienta,** ale není zajištěna registrace těchto „testamentů“ u komory notářů, jak tomu bývá v zahraničí, vyžaduje se pouze „přání pacienta“ podepsané lékařem a notářem (ač celý svět uznává jako

alternativní vhodné vodítko i testament bez těchto náležitostí). Pokud pacient sepíše své přání v nemocnici, má ho kromě něho podepsat lékař (na němž je nemocný příliš závislý) a blíže neurčený „svědek“ (zdravotník?) – to v praxi může dopadnout špatně. Český zákon zakazuje „aktivní způsobení smrti“, ale zcela se vyhýbá faktu, že v praxi dochází k odpojení přístrojů (i bez souhlasu pacienta!) či ke zvyšování dávek opiátů (bez nezávislé kontroly). Chybějí úředně schválené či doporučené vzory, nejen pro testamenty.

Jde jen o malou ukázkou nekvalitních českých zákonů pro oblast zdravotní péče, tím spíše se lze obávat velmi nekvalitního zákona k usmíření smrti v ČR. I z tohoto úhlu pohledu se tedy lze domnívat, že nejprve je nutné v ČR zkvalitnit zákony pro záchranu či udržení života a nezačínat od ukončení života.

Německo

Nezastírám, že tato země je mi dosavadní neexistencí zákona k uspišení smrti bližší, jsem obdivovatelkou komplexního právního rámce pro snadné vymáhání práv pojištěnců a pacientů, kdy např. zástupci pojištěnců volení obyvatelstvem do správních rad zdravotních pojišťoven (jejich svazů) mohou sami v dohodě se zaměstnavateli prosadit, jak konkrétně kvalitní a dostupná bude péče pro pacienty v jednotlivých typech zdravotnických a dalších zařízení. Zástupci pojištěnců totiž sami podepisují smlouvy s poskytovateli péče, ať je to sdružení smluvních lékařů, německý svaz nemocnic, nebo organizace porodních asistentek či zastřešující organizace hospiců. Zástupci pojištěnců rozhodují o spektru a kvalitě léčiv hrazených z pojistného, o kvalitě zdravotnických materiálů používaných v nemocnicích, o síti služeb akutní i navazující péče. Jsou povinni komunikovat s organizacemi pacientů. Zákonodárci zakotvili do zákonů pro zástupce pojištěnců vhodná vodítka tak, aby se preferovala „vysoce kvalitní péče podle nejnovějších vědeckých poznatků“ s maximální dostupností (bez čekacích dob) při výdajích regulovaných podle mnoha zákonných opatření (omezený počet smluvních ordinací či nemocnic apod.).

Pro **vztah mezi lékařem a pacientem** až dosud sehrávala velmi dobrou roli Charta práv pacientů, která se nakonec stala zákonem s rozšířenými právy pacientů. Týká se i práv umírajících, kdy je zdůrazněno i jejich právo na sebeurčení. Zemské zákony o nemocnicích mj. obsahují povinné ustavení nezávislého „zástupce pacientů“, který je placen z veřejných prostředků za to, že bude kdykoli k dispozici zvláště hospitalizovaným imobilním nemocným. Veřejnost má mj. k dispozici pravidelné hodnocení kvality nemocnic (zástupci pojištěnců se mohou účastnit auditů), dále závazné léčebné standardy (shodná vysoká kvalita se poskytuje bez ohledu na majetkový statut pacienta). Stát opakovaně činí nejrůznější opatření ve vztahu k posílení domácí či hospicové péče.

Pokud organizace Dignitas, která byla zmíněna v kapitole týkající se Švýcarska, funguje i pro německé pacienty, pak nejde o přání uspišit svou smrt „z nouze“, jako by to hrozilo u nás.

