


Akademie věd
České republiky

Strategie AV21

Spíčkový výzkum ve veřejném zájmu



David Černý, Adam Doležal,
Tomáš Hříbek, Pavel Pafko,
Ondřej Sláma, Pavel Ševčík

**Eutanazie – ano, či ne?
Aktuální medicínské,
filozofické a právní
perspektivy**

VÝZKUMNÝ PROGRAM

EFEKTIVNÍ VEŘEJNÉ POLITIKY A SOUČASNÁ SPOLEČNOST

R12

ZDRAV/EU

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvodem (David Černý a Tomáš Hříbek) | 2 |
| 1. Definice a formy eutanazie (David Černý a Tomáš Hříbek) | 3 |
| Pohled lékařů | |
| 2. Pohled intenzivisty (Pavel Ševčík) | 8 |
| 3. Paliativní péče versus eutanazie (Ondřej Sláma) | 13 |
| 4. Pohled chirurga (Pavel Pafko) | 19 |
| Etika a právo | |
| 5. Argumenty proti eutanazii (David Černý) | 21 |
| 6. Argumenty pro eutanazii (Tomáš Hříbek) | 25 |
| 7. Právní úprava asistované smrti (Adam Doležal) | 29 |
| Doporučená literatura | 33 |
| Autoři | 35 |



032360029250

Úvodem

David Černý a Tomáš Hříbek

Tato publikace má za cíl představit ve velmi kompaktní formě stav současné diskuse o eutanazii, případně dalších formách lékařské asistence na konci života pacienta (paliativní péči, sebeusmrcení pacienta za pomoci lékaře, atd.). O této problematice u nás v posledních letech bylo sice už leccos publikováno, ale zdá se nám, že mezi odbornou lékařskou (natož laickou) veřejností je zatím velmi nízké povědomí o pojmových rozlišeních a argumentech, které na toto téma nabízí současná bioetika. V Čechách dosud chybí skutečně otevřená diskuse, a to především diskuse interdisciplinární, které by se účastnili jak lékaři, tak bioetici (filozofové) a právníci. Oficiální konsenzus v rámci české lékařské komunity zatím prostě bez rozlišení odmítá eutanazii jako takovou. Bohužel pečlivou filozofickou analýzu nahrazují občasné tendenční připomínky hrůz nacismu či nereflektovaná náboženská přesvědčení. Ačkoli je nepochybně pravda, že lékařská komunita je tradičně značně uzavřená a lékaři jsou poměrně přezíraví vůči hlasům kolegů z jiných oborů, platí zároveň, že zatím zkrátka nebylo mnoho hlasů, kterým by bylo možné naslouchat; až na pár průkopníků se u nás bioetice téměř žádný filozof nevěnoval. Současná právní úprava pak vede k tomu, že mnozí lékaři u nás se obávají otevřeně hovořit o své klinické praxi, neboť riskují trestněprávní postih. Přitom je nasnadě, že řada lékařů považuje současný stav z různých důvodů za neuspokojivý a přejí si přinejmenším věcnou diskusi, ať už budou její výsledky jakékoli. Je jasné, že rituální opakování různých klišé či úplné mlčení v rámci lékařské komunity a nedostatek dialogu se zástupci dalších relevantních oborů neprospívá nikomu a ničemu.

Následující kapitoly, jejichž autory jsou lékaři, filozofové i právníci, mají být krokem ke změně současného neuspokojivého stavu. Nejde nám o to, abychom zde dospěli k jednotnému názoru pro či proti morální přípustnosti, resp. legalizaci (nějaké formy) eutanazie. Mezi autory jsou odpůrci i obhájci různých forem eutanazie. Jde spíše o vyjasnění stanovisek, aby bylo zřetelné, o čem hovoříme. Filozofové David Černý a Tomáš Hříbek (Ústav státu a práva AV ČR, v. v. i., Praha a Filosofický ústav AV ČR, v. v. i., Praha) zahajují připomínkou základních definic, přičemž zvláštní pozornost věnují sporným případům a jejich teoretickému pozadí (**kapitola 1**). Následuje blok vyjádření odborníků z oblasti medicíny. Naše přední kapacita v oboru intenzivní péče, Pavel Ševčík (Fakultní nemocnice Ostrava a Lékařská fakulta Ostravské univerzity), zdůvodňuje svůj záporný postoj vůči neadekvátnímu používání pojmu eutanazie v případech, kdy se o ni nejedná. Cílem lékaře je záchrana života, nicméně k základním atributům života patří smrt jako výsledek patologického procesu, který není možné neúčelnou léčbou zvrátit (**kapitola 2**). Expert na paliativní péči Ondřej Sláma (Masarykův onkologický ústav Brno) vysvětluje, proč podle jeho názoru není paliativní péče druhem eutanazie a proč je v případě dostupnosti kvalitní paliativní péče

eutanazie nepotřebná (**kapitola 3**). Významný chirurg Pavel Pafko (1. lékařská fakulta UK Praha) je mezi našimi lékaři naopak jedním ze zastánců eutanazie a domnívá se, že paliativní péče je jistou formou eutanazie (**kapitola 4**). Druhý blok zahrnuje pohledy z oblasti filozofie a práva. David Černý představuje dva standardní filozofické argumenty, podle nichž je eutanazie nepřijatelná a neměla by být legalizována: argument založený na pojmu práv a argument kluzkým svahem (**kapitola 5**). Tomáš Hříbek naopak vysvětluje několik argumentů ve prospěch morální přípustnosti eutanazie: argument z milosrdenství či soucitu a argument z autonomie pacienta. Kromě toho kritizuje argument kluzkým svahem (**kapitola 6**). Konečně Adam Doležal (Ústav státu a práva AV ČR, v. v. i., Praha) ve svém příspěvku shrnuje informace o aktuální právní úpravě eutanazie a jiných forem lékařské asistence při smrti pacienta v České republice, Nizozemsku, Belgii a Švýcarsku. Na konci publikace najde čtenář seznam doporučené literatury z oblasti zahraniční i domácí bioetiky na téma eutanazie a dalších forem lékařské asistence při smrti pacienta.

Předkládaná publikace vzešla ze spolupráce mezi dvěma ústavu: Filosofickým ústavem a Ústavem státu a práva Akademie věd České republiky v rámci programu Strategie AV21, který podporuje interdisciplinární výzkum. Jsme velmi rádi, že se nám do této spolupráce podařilo zapojit i naše přední lékaře a doufáme, že jde o významný krok směrem k vyjasňování etické dimenze současné medicíny ve prospěch všech, jichž se to týká – zvláště pak pacientů.

1. Definice a formy eutanazie

David Černý a Tomáš Hříbek

Eutanazie – dobrá smrt

Slovo „eutanazie“ pochází z řeckého jazyka: *εὐθανασία* (*euthanasia*) a v prvním přiblížení znamená „dobrá smrt“. Podstatné jméno *εὐθανασία* je vytvořeno z předpony *εὖ* (*eu*, dobrá) a podstatného jména *θάνατος* (*thanatos*, smrt). Výraz *εὐθανασία* však neoznačuje pouze dobrou smrt, ale také snadnou smrt, šťastnou smrt, nenásilnou či bezbolestnou smrt. Ve svém původním významu není „eutanazie“ omezena na popis jednání lékaře, ale v obecné rovině znamená nějakou osobu usmrtit či ji nechat zemřít, přičemž je toto jednání vedeno starostí o zájmy této osoby. My se zde však soustředíme na eutanazii v kontextu lékařské péče, tedy na **usmrcení či ponechání zemřít pacienta lékařem, jenž tak koná v pacientův prospěch**. Představa, že někomu může prospět, zemře-li dříve, spíše než později, se na první pohled jeví jako absurdní. Jak může mít daná osoba z čehokoli prospěch, když už nebude existovat? Ve skutečnosti je předpoklad, že daný pacient je na tom lépe, je-li jeho život o něco kratší, než aby byl delší a vyplněný zbytečným utrpením, nejen součástí lékařské praxe (kdy lékaři

nezahajují nebo přerušují léčbu pacientů, kterým již nemůže přinést žádný prospěch), ale i každodenního života. Často přece slyšíme, jak o nějakém zesnulém pozůstali říkají, že „je mu tak lépe“, nebo že „je to pro něj vysvobození“. Zmíněná lékařská praxe i každodenní výroky dávají smysl jen za předpokladu, že obecně souhlasíme, že za určitých okolností je ve prospěch daného pacienta, jestliže jeho smrt přijde dříve, spíše než později.

Základní rozlišení

V současné bioetické literatuře se standardně rozlišují následující formy eutanazie: vyžádaná (*voluntary*); nevyžádaná (*non-voluntary*); nedobrovolná (*involuntary*). O **vyžádané eutanazii** je řeč tehdy, má-li k ní dojít na základě vlastní žádosti pacienta. **Nevyžádaná eutanazie** se vztahuje na pacienty, kteří ještě nebo již nejsou schopni vyjádřit své přání (novorozenci, lidé v kómatu či perzistentním vegetativním stavu, pacienti v pokročilém stadiu neurodegenerativních chorob apod.). Jako **nedobrovolnou eutanazii** bychom označili situaci, kdy lékař usmrtí nebo ponechá zemřít pacienta, aniž by s ním své rozhodnutí konzultoval, či dokonce navzdory pacientovu přání žít. Někteří autoři tvrdí, že nedobrovolná eutanazie je totéž co **vražda**. Je však třeba připomenout si shora zmíněné *sine qua non* eutanazie: smrt musí být ku prospěchu pacienta. Lze si zřejmě představit situaci, kdy pacient není schopen pochopit, že nejlepší alternativou pro něj je včasnější smrt, takže lékař sice rozhodne v pacientův prospěch, ale proti jeho vůli. Jakkoli je snad něco takového teoreticky možné, domníváme se, že v současné situaci se vede spor spíše o morální přípustnost vyžádané eutanazie.

Řada bioetiků kromě toho používá i distinkci mezi **aktivní a pasivní eutanazií**. Toto rozlišení se opírá o rozdíl mezi **usmrčením** (*killing*) a **ponecháním zemřít** (*letting die*): aktivní eutanazie spočívá v tom, že lékař usmrtí pacienta – např. injekcí KCL do žíly –, zatímco pasivní eutanazie znamená, že lékař ponechá pacienta zemřít tak, že nezahájí nebo přeruší život udržující léčbu. Je zjevné, že rozdíl mezi aktivní a pasivní formou eutanazie spočívá v rozlišení mezi konáním (*doing*) a dopuštěním (*allowing*), přičemž tradičně se má za to, že vykonat nějaký čin nese mnohem větší morální závažnost než pouze dopustit či připustit, aby k něčemu došlo. Aktivní forma eutanazie je tudíž považována za morálně problematičtější než pasivní forma, ačkoli jde o jednu z otázek, o nichž se v současné bioetice vedou velké spory. Někteří autoři mají za to, že konání a dopuštění jsou ve skutečnosti morálně ekvivalentní, čili stejně závažné, kdežto jiní se domnívají, že dopustit, aby se něco stalo, může být za jistých okolností morálně odsouzenější než cosi vykonat. Buď jak buď, distinkce mezi aktivní a pasivní eutanazií jde napříč shora zmíněným rozlišením mezi vyžádanou, nevyžádanou a nedobrovolnou eutanazií. To znamená, že vyžádaná, nevyžádaná a nedobrovolná eutanazie mohou mít aktivní i pasivní formu.

Někteří současní bioetici navíc rozlišují mezi aktivní vyžádanou eutanazií a tzv. **lékařsky asistovanou sebevraždou** (resp. **sebeusmrčením pacienta za**

asistence lékaře). Rozdíl mezi těmito dvěma akty spočívá v tom, že zatímco v případě aktivní vyžádané eutanazie lékař usmrtí pacienta na jeho žádost, v případě lékařsky asistované sebevraždy pacient usmrtí sám sebe s tím, že lékař mu k tomu poskytne prostředky (např. smrtící dávku opioidů), ale pacient si tyto prostředky aplikuje sám. V případě lékařsky asistované sebevraždy tedy lékař přísně vzato nikoho neusmrcuje, neboť tento krok vykoná pacient. V tomto má spočívat podstatný rozdíl mezi oběma těmito formami asistované smrti. Podle některých autorů je však tento rozdíl ve skutečnosti tak nepatrný, že je-li morálně přijatelná lékařsky asistovaná smrt, pak je přijatelná i aktivní vyžádaná eutanazie.

