

CO MLUVÍ I DNES PROTI EUTANAZII?

Marta Munzarová

Ústav lékařské etiky, Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, Brno

Článek se zabývá samotnou definicí eutanazie a historickým vývojem tohoto pojmu. Uvádí nizozemské zkušenosti s eutanazií a dává je rovněž do historických souvislostí. Je zaměřen na etické aspekty eutanazie a na možné důsledky jejího případného povolení.

Klíčová slova: eutanazie, asistovaná sebevražda.

Zdravot. právo v praxi; 2006; 1: 4–6

Úvod

Doutnající diskuze o eutanazii se v současnosti i v naší zemi opět rozhořela. V novém návrhu trestního zákona usmrcení na žádost nevléčitelně nemocné osoby přestává být vraždou a pro tento skutek je stanovena trestní sazba „až šest let odnětí svobody“. Především lidé handicapovaní považují tuto formulaci za velmi nebezpečnou, jelikož nestanovuje dolní hranici trestu. Někteří právníci tvrdí, že toto vyjádření není synonymem s možnou „bezrestností“, uznávají však, že uvedené soudci umožňuje obžalovaného nepotrestat vůbec. Někteří politikové se domnívají, že takový návrh je prvním krokem k legalizaci eutanazie. A mnozí novináři opět matou pojmy mísíce nemísitelné a tím, pravděpodobně zcela nevědomky, mění vnímání společnosti ve prospěch zabití pacientů.

Pojem eutanazie

Vzhledem k závažnosti problému, zdaleka ne pouze v uvedeném kontextu, je vhodné nejprve řádně definovat obsah pojmu eutanazie. Dle Světové lékařské asociace (WMA – World Medical Association) je eutanazie „vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen; jednající v ní o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby; a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku“ (1). I v Holandsku, kde je eutanazie již dlouho tolerována a patřičnými zákony „ošetřena“ (a to již od r. 1994, nikoliv až v r. 2001), je obsah tohoto pojmu vymezen analogicky: jedná se o úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným (= lékařem) na jeho vlastní žádost. Klíčovými prvky zde tedy jsou: úmysl zabít, zabít a vlastní žádost pacienta.

V dřívější době byla eutanazie tříděna na **aktivní** a **pasivní**. Pojem aktivní eutanazie vyjadřoval aktivní zásah vedoucí ke smrti (= zabití, například podáním smrtelné dávky „léku“), zatímco pojem pasivní eutanazie znamenal ustoupení od aktivity – nepokračo-

vání v léčebných postupech, což vedlo také ke smrti. Záleželo rovněž na tom, zda toto nemocný vyžadoval nebo nikoliv, anebo zda byl usmrcen dokonce i proti svému „chtění“. Bylo možno popsat různé kombinace – např. aktivní vyžádaná (chtěná) eutanazie, pasivní nevyžádaná (nechtěná) eutanazie, aktivní nedobrovolná eutanazie a podobně. Pod pojmem pasivní eutanazie však mohly být schovány dva diametrálně odlišné postupy. Na jedné straně nezasáhnutí s úmyslem zabít (v tomto případě se po mravní stránce jedná o totéž, jako v případě přístupu aktivního); na straně druhé nepodání léčby nebo ustoupení od dalších postupů tehdy, jsou-li nadměrně zatěžující, přinášející umírajícímu nemocnému jen ještě další utrpení v jeho umírání a jsou-li již zbytečné a marné, tzn. není-li ani při jejich aplikaci naděje na trvalejší a podstatné zlepšení stavu pacienta. Na odmítnutí takových postupů má navíc nemocný plné právo. Jen on je zdrojem našeho práva jej léčit a může tedy rozhodovat, jak chce žít při svém umírání.