Během přípravy této publikace schválila spolková vláda **novelu trestního zákoníku (paragraf 217)**: ten má i nadále zakazovat eutanazii, ale navíc má zakázat asistovanou sebevraždu ze zjištěných pohnutek (resp. zákaz se má týkat organizované „profesionální“ výdělečné pomoci při sebevraždě). Podle komentáře spolkového ministerstva spravedlnosti má novela upravit i **výslovné přání pacienta** opomenout či ukončit léčbu prodlužující či udržující život, aby tento akt nebyl trestně stíhán, pokud ovšem skutečně odpovídá nezpochybnitelnému přání pacienta (nikoli rozhodnutí lékaře). To zatím řešila Charta práv pacientů. Dále ministerstvo spravedlnosti zmiňuje i potřebu jasnější zákonné beztrestnosti, pokud lékař **na přání pacienta** zvýší dávky bolest tišících prostředků, byť je vedlejším účinkem uspišení smrti (až dosud to opět řešila Charta práv pacientů).

Pro porovnání: v ČR předpisy vůbec nepočítají s tím, že by si pacient mohl vymoci nižší či vyšší dávky léčiv, že by měl právo vymoci si konzultaci s nezávislým lékařem kvůli tomuto „detailu“, navíc pokyny České lékařské komory pro postup u umírajících plně nezapadají do českého právního rámce ani nereflektují dostatečně mezinárodní právo: ukončení život prodlužující léčby bez souhlasu pacienta i bez soudní kontroly se u nás může stát předmětem soudních sporů.

Německá lékařská komora dlouhodobě protestovala proti eutanazii i asistované sebevraždě, naopak se ztotožňovala s Chartou práv pacientů (ta byla na vládní úrovni přijata za souhlasu pacientů i zdravotníků), která obsahuje možnost **upuštění od prodlužování života, jež se odvíjí od přání pacienta** (případný zástupce pacienta musí věrohodně prokázat, že hájí přání nemocného, jinak spory či pochybnosti řeší soud, různé zákony upozorňují – tak jako v dalších západních zemích – na **povinnost uvědomit soud o sporu či pochybnostech**). Má-li německý soud rovněž pochybnosti o přání pacienta, rozhodne ve prospěch udržování jeho života. Stejně tak

pokud jde o léky (opiáty): primární je přání pacienta, **lékař je povinen informovat ho, že když zvýší dávky, zpravidla to – nechtěně – zkrátí život**, ale pacient má právo si tyto vyšší dávky vyžádat. Lékař je povinen mu vyhovět, pokud je i on sám přesvědčen, že intenzita bolestí to vyžaduje. Pacient má právo vyžádat si konzilium nebo rozhovor s přednostou kliniky či uvědomit tzv. medicínskou službu – **nezávislé revizní lékaře pro přezkum řádné péče**.

Sítem spravedlnosti se samozřejmě v jednotlivých případech může propadnout jak pacient v Nizozemí, tak ve Washingtonu či v SRN, avšak ať tyto země mají, či nemají zákon k eutanazii nebo asistované sebevraždě, celkový právní rámec pro zdravotnictví a navazující sociální resort je důkladný s výraznými zárukami pro pacienty, na rozdíl od situace v ČR.

Spolkové ministerstvo spravedlnosti zároveň informovalo o záměru dekriminlizovat osoby blízké umírajícím, pokud se účastní pomoci při sebevraždě pod tlakem emočně vypjaté situace.

Německá lékařská komora projevila obavy z výslovného zákazu asistované sebevraždy ze zjištěných pohnutek, neboť lze předpokládat obdobný účinek jako ve Švýcarsku, tedy že se prolomí bariéry pro asistovanou sebevraždu „z nezištných“ důvodů. Zatím však platí ustanovení **Charty práv pacientů** (která se v roce 2013 stala součástí nového zákona o právech pacientů), jež umírající před eutanazií i asistovanou sebevraždou chrání.

