Terminálna fáza ľudského života a poskytovanie zdravotnej starostlivosti z pohľadu práva

MUDr. JUDr. Peter Firment
Oddelenie anestéziológie a intenzívnej medicíny, FNsP J. A. Reimana, Prešov

Ľudský život má svoje hranice a táto skutočnosť platí aj v oblasti zdravotnej starostlivosti. Uvedená problematika sa stáva aktuálnou hlavne s technologickými pokrokmi medicíny. V posledných rokoch sa do popredia dostáva predovšetkým princíp zodpovednosti pacienta za vlastné zdravie. Práca sa zaoberá témou umierajúcich pacientov z pohľadu vnútroštátnej i medzinárodnej právnej úpravy. Autor sa venuje danej oblasti aj z etického a medicínskeho hľadiska.

Kľúčové slová: **eutanázia, právo na smrť, autonómia vôle, bazálna terapia, postup lege artis.**

The finality of human life and healthcare services from a legal point of view

Human life has its own limits and this also applies to health care. This subject becomes actual especially with the current technological advances in medical sphere. In recent years, comes to the front primarily the principle of patient responsibility for his own health. In this thesis is analyzed the topic of dying patients with use of national and international legislation. The author deals with this theme from the ethical and medical point of view.

Key words: **euthanasia, right to die, freedom of the will, basal therapy, lege artis procedure.**

Anestéziol. intenzívna med., 2015; 4(2): 75–77

Úvod

Už dlhé stáročia sa ľudia zaoberajú problematikou smrti a umierania. V súčasnom období komercionalizácie, zdôrazňovania úspechu, krásy a zábavy sa táto oblasť akosi tabuizuje (1). Smrť predtým súkromná, zvyčajne spirituálna či náboženská udalosť prebiehajúca v rámci rodiny a priateľov je v súčasnosti veľakrát na očiach spoločnosti a pri prítomnosti rôznych prístrojov (2). U týchto vážne chorých pacientov často predbehne sociálna smrť tú biologickú a táto skutočnosť je nimi veľmi ťažko akceptovaná (3). Objavuje sa fenomén tzv. heroickej medicíny so snahou zachrániť každý život, i keď je to už len beznádejné predlžovanie umierania, a smrť za akýchkoľvek okolností sa vníma ako neúspech, čo môže mať následne aj forenzné dôsledky. Smrteľné ochorenie sa považuje za prehru, zlyhanie a prejav nemohúcnosti lekára (4).

S ďalším rozvojom medicíny sa však stále viac do popredia dostávajú etické otázky. Zdôrazňuje sa nielen potreba udržania života chorého, ale aj jeho čo najlepšej kvality. Práve kvalita života (*well being*) sa stáva jednou z rozhodujúcich úloh lekára, ktorý by nemal pacienta len liečiť, ale umožniť mu aj zmysluplný a plnohodnotný život (5).

Pri úvahách o rozhodovaní na konci života je vhodné zamyslieť sa aj nad pojmom eutanázia. V rôznych odborných publikáciách sa zvykne rozdeľovať na aktívnu, pasívnu, respektíve voluntárnu či involuntárnu. K tomuto deleniu je však potrebné dodať, že slovenské i zahraničné autority z oblasti medicíny považujú toto delenie za zavádzajúce a pod pojem eutanázia zahŕňajú len jej tzv. aktívnu formu (2, 6). Teda ide o podanie smrtiacej dávky lieku lekárom na žiadosť pacienta. Ostatné formy eutanázie by sa nemali používať, respektíve by mali byť označované inými pojmami. Keby sme išli do extrémov, museli by sme priznať, že v našich nemocniciach sa vykonáva eutanázia, čo je nepravdivé, ale aj neprípustné. Odlišnosť pasívneho ponechania zomrieť a aktívneho usmrtenia, respektíve zabitia má v medicíne a morálke hlboko zapustené korene (7). S tým súvisí aj uznesenie Rady Európy (uvedené dokumenty však nemajú právnu záväznosť) zo dňa 25. 1. 2012, v ktorého článku 5 sa uvádza: „Eutanázia, v zmysle úmyselného usmrtenia konaním alebo opomenutím závislej ľudskej bytosti pre jej alebo jeho predpokladaný prospech, musí byť navždy zakázaná." (8). Táto organizácia prijala aj odporúčanie č. 1418/1999 O ochrane ľudských práv a dôstojnosti nevyliečiteľne chorých a umierajúcich (tzv. charta umierajúcich), v jej článku 8 vyzýva členské štáty, aby prijali legislatívu, ktorou by sa okrem iného zabránilo aj predlžovaniu umierania terminálne chorého alebo umierajúceho človeka proti jeho vôli, ale na druhej strane aj obmedzovaniu život udržujúcej liečby (*life-sustaining*) z ekonomických dôvodov.

