

Stanovisko výboru ČSPM ČLS JEP k návrhu Zákona o paliativní péči, rozhodování na konci života a eutanázii

I. Zásadně odmítáme, aby byla paliativní péče, rozhodování v závěru života a eutanázie řešeny jedním zákonem

Zdůvodnění

1. Paliativní péče a eutanázie představují fundamentálně odlišné koncepty z právního i etického hlediska. Zatímco paliativní péče je všeobecně akceptovaný přístup zaměřený na zmírnění utrpení a zvýšení kvality života, eutanázie představuje usmrcení pacienta, což vyvolává zásadní právní, náboženské a etické kontroverze. Spojení těchto témat v jednom zákoně by mohlo vést k nežádoucímu směšování konceptů, které mají rozdílné právní základy a vyžadují odlišný legislativní přístup.
2. Společné legislativní uchopení by mohlo vést k mylnému spojování paliativní péče s eutanázií v očích veřejnosti. To by mohlo způsobit, že pacienti a jejich rodiny budou vnímat paliativní péči jako "předstupeň k eutanázii" a nikoliv jako komplexní přístup ke zlepšení kvality života. Takové vnímání by mohlo odrážet pacienty od vyhledání potřebné paliativní péče ze strachu, že je to "první krok k ukončení života".
3. Každá z těchto oblastí vyžaduje specifické institucionální zázemí, odborné znalosti, kontrolní mechanismy a způsob financování. Zatímco paliativní péče je v ČR součástí zdravotního a sociálního systému vyžadující multidisciplinární přístup a specializovaný personál, případná dekriminizace eutanázie by vyžadovala zcela odlišný systém právních pojmů, kontrolních mechanismů a specifických procedur.

II. Paliativní péči považujeme za standardní péči na náležité odborné úrovni („lege artis“) o pacienty v závěru života, jako taková nevyžaduje zvláštní zákonnou úpravu samostatným zákonem.

- III. Jsme přesvědčeni, že je potřeba v klinické praxi u pacientů se závažným onemocněním a pacientů v závěru života začít systematicky pracovat s personalizovaným plánem péče, který vychází z pacientových hodnot a pojmenovaných cílů péče a dále posílit nástroje k respektování, ochraně a zajištění lidské důstojnosti a respektování práva na sebeurčení v závěru života, např. formou institutu dříve vysloveného přání a zástupného rozhodování.

Zdůvodnění

1. Stávající právní úprava v České republice nedostatečně zajišťuje respektování dříve vyslovených přání pacientů ohledně zdravotní péče v závěru života. Posílení právního postavení osoby s právem zástupného souhlasu by zásadně zvýšilo právní jistotu všech zúčastněných stran, snížilo riziko etického konfliktu a pomohlo zajistit důsledné naplnění autonomie pacienta. Taková úprava by více respektovala základní lidské právo na lidskou důstojnost a sebeurčení, snížila zbytečné utrpení způsobené nadměrnou či nepřiměřenou medicínskou intervencí a současně poskytla jasný rámec pro zdravotnické pracovníky. Pacient by měl mít zaručeno, že jeho informovaná rozhodnutí o rozsahu péče budou respektována i tehdy, když již nebude schopen je aktivně prosazovat.
2. Mnoho vyspělých zemí již podobné mechanismy úspěšně implementovalo, a jejich dlouhodobé využívání naznačuje jejich potenciální funkčnost a společenský přínos.
3. Součástí posílení role institutu Dříve vysloveného přání by měl být vytvoření Centrálního elektronického registru těchto dokumentů.

- IV. Paliativní péče efektivně zmírňuje velkou část utrpení pacientů v závěru života a jejich blízkých ve všech jeho dimenzích (bolest a další tělesné symptomy, oblast psychologická, spirituální a sociální)

Zdůvodnění

1. Podle systematického přehledu Quality of Life in Palliative Care (Demuro et al., 2024) bylo ve 83 % zahrnutých metaanalýz zaznamenáno zlepšení kvality života u pacientů s paliativní péčí. Přestože ve zbývajících částech studií tento efekt pozorován nebyl, celkový trend naznačuje převahu pozitivního vlivu paliativních intervencí.

