



Akademie věd
České republiky

Strategie AV21

Špičkový výzkum ve veřejném zájmu



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

Eutanazie z pohledu medicíny, filozofie a práva

VÝZKUMNÝ PROGRAM

EFEKTIVNÍ VEŘEJNÉ POLITIKY A SOUČASNÁ SPOLEČNOST

Obsah

Úvod k rozšířenému vydání (David Černý a Tomáš Hříbek) _____ **2**

Etika a právo

1. Definice a formy eutanazie
(David Černý a Tomáš Hříbek) _____ **4**
2. Argumenty proti eutanazii (David Černý) _____ **8**
3. Argumenty pro eutanazii (Tomáš Hříbek) _____ **17**
4. Právní úprava asistované smrti (Adam Doležal) _____ **21**
5. Kritika návrhu zákona o „důstojné smrti“ (David Černý,
Adam Doležal, Tomáš Doležal, Tomáš Hříbek) _____ **26**

Medicína

6. Jak se rozhodujeme o způsobu léčby v závěrečných
fázích života v prostředí intenzivní medicíny
(Pavel Ševčík) _____ **30**
7. Paliativní péče versus eutanazie (Ondřej Sláma) _____ **35**
8. Je eutanazie přínosem v péči o nemocné?
(Pavel Klener) _____ **41**
9. Eutanazie z pohledu dětského onkologa
(Josef Koutecký) _____ **44**
10. Pohled chirurga (Pavel Pafko) _____ **48**

Doporučená literatura _____ **50**

Autoři _____ **53**

Úvod k rozšířenému vydání

David Černý a Tomáš Hříbek

Tato publikace si klade za cíl představit ve velmi kompaktní formě stav současné diskuse o eutanazii, případně dalších formách lékařské asistence na konci života pacienta (paliativní péče, sebeusmrcení pacienta za pomoci lékaře atd.). O této problematice u nás v posledních letech sice bylo 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 České republice 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 bez rozlišení odmítá eutanazii jako takovou. Bohužel pečlivou filozofickou analýzu nahrazují občasně 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 se zatím zkrátka neobjevilo 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 se mnozí lékaři u nás 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 přeje 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 neprospívají nikomu a ničemu.

Dosavadní nedostatek věcných a přitom stručných informací stál patrně za úspěchem brožury *Eutanazie – ano, či ne? Aktuální medicínské, filozofické a právní perspektivy*, která vyšla v 2015 a jejíž náklad byl rychle rozebrán. To autory přimělo k přípravě druhého, poněkud pozměněného a rozšířeného vydání. Ani teď se však nepokouší prosadit jednotný názor na morální přípustnost, resp. legalizaci (nějaké formy) eutanazie. Mezi autory jsou odpůrci i obhájci různých forem eutanazie. Jde spíše o vyjasnění stanovisek, aby bylo zřetelné, o čem je řeč. Filozofové David Černý a Tomáš Hříbek (Ústav státu a práva AV ČR, v. v. i., Praha a Filozofický ústav AV ČR, v. v. i., Praha) nejprve připomínají základní definice, přičemž zvláštní pozornost věnují sporným případům a jejich teoretickému pozadí (1. kapitola).

První část publikace zprostředkuje čtenářům pohled do problematiky etiky a práva. David Černý přepracoval a rozšířil svou původní analýzu standardních filozofických argumentů, podle nichž je eutanazie nepřípustná a neměla by být legalizována: jde o argument založený na pojmu práv a argument kluzkým svahem (2. kapitola). 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 svahek (3. kapitola). Právní teoretik Adam Doležal (Ústav státu a práva AV ČR, v. v. i.) rozšířil svůj text o právních úpravách eutanazie a jiných forem lékařské asistence při smrti pacienta v České republice, Nizozemsku, Belgii, Švýcarsku o dodatečné části, jež se týkají Německa a Oregonu. První část brožury uzavírá text, jehož autory jsou Adam Doležal a Tomáš Doležal, David Černý a Tomáš Hříbek a který je polemikou s návrhem na legalizaci jistých forem asistované smrti, jež předložila skupina poslanců vedená prof. Jiřím Zlatuškou. Tento polemický text je upravenou verzí článku, který vyšel 11. června 2016 v příloze *Lidových novin* Orientace.

Ve druhé části má čtenář možnost zjistit, jaké názory zastávají vůči přípustnosti eutanazie a jiných forem asistovaného umírání někteří přední čeští lékaři. Naše přední kapacita v oboru intenzivní péče Pavel Ševčík (Fakultní nemocnice Ostrava) v mezidobí od vydání původní brožury *Eutanazie – ano, či ne?* poněkud modifikoval svůj původně zcela záporný postoj (6. kapitola). Expert na paliativní péči Ondřej Sláma (Masarykův onkologický ústav Brno) vysvětluje, proč podle jeho názoru není paliativní péče druhem eutanazie a proč v případě dostupnosti kvalitní paliativní péče je eutanazie nepotřebná (7. kapitola). Odmítavý postoj vůči eutanazii či sebeusmrcení pacienta za asistence lékaře zaujímají rovněž přední onkologové Pavel Klener (Ústav hematologie a krevní transfuze) a Josef Koutecký (2. lékařská fakulta UK) (kapitoly 8 a 9). Významný chirurg Pavel Pafko (1. lékařská fakulta UK Praha) je naopak jedním ze zastánců eutanazie mezi našimi lékaři a domnívá se, že paliativní péče je jistou formou eutanazie (10. kapitola). Knížku uzavírá rovněž doplněný 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 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.

ETIKA A PRÁVO

1. Definice a formy eutanazie

David Černý a Tomáš Hříbek

Eutanazie – dobrá smrt

Slovo „eutanazie“ pochází z řeckého jazyka: *εὐθανασία* (*euthanasia*) 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**,



Obraz francouzského malíře Jacquese-Louise Davida Smrt Sokratova (z roku 1787) zachycuje scénu, kdy řecký filozof, odsouzený k trestu smrti, uprostřed svých přátel a žáků vypije číši bolehlavu [foto Wikimedia Commons, public domain]

jenž tak koná v pacientův prospěch. Představa, že někomu může prospět, zemře-li spíše dříve 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 pozůstalí říkají, že „je mu tak lépe“ nebo že „je to pro ni 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 spíše dříve než později.