Podľa Benátskej deklarácie prijatej Svetovou zdravotníckou organizáciu v roku 1983, by lekár nemal využívať mimoriadne terapeutické prostriedky, ak umierajúcemu pacientovi pravdepodobne nepomôžu (9). Podobne aj Svetová lekárska asociácia na svojom 39. generálnom zhromaždení sa uzniesla na Deklarácii o eutanázii, v ktorej bol vyslovený názor, že neprijateľnosť eutanázie nie je prekážkou na ponechanie prirodzeného procesu umierania v prípade terminálneho ochorenia pacienta, ak o to žiada.

Prvým zákonom proti umelému predlžovaniu života bol zákon prijatý v Kalifornii a účinný od 1. 1. 1977. Jeho účelom bolo umožniť ochranu proti umelému predlžovaniu ľudského života nad prípustné medze, čím by mohla byť narušená dôstojnosť umierajúceho, mohlo dochádzať k zvyšovaniu jeho bolesti, utrpeniu a taktiež k neprimeranej záťaži príbuzných (10).

Etické aspekty rozhodnutí na konci života

Lekárska etika sa riadi štyrmi hlavnými princípmi: ide o princípy neškodenia (*nonmaleficencia*), konania dobra (*beneficencia*), autonómie a spravodlivosti. Zatiaľ čo prvé dva princípy možno nájsť aj v známom *Corpus Hipocraticum*, princíp autonómie a spravodlivosti sa objavujú až v neskoršom období. Tieto jednotlivé zásady sa niekedy môžu dostať do konfliktu (11).

Významným zlomom v prospech práv pacienta bolo prijatie Dohovoru Rady Európy o ochrane ľudských práv a dôstojnosti človeka v súvislosti s aplikáciou biológie a medicíny z roku 1997, tzv. Dohovoru o ľudských právach a biomedicíne (7). Od prijatia uvedeného dokumentu, ku ktorému pristúpila aj Slovenská republika v roku 2001, je právo na informovaný súhlas s terapiou vnímané ako nevyhnutná

podmienka starostlivosti o zdravie, čím došlo k posilneniu autonómie pacienta (12).

Medzi základné úlohy zdravotníckeho pracovníka patrí poskytovanie adekvátnej zdravotnej starostlivosti a v nevyhnutných situáciách umožnenie podmienok na dôstojnú smrť (13). Je potrebné pochopenie a prijatie smrti aj na jednotkách intenzívnej starostlivosti ako klinickej situácie, ku ktorej dochádza. Nemal by to byť iba negatívny výsledok, ktorý má byť odmietnutý alebo oddialený za každú cenu. Pochopenie týchto postojov môže ponúknuť cenné poznatky o prístupoch, ktoré môžu pomôcť zlepšiť našu schopnosť starať sa o umierajúcich pacientov a ich rodiny (14). Lekári nemajú právo ani povinnosť realizovať čosi, čo je len predlžovaním umierania (15). Násilná snaha o záchranu života ako jediného možného prijateľného výsledku poskytovania zdravotnej starostlivosti vedie často k opakovaným kardiopulmonálnym resuscitáciám, a prípadne taktiež alibistický prenos zodpovednosti za konečné rozhodnutie o ukončení terapie na anestéziologický tím privolaný za takejto situácie ako konzílium.

Mnohé prieskumy ukazujú, že lekári sú pri starostlivosti o terminálne chorých pacientov prístupnejší skôr nezačatiu liečby ako jej ukončeniu. Dôvody sú komplexnejšie, ale s morálnou zodpovednosťou je viac spájané ukončenie terapie, pretože je aktívne, zatiaľ čo nezačatie terapie je pasívne. Etické a právne analýzy zdôrazňujú, že lekári by nemali medzi týmito formami robiť žiaden rozdiel. Často práve až po intervencii ošetrujúci personál zistí márnosť či potrebnosť intenzívnej zdravotnej starostlivosti. Preto nemusí byť v konečnom dôsledku ani začatá samotná liečba, z ktorej by mohol pacient následne profitovať, pri perspektívnom zdráhaní sa možného rozhodovania o ukončení terapie (16).