Uvedená terminologická rozlišení shrnuje následující tabulka (podle Tony Hope, *Medical Ethics: A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press, 2004, s. 11):

| | |
|------------------------|--|
| Eutanazie | Lékař záměrně usmrtí pacienta nebo ho ponechá zemřít s ohledem na pacientův prospěch |
| Aktivní eutanazie | Lékař záměrně usmrtí pacienta (<i>killing</i>) |
| Pasivní eutanazie | Lékař ponechá pacienta zemřít (<i>letting die</i>) |
| Vyžádaná eutanazie | Eutanazie na základě autonomní žádosti pacienta |
| Nevyžádaná eutanazie | Eutanazie pacienta, který není schopný autonomního rozhodnutí |
| Nedobrovolná eutanazie | Eutanazie bez ohledu na názor pacienta, ale v jeho prospěch |

Situace v medicíně

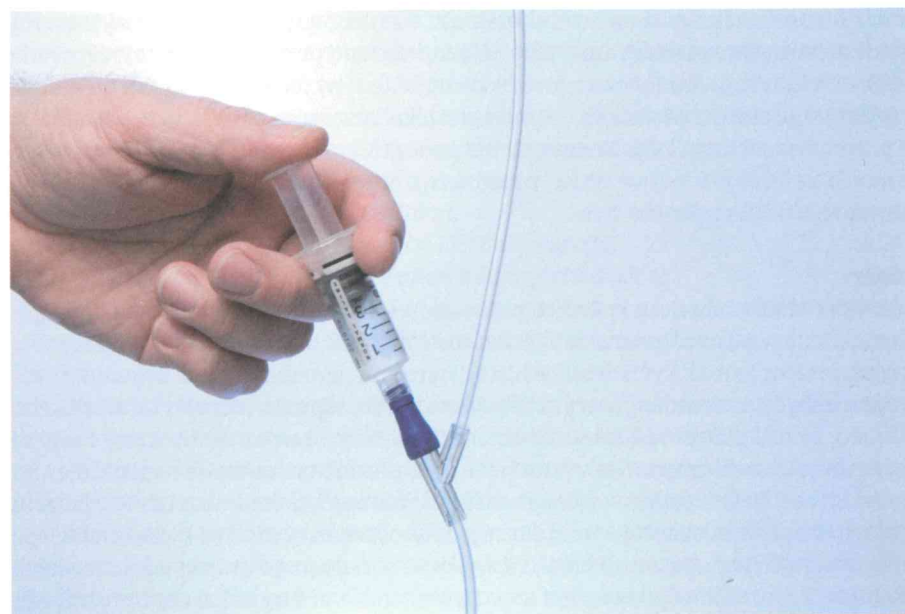
V předchozím oddíle jsme zavedli terminologii rozšířenou v současné bioetické literatuře. Mnozí další však toto standardní rozlišení zpochybňují. Zvláště v rámci lékařské profese jsou některé shora definované termíny obvykle odmítány. Například dokument Evropské asociace paliativní péče z roku 2003 (*Eutanazie a lékařsky asistovaná sebevražda*) definuje výraz „eutanazie“ jako **usmrčení pacienta lékařem na základě jeho dobrovolné a kompetentní žádosti**. Jak je vidět, autoři zmíněného dokumentu zužují definici termínu „eutanazie“ na to, co jsme shora vymezili jako vyžádanou eutanazii. Nevyžádaná i nedobrovolná eutanazie zde vůbec nefigurují – v obou případech jde prý o vraždu. Autoři dokumentu rovněž navrhují vypustit slovo „vyžádaná“, neboť jeho použití naznačuje, že existují i jiné než vyžádané formy eutanazie. Tímto způsobem definovaná eutanazie je nejen eticky nepřijatelná, ale navíc i zbytečná, neboť existují jiné metody, jak ulevit utrpení na konci života – například paliativní

péče. V témže materiálu je výraz „pasivní eutanazie“ označen za *contradictio in terminis* (podobně jako „tekutý led“ apod.). Pokud u nás občas slyšíme, že výraz „pasivní eutanazie“ se „již nepoužívá“, je tím bezpochyby míněno, že ho ve svých dokumentech nepoužívají profesionální lékařské společnosti.

Lékaři – zřejmě s výjimkou zemí, kde nějaká forma eutanazie byla legalizována – tedy vesměs odsuzují aktivní eutanazii, i pokud ji žádá pacient, a výraz „pasivní eutanazie“ dokonce považují za nesmyslný. Tato situace má různé příčiny. Jednou z nich je bezpochyby neblahá historická zkušenost z minulého století, kdy se lékaři v nacistickém Německu nechali zneužít k tomu, aby pod visačkou „eutanazie“ prováděli **vyhlazovací program** zaměřený na osoby považované podle obskurních kritérií za nežádoucí. Zdá se však zřejmé, že zde nebyla splněna ani podmínka shora citované definice Evropské asociace paliativní péče, aby usmrcení žádali sami pacienti, ani podmínka standardní bioetické definice, aby smrt byla v každém případě ku prospěchu pacientů. Totéž trauma z minulosti nejspíš brání lékařům přijmout termín „pasivní eutanazie“, ačkoli označuje praxi nerozšiřování/nezahajování léčby, která je považována za všeobecně přijatelnou. Odpor lékařů má navíc zcela praktický důvod: nejen náš právní řád zakazuje nejen aktivní, ale i pasivní eutanazii, neboť obojí posuzuje jako vraždu (vraždu je možné spáchat i nekonáním).



(www.pixmac.cz)



(www.pixmac.cz)

Zmíněná rezistence má však zřejmě i hlubší, teoretický důvod. V dokumentech profesionálních lékařských společností vidíme, že rozdíl mezi pasivní formou eutanazie na jedné straně a všeobecně schvalovanou praxí nezahajování či vysazování léčby na straně druhé lokalizují v úmyslech, záměrech, resp. **intencích** lékařů. Pokud jednání nějakého lékaře řídí úmysl **uspíšit smrt pacienta v terminálním stadiu a tím mu ulevit**, pak tento lékař provádí eutanazii a již nezáleží na tom, že pacienta nechává zemřít, místo aby ho přímo usmrtil. Jinými slovy, intence takového lékaře je stejná, ať už se rozhodne nechat průchod určitému vývoji, nebo naopak aktivně koná. Vzhledem k tomu, že táž intence spojuje konání i nekonání, nemá podle mnohých lékařů smysl rozlišovat mezi aktivní a pasivní eutanazií. Naopak, pokud lékařovo jednání vede úmysl **ulevit pacientovi, přestože zvolené prostředky mohou mít kromě úlevy za následek, že pacientův život bude o něco kratší**, než pokud by bylo pokračováno v agresivní a vyčerpávající léčbě, která beztak nezvrátí patologický proces – nejedná se o eutanazii. Jde o ukončení léčby považované za zbytečnou, zatěžující, nepřinášející významné výsledky a pouze prodlužující neodvratný proces umírání. Je však otevřenou otázkou, zda lze obě zmíněné intence od sebe jednoznačně odlišit. Je skutečně podstatný rozdíl mezi záměrem ulevit pacientovi tím, že uspíším jeho smrt, na straně jedné a záměrem ulevit pacientovi, ačkoli anticipuji, že zvolené prostředky uspíší jeho

smrt? Tato otázka nabývá na nové aktuálnosti v situaci, kdy máme k dispozici tzv. **institut dříve vysloveného přání**. Podle něj mají pacienti právo, aby bylo respektováno jejich dřívější rozhodnutí nezahajovat u nich určité typy léčby, přestože se tím uspíš jejich smrt. Je těžké si představit, jak by mohli lékaři takovým přáním vyhovět, aniž by je přitom nevedl úmysl uspíšit smrt těchto pacientů. Jedním z řešení této kontroverze je návrh, že lékař je v takové situaci veden úmyslem vyhovět svému pacientovi, nikoli úmyslem zkrátit pacientův život.

Závěr

Zdá se, že lékaři, bioetici a právníci budou muset diskutovat především o smysluplnosti termínu „pasivní eutanazie“. Mnozí zástupci lékařské profese mají vůči tomuto termínu odpor jednak kvůli neblahé historii termínu „eutanazie“, jímž bylo označováno prachobyčejné vraždění, kterým se profese kdysi pošpinila, jednak z toho prostého důvodu, že náš právní řád zakazuje eutanazii konáním i nekonáním. Který lékař se chce cítit jako vrah, případně se vystavit postihu, přestože se za vraha nepovažuje? Na druhé straně řada bioetiků – přinejmenším v zahraničí, pokud ne u nás – výrazem „pasivní eutanazie“ označuje praxi, která je naprosto běžná. Bioetici by ale mohli lépe reflektovat příčiny opatrnosti lékařů a snažit se v dialogu s nimi vyjasnit, za jakých okolností je smrt újmou a usmrcení nebo ponechání zemřít morálně nepřijatelné. Naopak lékaři by měli být připraveni, že již takové novinky jako institut dříve vysloveného přání vyžadují nové promyšlení principů lékařské etiky, i kdyby termín „pasivní eutanazie“ zůstal mimo hru.

2. Pohled intenzivisty

Pavel Ševčík

Z postupů intenzivní medicíny mají prospěch pacienti, u nichž selhává jeden či více orgánů nebo u nichž orgánové selhání hrozí. Bez komplexní intenzivní péče a bez přístrojové a lékové podpory selhávajících životních funkcí by tito nemocní pravděpodobně zemřeli.

Intenzivní péče je indikována v případě, kdy pacientovo onemocnění či poranění má **prognózu příznivou** nebo **nejistou**. Jinými slovy v situaci, kdy je alespoň malá pravděpodobnost, že se současný nepříznivý stav podaří zvrátit a že bude možné pacientovi zachránit život a navrátit jej do důstojného žití.

Problém nastává v situaci, kdy zjistíme, že **prognóza** nemocného je **nepříznivá**. Tedy že stav pacienta (povaha a rozsah základního onemocnění či úrazu, přidružených – zpravidla chronických – onemocnění a fyzických i psychických rezerv) je takový, že je vysoká pravděpodobnost hraničící s jistotou, že nemocný přes veškeré

léčebné úsilí není schopen přežít nebo žít alespoň trochu kvalitní a důstojný život. K posouzení této situace se zpravidla propracováváme velmi nesnadno, v průběhu dnů nebo týdnů, výjimečně měsíců. V prostředí urgentních příjmů to mohou být jen hodiny. Při rozhodování o nepříznivé prognóze musíme vzít v úvahu řadu faktorů a všechny velmi pečlivě, pozorně a opakovaně posuzovat. Jsou to:

- povaha základního onemocnění či traumatu,
- míra a zvratnost orgánových selhání,
- odezva organismu na poskytované léčebné postupy,
- povaha komplikací vzniklých v průběhu intenzivní péče,
- povaha chronických onemocnění, jimiž pacient trpěl před přijetím na pracoviště intenzivní medicíny včetně dosavadního funkčního stavu pacienta a kvality života.

Ošetřující tým na pracovišti intenzivní medicíny tedy potřebuje znát a musí zpracovat široké spektrum informací, na jejichž základě se může rozhodovat.

Přesto, že věk není diagnóza, je zapotřebí brát v úvahu rovněž datum narození. Některé stavy totiž ve značně pokročilém věku nemají naději na řešení.

Moc nových technologií a moderních farmak je v současnosti taková, že lze udržovat zdání života i v případech, kdy patologický proces je nezvratný a kdy je neetické prodlužovat ono zdání pod rouškou poskytování tzv. plné léčby. Stavíme se tak proti **základnímu atributu života**, tedy proti jeho **konečnosti** v situaci, kdy konec je nezvratný. Stavíme se proti jedinému východisku, ve které může daný stav vyústit, proti důstojnému odchodu z tohoto světa. V odborné literatuře se již delší dobu používá termín „*letting die*“ – nechat zemřít – v situaci, kdy jiné řešení neexistuje. Vyjádřeno ještě zřetelněji – „*the right-to-die*“, **mít právo v klidu umřít**.

Existují tedy případy, a v intenzivní medicíně jich není málo, kdy využíváme moderních technologií, léků a postupů marně. Přitom zdaleka není marná veškerá léčba či péče, je ale zapotřebí hledat a nacházet hranici, kdy a která léčba v konečné fázi života marná je. Tvrzení, že pacientovi v uvedené situaci odnímáme léčbu, je zavádějící a nepravdivé. **Léčbu neodnímáme**, ale na základě pečlivého a opakovaného zhodnocení rozsáhlé škály informací **měníme způsob a cíle léčby** – přecházíme od postupů intenzivní medicíny, tedy postupů orgánové podpory, k postupům zmírňujícím, k paliativnímu způsobu léčby a ošetřování. Ty mají za úkol co nejvíce zamezit jakémukoli utrpení a umožnit důstojné umírání. Cílem nenasazení či vysazení některého léčebného postupu není urychlení procesu umírání či navození smrti, ale nepokračování v těch postupech, které jsou z medicínského hlediska považovány za zcela neúčelné a tedy neindikované.