Celkovou aktuální situaci v SRN „komplikuje“ i iniciativa zástupce organizace Dignitas: Ludwig A. Minelli založil v Německu její pobočku a poté, co spolková vláda schválila novelu trestního zákoníku, se obrátil na Spolkový ústavní soud s tím, že pokud se bude tolerovat asistovaná sebevražda (resp. pomoc při sebevraždě), není plně odůvodněné zakazovat tuto „pomoc umírajícím“ jen proto, že ji někdo provozuje jako „zaměstnání“. Minelli je „mazaný“ právník, trvá na právu nemocných na sebeurčení i v závěru jejich života, odpůrci jeho filozofie mají zúžený prostor: mohou poukazovat na etickou rovinu lékařské profese (avšak lékaři je

dovoleno na žádost nemocného odpojit přístroje, což někdy bezprostředně způsobí smrt, proč mu tedy zakazovat na žádost nemocného předepsat přípravek s letálním účinkem?, ovšem odpojení přístroje na žádost umírajícího je vyhovění přirozené smrti bez zátěže umělými prostředky, zatímco podání léku s cílem usmrtit je přece jen něco jiného) a na lékárnických vahách zkoušet vážit, zda lze povolit účast na sebevraždě na žádost nemocného, když ho lze nechat převést přes konečnou hranici života např. pomocí umělého spánku.

Německý parlament v listopadu 2015 odhlasoval zákaz asistované sebevraždy, za kterou bude hrozit trest odnětí svobody až na tři roky, zejména pokud by byla nabízena a zajišťována „organizovaným podnikatelským způsobem“. Z trestního postihu mohou být vyjmuti rodinní příslušníci nebo osoby blízké pacientovi, pokud se jeho sebevraždy nějakým způsobem zúčastní a půjde o ojedinělý výjimečný případ bez jakýchkoli zjištěných pohnutek.

Medicínsko-paliativní léčba a péče

V ČR existuje v této oblasti výrazné právní i další (organizační, finanční) vakuum. České zákony pro oblast zdravotní péče definici tohoto pojmu s jeho širším rozvedením a hlavně zajištěním jeho fungování v praxi potlačují, je snaha „odbyť“ závažně nemocné, zejména v posledních letech a měsících jejich života „na okraj zdravotnictví“, užívají se kusé pojmy hospicová zařízení nebo paliativní péče, zatímco ve vyspělejších státech se záměrně užívá spíše pojem medicínsko-paliativní „léčba a péče“, neboť pacientovi se mj. nesmí ani v posledních chvílích života odepřít dostatečně vyškolený specializovaný lékař. U nás zatím není pro pacienty zajištěna ani spolupráce různých klinik v rámci těžce nemocnice a není právně (systémově) zaručen nárok nemocného na konzultaci se specializovanými lékařskými službami např. v domovech důchodců, v hospici atd. Běžným negativním jevem je mj. to, že pacient, pokud z ambulantní léčby přejde do léčby ústavní, ztrácí

někdy nárok na kvalitnější léčivé přípravky (už tím se horší jeho celkový zdravotní stav a urychlí se konec života).

Nezaškodí shrnout některé hlavní zásady vyplývající mj. z německých zákonů, které u nás nejsou dořešeny, ač mohou napomoci snížení zájmu občanů o zákon pro uspíšení smrti.