Právna úprava v Slovenskej republike a rozhodovania na konci života

Čo sa týka oblasti terminálnej starostlivosti o pacienta v slovenskom právnom poriadku, je rámcovo uvedená v Etickom kódexe zdravotníckeho pracovníka, ktorý tvorí prílohu zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Tento kódex je pre zdravotníckeho pracovníka záväzný podľa ustanovenia (ďalej len ust.) § 80 odsek 1 e, tohto zákona. Piaty článok uvedeného kódexu znie: „Zdravotnícky pracovník u nevyliečiteľne chorých a zomierajúcich zmierňuje bolesť, rešpektuje ľudskú dôstojnosť, priania pacienta v súlade s právnymi predpismi a zmierňuje utrpenie. **Eutanázia a asistované suicídium sú neprípustné.** "Veľmi podobným ustanovením je aj ust. § 2, čl. 7 Etického kódexu Českej lekárskej komory. Obsahuje však aj tieto slová: „Voči neodvrátiteľnej a bezprostredne očakávanej smrti však nemá byť cieľom lekárovho konania predlžovať život za každú cenu." (17). Bolo by vhodné, keby takéto ustanovenie obsahovali aj naše právne predpisy. Najbližšie tomuto vyjadreniu, aj keď len nepriamo, je ust. článku 8 spomínaného Etického kódexu zdravotníckeho pracovníka: „Zdravotnícky pracovník nesmie sám alebo po dohovore s inými ordinovať neúčelné diagnostické, liečebné ani iné výkony." Podľa nášho názoru z toho vyplýva, že lekár nesmie napríklad ani umelo predlžovať umieranie. Na tomto mieste je ešte vhodné pripomenúť aj Chartu práv pacienta v Slovenskej republike, ktorá **bola prijatá** uznesením vlády SR č. 326 dňa 11. apríla 2001 (18). Okrem iných práv, ktoré má nevyliečiteľne chorý a umierajúci, článok 8 tohto uznesenia obsahuje aj: „Pacient má právo v nevyliečiteľnom štádiu ochorenia na takú **úľavu** a **zmiernenie bolestí**, ktoré zodpovedajú súčasným vedomostiam a možnostiam zdravotnej starostlivosti o umierajúcich, na **dôstojné umieranie** a na dôsledné **rešpektovanie** písomnej žiadosti **nebyť resuscitovaný** alebo **odmietnuť** aplikáciu liečebných zákrokov a postupov. Ak pacient napriek náležitému vysvetleniu odmieta potrebnú zdravotnú starostlivosť, lekár si od neho vyžiada vyjadrenie o jej odmietnutí v písomnej alebo v inak preukázateľnej forme." Problematika umierajúcich pacientov už výslovne nie je nikde inde v našich právnych predpisoch upravená.

V ust. § 4 odsek 3 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov sa uvádza, že „poskytovateľ je povinný poskytovať zdravotnú starostlivosť správne. Zdravotná starostlivosť je poskytnutá správne, ak sa vykonajú všetky zdravotné výkony na správne určenie choroby so zabezpečením včasnej a účinnej liečby s cieľom uzdravenia osoby alebo zlepšenia stavu osoby pri zohľadnení súčasných poznatkov lekárskej vedy". Týmto je vlastne vymedzený postup *lege artis*. Od štandardného postupu je možné sa odkloniť iba za osobitných okolností s podmienkou, že je to na prospech pacienta. Takýto postup musí byť odôvodnený v jeho zdravotnej dokumentácii (19). V prípadoch, pri ktorých už zlyhávajú poznatky medicíny a ďalšia plnohodnotná liečba by sa stávala len predlžovaním utrpenia, môžeme za správny postup považovať upustenie od takejto nadbytočnej terapie (20). Podobne je to aj v prípade duálneho účinku opioidov, keď dochádza k zvyšovaniu dávok liekov proti bolesti a pacient s takýmto konaním súhlasí aj s možným následkom smrti. Takéto poskytovanie zdravotnej starostlivosti by sa malo považovať za *lege artis*, a teda za povinnosť (4). Právna povinnosť zbaviť pacienta útrap má prednosť pred imperatívom zachovania života (15).

Dôležitou skutočnosťou vo vzťahu k uvedenému správnemu odbornému medicínskemu postupu je, že na medzinárodnom kongrese v Bruseli v roku 2003 boli prijaté klinické praktické postupy v liečbe na konci života (*end of life*) za účelom jej zlepšenia (2).