Základní rozlišení

V současné bioetické literatuře se standardně rozlišují následující formy eutanazie: vyžádaná (*voluntary*), nevyžádaná (*non-voluntary*) či 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 časnější 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 **usmrcením** (*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

[Ilustrační foto Picserver.org,
Creative Commons]



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 cokoliv vykonat. Buď jak buď, distinkce mezi aktivní a pasivní eutanazií jde napříč 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. **sebeusmrcením 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 poskytl 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 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 **tabulka 1** (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 schopen autonomního rozhodnutí
Nedobrovolná eutanazie	Eutanazie bez ohledu na názor pacienta, ale v jeho prospěch

Situace v medicíně

V předchozím oddíle jsme zavedli terminologii, jež je rozšířená v současné bioetické literatuře. Mnozí autoři 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 **usmrcení pacienta lékařem na základě jeho dobrovolné a kompetentní žádosti**. Jak je vidět, autoři zmíněného dokumentu zužují definici termínu „eutanazie“ na to, co jsme vymezili jako vyžádanou eutanazii. Nevyžádaná i nedobrovolná eutanazie zde vůbec nefigurují – v obou případech jde přý o vraždu. Autoři dokumentu rovněž navrhuji 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 když ji žádá pacient, a výraz „pasivní eutanazie“ dokonce považují za nesmyslný. Tato situace má různé příčiny. Jednou z nich je bezpochyby nebláhá 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 se považuje za všeobecně přijatelnou. Odpor lékařů má navíc zcela praktický důvod: nikoli jen náš právní řád zakazuje nejen aktivní, ale i pasivní eutanazii, neboť obojí posuzuje jako vraždu (vraždu je možné spáchat i nekonáním).

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 uspišit 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 eutanazii. 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 kdyby se pokračovalo 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 uspíší 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 se označovalo 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 nepřípustné. 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. Argumenty proti eutanazii

David Černý

Úvod

Eutanazie je jedním z kontroverzních témat současné bioetiky, a nelze očekávat, že mezi oběma tábory – zastánci a odpůrci eutanazie – dojde k nějaké názorové shodě. V odborných kruzích se diskuse o eutanazii od svých počátků zhruba v 70. letech

minulého století posouvá do stále abstraktnější roviny normativních etických teorií a jejich filozofických předpokladů. Pro neodborníky proto není jednoduché se v současné diskusi orientovat, což je na jedné straně pochopitelné (každá odborná diskuse je pro laiky obtížně přístupná), na straně druhé je to nepochybně problematické, neboť eutanazie se týká nás všech, odborníků i laiků, a měli bychom proto při veřejné diskusi o eutanazii a případných úvahách o její legalizaci vycházet z korektních představ o současném stavu poznání.

Z tohoto důvodu jsem se rozhodl představit argument pro etickou nepřipustnost eutanazie v co nejsrozumitelnější podobě, která však přihlíží k současnému stavu diskuse a začleňuje ho do širších souvislostí. Věřím, že jedině tak se poměrně radikální postoj – eutanazie je za všech okolností morálně nepřijatelná – stane srozumitelným a odůvodněným. Na závěr také stručně představuji argument kluzkým svahem. Jeho smyslem není hodnocení morální přípustnosti či nepřipustnosti eutanazie, ale spíše zvažování možných negativních důsledků její legalizace.

Dobry život, potěšení a eutanazie

Na lidský život můžeme pohlížet z celé řady perspektiv. Můžeme se například ptát, zda je určitý život eticky dobrý, to znamená, jaký má tento život dopad na životy jiných lidských bytostí (přispívá či nepřispívá k jejich dobrému životu), či třeba zda je esteticky dobrý (např. zda je v něm dostatek prostoru pro vnímání estetické hodnoty). Můžeme se však také tázat, zda je určitý život dobrý z pohledu jedince, který tento život žije. A právě tato dimenze dobrého života je klíčová v moderních diskusích o morální přípustnosti či nepřipustnosti tak radikálního opatření na konci života, jímž eutanazie bezesporu je.

Pro dimenzi lidského života, jež se soustřeďuje na to, zda a jak je život dobrý z hlediska toho, kdo tento život žije, se ujal termín *welfare* či *well-being*, což se do češtiny nepříliš dobře překládá jako *blahobyť* (život může být dobrý, aniž by byl blahobytný). Z toho důvodu se budu držet původního výrazu „*welfare*“ a pokusím se ukázat, jaký vztah mají teorie *welfare* (dobrého života) k problematice etické přípustnosti eutanazie. Nejdříve však musím učinit jedno důležité rozlišení.

Představme si, že dojdeme k závěru, že život je dobrý v té míře, v níž obsahuje potěšení, a špatný v té míře, v níž obsahuje utrpení. Této teorii navzdory se však zdá, že existuje celá řada věcí, které jsou pro náš život dobré, a podobně existuje celá řada věcí, které jsou pro náš život špatné. Například peníze: pokud je máme, je to jistě dobré, jejich nedostatek je špatný. Nicméně peníze jsou podle této teorie dobré poněkud jiným způsobem než potěšení: peníze jsou totiž dobré pouze tehdy a v té míře, v níž vedou k potěšení; analogicky je nedostatek peněz špatný pouze tehdy a v té míře, v níž vede ke strasti. Peníze proto můžeme označit za instrumentální (služebná) dobra, protože jejich příspěvek k dobrému životu hodnotíme na základě toho, zda a jak přispívají k potěšení a utrpení. Na druhou stranu potěšení a utrpení jsou dobré a špatné samy

o sobě, bez ohledu na to, vedou-li k něčemu jinému. Můžeme je proto označit jako konečné dobro (potěšení) a konečné zlo (utrpení). Služebná dobra jsou dobrá tehdy a pouze v té míře, v níž přispívají k dobru konečnému, a podobně, služebná zla jsou špatná pouze tehdy a v té míře, v níž přispívají ke konečnému zlu. Teorie dobrého života se primárně zabývají konečnými dobry a tvrdí, že welfare (jak je náš život dobrý) je plně určeno konečnými dobry (v našem případě poměrem potěšení a utrpení v našich životech).

Teorie dobrého života, kterou jsem velmi stručně představil, se nazývá hédonismus a v současné době prožívá nový rozkvět. Můžeme si ji charakterizovat prostřednictvím následujících dvou tezí:

H1 (Teorie konečných hodnot). Jedinou konečnou pozitivní hodnotou je potěšení, jedinou konečnou negativní hodnotou je utrpení.

H2 (Teorie dobrého života).

H2a (Dobrý život). Lidský život je dobrý v té míře, v níž v něm převažuje potěšení nad utrpením.

H2b (Špatný život). Lidský život je špatný v té míře, v níž v něm převažuje utrpení nad potěšením.

Abychom pochopili vztah hédonismu k etické přípustnosti eutanazie, musíme nejdříve odpovědět na otázku, kdy je smrt pro člověka, který umírá, újmou. Podívejme se na dva různé životy, Adama a Tomáše. Adamovi je 30 let, je to sportovec, má dobrý život, milující ženu, dobré zaměstnání a přátele. Kdyby náhle zemřel, smrt by ho nepochybně připravila o budoucí život, který by z hlediska hédonismu byl dobrý (převažovalo by potěšení nad bolestí). Tomášovi je téměř 80 let, je v konečném stadiu rakoviny tlustého střeva, leží na lůžku a lékaři se více či méně úspěšně snaží bojovat s jeho utrpením (fyzickým, duševním či duchovním). Pokud by Tomáš zemřel, potom by ho na rozdíl od Adama smrt zřejmě připravila o život, jenž již není dobrý (utrpení převažuje nad potěšením). Tyto příklady demonstrují to, čemu se v současné literatuře říká deprivací pojetí špatnosti smrti. Můžeme si ho definovat následujícím způsobem:

D (Deprivací teorie). Smrt osoby *S* je špatná tehdy a v té míře, ve které připraví *S* o dobrý život.