Dřívější terminologie na základě výše uvedeného třídění by měla být definitivně vymýcena. Pojem eutanazie zastřešoval diametrálně odlišné úmysly a činy a není divu, že díky tomu docházelo a stále dochází k matení. Bylo by tedy velmi žádoucí shodnout se na zmíněné definici WMA. Veškeré činy, které mají určitý mravní rozměr, vždy byly a snad i nadále budou hodnoceny i (nebo především) dle úmyslu jednajícího; je tomu tak přece i v myšlení ryze právníckém. Snad se všichni shodneme na tom, že je podstatný a zásadní rozdíl mezi dvěma učebnicovými případy:

- řidič úmyslně najede do chodce s cílem jej zabít
- při zcela nečekaném smyku vozidla (při veškeré opatrnosti a zodpovědnosti řidiče) dojde k usmrcení chodce.

Totéž je možno říci i o našem diskutovaném předmětu (a znovu zde zopakovat již uvedené):

- lékař úmyslně zabije nemocného (byť na jeho „autonomní“ žádost, kterou lze navíc v naprosté většině případů zpochybnit)
- lékař ustoupí před vítězstvím smrti nad životem umírajícího nemocného, nenakládá na něj další

zatěžující postupy, které by vedly jen k protahovanému umírání a to bez naděje na výraznější zlepšení jeho stavu, a nemocný sám tyto postupy odmítá. Lékař však neustává v péči a v léčbě, která nemocnému ulehčuje ve všech jeho trápeních. Nemocný poté zemře díky chorobnému procesu, vůči němuž jsme již bezmocní a nikoliv díky usmrcení jinou osobou.

Co je potřeba brát v úvahu?

Na tomto místě se nelze dopodrobna rozepisovat o tom, co vše je třeba zvážit, přistoupíme-li ke druhé možnosti, „necháme-li“ umírajícího nemocného v klidu zemřít (princip dvojího efektu, třídění prostředků na patřičné a nepatřičné, otázky lidských práv smrtelně nemocných a umírajících, celostní pojetí člověka a s tím související paliativní přístupy, atd. – 2). Dokonalá odbornost, zodpovědnost a tříbené svědomí musí být samozřejmostí; bez toho všeho by se lékařská etika stala snad jen etickou parodií. Tato druhá situace však není eutanazií a je plně v souladu se zásadami lékařské etiky, včetně dnešních doporučení WMA (1).

Ve velmi početné lékařské nebo lékařsko-etické literatuře se jen ojediněle najdou záblesky uvažování o tom, jaký vliv by mělo zabíjení nemocných jejich lékařem na lékaře samotného. Je s podivem, že toto není kladeno na první místa při diskuzích o eutanazii a o její možné legalizaci. Jak z období nacistů (vzpomeňme na tehdejší akce eutanazie v Německu – není vůbec divu, že v této zemi je jakékoliv tolerování eutanazie naprosto nepředstavitelné; a není také divu, že dnes lidé postižení mají strach) tak i z dostatečně dlouhé praxe holandské zaznívá důrazné varování (2). Věnujme proto větší pozornost právě tomuto problému.

Lékařovo počínání, nebo lépe utváření vztahu nemocného a lékaře, má být zacíleno na smysl celé medicíny. Vztah totiž musí být „léčebný“. Jeho dlouhodobým cílem je zdraví, krátkodobějším léčba a péče se zmírňováním potíží a nejbližším a okamžitým cílem je technicky správné a mravně dobré rozhodnutí o postupu u jednotlivého pa-