Sebelepší „národní strategie pro oblast paliativní péče“ ani „zákon o právech pacientů“ samy o sobě nemocným příliš nepomohou, pokud nejsou do dalších zákonů zakotveny **mechanismy pro snadné vymáhání práv** pacientů v praxi. V SRN je klíčovou právní „pojistkou“ Sociální zákoník (zejména jeho 5. kniha – SGB V) upravující **zákonné nemocenské pojištění** (GKV). Hned v úvodním paragrafu 2a nalezneme zakotvení „výkonů pro zdravotně postižené a chronicky nemocné“. V paragrafu 39a jsou zakotveny **„lůžkové a ambulantní hospicové výkony“**: Pojištěnci, kteří nepotřebují nemocniční léčbu (anebo se jí vzdají), mají nárok na úhradu stacionární a polostacionární péče v hospicovém zařízení, v němž se poskytuje paliativně medicínská léčba a péče, pokud nemůže být uplatněna ambulantní péče v domácnosti pacienta, péče jeho rodiny. Všechny zdravotní pojišťovny (záruka jednotné kvality a dostupnosti i hospodárnosti) uzavírají se zastřešující organizací hospicových (a obdobných) služeb rámcovou smlouvu s pravidelnou valorizací úhrad (podle ověřovaných nákladů). Při sporech ohledně úhrad je zajištěna stížnostní komise s předsedou, na němž se smluvní strany shodnou (nebo ho ustaví ministr zdravotnictví). Zdravotní pojišťovny podporují ambulantní hospicové služby, pokud pacient nevyžaduje lůžkovou nebo částečně lůžkovou hospicovou péči.

Zdravotní pojišťovny musejí podle zákona o zdravotním pojištění zajistit mj. doprovázení umírajících v jejich domácnosti, ale i v ošetrovatelských a pečovatelských ústavech, bez ohledu na místo pobytu pacienta, jež může být proměnlivé podle jeho momentálních dispozic. Prostřednictvím svých svazů pojišťovny jednotně zajišťují síť služeb i dostatečné úhrady. Aby se hospicová či obdobná služba mohla stát smluvním partnerem veřejnoprávních pojišťoven, musí

prokázat kvalitní odborné zajištění paliativně medicínské léčby a péče mj. ve spolupráci s lékařem specializovaným pro tuto oblast. Jednu z hlavních odpovědností za provoz nese zdravotní sestra (a obdobně kvalifikované osoby) s víceletou zkušeností s paliativně medicínskou péčí s odpovídajícím (celoživotním) vzděláním. Úhrada od pojišťoven zahrnuje vše potřebné komplexně: poradenství, zdravotní a ošetrovatelskou péči, ale i zajištění pečovatelské péče (německému pacientovi stačí oslovit jednu instituci a získá zdravotní i sociální pomoc) vč. nezbytných pomůcek apod. V SRN se pacient a jeho rodina nemusejí obávat finanční zátěže, úhrady od pojišťoven jsou koncipovány buď tak, že pacient už nic dalšího neplatí, anebo jsou příspěvky od pacienta jasně vymezeny (zdravotnická a další zařízení nesmějí požadovat nic navíc, jak tomu v praxi bývá u nás), např. je stanoven poplatek na 28 dní za čtvrtletí, ale chronicky nemocní či zdravotně vážněji postižení nejchudší občané příplácí např. jen jedno procento ze svých ročních příjmů (anebo jsou z poplatků zcela vyjmuti).

Důležité je, že německé (podobně tomu bývá v ostatních vyspělejších evropských zemích) pojišťovny musejí zajistit komplexní zdravotní i sociální péči: např. pokud se pojišťovně v některé lokalitě nepodaří ihned zajistit pečovatelskou sílu, pak musí pacientovi nahradit jeho náklady za pomocnou osobu, kterou si sám sehnal.

Podobně **německý zákon o zákonném nemocenském pojištění v paragrafu 37 upravuje domácí zdravotní péči**. Jestliže lze zkrátit dobu hospitalizace, anebo **je-li nemocniční péče nabídnuta, ale pacient zvolí domácí péči**, je opět zajištěna koordinovaná lékařská, ošetrovatelská i pečovatelská péče. V lůžkovém ústavu si pacient může kdykoli vyžádat osobní rozhovor s šéflékařem (bez příplatku), může požádat o přidělení jiného ošetřujícího lékaře s hlavní odpovědností za léčbu a péči (bez příplatku). Zdravotní pojišťovny jsou povinny poskytovat pacientům právní poradenství i medicínské informace, zajistit pomocí nezávislých revizních (klinických) lékařů přezkum zdravotního stavu a vhodnosti péče,

jsou povinny pomoci pacientovi sepsat stížnost. Ve vztahu k umírajícím se počítá minimálně se šesti měsíci maximální péče a ohledů („vyšší potřeba péče“). Aby se regulovaly náklady pojišťoven, ověřují se náklady na provoz jednotlivých druhů služeb s určitou systemizací pracovních sil, podle faktů se zvolí určitý paušál (péče tak není limitována na pár hodin denně). Některé země umožňují, aby si člen rodiny umírajícího mohl vzít pracovní volno např. na několik týdnů (zaměstnavatel musí vyhovět).