D sama o sobě neurčuje, kdy je eutanazie morálně přípustná a kdy není, nicméně pokud ji spojíme s etickým přemosťujícím principem, jemuž můžeme říkat princip důsledků, dostaneme se ze sféry dobrého života do oblasti normativních závěrů

(a *ipso facto* do sféry etiky). Princip důsledků je velmi jednoduchý a my si ho zde charakterizujeme již ve vztahu k dobrému životu:

PD (Princip důsledků). Lidské jednání je eticky správné tehdy a jedině tehdy, pokud přináší nejlepší možné důsledky pro welfare všech zúčastněných stran.

Vraťme se k Adamovi a Tomášovi a představme si, že oba žádají o smrt z rukou lékaře. Pokud by lékař Adamovi vyhověl, důsledky jeho jednání (PD) by byly špatné (D), protože by ho připravil o dobrý život. V případě Tomáše je situace zcela odlišná, neboť D říká, že smrt by pro něj nebyla (z hlediska jeho welfare) špatná, a důsledky jednání lékaře (PD) by proto nebyly špatné. PD společně s D tedy tvrdí, že lékař je eticky oprávněný nevyhovět Adamově žádosti, zatímco z etického hlediska nic nebrání tomu, aby vyhověl žádosti Tomášově (situace může být poněkud složitější, protože lékařovo jednání zasáhne nejen do welfare Tomáše, ale i jeho rodiny a přátel, ale tuto komplikaci zde můžeme nechat stranou).



[Ilustrační foto Flickr]

Jak jsme viděli, hédonismus společně s D a PD tedy umožňuje poměrně jasně definovat situace, za nichž je eutanazie morálně přípustná, a situace, za nichž přípustná není.

Objektivní hodnoty

Odpůrci etické přípustnosti eutanazie si jsou samozřejmě velmi dobře vědomi toho, že dobrý život hraje v moderní diskusi o eutanazii klíčovou roli a za určitých podmínek nabízí velmi bezprostřední argumenty ve prospěch eutanazie. Mají však celou řadu prostředků, jak se těmto závěrům vyhnout. Nejčastěji se zaměřují právě na teorii dobrého života a kritizují koncepci, jež považují za subjektivní. Subjektivní teorie dobrého života (jednou z nich je hédonismus) tvrdí, že fakt, že něco je pro nás dobré, je založený na našich niterných, subjektivních stavech (prožitek potěšení). Druhou a dnes zřejmě nejvíce zastávanou teorií dobrého života je tzv. **preferencialismus** či **teorie splnění touhy**. Tato teorie v hrubém nárysu tvrdí, že konečně dobré je pro nás splnění nějaké tužby, konečně špatné potom nesplnění nějaké tužby. Pokud Adam touží po jablku a jeho tužba je splněna, je to pro něj konečně dobré, přeje-li si nové auto a žádné nedostane, je to pro něj konečně špatné (tato teorie je poněkud komplikovanější, ale s tím si zde nemusíme dělat starosti).

Představme si však typické dítě. Přeje si jíst hodně čokolády a v žádném případě netouží po návštěvě zubaře. Zastánci teorie splnění touhy by měli říci, že splní-li se mu jeho touha po čokoládě, potom je to pro něj (v míře, v níž se splní) dobré, zatímco půjde-li k zubaři, je to pro něj špatné. Problém evidentně spočívá v tom, že málokdo z nás si bude myslet, že hodně čokolády je pro dítě skutečně dobré, a všichni asi budeme souhlasit, že zdravý chrup (díky pravidelné kontrole) pro ně je dobrý. Teoretici splnění touhy sice mohou zavést určité doplňující podmínky do své teorie (mohou např. touhy omezit na touhy dobře informovaného jedince), jako přirozenější se však zdá, že musíme přijmout existenci objektivních (na našich postojích nezávislých) hodnot, které společně utvářejí podmínky toho, čemu někteří autoři říkají plnohodnotný lidský rozvoj. Objektivní hodnoty můžeme definovat jednoduše takto:

OH (Objektivní hodnoty). Hodnota *H* je objektivní, pokud je hodnotou nezávisle na postojích lidských subjektů.

Jednotliví autoři se od sebe mohou lišit jak ohledně toho, jaké položky musíme umístit na „seznam“ objektivních hodnot, tak i ohledně způsobu, jak o nějaké hodnotě zjistíme, že skutečně je hodnotou. Mezi objektivní hodnoty se však, zvláště mezi odpůrci eutanazie, počítá život, přátelství, estetický prožitek, hra, poznání a další. Pro naše pojednání o argumentech proti etické přípustnosti eutanazie je samozřejmě nejdůležitější hodnotou ta první, život.

Život jako základní objektivní hodnota

Připusťme, že život skutečně patří mezi objektivní hodnoty. Jaký život však máme na mysli? V průběhu diskuse mezi zastánci a odpůrci eutanazie se ukázalo, že musíme rozlišovat mezi dvěma různými významy pojmu „život“:

L1 (Biologický život). Biologický život spočívá v integrovaném fungování organismu jako celku.

L2 (Osobní život). Osobní život je životem osoby, bytosti, která je schopná v nějakém minimálním smyslu myslet či toužit a být tak nositelem vlastního, osobního života.

„Život“ ve smyslu L1 je „pouhým“ biologickým přežíváním, „být naživu“ tedy značí, že organismus nadále funguje jako organismus, nezemřel. „Život“ v druhém smyslu je mnohem bohatší (pomysleme na význam fráze „žít svůj život“), je však podmíněný určitými rozvinutými kognitivními schopnostmi (např. schopností vnímat sám sebe jako určitý a v čase přetrvávající subjekt). Je zřejmé, že když odpůrci eutanazie hovoří o životě jako základní hodnotě, nemohou mít na mysli „život“ ve smyslu L2. Např. lidský plod je živý ve smyslu L1, nemá však zatím žádný život ve smyslu L2; analogicky člověk v kómatu je živý ve shodě s definicí L1, nelze však u něj již hovořit o životě ve smyslu definice L2. Odpůrci eutanazie se však většinou hlásí k ochraně lidského života ve všech jeho stádiích, musí tedy mít na mysli definici L1, když říkají, že lidský život je základní objektivní hodnotou.

Někteří autoři to považují za velmi těžko přijatelné. Podívejme se na následující poněkud zvláštní příklad (upravuji si ho podle své potřeby): Adam dostane podivnou nabídku. Buď okamžitě upadne do kómatu a za měsíc zemře, nebo zemře okamžitě. Co si vybere?