Pojem marné léčby (*futile therapy, medical futility*) však nastolil vysoce závažné otázky: jak exaktně stanovit, co je marná léčba, jak přesně určit, že choroba směřuje nezvratně k definitivnímu konci? Jedna z uznávaných definic říká: „**Marnou či medicínsky neadekvátní léčbou** se rozumí léčba, která je natolik nedostačující či



(www.pixmac.cz)

minimálně účinná, že se lékaři shodnou na jejím neposkytování, a to i pokud ji pacient či jeho zástupci vyžadují“.

Jakmile dospějeme se vši odpovědností a pokorou k názoru, že intenzivní léčba je medicínsky neadekvátní, musíme stanovit, jakým způsobem budeme tuto léčbu měnit. Buď usoudíme, že medicínsky neadekvátní by bylo jakékoli další rozšiřování léčby, např. navyšování stávající orgánové podpory či nasazování nové. V tom případě se rozhodujeme o **nerozšiřování léčby** – *withholding therapy*. Stávající terapie je v daném okamžiku považována s ohledem na stav a prognózu nemocného za maximální. Nebo dospějeme k závěru, že i stávající léčba je neadekvátní a pak ji **vysazujeme** – *withdrawing therapy*. Myslí se tím vysazování orgánové podpory, případně léčby antibiotiky a jiných postupů, které jsou v dané situaci medicínsky nevhodné, zbytečné. **Neznamená to však vysazení veškeré léčby.** Opatření zlepšující komfort pacienta v závěrečných fázích života, zaručující kvalitní analgezií, zabraňující pocitu dechového a psychického strádání ve spojení se zmírňujícími ošetrovatelskými postupy jsou v léčbě naopak akcentovány.

Nerozšiřováním léčby může být i nepřijetí pacienta na pracoviště intenzivní medicíny. Na tato pracoviště nemají být přijímáni ani pacienti příliš málo nemocní pro tuto úroveň péče (ti mají být přijímáni na oddělení standardní, případně mají být ošetřováni ambulantně), ani ti, kteří jsou nemocní terminálně, tedy příliš mnoho na to, aby jim mohla pomoci sebelepší intenzivní péče. Tito nemocní mají být hospitalizováni v prostředí s kvalitní paliativní a ošetrovatelskou péčí.

K problematice přechodu z intenzivní léčby na léčbu paliativní v prostředí intenzivní medicíny se významným způsobem vyjádřilo **Doporučení představenstva České lékařské komory č. 1/2010**. V něm se mj. praví:

- „Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby neznamená omezení pacienta na jeho právech, ale naopak je sledován zájem pacienta tak, aby nedošlo k porušení základních medicínských a etických principů včetně nechtěného nedůstojného prodlužování umírání. Smrt, která je výsledkem přirozeného průběhu onemocnění, nemůže být považována za nepříznivý výsledek zdravotní péče.“
- „Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v terminálním stadiu neléčitelného onemocnění a/nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy České republiky.“
- „Z hlediska medicínského, právního a etického není rozdíl mezi nezahájením nebo nepokračováním daného léčebného postupu.“
- „Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby jsou při správném odborném posouzení postupy, které **nelze zaměňovat za eutanazii** či ublížení na zdraví.“

Zdůrazňuji, že s premisou uvedenou v posledním odstavci plně souhlasím. Manipulování s pojmy pasivní eutanazie, paliativní eutanazie apod. je zavádějící a naprosto neodráží praxi intenzivní medicíny. Cílem žádného seriózního, poctivého a pokorného lékaře ošetřujícího kriticky nemocné pacienty není smrt či usmrcení pacienta, ale naopak život,



(www.pixmac.cz)

pokud možno kvalitní život. Nicméně lékař se nezřídka ocitá tváří v tvář situaci, kdy stav pacienta vyústí do fáze, jejímž jediným důsledkem je nevyhnutelná smrt. V takovýchto případech lékař po opakované a velmi fundované týmové rozvaze dochází k jedinému možnému poznání – tento konkrétní život není možno zachránit, neboť důsledkem tak pokročilých patologických procesů může být jediné odchod z tohoto světa. V uvedené situaci tým zdravotníků (vedený konkrétním lékařem) skloní hlavu, přijme tento fakt a tomu přizpůsobí strategii léčby.

Analogicky, ale v podstatně delším čase (měsíce až roky) postupují onkologové při volbě strategie léčby u konkrétních pacientů s nádorovým onemocněním. Tam, kde je onkologické onemocnění svou povahou a rozsahem léčitelné, je nasazena plná a radikální léčba s cílem zastavit a případně zlikvidovat nádorové onemocnění. Tam, kde se nádorové onemocnění přes veškeré léčebné úsilí vymklo z kontroly a nereaguje na postupy protinádorové léčby, přecházejí onkologové na paliativní způsob léčby a ošetřování. Ani zde se pochopitelně nejedná o eutanazii, ale o změnu způsobů a cílů léčby.

Rozhodování o způsobu a směřování léčby kriticky nemocných na sklonku života je každodenní součástí činnosti pracovišť intenzivní medicíny. Rozhodnutím o nerozšiřování stávající léčby nebo přechodu intenzivní léčby na postupy paliativní



(www.pixmac.cz)

končí v posledních letech život většiny neléčitelných pacientů v prostředí intenzivní medicíny rozvinutého světa. Tito nemocní však neumírají následkem neposkytnutí adekvátní péče, ale na základě chorobného procesu, který nemá řešení, je nezvratný a jeho definitivní vyústění dokážeme pouze oddálit mocnými prostředky současné medicíny.

Rozhodování na konci života vyžaduje od pečujícího týmu maximum odborných znalostí, etického citění, pečlivosti a pokory, od laické veřejnosti porozumění podložené postupným zvyšováním obecného povědomí o této problematice a od těch, kteří vyslovují hodnocení a soudy (sdělovací prostředky, představitelé lékařské etiky, právníci, filozofové) **hlubokou znalost problematiky, prostředí a souvislostí, v nichž se rozhodování odehrává.**

3. Paliativní péče versus eutanazie

Ondřej Sláma

Co je obsahem paliativní léčby a paliativní péče

Termíny „paliativní medicína“ a „paliativní péče“ jsou v ČR i ve světě užívány v různých významech a kontextech. V nejširším slova smyslu se jako „paliativní léčba“ někdy označují všechny léčebné postupy, které nejsou kurativní, tj. nevedou k trvalému vyléčení. V onkologii se pak hovoří o paliativní chemoterapii, paliativní radioterapii, paliativní biologické léčbě atd. Vliv těchto postupů na délku a kvalitu života pacientů může být různý. Paliativní protinádorová léčba obvykle pacientům prodlouží život o měsíce, spíše výjimečně o roky. Termín „paliativní péče“ je v ČR většinou užíván k označení péče o umírajícího pacienta. Jediným cílem takto chápané paliativní péče je zajištění komfortu při umírání. Mezi zdravotníky je obsah takto chápané péče často vymezen převážně negativně. Jde o výčet činností a postupů, které již u pacienta „v paliativní péči“ nejsou indikovány. Paliativní péče pak znamená, že „už nebudeme dělat nic, co by vedlo k prodloužení života“: už NE chemoterapie, NE parenterální výživa, NE krevní transfuze, NE drahá antibiotika, NE odběry krve, NE vyšetření CT, NE přijetí na akutní oddělení nebo JIP, NE kardiopulmonální resuscitace, NE intubace a umělá plicní ventilace. Paliativní péče v tomto pojetí znamená především dostatek analgetik, anxiolytik a antidepresiv a ošetrovatelskou péči. Je zřejmé, že tento velmi zjednodušený a někdy až „nihilistický“ přístup může snadno pacienty připravit o možnosti, které by významným způsobem ovlivnily kvalitu a někdy i délku jejich života. Různé chápání a používání slova „paliativní“ může snadno vést k nedorozuměním mezi zdravotníky, pacienty a jejich rodinami. Co tedy znamená paliativní péče? Obsah konceptu paliativní péče doznal ve světě v posledních 20 letech významné proměny ve dvou směrech.

- Ukázalo se, že model multidisciplinární péče zaměřené na zmírnění nepříjemných symptomů nemoci a na komplexní podporu pacienta a jeho rodiny je prospěšný již v časnějších stádiích závažných chronických onemocnění, a nikoliv až v posledních dnech a hodinách života. **Paliativní přístupy by proto měly být součástí péče od okamžiku stanovení diagnózy nevyléčitelného onemocnění, a to současně s léčbou zaměřenou na ovlivnění základního onemocnění.**
- **Druhý posun se týká vymezení diagnóz, pro které je paliativní přístup relevantní.** Na rozdíl od původního téměř výlučného zaměření na onkologické pacienty je v posledních 20 letech mnohem větší pozornost věnována pacientům s chronickými neonkologickými chorobami (např. chronické srdeční, jaterní, renální selhání, chronická onemocnění plic, neurodegenerativní onemocnění, demence). Také tito pacienti trpí život ohrožujícím, kauzálně nevyléčitelným onemocněním a mají řadu obtíží v oblasti tělesné, psychické i sociální. Mají tedy potřebu paliativní péče. Její formy a trvání se ale mohou lišit od paliativní péče u pacientů onkologických.

Obě výše popsané proměny v chápání paliativní péče jsou obsaženy v nejnovější definici paliativní péče Světové zdravotnické organizace.

Definice paliativní péče dle Světové zdravotnické organizace

Paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů (a jejich rodin), kteří trpí život ohrožujícím onemocněním. Jejím obsahem je prevence a mírnění utrpení cestou včasného rozpoznání, správného zhodnocení a efektivní léčby bolesti a ostatních obtíží v oblasti tělesné, psychologické, sociální a spirituální. Paliativní péče:

- poskytuje úlevu od bolesti a dalších obtížných tělesných symptomů;
- vychází z úcty k životu, ale považuje umírání za přirozený proces;
- neurychluje, ale ani uměle neoddluže smrt;
- systematicky do péče integruje také psychosociální a spirituální rozměr;
- snaží se vytvářet podpůrný systém, který by pacientovi umožnil žít co nejlépe až do smrti;
- snaží se vytvářet podpůrný systém pro rodinu v průběhu pacientovy závažné nemoci i v době zármutku a truchlení po jeho smrti;
- využívá týmový interdisciplinární přístup při řešení pacientových mnohostranných potřeb;
- snaží se pozitivně ovlivnit kvalitu života a přitom může také příznivě ovlivňovat průběh základního onemocnění;
- je aplikovatelná již v časných stádiích závažné nemoci, současně s léčebnými modalitami zaměřenými na prodloužení života (např. chemoterapie nebo radioterapie).