cienta. Mravní kvality lékařova (i pacientova) rozhodování a jednání je nutno posuzovat podle toho, do jaké míry usnadňují anebo naopak brání usku- tečně cílů lékařského snažení. Jde o vztah asy- metrický mezi zranitelným nemocným a lékařem, jemuž je tento nemocný svěřen a jemuž důvěřuje. Rozhodování lékaře i proto musí být jednoznačně podřízeno jasným zásadám lékařské mravnosti. V případě umírajícího nemocného nelze uvažovat ani o uzdravení a ani o vyléčení. Vždy však zbývá mravně dobré rozhodnutí pro kvalitní paliativní léč- bu a péči při respektování a ošetřování všech di- menzí člověka. Nemocní v konečném období cho- roby jsou velmi vulnerabilní a snadno přijímají ja- kékoliv nápady jiných, o nápadech lékařů, jimž čas- to bezmezně důvěřují, ani nemluvě. V případě eu- tanazie (stejně tak jako při asistovaném suicidii, kdy se nemocný zabíjí sám za pomoci lékaře, který udílí rady, poskytne léky apod.) zde lékař hraje ja- kousi roli druhého, analogickou, jako je tomu v pří- padě dvojité sebevraždy, v níž se dva lidé ve svém úmyslu a jednání vzájemně podporují. V našem pří- padě je však výsledkem jen zabití nemocného, lé- kař přežívá a je to právě on, který zabil. Jedná se o to největší selhání následovníka Hippokrata, je- hož se lze vůbec dopustit.

Zabíjí-li lékař svého nemocného, pak mu ni- kdy nemůže být omluvou skutečnost, že si to ne- mocný sám přál. V holandských materiálech s do- poručením, jak vyhovět současné literě zákona (3), je zahrnut i nepřesvědčivý pokus dokázat, že tento zákon je kompatibilní s mezinárodní konvencí, za- jišťující právo na život. Vláda podporuje právo na ži- vot, nemůže však jít tak daleko...*„aby zakázala je- dincům, aby rozhodli sami za sebe, zda jejich vlastní život má pro ně takovou cenu, aby byl žit“*. S tímto po- sledním výrokem rozhodně nelze automaticky spo- jovat to, že by se i lékař měl s tímto hodnocením ži- vota pacientem samotným ztotožňovat. Nemá právo posuzovat život jiného člověka jako nehodný života (lebensunwertes Leben?). Stěží by však žádosti ne- mocného vyhověl, pokud by se současně domníval, že jeho život má stále svou hodnotu a smysl. Lékař je zde tedy dotlačován do polohy schvalování exis- tence života nehodného žití, který může zničit a to většinou zcela beztravně. Lékař přece musí nemoc- ným pomáhat proti veškerému utrpení a tedy i pro- ti obdobným pocitům, jimiž trpí. Nemůže tato trá- pení řešit zabíjením. (Hlavními důvody žádostí ne- mocných o eutanazii jsou pocity opuštěnosti, osa- mělosti, ztráty smyslu života, ztráty důstojnosti, po- city, že jsou obtíží pro ostatní, strach ze smrti, strach z umírání a podobně. Tělesné těžkosti jsou uváděny mnohem méně často. Věříme snad tomu, že v dů- sledku těchto obtíží a často i v důsledku deprese

je nemocný schopen zcela svobodně a autonomně rozhodovat o svém bytí či nebytí?)

Lékař je plně zodpovědný za to, co dělá. Ani společnost, ani žádný zákon si nemůže dovolit po- važovat lékaře za automat, který vyhovuje jakékoliv žádosti nemocného. Úmyslné zabití člověka je skut- kem nesmírně závažným. S důrazem je nutno při- pomenout, že lékař je autonomní bytostí a že mrav- nost medicíny není totožná s vyhovováním každé žá- dosti pacienta, byť by byla sebedestruktivnější. Ri- ziko, že dojde k narušení integrity člověka – lékaře a tím spíše i jeho profesní integrity, je obrovské. A s tím si zahrávat nelze. Odpovědnost lékaře spo- čívá i v uvědomění si, že z každého se stává určitý typ člověka podle toho, jak jedná. Jednání přece ovlivňuje jeho charakter. Jestliže neustále lžu, stane se ze mne lhář. Zabíjím-li své pacienty, zvyknu si na zabíjení a jsem pak schopen zabítet s „čistým svě- domím“; rozkladný vliv na můj vztah k následujícím nemocným se dříve nebo později určitě projeví. Pra- xe zabíjení podkopává pravý vztah k pacientovi, kte- rý on právem očekává a s nímž počítá. Vědomí, že lékař nebude uvažovat i o možnosti jeho zabití, je absolutní nutností. Jinak by byla důvěra nemocných v lékaře a v lékařskou profesi vůbec infikována zce- la přirozenými nejistotami a strachy a časem by vy- mizela úplně.