Tento příklad, myšlenkový experiment by nás chtěl přesvědčit o tom, že život ve smyslu L1 ve skutečnosti žádnou hodnotou není, protože Adam žádnou rozumnou volbu vlastně nemá: z jeho subjektivního hlediska je zřejmě jedno, zda si zvolí první či druhou variantu, a proto samotný fakt, že je biologicky živý, nemůže spoluurčovat kontury jeho dobrého života. Nicméně, tento závěr neplyne, respektive plyne pouze za předpokladu, že jsme souhlasili s tím, že hodnoty určující dobrý život jsou subjektivní. Potom je zřejmé, že samotný biologický život pro Adama v našem scénáři není hodnotou, nicméně pokud by Adam přijímal teorii, že život může být dobrý i bez toho, aby jeho hodnota závisela na jeho subjektivních postojích (= může být objektivně dobrý), mohl by odpovědět, že ve skutečnosti je první volba lepší než ta druhá.

Vzhledem k tomuto závěru můžeme stanovit následující tezi:

LO (Život jako objektivní hodnota). Lidský život ve smyslu L1 patří mezi základní lidské hodnoty.

Právo na život jako nezcizitelné právo

Ze skutečnosti, že platí LO, ještě neplyne, že nemohou nastat situace, kdy je možné jednat způsobem, který je v rozporu s respektem k lidskému životu chápanému jako objektivní hodnota (např. právě v případě eutanazie). Musíme opět zformulovat nějaký přemostující princip, jenž nám umožní přejít z roviny úvah o dobrém životě do roviny etické. Odpůrci eutanazie se domnívají, že hlavním principem je následující:

P (Základní etický princip). V každém lidském skutku je třeba respektovat všechny objektivní hodnoty.

V této podobě není P příliš informativní: co znamená respektovat všechny objektivní hodnoty? Plnohodnotný lidský rozvoj je přece do určité míry otázkou subjektivní hierarchizace priorit a cílů, někdo upřednostňuje vzdělání, někdo se více zaměřuje na sport apod. Zastánci P si to samozřejmě dobře uvědomují, nicméně podotýkají, že subjektivní určení celkového životního plánu (intelektuál, sportovec...) neznamená, že můžeme zcela popřít nějakou základní hodnotu. Vezměme si jako příklad objektivní hodnotu přátelství. Ta zahrnuje jak to, co považujeme za přátelství v plném slova smyslu, tak i slabší formy sociálních vztahů včetně dobrých vztahů se sousedy či spolupracovníky v práci. Někdo může vést samotářský život učence, omezení forem přátelství však není naprostým vzdáním se této hodnoty: i samotář si přeje vycházet dobře s přáteli či alespoň s knihovníky, sousedy či kolegy. Absolutní odmítnutí přátelství by znamenalo vzdát se se všech forem sociálních kontaktů a to nemůže být v souladu s plnohodnotným lidským rozvojem.

Lidský život chápaný jako objektivní hodnota se od jiných hodnot liší v tom, že se ho nelze částečně vzdát ve prospěch hodnot jiných: buď žijeme, nebo jsme mrtví; třetí možnost neexistuje. Z toho podle P plyne tzv. princip posvátnosti lidského života:

PPL (Princip posvátnosti lidského života). Vždy a za všech okolností je eticky nepřijatelné ukončit nevinný lidský život.

Teorie objektivních hodnot společně s principem P umožňují hovořit o základních lidských právech, která omezují způsoby, jak se k nám ostatní lidé mohou

chovat, a otevírají tak prostor svobody v rámci společnosti pro plnohodnotný lidský rozvoj. Aby náš život mohl díky naší aktivitě vzkvétat bok po boku s dalšími lidskými bytostmi, nikdo nás nesmí usmrtit, ohrožovat naše zdraví a majetek, bránit nám v relaxaci (hra a estetický prožitek), v poznání apod. Tyto požadavky možnosti plnohodnotného lidského rozvoje vyjadřujeme jazykem práv jako právo na život (specificky ukotvené v PPL), právo na zdraví, právo na poznání, právo na dobré vztahy s ostatními.

Zastánci eutanazie často říkají, že práv se můžeme vzdát: mohu se vzdát vlastnického práva na své hodinky (když je někomu daruji) nebo mohu vzdát práva na svou fyzickou integritu (když poskytnu informovaný souhlas k operaci). Nicméně z principu P plyne, že je sice možné určité objektivní hodnoty upřednostnit před jinými v rámci subjektivního životního plánu, nemohu je však zrušit zcela. Mohu dát přednost sportu před poznáním, poznání se však zcela vzdát nemohu, mohu upřednostnit poznání před přátelstvím, vzdát se ho však zcela nemohu. A podobně se nelze vzdát lidského života, z čehož plyne, že právem na život nedisponuji takovým způsobem, že bych se ho mohl vzdát a dát tak eticky oprávněný souhlas k vlastnímu usmrcení.

Z těchto úvah tedy plyne konečný princip relevantní pro úvahy o etické oprávněnosti eutanazie:

PL (Právo na život) Právo na život ve smyslu L1 je nezcizitelným právem, jehož se nelze vzdát.

Práva můžeme metaforicky chápat jako jakési **trumfy**, které přebíjejí všechny ostatní typy praktické rozvahy. Tyto trumfy 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. Nevinné lidské osoby disponují základním a nezcizitelným právem na život, jež musí být respektováno všemi včetně lékařů uvažujících nad etickou oprávněností eutanazie.

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 skutečně nepřijatelné; pro někoho mohou být, 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 stádium choroby a autonomní žádost pacientů. Argument ve prospěch legalizace eutanazie byl velmi jednoduchý a intuitivně přijatelný: pacientům v terminálním stadiu 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 vážný 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 neprojevyly symptomy příslušné choroby (např. roztroušené sklerózy) a kteří fyzicky netrpí, potom je pro ně argument kluzkým svahem založený na zkušenostech s legalizací eutanazie v Nizozemsku a Belgii platný. Někdo však může rozměšňování 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

Úvahy o podmínkách dobrého života (objektivní hodnoty) a přípustných způsobech jejich realizace v lidském životě (absolutní popření objektivních hodnot v lidském jednání je v rozporu s plnohodnotným lidským rozvojem) nás dovedly k tvrzení o posvátnosti nevinného lidského života (slovo „posvátnost“ naznačuje, že toto tvrzení má náboženský původ, dnes se však vyjadřuje bez jakéhokoli odkazu k nějaké božské bytosti) a teorii práv, podle které jsou práva (včetně práva na život) nezcizitelná a nelze se jich vzdát. Odtud jednoznačně plyne důležitý normativní závěr: eutanazie je z etického hlediska za všech okolností nepřijatelná.