V zahraničí „jde vhodná péče za pacientem“: pokud je to možné, očekává se, že lékař (vč. revizního lékaře) navštíví nemocného tam, kde zrovna pobývá (doma, v domově důchodců aj.), u nás se předpokládá, že se sám pacient dostaví k lékaři (je to bariéra pro imobilní, oslabené nemocné). V SRN tedy pacienta navštěvuje doma či jinde nejen praktický lékař, ale také specialisté – neurolog, psychiatr aj.

Ustanovení 37b téhož německého zákona se týká specializované ambulantní paliativní péče u nevléčitelných, progredujících stavů. Pro výkony, jež mohou prodloužit kvalitní život či ulevit od některých zdravotních obtíží, i když život spěje k samotnému závěru, se zvláště zde očekává zajištění lékařů specialistů. Pojišťovny za tímto účelem nasmlouvávají výkony jak s ambulantními specialisty, tak s nemocničními lékaři. Týká se to i léčby bolestí. Specializovaná lékařská a další pomoc „jde opět za pacientem“, je na ni nárok bez ohledu na místo pobytu nemocného. Některé výkony, např. aplikace opiátů, mohou být svěřeny praktickým lékařům, ale musejí mít speciální povolení. Je zakotven i zvláštní ohled na potřeby nevléčitelně nemocného dítěte. Výslovně jsou uvedeny pečovatelské ústavy (domovy důchodců) tak, aby i zde žijící senioři měli stejně kvalitní péči, jako kdyby byli na specializované klinice. V návaznosti na zákon a rámcovou smlouvu s poskytovateli existují k medicínsko-paliativní péči směrnice upravující podrobně podmínky pro praxi.

Doprovázení při umírání v SRN: směrnice pro lékaře zpracovaná spolkovou lékařskou komorou

Úvod

Úkolem lékaře je s přihlédnutím k právu pacienta na sebeurčení zachraňovat lidský život, chránit zdraví a obnovovat ho, mírnit utrpení a pomáhat umírajícím až do okamžiku smrti. Povinnost lékaře udržovat život však neplatí za všech okolností. Vznikne-li situace, v níž není veškerá příslušná diagnostika a terapie nadále indikovatelná, může být nabídnuto jejich omezení. Do popředí pak nastupuje paliativně medicínská péče. Toto rozhodnutí nesmí být vázáno na ekonomické úvahy.

Nezávisle na cíli medicínské léčby musí lékař v každém případě zajistit základní péči. K tomu patří lidsky důstojné ubytování, podpora nemocného, tělesná péče, mírnění bolestí, dechových obtíží, nevolnosti, tišení hladu a žízně. Za způsob a rozsah léčby nese odpovědnost lékař. **Musí přitom dbát na přání pacienta.** Při svém rozhodování má lékař hledat konsenzus s lékařskými a ošetrovatelskými spolupracovníky. Aktivní napomáhání k úmrtí je nepřípustné a trestní postih hrozí také tehdy, kdyby k němu došlo na žádost pacienta. Spolupůsobení lékaře při sebevraždě neodpovídá mravnímu charakteru lékařského povolání a může být trestně stíháno. Tyto zásady nemohou sejmut z lékaře jeho odpovědnost v konkrétních situacích.