Bolest, utrpení a paliativní péče

Současná medicína umí u všech pacientů zmírnit tělesnou bolest na dobře snesitelnou míru. Lékaři k tomu využívají neopioidní analgetika nebo tzv. opioidy. **U většiny pacientů léčených opioidy lze dosáhnout zmírnění bolesti bez toho, že by byl pacient léky výrazně utlumený.** Při správném dávkování tak pacienti léčení silnými opioidy mohou normálně vnímat, myslet a komunikovat. Pouze u menší části pacientů je potřeba užít takové dávky, které působí ospalost a utlumenost. **Opioidy nemají vliv na délku života.** Nezkracují život, ale mírní nepříjemné symptomy, které mohou závěrečnou fázi provázet. Bolest pacientů v závěru života je však více než pouze **bolest tělesná.** Vnímání a zvládání bolesti je zásadním způsobem ovlivněno faktory **psychickými** (hladinou úzkosti a deprese, tím, jak pacient celkově zvládá svou situaci nevyléčitelné nemoci), **sociálními** (jak situaci zvládají pacientovi nejbližší, jakého stupně podpory se od nich pacientovi dostává), **spirituálními a existenciálními** (zda se pacientovi daří svou situaci a svou nemoc zařadit do nějakého širšího duchovního nebo náboženského rámce a v něm nacházet zdroje síly a inspirace). Bylo by velmi zavádějící redukovat náplň paliativní péče na léčbu tělesné bolesti. Utrpení v závěru života je mnohem komplexnější. Jeho polohy a podoby souvisejí s frustrací ze ztráty kontroly nad situací a vlastní integrity, s radikální změnou životních plánů, pocitem ztráty budoucnosti, odkázaností na cizí pomoc, ztrátou pocitu důstojnosti a naděje, strachem z opuštěnosti, z neznáma, ze smrti. Tyto oblasti se dotýkají nejhlubší existenciální dimenze člověka a velmi úzce souvisejí s jeho osobnostním, hodnotovým a filozofickým „nastavením“. Většina těchto oblastí není jednoduše „řešitelná“ nějakou terapeutickou, poradenskou nebo organizační intervencí. Každodenní praxe paliativní péče přesto ukazuje, že dobrá péče může znamenat zásadní rozdíl ve „zkušenosti závěru života“ pro pacienty i pro jejich nejbližší. V paliativní péči je závěrečná fáze



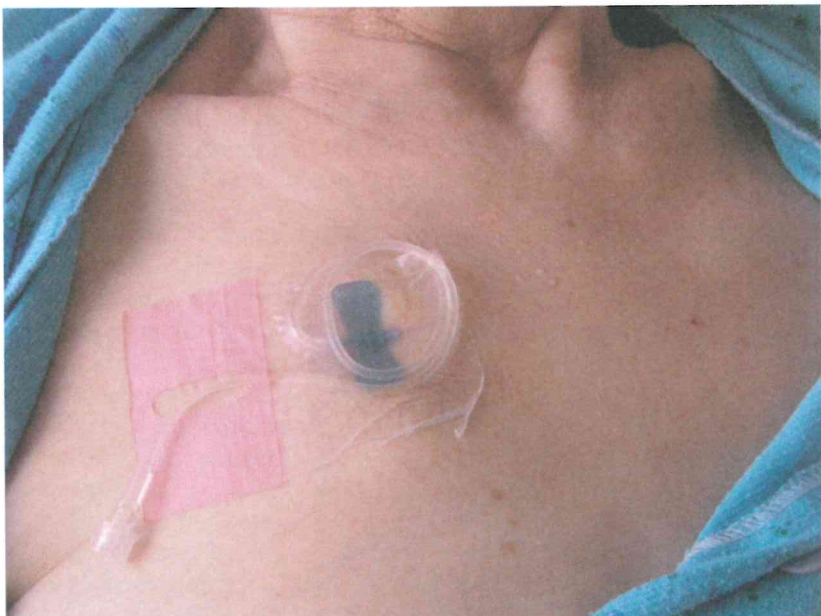
života, umírání, považována za důležitou součást života, která má – podobně jako jiné vývojové fáze života – své výzvy, úkoly a příležitosti. Příležitosti k růstu v oblasti reflexe vlastního života a ve vztazích. Paliativní péče se snaží pacientovi pomáhat, aby tyto výzvy a příležitosti rozpoznal a využil. Závěr života a umírání se tak mohou stát časem, který je smutný a někdy tragický, ale zároveň hluboce lidský a smysluplný.

Paliativní péče = multidisciplinární péče

Paliativní přístup k pacientovi je ze své povahy komplexní. Takto komplexní péči může nabídnout pouze multidisciplinární tým, ve kterém úzce spolupracuje lékař, sestra, psycholog, sociální pracovník a duchovní a podle potřeby další profese. Multidisciplinární model paliativní péče je v ČR zatím nejvíce rozvinutý v lůžkových hospicích. Je žádoucí, aby se postupně stal dostupným všude tam, kde se nevléčitelně nemocní pacienti vyskytují a kde prožívají závěr svého života (v domácím prostředí, v nemocnicích, v LDN, v pobytových zařízeních pro seniory).

Individuální plán paliativní péče a dříve vyslovená přání

Paliativní péče usiluje o zasazení nemoci a její léčby do kontextu pacientova osobního a rodinného života. Především v situaci nevléčitelného onemocnění nabývá



(www.pixmac.cz)

na významu otázka, které cílové stavy zdravotní péče jsou pro pacienta žádoucí a významné. Samotné prodloužení života nebo udržení při životě není absolutní hodnotou. Určitý léčebný postup, např. zavedení výživové sondy do žaludku u pacienta s pokročilým nádorem v oblasti obličeje a úst, pacientovi získá několik týdnů až měsíců života „navíc“. Důsledkem však je, že se pacient „dožije“ závažných komplikací své nemoci v podobě otevřeně zapáchající a bolestivé rány v obličeji, která ho sociálně značně diskvalifikuje. Z hlediska paliativní péče je v této situaci zásadně důležité, aby **lékař s pacientem situaci otevřeně prohodil a léčebný plán nastavil podle pacientových priorit a preferencí**. Součástí paliativního léčebného plánu tak může být v konkrétní situaci zavedení výživové sondy, ale také odstoupení od jejího zavedení. Tam, kde lze očekávat, že pacient v důsledku svého onemocnění ztratí schopnost myšlení a vyjadřování (např. u demence nebo postižení mozku metastázami), je dobré společně s pacientem **předem hovořit** o předpokládaném vývoji závažného onemocnění a formulovat, které léčebné postupy mají být v této situaci využívány. Formou tohoto tzv. „dříve vysloveného přání“ může pacient s pokročilým onemocněním např. stanovit, že si přeje, aby další péče probíhala výhradně v domácím prostředí a aby ani v případě zhoršení zdravotního stavu nebyl převážen do nemocnice. Podobně lze předem vyjádřit souhlas nebo nesouhlas s použitím umělé plicní ventilace, dialýzy či kardiopulmonální resuscitace. V případech odstoupení od výše uvedených metod pacient obvykle v důsledku progresu nebo komplikace své základní nemoci umírá řádově o dny až týdny (spíše výjimečně měsíce) dříve, než kdyby tyto metody využity byly. Smrt pacienta je v této situaci považována za přirozené vyústění nevléčitelné nemoci, a nikoliv za důsledek specifického lékařského rozhodnutí. Dříve vyslovená přání by měla být formulována jako součást individuálního plánu paliativní péče. V českém zdravotním systému se však tento přístup k péči o nevléčitelně nemocné pacienty teprve pomalu prosazuje.

Paliativní farmakologická sedace

U většiny pacientů lze symptomy závěru života zmírnit bez výrazného ovlivnění stavu vědomí a tlumení. Pouze u malé části nemocných je bolest a utrpení tak intenzivní, že je k jejich zmírnění třeba pacienta farmakologicky tlumit, a to někdy až do hlubokého „umělého“ spánku. Tento postup bývá označován jako paliativní sedace. Pokud je paliativní farmakologická sedace prováděna náležitě, tj. pacient je tlumen pouze na nejnižší stupeň nutný ke zmírnění diskomfortu, nemá významný vliv na délku terminální fáze, tj. nezkracuje pacientovi život. Nejedná se tedy o formu usmrcení pacienta lékařem. Paliativní sedace bývá nejčastěji využívána v řešení těžké dušnosti, úzkosti a zmatenosti. V léčbě bolesti se využívá spíše výjimečně. Před zahájením paliativní sedace by měly být u pacienta vždy vyzkoušeny všechny možnosti symptomatické paliativní péče.

Paliativní péče a eutanazie

Komplexní paliativní péče u nevléčitelně nemocných pacientů nevede ke zkrácení života. V některých bioetických diskusích lze zaslechnout argument, že rozhodnutí pro paliativní péči znamená nutně „fatální“ volbu ve prospěch kvality života na úkor jeho délky. Zkušenost ukazuje, že takto postavené dilema je falešné, zavádějící a neodpovídá klinické realitě. Naopak se ukazuje, že včas zahájená paliativní péče nejen zlepšuje kvalitu života, ale dokonce může jeho délku naopak prodloužit.

Udržení dobré kvality života a ochrana pacientovy důstojnosti jsou nejvyššími cíli paliativní péče. Jsme však schopni tohoto cíle u všech pacientů dosáhnout? Zdravotníci, kteří pracují v paliativní péči, dobře vědí, že **ani sebelepší péče pacienta v závěru života nezbaví všeho utrpení**. Vždy zde zůstává díl utrpení (především v oblasti psychické, sociální a duchovní), který inherentně ke zkušenosti konce života patří a je základní součástí lidské existence. Toto utrpení může nejeden současný pacient – zvláště je-li individualisticky a hédonisticky „nastaven“ – zakoušet jako zcela nesmyslné, absurdní a „nesnesitelné“. To jej může vést k úvahám (někdy formulovaným jako zřetelné přání) o aktivním ukončení vlastního života. Pacienti přemýšlejí o určité formě bilanční sebevraždy. Někteří pacienti by si v této fázi přáli asistenci lékaře při realizaci svého přání zemřít. Toto je kontext současné diskuse o aktivní eutanazii. Takové úvahy a žádosti od pacientů zaznívají i v prostředí hospicové a paliativní péče. Usmrcení pacienta lékařem na pacientovu vlastní žádost (aktivní eutanazie) však není podle většinového názoru (v paliativní a hospicové komunitě) součástí paliativní péče. V zemích, kde jsou asistovaná sebevraždy nebo eutanazie legální či beztrestné (např. Nizozemsko, Belgie, některé státy USA), je těmto postupům příznivě nakloněna i část paliativních a hospicových pracovníků. Jsme přesvědčeni, že v České Republice v roce 2015 je třeba v souvislosti s diskusí o eutanazii a její legalizaci připomínat následující skutečnosti:

- Ve většině nemocnic, léčeben dlouhodobě nemocných, domovech pro seniory ani v domácím prostředí není kvalitní paliativní péče dostupná. Naprostá většina pacientů tak prožívá závěr života a umírání, aniž by jim byla poskytována komplexní paliativní péče.
- Většina pacientů v ČR zakouší v závěru života utrpení, které by kvalitní paliativní péče uměla efektivně zmírnit. Tito pacienti prožívají utrpení, kterému by bylo možné předejít.
- Výuka paliativní péče na lékařských fakultách a v rámci specializační přípravy je zcela nedostatečná. Těmto tématům je ve výuce na LF věnovaná malá pozornost. Po studentech ani budoucích lékařích specialistech nejsou v rámci výuky požadovány znalosti a dovednosti z oblasti paliativní péče.
- Ze strany plátců péče – zdravotních pojišťoven – je doposud velmi malá ochota seriózně pracovat na koncepčním rozvoji různých forem paliativní péče. Ze strany vlády chybí koncepce rozvoje paliativní péče.

V kontextu výše uvedených skutečností považujeme současné úvahy o legalizaci eutanazie v ČR za nezodpovědné a svým způsobem nebezpečné. Poslanci a politici, kterým opravdu záleží na ochraně práv a důstojnosti nevléčitelně nemocných a umírajících v ČR, by měli vést poctivou diskusi, kterými legislativními úpravami by zajistili větší zastoupení paliativní medicíny v profesní přípravě budoucích lékařů a sester, vybudování sítě zařízení paliativní péče, zajištění adekvátního financování této péče a vytvoření efektivního systému podpory pro lidi, kteří se rozhodnou pečovat o svého umírajícího blízkého v domácím prostředí. O eutanazii jako o krajní možnosti řešení utrpení spojeného s těžkou nevléčitelnou nemocí lze vést odpovědnou veřejnou diskusi, až bude jisté (a samozřejmě), že byla všem těmto pacientům reálně dostupná excelentní paliativní péče. Od tohoto stavu nás ale v ČR dělí ještě hodně práce. Toho času je v ČR výzvou rozvoj paliativní péče, a nikoliv legalizace eutanazie.



(www.pixmac.cz)

4. Pohled chirurga

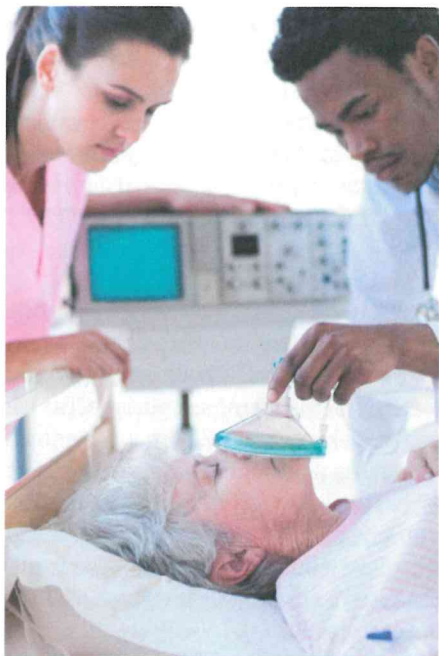
Pavel Pařko

Jsme historicky součástí křesťanské civilizace, která odsuzovala a dodnes odsuzuje nejen eutanazii, ale i sebevraždu (Bůh život dal a jako jediný ho může vzít). Marxistická filozofie také toto téma neotevřela. Rozvoj medicíny i větší kontakty s okolním světem po roce 1989 jsou podle mého názoru příčinami toho, proč se i u nás začíná jak v médiích, tak v medicínské komunitě o eutanazii diskutovat. Vždyť jen v posledních třech letech lékařská komora uspořádala na toto téma již druhou konferenci a obě se těšily velkému zájmu kolegů. Proč? Zákon přece jasně říká, že jde o trestný čin, tak proč o něm diskutovat? Všichni ale víme, že v obecné rovině nebývá vždy plný soulad mezi etickým a legálním. V denní praxi vidíme činy jednoznačně eticky odsouzené, jejichž pachatelé se pohybují „na hraně zákona“, a tudíž stále ještě legálně. Proč by se tento vztah nemohl vyskytnout i v obráceném gardu?