- V. Jsme si vědomi, že přestože paliativní péče dokáže výrazně zmírnit utrpení většiny pacientů v závěru života, pro část pacientů s existenciálními obavami, strachem ze ztráty autonomie a lidské důstojnosti a kontroly a/nebo refrakterním tělesným nebo psychickým utrpením může eutanazie představovat preferovanou možnost důstojného odchodu ze života dle jejich vlastních hodnot a přesvědčení.

Zdůvodnění

1. Ani nejlepší paliativní péče nemůže plně kompenzovat prožitek ztráty lidské důstojnosti, který někteří pacienti subjektivně pocítují navzdory poskytované péči. Výzkumy ukazují, že obava ze ztráty důstojnosti patří mezi nejčastější důvody žádostí o eutanázii. Pacienti popisují zejména prožitek "nebýt už sám sebou" a "stát se břemenem" jako nesnesitelný, i když jejich tělesné symptomy jsou dobře zmírněny. (Quah et al., 2023).
2. Paliativní péče má limity v zajištění pocitu kontroly nad vlastním životem a smrtí. Pacienti, kteří žádají o eutanázii, zdůrazňují zásadní hodnotu sebeurčení a autonomie. Pro tyto osoby představuje již samotná existence možnosti volby způsobu a času smrti úlevu, bez ohledu na to, zda ji nakonec využijí. Toto přání kontroly nad okolnostmi vlastního umírání je hluboce individuální a paliativní péče nemůže vždy naplnit tuto existenciální potřebu.
3. Některé formy utrpení zůstávají refrakterní i při optimální paliativní péči. Jde např. o případy, kdy pacienti pocítují svůj život jako "dokončený" nebo naopak "vyprázdněný", trpí anticipačním strachem z budoucího zhoršení stavu nebo ztrátou smyslu života, kterou ani komplexní paliativní péče včetně spirituální péče nemůže vždy účinně zmírnit (Downar et al. 2023)

- VI. Eutanazie ani asistované sebeusmrcení nejsou součástí paliativní péče. I v případě jejich případné legalizace proto nelze předpokládat, že by jejich provádění spadalo do kompetencí nebo odpovědnosti specializovaných paliativních týmů.

Zdůvodnění

1. Evropská asociace pro paliativní péči (EAPC) ve svém oficiálním stanovisku deklaruje, že "poskytování eutanazie a asistované sebevraždy není součástí paliativní péče" (Radbruch et al., 2016).

2. Začlenění eutanazie do nabídky služeb v zařízeních paliativní péče by mohlo výrazně narušit důvěru pacientů a jejich rodin, zejména těch, kteří mají k eutanázii etické či náboženské výhrady.
3. Významný podíl lékařů a zdravotníků v paliativní péči má závažné profesní a etické výhrady k provádění eutanazie. Pokud by byla eutanazie vyžadována jako součást péče v hospicích a zařízeních specializované paliativní péče, mohlo by to vést k morálnímu distresu personálu nebo k tomu, že by někteří zdravotníci zvažovali jiná pracovní působiště. Výhrada svědomí by se tak mohla stát faktorem negativně ovlivňujícím personální stabilitu, kvalitu odborné péče a v delším horizontu i její dostupnost.

VII. Jsme přesvědčení, že by v případě dekriminalizace eutanazie v ČR měla být každému žadateli o eutanazii z důvodu přítomného nebo očekávaného utrpení nabídnuta specializovaná paliativní péče.

Zdůvodnění

1. Specializovaný paliativní tým dokáže identifikovat a léčit příčiny utrpení, které mohou být řešitelné. Výzkumy ukazují, že řada žádostí o eutanazii pramení z nedostatečně léčených symptomů nebo obav, které lze při kvalitní péči zmírnit (Chochinov et al., 2016). Bez odborného paliativního posouzení hrozí riziko, že bude přehlédnuta a nevyužita možnost účinné intervence.
2. Někteří pacienti mohou zvažovat eutanazii bez plného porozumění možnostem, které nabízí moderní paliativní péče. Výzkumy ukazují, že adekvátní dostupnost a kvalita paliativní péče je spojena s poklesem žádostí o eutanazii a asistovanou sebevraždou. Například studie z Nizozemska a Kanady opakovaně potvrzují, že po zajištění multidisciplinární paliativní podpory a efektivní kontroly symptomů dochází u části pacientů k ústupu přání zemřít (Chochinov et al., 2012; Downar et al., 2021).
3. Skutečně autonomní rozhodnutí o eutanazii může učinit pouze pacient, který byl informován o všech relevantních možnostech péče, včetně paliativních intervencí zaměřených na zmírnění utrpení. Pokud pacient tuto péči nezažil nebo k ní nemá přístup, nelze jeho rozhodnutí považovat za plně informované.
4. Zapojení specializovaného paliativního týmu představuje další úroveň ochrany před unáhlenými rozhodnutími a možným zneužitím. Multidisciplinární perspektiva zahrnující lékaře, sestry, psychology, sociální pracovníky a pracovníky spirituální péče umožňuje komplexní zhodnocení motivace žádosti a odhalení případných vnějších tlaků či klinické deprese (De Lima et al., 2017).