Je určitým paradoxem, že právě výše zmíněný nacistický program eutanazie nám může dnes po- skytnout velmi přesvědčivé argumenty proti moder- ním hnutím pro eutanazii. Jak je možné, že máme tak krátkou paměť a že po pouhých pár desetících let si vůbec troufáme opět koketovat se zabíjením ne- mocných jejich lékaři?

Jsou sice někteří, kteří se cítí pohoršení již pou- hým srovnáváním obou těchto skutečností. Prohla- šují, že o podobnostech nelze vůbec mluvit. Vždyť cílem nacistického programu nikdy nebylo blaho ne- mocného, nikdy zde nebyl souhlas z jeho strany, souhlas dobrovolný a chtěný a nikdy zde motivací nebyl soucit a milosrdenství. Na rozdíl od toho mo- derní hnutí nezdůrazňují nějaké zruďné abstraktní cíle a naopak zastávají se autonomie jedince se za- měřením na jeho „blaho“ a vyhovují jen jeho vlast- ní žádosti. Cílem přece je zbavit člověka utrpení. I ti největší zastánci moderních hnutí však ustupují před jasnou formulací: dnes, stejně tak jako tehdy, se jed- ná o tytéž otázky. Jako tehdy, tak i dnes se jedná o zabíjení, o rozhodování, kdo bude žít a kdo zemře. Jako tehdy, tak i dnes se jedná o kvalitu života s tím, že není-li kvalita, pak není ani hodnota a lze tedy uvažovat o zabití (lebensunwertes Leben). Nelze to- lerovat eufemismus, jímž pojem eutanazie v naci-

stickém Německu byl a jímž je i dnes, v hnutích mo- derních. Zabití ani dnes není dobrou smrtí. Musíme nazývat věci pravými jmény vždy a všude, aby bylo jasné, o co se vlastně jedná. Nelze se schovávat za eufemizmy (eu – thanatos: dobrá smrt).

Další paralelou může být i kluzký svah, termín lékařské etiky, značící, že každý vstup na takový svah vede jen k dalšímu a dalšímu uklouzávání. Ne- může být pochybností o tom, že mezi hodnocením života, který není hodný žití, jeho ukončením první smrtící injekcí (podanou těžce postiženému dítěti) a vyvražděním milionů nevinných v koncentračních táborech je jasná a přímá souvislost (2). Uklouzává- ní na holandském svahu rovněž není pohádkou. Za- bíjení lidí nekompetentních a/nebo lidí, kteří o zabití nežádali, je uváděno v souborných publikacích zcela bezostyšně a počty takto zabitých jsou prezentová- ny jako běžná položka v dobře propracovaných ta- bulkách (2 – viz podrobné citace). V již zmíněné pří- ručce (3) je i následující rada: *„Ukončení života pa- cienta, jehož utrpení bylo především psychického rá- zu a jehož schopnost vyjádřit dobře uváženou žá- dost mohla být narušena například depresí nebo počínající demencí, by mělo být hlášeno v souladu s procedurou pro ukončení života bez explicitní žá- dosti pacienta. Toto rovněž platí tehdy, je-li pacient dítětem.“* Zabití onoho typu přece není eutanazií dle uvedených definice a musí být tedy hlášeno jiným způ- sobem (kampak se poděl onen tolik proklamovaný důraz na respekt k autonomii nemocného???). Ta- to rada a uvedené tabulky jsou jednoznačným dů- kazem kluzkého svahu. Cílem je ostatně ochránit lé- kaře před trestem – nemocný, který je zabíjen, je evi- dentně záležitostí až druhořadou.