Tento závěr může sám o sobě znít kruté, protože zdánlivě ponechává umírající napospas jejich osudu. Tak tomu však není, neboť odmítnutí eutanazie je především odmítnutím určitého prostředku řešení utrpení umírajících, jež nevylučuje prostředky jiné a eticky korektní. Mám zde na mysli všechny prostředky současné paliativní péče, umožňující efektivně řešit utrpení v závěrečných fázích života a doprovázející nemocné na jejich konečné cestě. Odmítnutí eutanazie musí být vždy doprovázeno silným důrazem na efektivní paliativní péči o umírající a v případě, že utrpení je běžnými prostředky obtížně zvládnutelné, poukazem na etickou oprávněnost tzv. paliativní sedace, tj. uvedení pacienta do spánku, během kterého netrpí a nakonec poklidně zemře.

3. 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. Nej přímočařejší 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 ztlumit 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.

Argument z autonomie

Druhý argument, který chci zmínit, je 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 nepozbude své moci tím, že ho nevytáhnu. 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 odbyvat 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 na 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 **logická verze argumentu kluzkým svahem je nekorektní**: z faktu, že příjmu 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 *sorités* či „hromada“: jak definovat hromadu písku, když pár zrněk netvoří hromadu, ale přidáváním zrněk časem hromadu vytvoříme? Tak by někdo mohl namítnout, že není jasné 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 eutanazii 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 osoby 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 se považovalo 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 pojem, 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 s tím bude třeba něco dělat. Jenže zatím tomu nic nenasvědčuje. V Nizozemsku se aktivní vyžádaná eutanazie tolerovala 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, neznamená 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 ilegality eutanazie nemají ani spolehlivé statistiky, přestože divoké eutanazie nepochybně probíhají i tam.

4. Právní úprava asistované smrti

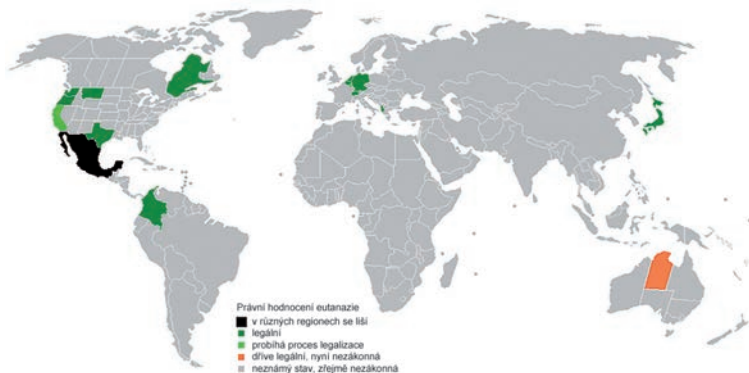
Adam Doležal

Lékařsky asistovaná smrt a právní úprava

Také v právu je v souvislosti s problémem asistované smrti třeba řešit poměrně důležité otázky. Právo nepodává odpověď na otázku, co je správné, spíše reflektuje převládající společenský diskurz; 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 navazují na etická dilemata.

Hlavní otázka zní, zda je legitimní usilovat o beztrestnost 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 beztrestnost eutanazie za určitých podmínek zaručena, a dále na úpravu ve Švýcarsku, Německu a americkém státě Oregon, kde je při splnění zákonných podmínek za beztrestnou považována asistovaná sebevražda.



[foto Wikimedia Commons, public domain]

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 po tenkém ledě. Jednak je třeba posuzovat úmysl lékaře – nicméně trestní právo na rozdíl od etické terminologie zná i zavinění ve formě nepřímého úmyslu, 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 tím 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*) v léčbě 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.

Návrh nového zákona o důstojné smrti

V Československu již za první republiky se vedly odborné debaty o tom, zda striktní podmínky trestního kodexu nezmírnit. Podobná debata se zvolna navrátila i po pádu komunistického režimu, kdy se začalo mluvit o reformě trestního práva. V roce 2004 byl dokončen vládní návrh nového trestního zákoníku, který reflektoval některé teoretické úvahy právě z první poloviny 20. století. Jednalo se o snahu zavést tzv. privilegiovanou skutkovou podstatu usmrcení na žádost, která by byla samostatně upravena a při níž by hrozila nižší trestní sankce. Návrh výslovně upravoval situaci, kdy pachatel ze soucitu usmrtí nevyléčitelně nemocnou osobu, trpící somatickou nemocí, na její vážně míněnou a naléhavou žádost. Přes některé drobné výhrady by taková úprava byla jednoznačně vhodná, přesto byla jedním z důvodů, proč nebyl návrh nového trestního kodexu vůbec akceptován. V odborné veřejnosti přitom panuje shoda, že zavedení privilegiované skutkové podstaty usmrcení na žádost je krokem potřebným a eticky ospravedlnitelným. Daleko razantnějším a kontroverznějším krokem byl návrh zákona o důstojné smrti vypracovaný Milanem Hamerským a předložený senátorkou Václavou Domšovou v roce 2008. Návrh nebyl schválen. Dne 26. 5. 2016 pak skupina poslanců v čele s Jiřím Zlatuškou předložila sněmovně návrh zákona o důstojné smrti, který v podstatě kopíroval znění z roku 2008, a to bohužel dokonce

i tak, že využíval zastaralou terminologii (např. „způsobilost k právním úkonům“ namísto „svéprávnosti“). Návrh všeobecně obsahoval řadu formálních nedostatků, kvůli nimž byl obtížně akceptovatelný i pro zastánce morální přípustnosti eutanazie. Návrh byl zaslán vládě k vyjádření stanoviska v květnu roku 2016, ta se k němu vyjádřila negativně mimo jiné s tím, že se návrh týká tématu vysoce společensky citlivého, málo prodiskutovaného a vnímaného nejednoznačně. Podrobnější kritiku tohoto návrhu formulujeme s kolegy v následující 5. kapitole.

Nizozemsko

Nizozemsko jako první evropský stát přijalo zákon ukotvující beztrestnost aktivní dobrovolné eutanazie (2002). Pokud jde o dobrovolnou aktivní eutanazii, 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, 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 nevyléčitelnou poruchou způsobenou nemocí nebo úrazem“. Vedle fyzického utrpení se objevuje i nesnesitelné a nevyléčitelné 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 Nathana Verhelsta, čtyřiačtyřicetiletého transsexuála, 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 byl v Belgii schválen **zákon umožňující eutanazii pro děti bez ohledu na jejich věkovou hranici**. Byl 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 lékařským týmem včetně již zmiňovaného odborníka z oboru psychologie. Situace dětí musí být zdravotně bezvýchodná a spojená s nesnesitelným tělesným utrpením, které v předvídatelné budoucnosti povede k smrti.

Švýcarsko

Liberální v otázce asistované smrti je Švýcarsko, kde je ukotvena možnost beztretnosti v případech 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 smrti. To potvrdilo i referendum uskutečněné 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 lékařské předpoklady, aby se asistovaná sebevražda považovala 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.

Německo

V Německu byla otázka eutanazie vždy specifická, a to zejména s ohledem na problematickou minulost a zneužití tohoto institutu v nacistickém období. Proto v Německu nelze až do dnešní doby mluvit o eutanazii, využívá se náhradní termín *Sterbehilfe*.