I. Povinnost lékaře u umírajících

Lékař je povinen pečovat o umírající, tzn. nemocné nebo postižené s nezvratným selháním jedné nebo více vitálních funkcí, u nichž lze očekávat příchod smrti v krátké době, tak aby mohli zemřít při zachování osobní důstojnosti. Pomoc sestává vedle paliativní léčby i z celkové podpory a základního zaopatření.

Opatření k prodlužování života se smějí **se souhlasem pacienta** opomenout nebo ukončit, pouze když oddalují nástup smrti a nemoc nemůže být ve svém průběhu dále zastavena. Mírnění utrpení u umírajících může vystoupit do popředí pozornosti natolik, že může dojít k nevyhnutelnému zkrácení života. Záměrné zkrácení života prostřednictvím opatření, jež navozují smrt nebo úmrtí uspíší, je nepřipustné a podléhá trestnímu postihu.

Informování umírajícího o jeho stavu a možných opatřeních musí být pravdivé, má být však orientováno na situaci umírajícího a mělo by se přihlídnout k existujícím obavám nemocného. Lékař také může informovat člena rodiny nebo blízkou osobu, nestojí-li proti tomu vůle pacienta. K úkolům lékaře náleží rozhovor s pacientem o těchto otázkách.

II. Postupy u pacientů s infaustní prognózou

U pacientů s infaustní prognózou, kteří ještě bezprostředně neumírají, přichází změna cíle léčby v úvahu jen tehdy, když nemoc dále pokračuje a život udržující léčba pouze prodlužuje utrpení. Na místo život prodlužujících a život udržujících postupů pak nastupují paliativně medicínská péče a ošetrovatelská opatření. Rozhodnutí o změnách cíle terapie musí odpovídat vůli pacienta.

III. Léčba při ostatních život ohrožujících poškozeních

Nemocní s život ohrožujícím onemocněním, u nichž přes všeobecně špatnou prognózu nemusí nutně dojít k úmrtí v dohledné době, mají jako všichni pacienti právo na léčbu, péči a podporu, život udržující terapii, včetně umělé výživy. To platí také pro pacienty s těžkým mozkovým poškozením a trvalým bezvědomím (apatický syndrom, kóma).

Při postupující nemoci může však také u těchto pacientů dojít ke změně léčebného cíle a být vzato do úvahy opomenutí život udržujících prostředků. Rozhodnutí zřici se technických pomocných prostředků může ospravedlnit neodvolatelná rozsáhlá ztráta funkcí

vitálních orgánů. Doba ztráty vědomí přitom nesmí být jediným kritériem. Veškerá rozhodnutí **musejí odpovídat přání pacienta**. U pacientů v bezvědomí je nezbytné ustavit ke zjištění pravděpodobných přání zástupce pacienta (opatrovníka).

IV. Zjišťování přání pacienta

U patřičně informovaných pacientů schopných rozhodování lékař dbá na aktuálně projevovaná přání, a to i když se tato přání nekryjí s pohledem lékaře na nabídnutá diagnostická a léčebná opatření. Toto platí také pro ukončení již zahájených život udržujících výkonů. Lékař má nemocným, kteří potřebnou léčbu odmítají, pomoci zvážit rozhodnutí.

U pacientů neschopných rozhodování je určující jejich prohlášení (testament), prohlášení jejich zákonného zástupce (rodiče, opatrovník) nebo (pacientem či soudem) zplnomocněné osoby. Při podezření na zneužití nebo zjevně chybné rozhodování (zástupců pacienta) se lékař má obrátit na opatrovnický soud. Není-li k dispozici prohlášení ani od pacienta, ani od zákonného zástupce nebo zplnomocněné osoby, nebo nemohou-li být včas sehnáni, pak lékař jedná tak, jak by odpovídalo pravděpodobné vůli pacienta v konkrétní situaci.