5. Integrace paliativní péče do procesu posuzování žádostí o eutanazii nemá za cíl omezovat přístup k eutanazii, ale zajistit, aby pacient plně rozuměl své zdravotní situaci včetně předpokládaného vývoje a k tomuto závažnému rozhodnutí docházelo až poté, co byly zváženy a nabídnuty všechny dostupné možnosti zmírnění utrpení a pacient měl dostatek informací pro skutečně informované a autonomní rozhodnutí.

- VIII. Z dat Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) a dalších zdrojů (Slezáčková et al. 2021) vyplývá, že v ČR v roce 2025 není pacientům v závěru života kvalitní paliativní péče obecně dostupná. Za situace, kdy není kvalitní paliativní péče obecně dostupná a řada pacientů v závěru života tak zakouší nedostatečně ošetřený diskomfort a utrpení, je zavedení eutanázie do českého právního řádu a klinické praxe eticky i politicky nezodpovědný a nepřijatelný krok.
- IX. Prioritou by v ČR v roce 2025 mělo být zajištění systémové podpory pro rozšíření dostupnosti kvalitní paliativní péče, vzdělávání odborníků v této oblasti a budování kapacit a zlepšení financování těchto služeb tak, aby důstojný odchod ze života byl dostupný každému občanovi bez ohledu na místo bydliště či sociální situaci.

Literatura

1. Radbruch, L., Leget, C., Bahr, P., et al. (2016). Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*, 30(2), 104-116.
2. Chochinov HM, Johnston W, McClement SE, Hack TF, Dufault B, Enns M, Thompson G, Harlos M, Damant RW, Ramsey CD, Davison S, Zacharias J, Milke D, Strang D, Campbell-Enns HJ, Kredentser MS. Dignity and Distress towards the End of Life across Four Non-Cancer Populations. *PLoS One*. 2016 Jan 25;11(1):e0147607.

3. De Lima L, Woodruff R, Pettus K, Downing J, Buitrago R, Munyoro E, Venkateswaran C, Bhatnagar S, Radbruch L. International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *J Palliat Med*. 2017 Jan;20(1):8-14
4. Demuro M, Bratzu E, Lorrai S, Preti A. Quality of Life in Palliative Care: A Systematic Meta-Review of Reviews and Meta-Analyses. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2024 Mar 5;20(Suppl-1):e17450179183857. doi: 10.2174/0117450179183857240226094258. PMID: 39132583; PMCID: PMC11311734.
5. Downar J, MacDonald S, Buchman S. What drives requests for MAiD? *CMAJ*. 2023 Oct 16;195(40):E1385-E1387. doi: 10.1503/cmaj.230259. Erratum in: *CMAJ*. 2023 Nov 6;195(43):E1488. doi: 10.1503/cmaj.231487. PMID: 37844931; PMCID: PMC10581715.
6. Quah ELY, Chua KZY, Lua JK, Wan DWJ, Chong CS, Lim YX, Krishna L. A Systematic Review of Stakeholder Perspectives of Dignity and Assisted Dying. *J Pain Symptom Manage*. 2023 Feb;65(2):e123-e136. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2022.10.004. Epub 2022 Oct 14. PMID: 36244639.
7. Slezáčková A., Dvořáčková K., Kopecký O. et al. Faktory ovlivňující proces rozhodování o péči v závěru života u hospitalizovaných pacientů, *Čas. Lék. čes.* 2021; 160: 176-184