Od roku 1871, kdy se přijetím říšského trestního zákoníku vytvořil novodobý základ trestního práva v Německu, byla aktivní eutanazie protiprávním jednáním. Jako sporná výkladová otázka se již od přijetí tohoto zákoníku jevila otázka asistované sebevraždy, nicméně spíše se takové jednání považovalo za beztretné. Tato situace se nezměnila až do zcela nedávné minulosti.

Zásadnějším problémem se stala aktivní eutanazie v období nacistického režimu, kdy byla vykonávána i proti vůli samotného pacienta. Někteří autoři právě s odkazem na zneužití eutanazie v Německu zdůrazňují, že povolení aktivní vyžádané eutanazie povede k shodnému výsledku i v moderní době. Uvedená analogie je ovšem zavádějící, a to z několika důvodů. Celá koncepce eutanazie v nacistickém Německu vzešla z teorie „života nehodného žití“, zatímco současná z principu autonomie vůle pacienta. Program eutanazie byl v Německu utajován, nikdy nedošlo k jeho legalizaci, byť byl podporován státní mocí. Proces usmrcování pacientů se odehrával mimo „právní režim“, v utajení. V současnosti panuje v Evropě lidskoprávní diskurz, právní podmínky jsou nastavené veřejně zákonem a kontrola je umožňována i nezávislou soudní mocí.

Eutanazie se tedy za celé období německého státu nestala jednáním, které by bylo klasifikováno jako beztrestné. Jinak tomu bylo, jak již bylo uvedeno výše, s asistovanou sebevraždou. V 21. století se ovšem i tato právní otázka zásadním způsobem projednávala na veřejnosti, až v roce 2015 byla po dlouhých debatách přijata novela trestního zákoníku. Jejím výsledkem je také nové ustanovení § 217 trestního zákoníku, které zakazuje komerční (*Geschäftsmäßige*) asistovanou sebevraždu, zatímco shodné jednání bez komerčních úmyslů je i nadále beztrestné.

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 smrticích 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.

5. Kritika návrhu zákona o „důstojné smrti“

Adam Doležal, Tomáš Doležal, David Černý, Tomáš Hříbek

V polovině roku 2016 předložila skupina poslanců v čele s profesorem Jiřím Zlatuškou (ANO) parlamentní návrh zákona o tzv. důstojné smrti. V návrhu se takovou smrtí míní buď „ukončení života osoby (pacienta) na její vlastní žádost s vědomou, odbornou pomocí jiné osoby“, nebo „úmyslné ukončení života osoby (pacienta) na její vlastní žádost jinou osobou“. Návrh má tedy uzákonit dvě formy asistované smrti. Druhá z těchto forem má být přípustná pouze v případě, že není možná první. Návrh se snaží dekriminalizovat asistovanou smrt v tom smyslu, že „lékař, který je nápomocen důstojné smrti nebo ji vyvolá, není zodpovědný za tento skutek podle předpisů trestního práva, pokud splní podmínky tohoto zákona a prováděcích předpisů a postupuje v souladu s postupy v nich ustanovenými“.

Domníváme se, že navrhovaný zákon je z různých důvodů nevyhovující. Začněme přehledem současné právní úpravy V České republice i zahraničí. U nás se zatím jakákoli aktivita ve směru uspíšení smrti pacienta kvalifikuje podle § 140 trestního zákoníku jako vražda. To mnozí lékaři, etici i právníci považují za absurdní, neboť vidí zásadní rozdíl mezi vraždou coby usmrcením nevinné lidské osoby proti její vůli – a eutanazií, jejíž vykonavatel plní explicitní přání pacienta. Lékař provádějící eutanazii je veden ušlechtilým motivem (pomoci trpícímu člověku), má ke svému jednání dobré důvody (pacient o smrt žádá, nesmírně trpí a jeho zdravotní stav je beznadějný) a nesleduje žádný osobní prospěch. Jak bylo ukázáno ve 4. kapitole, existují země, jejichž právní řády rozlišují mezi vraždou a eutanazií (Nizozemsko a Belgie). Jinde umožňují druhou formu asistované smrti, kterou návrh zákona naznačuje, tj. sebeusmrcení pacienta za pomoci lékaře (Švýcarsko, Oregon, Německo).

Nyní si položíme klíčovou otázku: co autoři návrhu zákona vlastně míní termínem „důstojná smrt“? Ukazuje se, že míní tzv. aktivní vyžádanou eutanazii a sebevraždu, či lépe sebeusmrcení pacienta za asistence lékaře. Aktivní vyžádaná eutanazie (AVE) je *eutanazie*, čili „dobrá smrt“, neboť se má za to, že je pacientovi ku prospěchu vzhledem k tomu, že nesnesitelně fyzicky či psychicky trpí a není naděje na zlepšení jeho stavu. Tato eutanazie je zároveň *vyžádaná*, protože je vykonána na pacientovu uváženou a opakovanou žádost. A je *aktivní* v tom smyslu, že se jedná o akt, který vykoná lékař. Sebeusmrcení pacienta za asistence lékaře se liší od AVE v tom ohledu, že lékař pacientovi připraví prostředky, které povedou k jeho smrti – například mu podává smrtící lék –, ale poslední krok, který povede k pacientově smrti – například tím, že pozře onen lék –, vykoná sám pacient. V případě této formy asistované smrti tedy striktně vzato pacienta neusmrtí lékař, a nejspíš proto má coby méně kontroverzní forma asistované smrti v návrhu zákona prioritu před asistovanou vyžádanou eutanazií.

Podmínky asistované smrti se v českém návrhu zákona o důstojné smrti zjevně inspiroují belgickým vzorem a jsou velmi přísné. Pacientův zdravotní stav musí být beznadějný a musí jej charakterizovat trvalé fyzické a psychické utrpení v důsledku závažné a nevyléčitelné choroby. Lékař musí pacienta podrobně seznámit s jeho zdravotním stavem, perspektivou, možnostmi léčby a tišení bolesti, musí s ním jeho zdravotní stav prodiskutovat a nabýt přesvědčení, že pacientova žádost je dobrovolná, racionální a setrvalá. Povinná má být rovněž konzultace s druhým lékařem, jenž o svých závěrech vypracuje zprávu.

Obě doporučované formy asistované smrti, tj. asistovaná vyžádaná eutanazie i sebeusmrcení pacienta za pomoci lékaře, jsou však velmi kontroverzní. Lze například diskutovat o tom, zda jsou morálně přípustné. Existují dva názorově odlišné tábory: na jedné straně stoupenci těchto dvou forem asistované smrti, kteří se odvolávají na hodnoty, jako jsou soucit s utrpením druhých a jejich morální autonomie, na straně druhé odpůrci, kteří apelují na neslučitelnost navrhovaných metod s posvátností nevinného lidského života.