V nacistických akcích eutanazie ekonomické hledisko sehrálo nemalou roli. Domníváme se snad, že při finančních těžkostech v našem zdravotnictví by, i v případě legalizace eutanazie, byly vydávány patřičné částky na řádnou péči o umírající a že by se mohla plně rozvíjet péče paliativní?

Je nutné si právě dnes připomínat varování bos- tonského neurologa a psychiatra, Leo Alexandra, po- radce a pozorovatele na Norimberském soudu s lé- kaři: *„Ať již tyto zločiny doznaly jakýchkoliv rozměrů, bylo všem, kteří je zkoumali, jasné, že vždy začínaly v malých rozměrech. V počátcích se jednalo o pouhý odklon od důrazu na základní postoj lékařů, kteří při- jímali názor, podstatný v akci eutanazie, že totiž exis- tuje život nehodný života. Tento postoj se z počátku týkal pouze těžce a chronicky nemocných. Postupně se sféra těch, kteří byli zahrnováni do téže kategorie, rozšiřovala o lidi neproduktivní, ideologicky nežádou- cí, rasově nežádoucí a nakonec všechny ne-Němce.“*

Ale je třeba si uvědomit že právě oním... počátkem, z něhož celý další způsob myšlení získal svůj podnět, byl postoj k nevyléčitelně nemocnému. A je to právě tento zdánlivě nevelký posun v důraze na postoj lékaře, který je třeba pečlivě zkoumat... jelikož prevence je důležitější než léčba. Pozorování a rozpoznání časných známek a symptomů se staly vždy základem prevence dalšího rozvoje choroby.“ (4).

Závěr

A tak lze snad jednoznačně uzavřít: jakékoliv kodifikování s případným tolerováním zabíjení pacientů jejich lékaři mohou schvalovat jen lidé nemoudří. Pro zákonodárce by mělo platit, že na tyto otázky se neodpovídá snad, možná, někdy, za určitých okolností, atd. Jde o věc principu a o záchranu lékařství, respektive jeho hojivého poslání. Lékař prostě zabíjet nemůže a nebude. Zákon by se v této oblasti

nikdy neměl dostat do tak zásadního rozporu s etikou. WMA, jejímž hlavním úkolem je starost o etiku lékařské profese, opakovaně zastává jednoznačné stanovisko: „*Etické hodnoty a legální principy mají obvykle úzký vztah, ale etické závazky příznačně převažují nad legálními povinnostmi... Skutečnost, že lékař jednal v souladu se zákonem, nutně neznamená, že lékař jednal eticky. Je-li zákon v konfliktu s lékařskou etikou, pak by lékaři měli usilovat o to, aby byl zákon změněn.*“ (2).

Musíme se tedy snažit o to, aby žádný zákon, který by vedl k tolerování zabíjení nemocných jejich lékaři, ani nevznikl. I právníci by měli všemi způsoby usilovat o totéž. Vždyť i oni by pak byli nuceni k respektování doslova nelidských zákonů a přispívali by tím k rozkladu osobnosti a integrity lékařů.

Prof. MUDr. Marta Munzarová, CSc.

Ústav lékařské etiky Lékařské fakulty Masarykovy univerzity, Komenského nám. 2, 662 43 Brno
e-mail: mmunzar@med.muni.cz

Literatura

1. World Medical Association (Williams, JR): Medical Ethics Manual, 2005, 134 p.
2. Munzarová M: Eutanazie, nebo paliativní péče? GRADA, 2005, 108 s.
3. Ministry of Foreign Affairs in cooperation with the Ministry of Health, Welfare & Sport and the Ministry of Justice: Euthanasia. A guide to the Dutch termination of life on request and assisted suicide (Review Procedure) Act. DVL/VB, 2500 EB Den Haag, 2001, 36 p.
4. Alexander L. Medical science under dictatorship. N Engl. J Med., 241, 1949, s. 39–47.