Máme-li mluvit o eutanazii, je třeba ji definovat. Mnozí laici, ale i lékaři, pod ni řadí různé situace, často i vraždy (Německo, čtyřicátá léta minulého století). **Eutanazie**

je pro mě ukončení života na přání nevyčerpitelně nemocného poté, co byly vyčerpány všechny léčebné možnosti k prodloužení či zachování jeho života. Tedy žádost je prvním základním kamenem definice. Tím druhým je skutečnost, že byly vyčerpány všechny léčebné možnosti.

Většina z nás si spojuje eutanazii s pacienty, kteří mají inoperabilní zhoubné nádory, a s jejich utrpením v závěru života. V různých průzkumech se dotázaní bojí právě tohoto utrpení, ale ještě více než bolesti se pacienti obávají ztráty důstojnosti. Naštěstí náš právní řád má již institut „dříve vysloveného přání“, podle kterého nemocný může předem vyloučit z diagnosticko-léčebného postupu například to, co by snižovalo jeho důstojnost, co by si nepřál, aby mu bylo provedeno. Například: nepřejí si, abych byl živěn sondou či gastrostomií, aby mi byla provedena tracheostomie, amputace končetiny, prsu atd. Jen pro zajímavost: s prodlužujícím se věkem přibývá nemocných s Alzheimerovou chorobou. Někteří z nich nepochybně budou považovat stav, kdy budou krmeni, vyprazdňováni, obraceni na lůžku, přičemž nakonec o tom nebudou ani vědět, za nedůstojný, a to také s ohledem na své okolí. Má takový pacient právo se ještě v době plné kompetence vyjádřit k později vzniklé situaci, kterou pak již nebude moci posoudit? Pokud ano, budou zdravotníci při jeho umírání provádět pasivní eutanazii, když nebyly vyčerpány všechny prostředky k prodloužení či zachování života? Známe přece nemocné, kteří odmítají potravu. Budeme jednat v rozporu s jejich přáním?



(www.pixmac.cz)

V dalším se mnou možná nebudou souhlasit kolegové, zabývající se paliativní medicínou. Při hlubší úvaze nenalézám, z hlediska pozorovatele péče o terminálně nemocného, rozdíl mezi paliativní péčí a pasivní eutanazií, kterou rozumím nevyužití všech prostředků k prodloužení či zachování života nemocného. Příkladem mohou být stoupající dávky opiátu, překračující lékopisem povolené denní dávky. Rozdíl mezi paliativní léčbou a eutanazií je pouze v nedetekovatelném úmyslu léčícího. Zatímco jeden zvyšuje dávky, aby zmírnil utrpení, druhý tak činí, aby ho zkrátil. Tedy je to jen úmysl, který je předělem mezi oběma postupy. Jiným příkladem může být ambulanti lékař předepisující

terminálně nemocnému hypnotikum. Pacienta poučí, aby si vzal večer jednu tabletu. Na dotaz pacienta, co by se stalo, požil-li by více tablet, musí po pravdě říci, že by ho to mohlo stát život. Je tedy na pacientovi, jak s tabletami naloží. Předepisující celou tubu, nemůžeme být účastní asistované sebevraždy? Uvědomujeme si tu hru slov?

Žijeme bohudík, či bohužel, v 21. století, kdy v jistých případech lékaři rozhodují o vzniku života (asistovaná reprodukce), kdy společnost přijala interrupci – tedy zánik života, kdy všemi prostředky prodlužujeme život, abychom v jisté chvíli na základě kritérií, která mají různé země různá, náhle život ukončili a odebrali orgány k transplantaci. Prostě dnes je to jiné než v době, kdy se umírajícímu dalo před ústa zrcátko a neorosilo-li se, byl prohlášen za mrtvého. V nových situacích je třeba uvažovat v jiných intencích. V každém případě bude eutanazie vždy přísně individuální, při plném respektování svobody nemocného, ale i lékaře. Problém eutanazie není problémem zdravotníků, je to problém celospolečenský, ale laici nemají tolik informací jako profesionálové.

Několik výše uvedených myšlenek má vést k zamyšlení, nikoliv být návodem k rozhodnutí, zda eutanazii přijmout, či odmítnout. Na tuto otázku si musí každý odpovédět sám. Zatím zákonodárci řekli své jednoznačné ne. Myšlenka zneužití eutanazie, mnohými zdůrazňovaná, nemůže být podle mého názoru důvodem jejího zákazu. Vše, co lidský duch vymyslel, bylo také zneužito. Počínaje kuchyňským nožem a konče atomovou energií. Vždy bude rozhodující morálka konajícího, resp. konajících. Striktní zákaz těžko vyřeší užití nože či atomové energie...

5. Argumenty proti eutanazii

David Černý

Úvod

Současná bioetika je ve většině případů příznivě nakloněná etické oprávněnosti eutanazie a její legalizaci. Argumenty v neprospěch eutanazie jsou zastoupeny v menší míře a jsou často teoreticky poměrně náročné. Rozhodl jsem se proto vybrat dva argumenty, jeden zaměřený proti etické oprávněnosti eutanazie a druhý proti její legalizaci, a stručně je zde představit.

Lidská důstojnost a práva

První a zřejmě nejvlivnější argument proti eutanazii vychází z ideje, že lidské bytosti jsou obdařeny **niternou (inherentní), nezcizitelnou důstojností a právy**. Nejčastěji se tato idea vyjadřuje prostřednictvím **teorie o posvátnosti lidského života**, jež měla zpočátku náboženský původ, lze ji však formulovat zcela sekulárně: za žádných okolností není přípustné usmrtit nevinnou lidskou bytost, ať již se jedná o novorozence,

dospělého člověka na vrcholu sil, umírajícího pacienta či osobu v kómatu nebo perzistentním vegetativním stavu. Jednoduše řečeno: lidé mají jistá základní, nezcizitelná práva, z nichž nejzákladnějším právem je právě **právo na život**.

O povaze práv (co přesně jsou práva, na čem se zakládají, jaká práva existují apod.) neexistuje v odborné diskusi žádná všeobecná shoda. Můžeme je však metaforicky chápat jako jakési **trumfy**, které přebíjejí všechny ostatní typy praktické rozvahy. Tytotrumfy vymezují a garantují prostor, v němž se lidské bytosti mohou svobodně rozvíjet, naplňovat své tužby a zájmy. Jedním ze základních lidských práv je právo na svobodu. Představme si, že by se skupina vědců rozhodla provést experiment, který slibuje zajímavé poznatky o struktuře a fungování lidské psychiky. Experiment však požaduje, aby několik dětí bylo drženo v separaci a bylo jim odepřeno veškeré poznání vnějšího světa. Praktická rozvaha vědců může zahrnovat potřeby těchto několika dětí a velký prospěch, který by vědecká obec a posléze lidstvo mohlo z experimentu získat. Je-li však právo na svobodu (a poznání) trumfem, přebíjí všechny podobné praktické rozvahy: uvěznit děti a provádět na nich experimenty představuje porušení jejich základních lidských práv a nelze ho ospravedlnit žádným očekávaným ziskem.

Mezi základní lidská práva patří i právo na život. Teoretici práv často zdůrazňují, že právo na život mají nevinné lidské bytosti, což některým z nich umožňuje hovořit o spravedlivé válce, sebeobraně či dokonce trestu smrti. Nevinné lidské osoby disponují základním a nezcizitelným právem na život, jež musí být respektováno všemi, včetně lékařů uvažujících nad etickou oprávněností eutanazie.

Základní lidská práva se často vyjadřují pomocí negativních morálních norem: v případě práva na život se jedná o normu „neusmrtíš nevinnou lidskou bytost“. Vzhledem k tomu, že morálka samotná nedisponuje efektivním systémem vynucování základních norem, měla by být základní lidská práva chráněna také systémem pozitivního práva, jenž spojuje porušení konkrétních práv s příslušnými sankcemi.

Pokud jsou lidská práva v dané společnosti uznávána, respektována a vynucována, poskytují nám poměrně vysokou jistotu, že se k nám ostatní lidé nebudou chovat v rozporu s našimi zájmy. Je-li respektováno právo na život, máme také solidní jistotu, že lékaři nebudou provádět eutanazii u pacientů, kteří si ji nepřejí.

Svízelnější situace nastává v případě, kdy si nějaký pacient eutanazii přeje (vyžádaná eutanazie). Řekli jsme, že práva garantují, že se k nám ostatní nesmí chovat v rozporu s našimi zájmy. Co když je ale naším dobře zváženým a autonomním přáním zemřít? Mají ho lékaři respektovat, nebo opět vstupuje do hry právo na život jakožto trumf přebíjející úvahy pacientů a lékařů vyúsťující v rozhodnutí provést eutanazii?

Teoretici práv se zde ocitají v nevýhodné pozici, neboť intuitivní přitažlivost teorie nezcizitelných práv se zde vytrácí. Mnozí z nich však trvají na tom, že nezcizitelnost práv znamená nejen to, že naše práva nesmějí porušovat ostatní, ale také to, že se jim **nemůžeme vzdát ani my sami**. Odtud plyne absolutní nepřipustnost všech forem

eutanazie, včetně situací, kdy pacient v terminálním stadiu choroby žádá své lékaře, aby mu pomohli bezbolestně zemřít.

Teorie práv je pro mnohé intuitivně přijatelná, neboť představuje garanci možnosti žít svobodně svůj vlastní život ve společnosti dalších lidí: máme-li základní a nezcizitelné právo na život, lékaři nás nesmí usmrtit proti naší vůli. Chápeme-li práva absolutně a odmítáme-li představu, že se lidé mohou svých práv vzdát, dokážeme teoreticky zajistit závěr, že eutanazie je ve všech svých podobách morálně nepřijatelná. Musíme však zaplatit poměrně vysokou cenu: v případě autonomní žádosti o smrt z rukou lékaře se **práva staví proti tomu, co mají chránit**: autonomní volbě ohledně vlastního života a jeho konce. Není proto překvapivé, že teoreticky nejobtížnější a nejméně přesvědčivá část úvah některých teoretiků lidských práv se týká právě snahy dokázat, že lidé se svých práv nemohou za žádných okolností vzdát.

Argument kluzkým svahem

Argument operující lidskými právy se zaměřuje na morální nepřijatelnost eutanazie. V literatuře se však často setkáme s poněkud slabším argumentem, který je zaměřený na **možné důsledky legalizace eutanazie**. Označuje se jako **argument kluzkým svahem**. Argument kluzkým svahem je běžnou součástí argumentačních strategií a může být platný, stejně jako neplatný; není vždy snadné ho správně vyhodnotit.

Jeho obecná podoba je následující: přijmeme určitou praxi P , z níž se předpokládá, že poplynou důsledky D_1, \dots, D_n . Tyto důsledky jsou stále méně přijatelné, až nakonec usoudíme, že poslední z nich je (jsou) zcela nepřijatelné, a proto odmítneme samotnou praxi P . Vyhodnocování platnosti argumentu kluzkým svahem se zaměřuje na to, zda důsledky D_1, \dots, D_n z P skutečně plynou či velmi (dostatečně) pravděpodobně poplynou (v takovém případě je argument platný), nebo zda se jedná o pouhé, ničím neodůvodněné předpovídání vývoje budoucích událostí. Platnost argumentu závisí také na tom, zda jsou důsledky P skutečně nepřijatelné; pro někoho být mohou, pro jiného zase nemusí.

V případě legalizace eutanazie nalezneme v literatuře celou řadu formulací argumentu kluzkým svahem, založených na zkušenostech ze zemí, kde je eutanazie legální (především Nizozemsko a Belgie). Někteří autoři např. zdůrazňují, že legalizace vyžádané aktivní eutanazie v Nizozemsku vedla k provádění i jiných, eticky spornějších forem eutanazie (nevyžádané a dokonce i nedobrovolné). Tyto argumenty jsou však kontroverzní a já je zde sledovat nechci. V následujícím textu předložím to, co považuji za nejsilnější verzi argumentu kluzkým svahem v neprospěch legalizace eutanazie.