Neshoda však vládne i v tom, co vše bychom měli považovat za formu eutanazie. Mnozí bioetici míní, že kromě aktivní vyžádané eutanazie existuje i *pasivní* vyžádaná eutanazie, k níž dochází tak, že lékař odstoupí od takového typu léčby, který by pouze prodloužil pacientovo utrpení, nebo takový typ léčby nezačíná. Jak jsme poznamenali již v 1. kapitole, naši lékaři obvykle nesouhlasí s tímto terminologickým rozšířením, a není divu proč. Odstoupení od léčby a nezačínání léčby jsou totiž v ČR běžnou praxí, takže lékaři by se připouštěním, že vlastně již vykonávají eutanazii v pasivní formě, vystavili trestnímu postihu za vraždu (naš trestní řád nerozlišuje mezi vraždou aktem a nekonáním). Naopak stoupenci legalizace eutanazie argumentují, že je-li již eutanazie praxí ve své pasivní formě, měli bychom legalizovat i aktivní formu.

Konečně v poslední době se u nás stále častěji hovoří o dostupnosti tzv. paliativní péče. Specialisté, jako je například Ondřej Sláma (6. kapitola), jsou přesvědčení, že paliativní péče, která zahrnuje úlevu od bolesti a dalších obtížných symptomů, sice neprodlužuje, ale ani neurychluje umírání, a hlavně respektuje psychosociální a spirituální rozměr osobnosti umírajících. Paliativní péče je v kontextu diskuse o asistované smrti nesmírně důležitá, neboť je nasnadě, že pacienti, kteří umírají za nevyhovujících podmínek, možná volí aktivní vyžádanou eutanazii jako východisko ze zoufalé situace. Pokud by měli k dispozici kvalitní paliativní péči, přinejmenším někteří z těchto pacientů by se možná rozhodli jinak. Na druhé



[Ilustrační foto The Blue Diamond Gallery]

straně se někteří etici i lékaři kloní k názoru, že paliativní péče není ani tak *alternativou* vůči aktivní či pasivní vyžádané eutanazii nebo sebeusmrcení pacienta za asistence lékaře jako spíše jen *jinou formou* asistovaného umírání. Stejně jako ostatní i paliativní je formou umírání, v němž významnou kauzální roli hraje lékař, který svým konáním determinuje okamžik smrti. Tento názor zastává například Pavel Pafko (viz 10. kapitolu). A stoupenec eutanazie řekne, že je-li přípustná paliativní péče, pak by měla být přípustná řekněme i aktivní vyžádaná eutanazie.

Toto je jistě sporná otázka. Každý však může souhlasit s doktorem Slámou, že v ČR není situace umírajících kvůli absenci kvalitní paliativní péče dobrá. „Ve většině nemocnic, léčených dlouhodobě nemocných, domovech pro seniory ani v domácím prostředí není kvalitní paliativní péče dostupná,“ píše Sláma. „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. 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 léčby.“ Zcela jiná situace panuje v Nizozemsku: kvalita vztahu mezi lékařem a pacientem a dostupnost paliativní péče jsou tu na mnohem vyšší úrovni, takže lze pochopit, že v takové situaci mohla být legalizována i aktivní vyžádaná eutanazie. V Česku, kde srovnatelné podmínky neexistují, se snaha o legalizaci eutanazie či asistovaného sebeusmrcení jeví naopak předčasná.

Jaký postoj tedy zaujmout – ve světle zmíněných kontroverzí a popisu neradostné situace v České republice – k návrhu zákona o „důstojné smrti“? Zastánci i odpůrci eutanazie se opírají o sofistikované argumenty, široce přijímané etické teorie a analýzu současné lékařské praxe. Rozhodně je třeba vycházet z toho, že na obou stranách máme co do činění s lidmi dobré vůle, kteří poctivě analyzují argumenty pro a proti a snaží se prosazovat důležité hodnoty. Právo však nemůže čekat na to, až ideoví odpůrci dospějí ke shodě. Musí reflektovat potřeby současné společnosti a přijímat rozhodnutí i v situacích hodnotové neshody. Kromě etické roviny problému se musíme vyrovnat i s praktičtějšími otázkami rozumnosti legalizace nějaké praxe, v tomto případě asistované smrti. Obě dvě roviny – morální a praktická – spolu souvisejí, nemusí to však znamenat, že by se závěry v jedné rovině automaticky přenášely do roviny druhé. Například odpůrce interrupcí v rovině morální může připustit, že v České republice by nebylo prakticky rozumné najednou zavést přísný protipotratový zákon. A zastávce asistované smrti může jako prakticky nerozumnou hodnotit legalizaci eutanazie. Ve hře je celá názorově pluralitní společnost, zastávce legalizace či zákazu nějaké praxe musí proto vzít v úvahu různorodé hodnoty členů společnosti a pozitivní či negativní důsledky svého rozhodnutí. Za poslední čtvrtstoletí

již došlo k významným změnám v ideových základech naší zdravotní péče: například jsme se posunuli od paternalistického modelu k důrazu na autonomii pacienta. O rozsahu úlohy lékaře při umírání pacienta však zatím neproběhla dostatečná celospolečenská diskuse. Umírat jednou bude každý z nás, a rozhodování o formách lékařské asistence na konci života se tudíž bytostně dotýká každého občana. Avšak na legalizaci eutanazie nejsou podle nás připraveni ani samotní naši lékaři. Zatím nebyla nalezena společná řeč mezi lékaři, právníky a etiky ani ohledně základních pojmových vymezení. Ze zkušenosti také víme, že lékaři se o eutanazii kvůli obavám z postihu zdráhají hovořit, přestože nejsou názorově jednotní.

Doporučujeme tedy, aby před přijetím zákona o důstojné smrti byla vytvořena mezioborová komise tvořená lékaři, bioetiky a právníky, jež by se pokusila terminologicky vymezit základní pojmy, co nejvěrněji popsat současnou praxi v České republice, zhodnotit kvalitu péče o umírající pacienty, popsat základní argumenty pro asistovanou smrti a proti asistované smrti a tak vypracovat východiska pro příští návrh zákona o důstojné smrti. Zároveň je třeba vyvolat celospolečenskou diskusi, seznámit se stavem odborné debaty zájemce z řad laické veřejnosti a zjistit prostřednictvím průzkumů jejich názory. A konečně je třeba zajistit dostupnost paliativní péče, dostatečné vzdělávání lékařů včetně jejich etické výchovy a zlepšit vztah mezi lékaři a pacienty. Do té doby jsou snahy o legalizaci asistované smrti předčasné.



MEDICÍNA

6. Jak se rozhodujeme o způsobu léčby v závěrečných fázích života v prostředí intenzivní medicíny

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 případech, 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 pracujeme 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 jeho života.

