

Členové etické komise MZ vyjadřují zásadní nesouhlas se zněním návrhu zákona „O důstojné smrti“ ze dne 26.5.2016 z těchto důvodů:

1.

V návrhu zákona je použit pouze jen jeden z více možných významů výrazu „důstojná smrt“. Důstojná smrt v běžném slova smyslu znamená smrt v kruhu rodinném nebo v nemocnici při zachování kvalitní hygieny, při adekvátním tlášení bolestí a jiných příznaků život ukončující choroby, při umožnění kontaktu s blízkými lidmi a při respektu k jedinečnosti umírajícího nemocného. Výraz důstojná smrt ve smyslu pouhého ukončení života trpícího člověka je užíván zastánci aktivní euthanasie. Bez ohledu na přípustnost či nepřípustnost aktivní euthanasie není vhodné v zákoně takto zúžit původně podstatně širší význam tohoto výrazu.

2.

V důvodové zprávě k návrhu zákona autoři ukazují, že znají pojmy „asistovaná sebevražda“ a „eutanázie“. Neexistuje jediný důvod (kromě matení čtenáře), proč by bylo potřeba místo obecně známých termínů užívat v návrhu zákona uvedené novotvary „pomoc k důstojné smrti“ a „její aktivní vyvolání“.

3.

Termínu „pomoc k důstojné smrti“ je možné rozumět i tak, že lékař neposkytne nebo vysadí život záchraňující léčbu. Ponechání nemocného zemřít dle jeho přání bez zatěžujících invazivních lékařských zákroků je v našem současném zdravotnictví mravním a právně nevyjasněným problémem. Vzhledem k vysokému procentu lékařů odmítajících podílet se na jakékoliv euthanasii, by toto rozumnění zákonu podstatně zkomplikovalo péči o terminálně nemocné pacienty.

4.

§ 7 dokládá nedostatečnou zasvěcenost autorů zákona, pokud se týká terminálních stavů nemocí.

Odst. 1: Co znamená „zdravotní stav je beznadějný“? Je mnoho nemocí, u kterých není naděje na vyléčení, jsou tedy „beznadějné“ – astma, polyarthritida, farmakoresistentní deprese apod. U žádné z nich není indikována euthanasie ani asistovaná sebevražda. Co je „trvalé utrpení fyzické nebo psychické“? I do této kategorie patří většina psychiatrických poruch, astma a mnoho dalších nemocí. A konečně mezi „nahodilé nebo dlouhodobé závažné a nevyléčitelné nemoci“ lze skutečně zařadit většinu nemocí, které existují. Holandský zákon to řeší stanovením týdnů do očekávaného příchodu smrti.

Odst. 3: „K důstojné smrti nelze dopomoci nebo ji vyvolat dříve než 4 týdny od vyhotovení žádosti pacientem.“ Takový termín je použitelný při plánování vraždy či sebevraždy u lidí, kteří nejsou v terminálním stadiu choroby. Ve chvíli, kdy pacient dojde k závěru, že jeho další život vzhledem k neztížitelnému utrpení a blížícímu se konci ztratil smysl, čekat další 4 týdny je absurdní.

5.

§ 8c

„nejméně tři časově přiměřeně oddělené rozhovory“ - kdo skutečně zná prostředí nemocnic, bude si zřejmě dost obtížně představovat něco tak fluidního jako tři časově přiměřeně oddělené rozhovory. Holandský zákon nezná „tři rozhovory“ (ty by mohly být i o přemlouvání lékařem, aby se pacient nechal zabít), ale „opakovanou žádost“ nemocného.

6.

§4 odst. 1

Jak si autoři zákona představují, že terminálně nemocný člověk vypracuje složitý právní dokument a nechá ověřit svůj podpis (vyčká frontu na poště)? Opět to je ustanovení pro lidi, kteří vraždu či sebevraždu plánují dlouhodobě, ne pro terminálně nemocné.

7.

§ 3

Jak mohu při plném vědomí rozhodnout, ve kterém okamžiku mne má zabít lékař až budu v bezvědomí?

8.

§9 odst. 3

Povinnost potvrzení závěrů ošetřujících lékařů nezávislým lékařem musí platit i pro konzultace v týmu dle odst. 2. Pak je odst. 3 zbytečný. Pochybnost kteréhokoliv konzultujícího lékaře by měla vést k odmítnutí žádosti. Jinak tento odstavec umožňuje vyměňovat nesouhlasící lékaře tak dlouho, až budou všichni souhlasit.

9.

§13 a §14

V Holandsku posuzuje provedenou euthanasii soud. U nás oprávněnost nedobrovolné hospitalizace také schvaluje soud. Proč by tak závažnou věc, jako je zabití nemocného, mělo posuzovat ministerstvo?

10.

„Návrh zákona o důstojné smrti se snaží vyřešit mnohdy neúnosnou situaci pacienta, který trpí vážnou chorobou“

Neúnosná situace nemocného může být dána i způsobem péče v nemocnici. Jsou nemocní, kteří jsou tak nespokojeni s terminální péčí, že by raději volili smrt, než přijali tuto péči. Zákon nabízí těmto nemocným smrt místo tlaku na nemocnici, aby humanizovala péči o terminálně nemocné.

11.

Současné české zdravotnictví je podfinancované (srovnáme-li % HDP vynaložené na náklady zdravotní péče v různých státech Evropy), není dost dobře organizované (viz aktuální úbytek sester a lékařů v systému), s úrovní péče o terminálně nemocné (kromě hospiců) nemůžeme být ještě dostatečně spokojeni. Je zde proto vysoké riziko, že provádění euthanasie bude mravně nepřijatelným způsobem řešit i jiné problémy současného českého zdravotnictví.

Ostatně přední holandský expert v oblasti zdravotnické etiky M. de Wachter již v roce 1994 na konferenci věnované problému holandské euthanasie jasně deklaroval:

“Simplistic imitations of the Dutch model must not be encouraged. Euthanasia as an exceptional but accepted part of medical practice can only be tolerated under conditions such as quality of care, pain treatment expertise, long-standing doctor-patient relationships, and total absence of financial motives; as well as a context where all human life is highly valued as equally important.”¹ (“Nesmí být podporováno příliš zjednodušující napodobování

¹ Euthanasia and Assisted Suicide in the Netherlands and in Europe. Methodology of the ethical debate Proceedings of a European Conference Maastricht, 10 and 11 June 1994. Published by the EUROPEAN COMMISSION. Dostupné z: https://www.google.cz/#q=CGNA16636ENC_002.pdf

holandského modelu. Euthanasie jako výjimečná, ale akceptovaná součást lékařské praxe může být tolerována pouze při splnění podmínek jako je kvalita péče, kvalifikovaná léčba bolesti, dlouhodobý vztah mezi lékařem a pacientem a úplné chybění finančních motivů; stejně je nutný kontext, ve kterém je každý lidský život vysoce ceněn a má stejný význam jako ostatní.“)

Navrhovatelům doporučujeme prostudovat odborné studie o euthanasii, ukončení léčby, prostudovat legislativu ostatních zemí k dané problematice a třeba i Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.

Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc.
předseda Etické komise Ministerstva zdravotnictví