Bouřlivé diskuse o eutanazii v minulém století (především v sedmdesátých a osmdesátých letech) se zaměřovaly na tři body: nesnesitelnou fyzickou bolest, terminální stadium choroby a autonomní žádost pacientů. Argument ve prospěch legalizace eutanazie byl velmi jednoduchý a intuitivně přijatelný: pacientům v terminálním stadiu



(www.pixmac.cz)

choroby zbývá velmi málo času (umírají) a trpí nesnesitelnou bolestí. Bylo by nemorální a nelidské nechat je trpět a nevyhovět jejich žádosti o milosrdnou smrt. Legalizujeme eutanazii.

Ukazuje se však, že legalizace eutanazie nás skutečně postavila na začátek kluzké plochy a praxe klouže stále níže k nepřijatelným důsledkům. O eutanazii dnes v Nizozemsku a Belgii mohou žádat pacienti, kteří neumírají (nejsou v terminálním stadiu choroby). Pojem nesnesitelné fyzické bolesti nahrazuje vágní pojem utrpení, který nutně neobsahuje utrpení fyzické, ale i duševní a existenciální. Jsou známy případy eutanazie provedené proto, že žádající osoba neviděla žádný důvod dále žít, jiná zase trpěla depresemi, které považovala za nezvladatelné. V Belgii byla provedena eutanazie mladého člověka, který podstoupil operaci změny pohlaví a nebyl s jejím výsledkem spokojený, na poslední chvíli byl odejmut souhlas s eutanazií doživotně odsouzeného vězně.

Tyto případy spojené s rozvolněním podmínek, za kterých je možné o eutanazii uvažovat, ukazují, že se praxe v zemích, kde je eutanazie legální, posouvá směrem k nepřijatelným důsledkům. Alespoň pro mnohé z nás. Jak jsem již řekl, vyhodnocení argumentu kluzkým svahem záleží také na tom, jak hodnotíme důsledky zvažované praxe. Jestliže někdo odmítá eutanazii provedenou u lidí, kteří nejsou v terminálním

stadiu choroby (neumírají), u kterých se ještě ani neprojevily symptomy příslušné choroby (např. roztroušené sklerózy) a kteří fyzicky netrpí, potom je pro něj argument kluzkým svahem založený na zkušenostech s legalizací eutanazie v Nizozemsku a Belgii platný. Někdo však může rozměňování podmínek eutanazie chápat jako pozitivní krok směrem k většímu respektu autonomních rozhodnutí lidských bytostí o jejich životě a smrti. V takovém případě nebude chápat předložený argument jako argument proti legalizaci eutanazie.

Závěr

Teorie lidských práv považuje život za základní, nezczitelné lidské právo, které nelze nevinným lidským bytostem z žádného důvodu odepřít. V tom je její intuitivní síla. Někteří autoři však zároveň tvrdí, že základních práv se nelze zříci, a proto jsou všechny formy eutanazie, včetně eutanazie vyžádané, z morálního hlediska nepřijatelné. Tento závěr není snadné obhájit a staví se proti intuitivně přijatelné představě, že lidská práva garantují autonomní rozhodování o vlastním životě a případně i smrti.

Argument kluzkým svahem se zaměřuje na důsledky legalizace eutanazie a vychází z praxe v zemích, kde je eutanazie již legální. Jeho platnost závisí nejen na tom, zda příslušné důsledky z dané praxe skutečně plynou (v Nizozemsku a Belgii skutečně plynou), ale také na tom, zda tyto důsledky považujeme za nepřijatelné. Pokud je za nepřijatelné považujeme, potom je pro nás argument kluzkým svahem dobrým důvodem, proč v České republice nepřipustit legalizaci eutanazie.

6. Argumenty pro eutanazii

Tomáš Hříbek

Argument z milosrdenství

Chci zmínit dva argumenty ve prospěch morální přípustnosti eutanazie, čímž mám na mysli její pasivní i aktivní formu. Nejpřímočařejší argument se zakládá na pojmu milosrdenství, resp. soucitu. Lze si snadno představit situace, kdy někdo trpí tak strašným způsobem, že je pozastavena platnost obvyklého zákazu usmrtit nevinnou lidskou bytost, a je tedy morálně přípustné trpícího usmrtit – přinejmenším v případech, kdy nás o to výslovně žádá. Ačkoli se takové případy mohou vyskytnout v různých kontextech, nás zde přirozeně zajímá kontext lékařské péče, kdy trpící pacient žádá lékaře, aby zkrátil jeho život. Daný argument lze tedy shrnout následovně: **pokud nějaký pacient trpí strašným způsobem a žádá svého lékaře, aby zkrátil jeho utrpení, je morálně přípustné, aby to lékař udělal.**

Dovedu si představit námitku, s níž vůči podobnému argumentu vystoupí experti na paliativní péči: v současnosti již máme prostředky, které umožní ztláčit

strašné bolesti a ulevit velkému utrpení. Domnívám se však, že dostupnost efektivní paliativní péče nemá na argument z milosrdenství předpokládaný vliv. Jde nám o **etickou otázku**, zda aktivní vyžádaná eutanazie je přípustná **za předpokladu, že je to jediný způsob, jak ukončit utrpení daného člověka**. Je na odpůrci eutanazie zdůvodnit, proč by ani v takovém kontextu nepovažoval za morálně přípustné vyhovět žádosti pacienta.

Může se zdát, že argument z milosrdenství je svou povahou utilitaristický, neboť předpokládá, že utrpení je špatné (resp. příjemnost je dobrá) a že morálně správné jednání spočívá v minimalizaci utrpení (resp. v maximalizaci příjemnosti). Někteří filozofové tedy odmítnou argument z milosrdenství proto, že předpokládá kontroverzní etickou teorii, tj. utilitarismus. Já se však domnívám, že tato kritika neplatí. Utilitarista je totiž někdo, kdo věří, že maximalizace příjemnosti, resp. minimalizace utrpení, jsou **jediné věci**, na nichž z morálního hlediska záleží. Argument z milosrdenství však nic takového neimplikuje. Navíc z tohoto argumentu ani neplyne, že lékař musí vyhovět žádosti pacienta za všech okolností.

Argument z autonomie

Druhý argument, který chci zmínit, je jakýmsi protikladem argumentu založeného na pojmu práv, který představil kolega David Černý. Práva jsou cosi jako trumfy nebo esa, kterými dokážeme přebít neoprávněnou intervenci do své osobní sféry, včetně toho nejsilnějšího trumfu, jímž je právo na život, kterým se chráníme před neoprávněným usmrcením. Na druhé straně však nelze platnost těchto práv zrušit, což má podle Černého za důsledek „absolutní nepřipustnost všech forem eutanazie“. Takový závěr považuji za *reductio ad absurdum* daného argumentu. Domnívám se, že lze s úspěchem hájit zmíněnou tezi, že osoby jsou vybaveny právy coby trumfy, které vytáhnou na svou ochranu, avšak pokud platí analogie mezi právy a trumfy, pak právo přece není nijak oslabeno tím, že se mohu rozhodnout je neuplatnit, stejně jako trumf nepozbyde své moci tím, že ho nevytáhnou. Koneckonců, za nositele práv lze vůbec považovat pouze autonomní osobu a její rozhodnutí – včetně rozhodnutí suspendovat platnost svého práva na život – je třeba respektovat, pokud tato rozhodnutí nepoškozují jiné osoby. Shrnuji tedy argument z autonomie takto: **za předpokladu, že pacientovo autonomní rozhodnutí, aby lékař ukončil jeho život, nikoho nepoškozuje, je morálně přípustné, aby tomuto rozhodnutí bylo vyhověno**.

Argument z autonomie zjevně implikuje podmínku kompetence na straně pacienta a zdá se, že tuto podmínku se snaží splnit různá pravidla, která regulují poskytování aktivní eutanazie v zemích, kde je povolena. (Pacientovo přání zemřít musí být trvalé, vyjadřované delší dobu, musí být posouzeno několika lékaři, atd.) Někteří kritici se domnívají, že argument z autonomie nerealisticky předpokládá schopnosti rozhodování a sebereflexe, které nelze u běžného pacienta očekávat. Domnívám se, že ať už je pravda o této věci jakákoli, je třeba ji zjistit seriózním empirickým zkoumáním;

od zástupců lékařské profese lze však v každém případě očekávat, že se pokusí každému pacientovi srozumitelně a jasně vysvětlit alternativy, kterým čelí, aby se mohl kompetentně rozhodnout. Pokud si některý pacient uvědomí, že se mezi danými alternativami nedokáže rozhodnout, a volbu s důvěrou zcela odevzdá do rukou svého lékaře, je to také rozhodnutí. Pokud však někdo po zvážení možností žádá o zkrácení svého života, nemělo by se takové rozhodnutí odbývat paternalistickými poznámkami o tom, že pacient vlastně neví, co takové fatální rozhodnutí obnáší, že jeho žádost je ve skutečnosti „voláním o pomoc“ apod. **Představy dané osoby o tom, zda a za jakých okolností má její život pro ni dostatečnou cenu, a co je pro ni naopak nedůstojné, je třeba v konečné instanci ponechat na ní**, pokud tyto představy vyjadřuje koherentním a racionálním způsobem. Rozhodnutí o způsobu a načasování vlastní smrti zajisté obnášejí značné riziko – ale mám za to, že jde o podobné riziko, které běžně tolerujeme horolezcům, automobilovým závodníkům apod.

Apel k autonomii má dvě stránky: nemůže být řeč jen o pacientech, kteří žádají o provedení eutanazie, nýbrž i o lékařích, po nichž se chce, aby takové žádosti vyhověli. Zde je však třeba počítat s tím, že **představy některých lékařů o jejich morálních a profesionálních závazcích vylučují, aby aktivně usmrtili svého pacienta**. A nejenže je třeba s tím počítat, nýbrž je třeba takové představy respektovat stejně, jako rozhodnutí některých pacientů požádat o zkrácení svého života. Mám za to, že jedno z témat, o nichž je třeba uvažovat ve spojení s tématem eutanazie, je situace lékaře, jenž odmítá vyhovět žádosti o aktivní eutanazii. Jednou z možností v takové situaci by mohlo být převedení daného pacienta do péče jiného lékaře, jehož systém morálních hodnot nevyklučuje podobnou praxi.

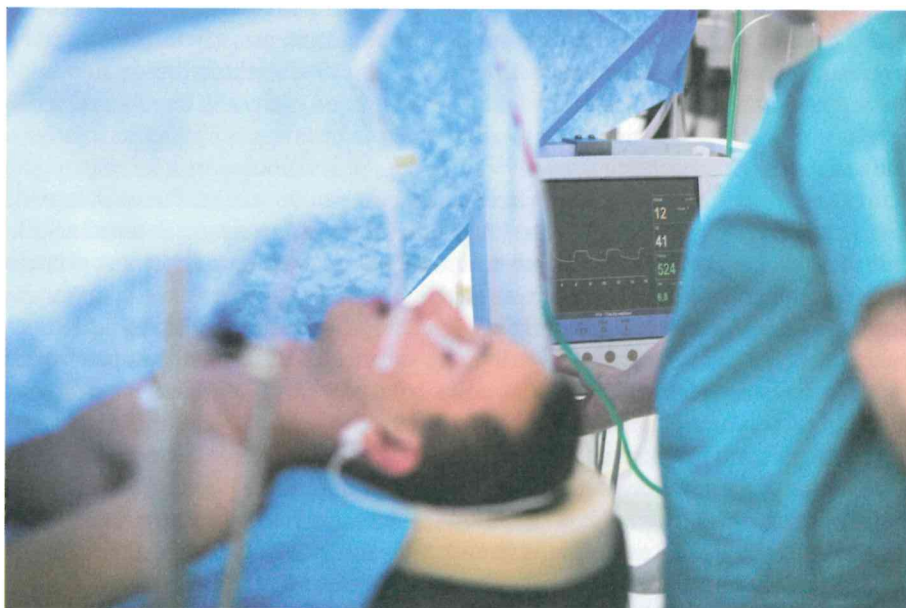
Kluzký svah?