Napríklad aj v Českej republike boli vydané odporúčané postupy, ktoré ale nie sú právne záväzné. Ide o Konsenzuálne stanovisko k poskytovaniu paliatívnej starostlivosti o chorých s nezvratným orgánovým zlyhaním, ktoré v roku 2009 vydali Česká spoločnosť anestéziológie, resuscitácie a intenzívnej medicíny Českej lekárskej spoločnosti Jána Evangelistu Purkyně a Česká spoločnosť intenzívnej medicíny Českej lekárskej spoločnosti Jána Evangelistu Purkyně. Vo februári 2010 Česká lekárska komora vydala odporúčanie svojho predstavenstva č. 1/2010 k postupu u pacienta v terminálnom stave, ktorý nie je schopný vyjadriť svoju vôľu (21). Taktiež v Slovenskej republike už existuje „**Odporúčanie postupu pri zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť u dospelých pacientov, ktorí nie sú schopní o sebe rozhodovať v terminálnej fáze ochorenia**" ako Konsenzuálne stanovisko Slovenskej spoločnosti anestéziológie a intenzívnej medicíny (SSAIM) a Sekcie paliatívnej medicíny Slovenskej spoločnosti pre štúdium a liečbu bolesti Slovenskej lekárskej spoločnosti (SLS). Toto odporúčanie bolo schválené výborom SSAIM dňa 20. 5. 2014. Ďalšie menované spoločnosti ho ešte oficiálne neprijali. Takisto však nejde o právne záväzný dokument, ale spĺňa vyššie vymedzenú podmienku postupu lege artis, a ak by sa chcel lekár od takéhoto spôsobu liečby odkloniť, musel by svoje konanie písomne zdôvodniť.

Zaujímavou je aj otázka možnosti upustenia od terapie lekárom, ak by bol takýto postup lege artis, no samotný pacient alebo jeho zákonný zástupca by tento spôsob poskytovania zdravotnej starostlivosti vyžadoval. Pacient by napríklad vyslovil vopred prianie, že v prípade klinickej smrti chce byť resuscitovaný. V USA v 90.

rokoch bola väčšina súdnych konaní v takýchto prípadoch rozhodnutá v prospech márnej liečby (22), teda podľa vôle pacienta. V našej judikatúre zatiaľ podobný prípad riešený nebol, ale podľa nášho názoru by mal poskytovateľ dať v takejto situácii návrh na súd a do jeho rozhodnutia pokračovať v liečbe, aj keď ju považuje za márnu.

Príkladom určitej rigidity v zmýšľaní aj odborného personálu alebo možno až istým absolutizovaním hodnoty života je zvyčajná praktická realizácia postupu lekárov po stanovení smrti pacienta. Po určení smrti mozgu konzíliom je totiž ošetrujúci lekár povinný upustiť od ďalšej resuscitácie okrem prípadu, ak konzílium navrhlo pokračovanie resuscitácie aj po určení smrti, ak ide o mŕtvu osobu, ktorej sa má odobrať orgán, tkanivo alebo bunky na účely transplantácie a dôležité je aj ďalšie ustanovenie, ktoré znie: „po určení smrti lekárom alebo konzíliom možno na mŕtvom tele vykonať len pitvu, zdravotné výkony potrebné na účely odoberania orgánov, tkanív a buniek a zdravotné výkony vedúce k pôrodu, ak ide o tehotnú ženu" (ust. § 43 zákona 576/2004 Z. z.). Napriek týmto právne záväzným ustanoveniam však majú mnohí lekári zábrany zastaviť činnosť život udržujúcich prístrojov aj po stanovení mozgovej smrti, čím vlastne konajú *non lege artis*, a tým zároveň aj protiprávne.

Záver

Pomocou interpretácie a výkladu je teda možné tvrdiť, že aktuálna právna úprava pripúšťa nezačatie či ukončenie márnej liečby a podávanie liekov s duálnym účinkom pacientovi. Dokonca prostredníctvom práva právne spôsobilej osoby na odmietnutie poskytovanej zdravotnej starostlivosti je legálne takéto rozhodnutie aj s prípadným následkom smrti pacienta. Toto tvrdenie však v praxi našich nemocníc nie je všeobecne prijímané. Kladne je však potrebné hodnotiť už vyššie uvedené „Odporúčanie postupu pri zmene intenzívnej liečby na paliatívnu liečbu a starostlivosť u dospelých pacientov, ktorí nie sú schopní o sebe rozhodovať v terminálnej fáze ochorenia", o ktoré sa možno oprieť ako o postup lege artis.