Lékař má pravděpodobnou vůli pacienta zjistit z celkových okolností. Zvláštní pozornost se přitom musí věnovat dříve vyjádřeným přáním pacienta. Oporou pro zjištění pravděpodobných přání nemocného mohou být jeho (dříve vyjádřené) životní postoje, náboženské přesvědčení, jeho vystupování vůči bolesti a těžkým poškozením. Do zjišťování pravděpodobných přání pacienta by měli být zahrnuti také rodinní příslušníci nebo blízké osoby. Nedá-li se pravděpodobná vůle pacienta zjistit podle jmenovaných kritérií, pak lékař jedná při indikování lékařské péče v zájmu pacienta.

V. Dispozice od pacienta, plná moc k péči, dispozice od opatrovníka

Testament pacienta, plná moc k péči a dispozice od opatrovníka jsou podstatnou pomocí pro jednání lékaře. Dispozice od pacienta jsou závazné, pokud se vztahují na konkrétní situaci léčby a nejsou známy žádné okolnosti, že by pacient popřel jejich platnost. Musí se stále přezkoumávat, zda dispozice, jež dávají k úvaze omezení léčby, mají být platné také pro aktuální situaci. Lékař by měl zvážit, zda byl takový projev přání (omezení léčby) sepsán v době nejlepšího zdraví a zda nevzrostla naděje, často se vyskytující v beznadějném stavu. Doba pořízení testamentu má vedlejší postavení.

Dispozice od pacienta nesmějí být sepsány v jiné formě než jako testament, podle předpisů by měly být vyhotoveny písemně.

Pro poskytování souhlasu k lékařským opatřením, jež mohou být opomenuta nebo ukončena, může být ustavena také zplnomocněná osoba. Při léčbě s vysokým rizikem pro život a zdraví vyžaduje souhlas písemnou formu (paragraf 1904 BGB – občanský zákoník) a musí se vztahovat výslovně na určitý výkon léčby.

Souhlas opatrovníka nebo zplnomocněné osoby při vzdání se léčby udržující život musí být schválen opatrovnickým soudem (paragraf 1904 BGB). Podle rozhodnutí Vrchního zemského soudu z roku 1998 se vychází z toho, že soud se musí vyjádřit také pro ukončení život udržujících prostředků při začátku umírání.

(Podle paragrafu 1897 BGB soud ustavuje s ohledem na zdravotní péči jako opatrovníka osobu v nezávislém postavení, bez úzkého vztahu k zařízení, v němž je pacient umístěn nebo v kterém žije.)

Text „příručky“ německých lékařů byl krácen a tučně byl zdůrazněn předpoklad, že vše se primárně odvíjí od přání pacienta, a to i v tzv. beznadějných situacích. Porovnáme-li český zákon o zdravotních službách (a zákon o specifických zdravotních službách) s touto malou ukázkou z německých předpisů (na stavovské předpisy profesní komory

dohlíží ministr zdravotnictví a může je označit za protiprávní), pak lze české normy pro zdravotní péči označit za normy „rozvojové země“. Důsledkem chybných formulací v českých předpisech bude možná vzdor našeho obyvatelstva a touha po zákonu o uspíšení smrti (když mě lékař nenechá rozhodovat o mé péči, pak si alespoň sám rozhodnu o ukončení života).

Shrnutí

Tato brožurka ve stručnosti ukazuje možnost přijmout speciální zákon k předčasnému ukončení lidského života. Jako inspirativní příklad je uvedena SRN, kde lze na přání pacienta do jisté míry přímějšími i nepřímými postupy **napomoci smrti, avšak v přirozenější podobě** – namísto smrtící injekce či užití léku se smrtelným účinkem vzdát se umělých prostředků pro udržování života či si vyžádat silnější dávky léčiv pro tišení obtíží. Ať se česká společnost rozhodne pro „nizozemský vzor“ (eutanazie a asistovaná sebevražda), nebo „německý vzor“ (právně dobře upravená a dobře organizovaná medicínsko-paliativní péče), je třeba trvat na zkvalitnění celkového právního rámce pro zdravotní péči v ČR, což nové zákony ke zdravotním (a specifickým) službám rozhodně nesplní. Jejich kritika by ale vydala na další publikaci.