V závěru chci stručně odpovědět na kritiku legalizace eutanazie, zmíněnou Davidem Černým, podle níž bychom se ocitli na kluzkém svahu a časem sklouzli k morálně zcela nepřijatelné praxi. Předně chci upozornit na skutečnost, že tento argument existuje v několika verzích. Někteří odpůrci eutanazie hovoří v tom smyslu, že jakmile připustíme nějakou, na první pohled třeba přijatelnou formu pomoci lékaře pacientovi zemřít – dejme tomu asistenci lékaře při sebeusmrcení dospělých, kompetentních osob – pak sestup k dalším, kontroverznějším a nakonec zcela nepřijatelným formám je naprosto nevyhnutelný. To vypadá, jako by skluz po svahu byl věcí logické nutnosti. Je nasnadě, že tato **logická verze argumentu kluzkým svahem je nekorektní**: z faktu, že přijmu určitou formu eutanazie, nijak logicky nevyplývá přijatelnost jiných forem eutanazie. Jestli mu správně rozumím, David Černý nemá na mysli tuto verzi argumentu, ačkoli jiní kritici eutanazie se k ní často uchylují, neboť jakákoli zmínka o „nutnosti“, případně „logické nutnosti“, má velkou rétorickou sílu.

Jindy bývá argument kluzkého svahu zaměňován s logickým paradoxem zvaným *sortés* či „hromada“: jak definovat hromadu písku, když pár zrněk netvoří hromadu, ale

přidáváním zrnek časem hromadu vytvoříme? Tak by někdo mohl namítnout, že není jasně definován rozdíl mezi někým, kdo zemře během tří týdnů, a někým, kdo zemře během čtyř týdnů, či někým, kdo trpí příšerně, a někým, kdo trpí moc. Nestane se, že budeme kritéria pro přípustnost eutanazie stále uvolňovat? Myslím, že podobnou obavu vyjadřuje kolega Černý. Začali jsme eutanazií pro dospělé osoby v terminálním stadiu, jimž zbývaly dny, týdny, maximálně měsíce života, který z jejich vlastního hlediska pozbyl hodnoty – a nyní slyšíme o případech z Nizozemska a Belgie, v nichž jako žadatelé o eutanazii figurují děti nebo osoby trpící depresemi či nějak obecně zklamané životem, které však nejsou v terminálním stadiu. Podle mého názoru je správnější tento vývoj interpretovat nikoli jako morální skluz, nýbrž jako morální pokrok. Žadatelé o eutanazii musejí splnit určité podmínky, ale ukázalo se, že tyto podmínky byly původně příliš úzce formulované, takže za utrpení bylo považováno dejme tomu jen fyzické, nikoli i psychické utrpení. V každém případě však **lze škálu kandidátů omezit stanovením arbitrárních hranic a s těmi manipulovat podle potřeby**. Podobně jsou přece stanoveny limity rychlosti motorových vozidel, které můžeme podle potřeby zvýšit, ale i snížit.

Jenže argument kluzkého svahu je obvykle chápán méně přesně, jako vágní dojem, že věci prostě *musí* jít od desíti k pěti. Kamenem úrazu této úvahy je, že jde o předpověď budoucnosti, o níž nic nevíme. Kdoví, věci se možná vyvinou špatným směrem a pak



(www.pixmac.cz)

s tím bude třeba něco dělat. Jenže zatím tomu prostě nic nenasvědčuje. V Nizozemsku byla aktivní vyžádaná eutanazie tolerována řadu dekad a deset let je tam legální. Tvrzení o klouzání směrem k morální katastrofě by bylo přesvědčivější, pokud bychom pozorovali, že eutanazií končí život stále více handicapovaných, chudých a příslušníků menšin. Nic takového se neděje. Proceduru častěji vyžadují úspěšní a samostatní lidé, kteří by si snadno mohli dovolit hospicovou péči – ale nestojí o ni, protože totální závislost je v rozporu s jejich hodnotami. Pokud čteme o případu dívky sužované depresemi, neznamena to přece, že v Nizozemsku začali nahrazovat psychiatrickou péči eutanazií. Podle výzkumu, který nedávno uveřejnil *The Lancet*, tam **zůstává celkový počet úmrtí v důsledku eutanazie během posledních zhruba dvaceti let stabilní; počet nedobrovolných eutanazií je dokonce nižší**. Stanovení jasných pravidel zkrátka vedlo k morálně vyspělejší praxi, než jaká existuje v zemích, které z důvodu illegality eutanazie nemají ani spolehlivé statistiky, přestože divoké eutanazie nepochybně probíhají i tam.

7. Právní úprava asistované smrti

Adam Doležal

Lékařsky asistovaná smrt a právní úprava

Také v právu je třeba řešit v souvislosti s problémem asistované smrti poměrně důležité otázky. Právo nepodává odpověď na otázku, co je správné, spíše reflektuje převládající společenský diskurs; nicméně paradigmatické otázky řešené v etice mají dopad i na právní teorii a praxi. V souvislosti s eutanazií lze proto vysledovat několik základních otázek, které se navazují na etická dilemata. Jedná se zejména o následující.

Hlavní otázka zní, zda je legitimní usilovat o beztrpnost eutanazie nebo asistované sebevraždy, případně za jakých podmínek. Má být právně rozlišeno jednání, kdy lékař provede eutanazii, a jednání, kdy pouze napomáhá sebevraždě, případně jednání, kdy lékař aktivně usmrtí svého pacienta, a jednání, kdy lékař pacientovi neposkytne potřebnou péči a pacient zemře (obojí v dobrém úmyslu neprodlužovat pacientovo utrpení).

Zaměříme se na úpravu v České republice, dále na úpravu v Nizozemsku a Belgii, protože se jedná o státy, kde je právní beztrpnost eutanazie za určitých podmínek zaručena, a dále na úpravu v Oregonu a ve Švýcarsku, kde je při splnění zákonných podmínek za beztrpnou považována asistovaná sebevražda.

Česká republika

V České republice je v současné době jednání mající povahu aktivní eutanazie právně hodnoceno jako trestný čin vraždy podle ustanovení § 140 trestního zákoníku. Také pasivní eutanazie bude ovšem hodnocena jako vražda, protože vražda může

být způsobena i nekonáním. Pachatel je odpovědný i tam, kde má zvláštní povinnost konat a tuto povinnost porušil, následkem čehož došlo k úmrtí poškozeného. **Z právního hlediska tak v ČR zásadní rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanazií neexistuje.** Při posuzování, zda se jednalo v případě lékaře o pasivní eutanazii (a tedy trestný čin vraždy), nebo postup *lege artis*, se pohybujeme na tenkém ledě. Jednak je třeba posuzovat úmysl lékaře. Na rozdíl od etické terminologie je ovšem pojem úmyslu v právu širší, právo zná i tzv. nepřímý úmysl, tj. případ, kdy lékař sice nechtěl způsobit smrt pacienta, ale **věděl, že jeho jednáním může k smrti pacienta dojít, a pro případ, kdy k ní dojde, byl s ní srozuměn.** O případ srozumění přitom půjde ve většině případů v lékařské praxi. Druhý rozlišovací bod mezi trestným jednáním spočívajícím v pasivní eutanazii a (v medicínské praxi častými) případy tzv. nepokračování (*withdrawing*) nebo nezahájení (*withholding*) léčby je opět velmi diskutabilní. Jedná se o rozlišení situace, kdy je léčba ještě prospěšná, a kdy už je neúčelná nebo marná. Marnou a neúčelnou je přitom léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Vymezení toho, kdy již další kurativní péče není pro pacienta přínosem, nemůže být ovšem předmětem libovůle jednotlivého zdravotnického pracovníka.



(www.pixmac.cz)

Nizozemsko

Nizozemsko jako první evropský stát přijalo zákon ukotvující beztrestnost aktivní dobrovolné eutanazie (2002). Co se týče dobrovolné aktivní eutanazie, jsou zákonem stanoveny tyto zásady: Lékař musí být přesvědčen, že pacientova žádost dobrovolně zemřít je vědomá a dobře rozvážená a že pacient čelí nesnesitelnému a neukončitelnému utrpení. Pacient musí být dostatečně informován o svém stavu a musí být přesvědčen o tom, že není jiné rozumné řešení jeho situace. Pacientovi musí být konečně poskytnut i druhý medicínský názor a jeho život musí být ukončen vhodným způsobem bez nového utrpení.

Nicméně problém spočívá v tom, že v praxi byla již před rokem 2002 lékařská eutanazie často ospravedlňována na základě tzv. krajní nouze (*noodtoestand*), to znamená, že lékař může porušit svou

zákonnou povinnost v případě, že v protikladu k tomu stojí jiná zákonná povinnost nebo princip vyšší morální hodnoty. Tak se v současné době postupuje právě v oblasti nevyžádané či nedobrovolné eutanazie, kde pak dochází k eticky nejspornějším případům. Mnozí odpůrci poukazují na to, že v praxi došlo k posunu od tolerování dobrovolné vyžádané aktivní eutanazie u terminálně nemocných pacientů k připuštění eutanazie i u pacientů, kteří trpí pouze psychickými potížemi. Dokonce se v současné době připouští jako beztrestná i nevyžádaná a nedobrovolná aktivní eutanazie např. u terminálně nemocných novorozenců. Mají kritici pravdu? Jednotlivé soudní případy tomu nasvědčují...

Belgie

V belgickém právním řádu je aktivní dobrovolná eutanazie beztrestná v případě, kdy „pacient je v permanentním zdravotně bezvýchodném stavu neustálého a nesnesitelného tělesného nebo duševního utrpení, které nemůže být zmírněno a je způsobeno vážnou a nevléčitelnou poruchou způsobenou nemocí nebo úrazem“. Vedle fyzického utrpení se objevuje i nesnesitelné a nevléčitelné duševní utrpení. Na základě této definice pak došlo v posledních letech k aplikaci ustanovení o beztrestnosti eutanazie v několika kontroverzních případech. Například v září roku 2013 u pana Verhelsta, čtyřiačtyřicetiletého transgender muže, který se narodil jako žena. Bohužel po podstoupení operativní změny pohlaví nadále trpěl psychickými problémy, které spočívaly v nespokojenosti s výsledkem podstoupené operace, tj. s vlastním novým tělem. V současnosti se pak řeší případ depresivní dívky, která už dále nechce žít.

V roce 2014 pak byl v Belgii schválen **zákon umožňující eutanazii pro děti bez ohledu na jejich věkovou hranici.** Byť je v úpravě výslovně uvedeno, že osoby mladší 18 let musí chápat své rozhodnutí a rozumět významu vlastního úkonu eutanazie, což je garantováno posudkem psychologa, jeví se jako problematické, zda jsou schopny autonomního rozhodování v takto složité věci. Podmínky jsou omezeny tím, že souhlas musí být dán rodiči dítěte a medicínským týmem, včetně již zmiňovaného odborníka z oboru psychologie. Situace dětí musí být zdravotně bezvýchodná a spojena s nesnesitelným tělesným utrpením, které v předvídatelné budoucnosti povede k smrti.

Švýcarsko

Liberální v otázce asistované smrti je Švýcarsko, kde je ukotvena možnost beztrestnosti v případě asistované sebevraždy (*Suizidbeihilfe*). Jedná se o situaci předepsání nebo dodání smrtící drogy s cílem pomoci jinému ukončit jeho život. Vzhledem k tomu, že ve Švýcarsku je asistovaná sebevražda přípustná i u cizinců, bývá tato země v médiích spojována s tzv. „turistikou za smrtí“. To potvrdilo i referendum usku- tečněné v roce 2011, kdy občané odmítli omezení provádění asistované sebevraždy u cizinců. Právo na asistovanou sebevraždu je ve Švýcarsku vnímáno jako vyjádření

základního lidského práva na důstojnou smrt; za určitých podmínek je přípustná již od roku 1942, kdy nabyl účinnosti trestní zákoník. Podle ustanovení čl. 115 tohoto zákona je asistovaná sebevražda považována za trestnou pouze v případě, kdy její aktér jednal za účelem osobního prospěchu. Švýcarská praxe tak je ojedinělá i v tom, že osobou asistující při sebevraždě nemusí být pouze lékař. Specifikum tohoto ustanovení spočívá také v tom, že nemusí být naplněny žádné medicínské předpoklady, aby byla asistovaná sebevražda považována za dovolené jednání. Pouze implicitně lze dovodit, že umírající osoba musí být způsobilá k právnímu jednání, jinak by tento akt nemohl být posouzen jako sebevražda. Význačnou roli při poskytování asistované pomoci ve Švýcarsku hrají organizace zaměřující se na poskytování pomoci při sebevraždě, což se podle řady bioetických expertů jeví jako více než problematické.