V rámci problematiky zdravotnej starostlivosti o umierajúcich pacientov, ako je zrejmé z predchádzajúcich úvah, ide o veľmi rozsiahlu a interdisciplinárnu oblasť. Na niektoré jej hraničné aspekty je stále ťažké nájsť jednoznačnú odpoveď, a preto je potrebná v týchto otázkach širšia spoločenská i odborná diskusia. Potreba posunu v tejto sfére sa ukazuje o to aktuálnejšou, že právna úprava týkajúca sa terminálne chorých pacientov nie je úplne dostatočná. Taktiež odborná verejnosť a hlavne laici majú ešte stále problémy s akceptáciou nerozširovania či ukončovania márnej liečby.

Z vyššie uvedeného sa dá konštatovať, že poskytovateľ zdravotnej starostlivosti sa snaží o objektívne dobro pacienta, ktoré sa však nemusí stále kryť s jeho dobrom subjektívnym (23). V ideálnom prípade majú uvedené dobrá rovnaký obsah. Zdravotnícky pracovník však nemôže konať objektívne dobro, ak s tým pacient nesúhlasí. Ten ale na druhej strane nemôže vyžadovať také subjektívne dobro, ktoré by spĺňalo charakteristiku postupu non lege artis. Zmienené sentencie sú platné pre poskytovanie zdravotnej starostlivosti vo všeobecnosti, a teda aj v rámci tzv. rozhodnutí na konci života. Často ide o vypäté situácie z osobného, rodinného i profesionálneho pohľadu. Práve preto by mali byť aj jasne stanovené právne mantinely možného konania, respektíve nekonania zo strany subjektov uvedeného vzťahu, ktorý vzniká pri danej starostlivosti.

Literatúra

1. Munzarová M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada; 2005: 108 .

2. Thompson BT, et al. Challenges in End-of-Life Care in the ICU: Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003: Executive Summary. *Critical Care Medicine*. 2004;32(8):1781–1784.

3. Vozár J. Právo na smrť. *Právny obzor.* 1993;76(6):552–564.

4. Vozár J. *Eutanázia: Právne aspekty.* Pezinok: Formát; 1995: 171.

5. Bilasová V. *Etika a medicína*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity; 2008: 179.

6. Firment J, et al. Kroky pri prechádzaní na paliatívnu liečbu u kriticky chorých. In: *Novinky v anestéziológii a intenzívnej medicíne*. Prešov: A-media, s. r. o.; 2009: 181–188.

7. Barancová H, et al. *Medicínske právo*. Veda; 2008: 426.

8. Available from: <http://www.europeandignitywatch.org/day-to-day/detail/article/council-of-europe-bans-euthanasia.html.>.

9. Drgonec J. Právne otázky eutanázie. *Právny obzor.* 1992;75(8):720–735.

10. Štěpán J. *Právo a moderní lékařství.* Praha: Panorama; 1989: 347.

11. Vácha M, Königová R, Mauer M. *Základy moderní lékařské etiky.* Praha: Portál; 2012: 302.

12. Available from: <http://czp.prf.cuni.cz/?q=node/125>.

13. Šoltés L, Pullman R. *Vybrané kapitoly z medicínskej etiky.* Martin: Osveta; 2008: 256.

14. Cook D, et al. Understanding and changing attitudes toward withdrawal and withholding of life support in the intensive care unit. *Critical Care Medicine.* 2006;34(11):317–323.

15. Pollard B. *Eutanazie ano či ne?* Praha: Dita; 1996: 210.

16. Truog RD, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Critical Care Medicine.* 2008;36(3):953–963.

17. Available from: <http://www.clk.cz/oldweb/zakpred/predpis10.html>.

18. Available from: <http://www.rokovania.sk/File.aspx/ViewDocumentHtml/Uznesenie-6995?prefixFile=u_>.

19. Tóth K, et al. *Právo a zdravotníctvo.* Herba; 2008: 388.

20. Stolínová J. *Občan, lékař a právo.* Praha: Avicenum; 1990: 164.

21. Těšinová J, Žďárek R, Policar R. *Medicínské právo.* C. H. Beck; 2011: 414.

22. Daar JF. Medical futility and implications for physician autonomy. *American Journal of Law and Medicine.* 1995;21(2–3):221–240.

23. Humeník I. Pacient ako spotrebiteľ – kde sú hranice jeho práv? *Právo a manažment v zdravotníctve.* 2011;2(3):23–28.

MUDr. JUDr. Peter Firment
Oddelenie anestéziológie
a intenzívnej medicíny
FNsP J. A. Reimana
Hollého 14, 081 81 Prešov
peterfirment@gmail.com