České předpisy se péčí o nevyléčitelně nemocné a umírající takřka nezabývají, resp. jen velmi kuse, bez přihlédnutí k faktu, že vážně nemocný často potřebuje provázanost různých druhů péče (chvíli je schopen žít doma, chvíli v ošetrovatelském ústavu, někdy vyžaduje zákrok či přezkum zdravotního stavu na specializovaných klinikách, ale týká se to i jinak nemocných v jiných souvislostech). V ČR se mj. nebere na vědomí, že v zahraničí nejsou hospicová zařízení vyhoštěna na okraj společnosti, že se v současné době budují spíše při specializovaných klinikách větších nemocnic, právě s ohledem na proměnlivé potřeby nemocných, s větší dosažitelností specialistů, přístrojů aj. V zahraničí se více užívá pojem „medicínsko-paliativní péče“, zatímco u nás se pojmem „hospicová“, „paliativní“ či ošetrovatelská péče zastírá potřeba větší přítomnosti lékařů i v závěru života. Zahraniční pacient má mj. právo vyžádat si pro umírání pobyt v lůžkovém zařízení (někteří pacienti mají např. obavy ze smrti v osamění či bez odborné pomoci), u nás to záleží na ochotě ústavů takového nemocného přijmout (volná lůžka v praxi bývají jen „za příplatek“). Na rozdíl

od zahraničí se u nás ve zdravotnických zařízeních neprovádějí **předem neohlášené kontroly** kvality a dodržování předpisů. Zejména pro osamělé, oslabené či imobilní pacienty není v ČR zajištěna faktická pomoc při vyřizování stížností, zajištění přezkumu zdravotního stavu a správnosti léčby. Naše nemocnice budou podstupovat kontroly kvality jen dobrovolně, u dalších druhů ústavů a služeb se s pravidelnou kontrolou takřka nepočítá. Pak nám zřejmě skutečně nezbývá nic jiného než chtít zákon pro uspíšení smrti, abychom nebyli vydáni napospas institucím v době, kdy nemáme dost sil pro aktivní vymáhání svých práv.

Na otázku v názvu této publikace neodpovídám jednoznačně, v této oblasti budou patrně vždy argumenty pro i proti, ale jednoznačně se stavím za zkvalitnění právního (a tím i organizačního a finančního) prostředí českého zdravotnictví podle zahraničních vzorů. Teprve pak diskutujme – s dobrou znalostí zahraničních debat i zákonů –, zda máme vedle pojmu „doprovázení umírajícího“ zavést do praxe i pojem „pomoc při sebevraždě“ apod.

Zdůrazněme, že v právně vyspělých společnostech smí jedině sám pacient říct, co je pro něj kvalitní život a co je pro něj důstojné.

Autorka dlouhodobě působila jako odborná redaktorka v oblasti zdravotní politiky a ekonomiky, jako předsedkyně sdružení pacientů a členka Výboru pro lidská práva a biomedicínu.

Hlavní informační zdroje

Nizozemí: Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act

www.minvws.nl

Oregon a Washington: Death with Dignity Act

USA: Patient Protection and Affordable Care Act

Self-Determination Act

www.doh.wa.gov

Švýcarsko: Schweizerisches Strafgesetzbuch, Schweizerisches Zivilgesetzbuch

www.admin.ch

www.zh.ch

SRN: Sozialgesetzbuch V, Gesetzliche Krankenversicherung

www.gesetze-im-internet.de

Vladimíra Skřivanová-Bošková
Eutanazie, nebo „komfort“ pro pacienty?
Zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších

Vydala **Městská knihovna v Praze**
Mariánské nám. 1, 115 72 Praha 1

V MKP 1. vydání
Verze 1.0 z 13. 11. 2015

ISBN 978-80-7532-054-4 (pdf)