Oregon

Oregon se stal prvním státem USA, který legalizoval asistovanou sebevraždu, když v roce 1997 přijal Zákon o důstojné smrti (*Death with Dignity Act*). Kromě Oregonu následně speciální právní předpis považující za určitých okolností asistenci při sebevraždě za dovolené jednání přijaly např. Washington a Vermont, v Montaně je asistovaná sebevražda považována za beztrestnou na základě precedentního rozhodnutí soudu. Zákon o důstojné smrti umožňuje pacientům v terminálním stadiu nemoci získat od lékařů letální přípravky pro vlastní indikaci. Zákon se vztahuje pouze na občany Oregonu a výslovně zakazuje aktivní dobrovolnou formu eutanazie. Aby lékař mohl vydat pacientovi letální medikaci, musí být splněny některé základní podmínky. Pacient musí být starší osmnácti let, občan Oregonu, způsobilý k právnímu jednání a diagnostikován jako terminálně nemocný pacient, který zemře v rozmezí šesti měsíců. K získání smrtících léčiv je nutné, aby pacient dvakrát podal písemnou žádost podepsanou v přítomnosti dvou svědků, přičemž mezi nimi musí být rozmezí delší než patnáct dní. Lékař předepisující medikaci a konzultující lékař se musí shodnout na diagnóze a prognóze a dostatečně vše vysvětlit pacientovi, zároveň musí zjistit, zda je pacient mentálně způsobilý k tomuto typu právního jednání. Pacient musí být náležitě poučen o alternativách k asistované smrti (např. o hospicové péči). Po vydání letálních drog je lékař povinen ohlásit celou věc Odboru sociálních služeb (*Department of Human Services*). Lékař, který naplní uvedené podmínky při asistenci u sebevraždy, je chráněn před trestním postihem.

Doporučená literatura

Klasická literatura

- Akvinský, Tomáš. *Theologická summa*. Druhé části druhý díl. Olomouc: OP, 1938.
- Aristoteles. *Etika Nikomachova*. Praha: Petr Rezek, 1996.
- Hippokratés. O vznešenosti lékařství. In *Čtení z antiky*. Praha: Svoboda, 1969, s. 32–36.
- Kant, Immanuel. *Základy metafyziky mravů*. Praha: Svoboda, 1990.
- Montaigne, Michel de. *Eseje*. Praha: Erm, 1995.
- Platón. *Faidón*. Praha: OIKOYMENH, 1994.
- Platón. *Zákony*. Praha: OIKOYMENH, 1997.
- Seneca. *Další listy Luciliovi*. Praha: Svoboda, 1984.
- Seneca. *Výbor listů Luciliovi*. Praha: Svoboda, 1987.

Současná cizojazyčná literatura

- Battin, Margaret P., Rhodes, Rosamond & Silvers, Anita (Eds.). *Physician-Assisted Suicide: Expanding the Debate*. New York: Routledge, 1998.
- Birnbacher, Dieter. *Tun und Unterlassen*. Stuttgart: Reclam, 1995.
- Dworkin, Ronald. *Life's Dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*. New York: Harper Collins, 1993.
- Dworkin, Ronald et al. Assisted Suicide: The Philosophers' Brief. *New York Review of Books*, 27. březen 1997, 44:23.
- Dworkin, Gerald, Frey, R. G. & Bok, Sisela. *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: For and Against*. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
- Fletcher, Joseph F. *Morals and Medicine*. Boston: Beacon, 1960.
- Foot, Philippa. Euthanasia. *Philosophy and Public Affairs*. 1977, 6: 85–112.
- Hoerster, Norbert. *Sterbenhilfe im säkularen Staat*. Frankfurt a/Main: suhrkamp, 1998.
- Jens, Walter & Küng, Hans. *Menschwürdig sterben: Ein Plädoyer für Selbstverantwortung*. München: Piper, 2009.
- Kamm, Frances M. *Bioethical Prescriptions*. Oxford: Oxford University Press, 2013.
- MacMahan, Jeff. *The Ethics of Killing: Problems at the Margins of Life*. New York: Oxford University Press, 2002.
- Maguire, Daniel. *Death by Choice*. New York: Doubleday, 1975.
- Rachels, James. *The End of Life: Euthanasia and Morality*. Oxford: Oxford University Press, 1987.
- Randall, Fiona & Downie, A. S. *The Philosophy of Palliative Care: Critique and Reconstruction*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
- Singer, Peter. *Practical Ethics*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.
- Singer, Peter. *Rethinking Life and Death*. New York: St. Martin's, 1994.
- Velleman, J. D. A Right of Self-Termination? *Ethics*. 1999, 109: 606–628.

Warnock, Mary. *Easeful Death: Is There a Case for Assisted Dying?* Oxford: Oxford University Press, 2008.

Literatura v českém jazyce

- Černý, David. Euthanasie – preferenční utilitarismus Petra Singera. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2013, 2(3), 17–30.
- Černý, David, Doležal, Adam (Eds.). *Smrt a umírání: etické, právní a medicínské otázky na konci života*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013.
- Hříbek, Tomáš. Za etiku bez teologie: K článku Marka Váchy o eutanazii. *Filosofický časopis*. 2010, 58(5), 729–749.
- Hříbek, Tomáš. Ještě o etice eutanazie: odpovědi kritikům. *Filosofický časopis*. 2011, 59(6), 909–929.
- Hříbek, Tomáš. Utilitarismus, nacismus a eutanazie. *Filosofický časopis*. 2012, 60(6), 901–910.
- Hříbek, Tomáš. Od eutanazie k infanticidě. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2015, 5(1), 5–27.
- Kass, L. R. „Nepodám žádný smrtící lék“: Proč lékaři nesmějí zabíjet. In D. C. Thomasma, T. Kushnerová (Eds.). *Od narození do smrti: Etické problémy v lékařství*. Praha: Mladá fronta, 2000, s. 236–250.
- Kuhse, Helga. Dobrovolná eutanazie a další lékařská rozhodování týkající se konce života: lékařům by mělo být dovoleno podat smrti pomocnou ruku. In D. C. Thomasma, T. Kushnerová (Eds.). *Od narození do smrti: Etické problémy v lékařství*. Praha: Mladá fronta, 2000, s. 251–262.
- Kuře, Josef. Dobrá smrt: k filozofickému ujasnění pojmu eutanazie. *Filozofia*. 2007, 62(3), 223–234.
- Küng, Hans. *Dobrá smrt?* Praha: Vyšehrad, 2015.
- Jan Pavel II. *Evangelium vitae*. Praha: Zvon, 1995.
- Jirsa, Jiří. Problémy s asistovanou sebevraždou. *Filosofický časopis*. 2011, 59(6), 579–590.
- Munzarová, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005.
- Munzarová, Marta. Proč NE eutanazii: Ještě k článku Tomáše Hříbka „Za etiku bez teologie“. *Filosofický časopis*. 2012, 60(3), 403–420.
- Ptáček, Radek, Bartůněk, Petr a kol. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Grada, 2012.
- Strobachová, Ingrid. Konečně o eutanazii na půdě filozofie. *Filosofický časopis*. 2011, 59(6), 421–425.
- Ševčík, Pavel. Etické problémy rozhodování o způsobu léčby v prostředí intenzivní medicíny. *Postgraduální medicína*. 2012, 14(5), 542–546.
- Vácha, Marek O. Je vůbec ještě možná etika v „postetickém“ světě? Eutanazie jako civilizační choroba. *Filosofický časopis*. 2010, 58(2), 273–279.
- Virt, Günter. *Žít až do konce. Etika umírání, smrti a eutanazie*. Praha: Vyšehrad, 2000.

Autoři

PhDr. David Černý, Ph.D. (Ústav státu a práva AV ČR, v. v. i., Praha). Vystudoval filozofii v Bologni a v Římě, bioetiku na 1. lékařské fakultě UK v Praze. Specializuje se na bioetiku a filozofii medicíny. Spoluautor monografie *Lidské embryo v perspektivě bioetiky* (2011) a celé řady studií z filozofické logiky, etiky a bioetiky.



David Černý (foto archiv autora)



JUDr. Adam Doležal, LL.M. (Ústav státu a práva AV ČR, v. v. i., Praha). Odborně se věnuje medicínskému právu a bioetice. Je autorem či spoluautorem řady odborných publikací, včetně monografií *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví* (2007), *Přehled judikatury z oblasti zdravotnictví I.* (2011) a *Kmenové buňky: Etické a právní aspekty* (2013). Člen autorského týmu komentářů nového občanského zákoníku.

Adam Doležal (foto archiv autora)

PhDr. Tomáš Hříbek, Ph.D. (Filosofický ústav AV ČR, v. v. i., Praha). Autor monografie *Metafyzika antiindividualismu* (2008), spoluautor kolektivní monografie *Z evolučního hlediska: Pojem evoluce v současné filozofii* (2011) a desítek časopiseckých studií filozofie myslí, filozofie vědy, etiky a estetiky.



Tomáš Hříbek (foto archiv autora)

Prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc. (1. lékařská fakulta UK, Praha). Specialista na břišní a hrudní chirurgii, provedl první transplantaci plic na území České republiky, nositel medaile Za zásluhy udělené prezidentem České republiky (2013). Autor či spoluautor řady monografií a učebnic, například *Causae mortis v chirurgii na přelomu tisíciletí* (2005), *Základy speciální chirurgie* (2008), *Plicní chirurgie: operační manuál* (2010) a dalších.



Pavel Pafko
(foto Deník / Martin Divíšek)



Ondřej Sláma (foto archiv autora)

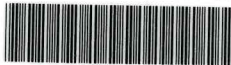
MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D. (Masarykův onkologický ústav, Brno). Vedoucí lékař týmu paliativní péče v Masarykově onkologickém ústavu v Brně, onkolog, specialista na paliativní medicínu. Zabývá se léčbou bolesti a dalších symptomů pokročilého nádorového onemocnění, otázkami etiky a filozofie paliativní péče a otázkami organizace péče o nevléčitelně nemocné a umírající v rámci českého zdravotního systému. Na Lékařské fakultě v Brně vede od r. 2004 výuku paliativní medicíny. Je spoluautorem monografie *Paliativní medicína pro praxi* (2007) a autorem řady kapitol v monografiích a časopiseckých studií.

Prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc. (Fakultní nemocnice Ostrava a Lékařská fakulta Ostravské univerzity). Přednosta Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice Ostrava a Lékařské fakulty Ostravské univerzity. Hlavní autor a editor oceňovaných monografií, hlavní autor nebo spoluautor téměř dvou set odborných článků, zejména z oblasti intenzivní medicíny a léčby bolesti. Dlouholetý vědecký sekretář ČSARIM, v současnosti člen *Pain Relief Committee* WFSA za Evropu. Je spoluautorem „Doporučení představenstva ČLK k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli“ z r. 2010.



Pavel Ševčík (foto archiv autora)





Je správné, aby lékaři za určitých okolností pomohli pacientům zemřít? A pokud ano, směli by tak činit nejen odstoupením od marne léčby, ale i aktivně, například podáním smrtící dávky utišujícího prostředku? Těchto otázek se týká probíhající diskuse o eutanazii a jiných formách asistované smrti (paliativní péče, sebeusmrcení pacienta za pomoci lékaře atd.). *Eutanazie – ano, či ne?* si klade za cíl představit ve velmi kompaktní formě současný stav diskuse. O této problematice u nás v posledních letech bylo sice už leccos publikováno, ale zdá se nám, že mezi odbornou lékařskou (natož laickou) veřejností je zatím velmi nízké povědomí o pojmových rozlišeních a argumentech, které na toto téma nabízí současná bioetika. V Čechách navíc chybí i skutečně otevřená a bezpředsudečná diskuse, a to především diskuse interdisciplinární, které by se účastnili jak lékaři, tak bioetici a právníci. Předkládaná publikace nabízí stanoviska odborníků ze všech těchto oborů jak pro, tak proti eutanazii.



Edice Strategie AV21 | Efektivní veřejné politiky a současná společnost

David Černý, Adam Doležal, Tomáš Hříbek, Pavel Pafko, Ondřej Sláma, Pavel Ševčík | **Eutanazie – ano, či ne? Aktuální medicínské, filozofické a právní perspektivy**

Vydalo Středisko společných činností AV ČR, v. v. i., pro Kancelář Akademie věd ČR, Národní 3, 117 20 Praha 1. Grafická úprava edice Robin Brichta.
Technická redaktorka Monika Chomiaková. Odpovědná redaktorka Petra Královcová.
Vydání 1., 2015. Ediční číslo 11878. Sazba a tisk **SERIFA**®, s. r. o., Jinonická 80, 158 00 Praha 5.

<http://av21.avcr.cz>