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

Přestože věk není diagnóza, je zapotřebí brát v úvahu rovněž datum narození. Některé stavy totiž ve značně pokročilém věku nemají naději na příznivé 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 moderní technologie, léky a postupy marně. Přitom zdaleka není marná veškerá léčba či péče, je ale zapotřebí hledat a nacházet hranici, kdy a která léčba v konečné fázi života je marná. 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 urychlit proces umírání či navodit smrt, ale nepokračovat 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 medicínskys neadekvátní léčbou se rozumí léčba, která je natolik nedostačující či minimálně



[Ilustrační foto Shutterstock]

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 s ohledem na stav a prognózu nemocného považována 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 analgezii, 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, 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 jedině 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 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 cítění, 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.**

Problematika **eutanazie**, tedy „*usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samým, a to na jeho vlastní žádost*“ (viz Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli), se týká jiných pacientů, než je uvedeno výše. A to těch, se kterými se na pracovištích intenzivní medicíny téměř nesetkáváme. Například těžce postižených nezvratně progredujícími a nedůstojně invalidizujícími neléčitelnými neurologickými nemocemi, ale i nemocných s některými pokročilými nádorovými chorobami. Týká se pacientů, kteří trpí dlouhodobě, prošli postupně a lopotně všemi stadii zpracování tragické zprávy, u nichž se totálně převrátil hodnotový žebříček, a jejich mysl posléze v tomto novém stavu zakotvila.

Kriticky nemocným pacientům v intenzivní péči zpravidla selhávají vitální funkce a v těch případech, kdy usoudíme, že léčba je marná, je pouze přestaneme podporovat či nahrazovat – necháme volný průchod přirozeným závěrečným procesům. Problematika eutanazie se týká převážně těch nemocných, u nichž vitální funkce nadále neochvějně fungují a dlouhou dobu budou fungovat, ale ostatní projevy života jsou k nežití. Dá se říci, že v intenzivní medicíně eutanazii nepotřebujeme, těžko se však můžeme takto jednoznačně vyjadřovat k problematice jiných oborů.

Máte-li příležitost besedovat s lékařkou středního věku léta postiženou těžkou a progredující formou roztroušené sklerózy, jejíž obrny jsou takového stupně, že si nemůže ani vyčistit zuby, natož aby se dokázala sama přemísťovat, ale je schopna o svém vnímání této tragické zkušenosti hovořit při plném vědomí a s jasným medicínským náhledem na situaci, pak nutně musíte, jste-li trochu vnímaví, alespoň na chvíli přijmout jiný úhel pohledu. Pokud hovoříte s onkologem, který léta vykonává svou praxi na vysoké úrovni, stále mezi pacienty, a ten vám sdělí, že si není jist, zda je lidské v některých případech neuvážovat o eutanazii, vede vás to k zamyšlení. S paliativní léčbou u onkologických chorob medicína v posledních desítkách let velmi pokročila. Významně se to týká i léčby bolesti, a přesto někteří pacienti trpí způsobem, který je, eufemisticky řečeno, nezáviděníhodný. A vědí, že jsou i při sebelepší péči v naprosto bezvýchodné situaci.

Zásadním způsobem se mění věková struktura a způsob stonání. Před sto lety se stonalo krátce a umíralo rychle, nyní se stoná dlouze a umírá pomalu. Kontext pohledu na umírání se tím mění též, mění se i role utrpení v naší výrazně hédonisticky nasměrované společnosti. Eutanazie je chť nechtě častěji diskutovaným problémem ve velké části tzv. západního světa. A část západního světa, byť zatím zdaleka nevětšinová, již dospěla v debatách k určitému bodu, a v některých státech překročila pomyslnou čáru. Otázkou je, zda jsme u nás myšlenkově dozráli natolik, že by bylo možné do života pustit zákon o důstojné smrti, o němž se diskutuje. Trochu se obávám, že tak daleko ještě nejsme. Můžeme a měli bychom však vést seriózní debatu nad potřebou takového zákona a nad současným zněním jeho návrhu.

Kdysi jsem mezi spolupracovníky na klinice vznesl dotaz, kdo je proti eutanazii, kdo by byl pro ni a kdo neví. Mezi několika desítkami kolegů asi 50 procent nemělo vyhraněný názor, já byl mezi nimi. Zhruba 25 procent bylo pro a 25 procent proti. Od té doby jsem zestárl, měl jsem možnost slyšet řadu názorů z prostředí lékařů, etiků, právníků, filozofů. Některé názory byly protichůdné, někdy až nesmiřitelné. Nyní bych pravděpodobně oscilloval mezi „nejsem si zcela jist“ a „ve výjimečných případech asi ano“. A v tom je skryto čertovo kopýtko – co jsou to ony výjimečné případy a kdo bude tím arbitrem, který nakonec rozhodne a příslušnou žádost posvěť?

Nedávno jsem na konferenci věnované problematice bolesti položil auditoriu otázku, zda se někdo z přítomných setkal ze strany pacientů s žádostí o eutanazii či alespoň s dotazem, zda by bylo možné o eutanazii v jejich konkrétním případě uvažovat. Zhruba polovina přítomných lékařů, převážně algeziologů a neurologů, zvedla ruku.

Začátkem června 2016 byl z MZ ČR na prezidium České lékařské společnosti JEP odeslán návrh Zákona o důstojné smrti (viz <https://www.psp.cz/sqw/historie.sqw?t=820&o=7>), jehož hlavním iniciátorem byl poslanec Parlamentu ČR prof. Jiří Zlatuška, s termínem pro vyjádření odborných společností do tří týdnů. Odborné společnosti návrh v časové tísní vesměs odmítly, aniž proběhla širší diskuse na dané téma. Osloven byl rovněž výbor České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Pouze jeden z představitelů výboru se k dokumentu nevyjádřil a priori odmítavě – autor této kapitoly.

Paragraf 1 uvedeného návrhu hovoří jinými slovy o asistované sebevraždě a eutanazii, což důvodová zpráva nijak nezakrývá. Pokud by takový zákon byl přijat, jednalo by se o zásadní průlom v našem právním systému. A současně o vymezení se vůči křesťanskému pohledu na život a jeho závěr.

Paragraf 2 odst. 3 hovoří o tom, že „žádný lékař nemůže být... nucen“. Domnívám se, že drtivá většina lékařů nebude chtít eutanazii provádět, že se však v našem stavu najdou podnikavci, kteří vytvoří soukromé společnosti s nepochybně výborným (z finančního hlediska) podnikatelským záměrem. Z toho vyplývá i můj odhad počtu těchto aktivních usmrcení v čase – v prvních pár letech ojedinělé, ale postupně přibývajících případy, po několika dalších letech pravděpodobně strmý vzestup na počty v řádech tisíců pacientů ročně, jak ukazují nizozemské i belgické zkušenosti.

Nic není zadarmo. V návrhu není zmínka o tom, jak by tato činnost měla být hrazena. Nepřímo lze usuzovat, že se tím dává prostor neviditelné ruce trhu.

Paragraf 10 a 11 v podstatě popisují institut dříve vysloveného přání, se kterým pracuje Zákon 372/2011 o zdravotních službách, ovšem s tím, že předložený návrh jde proti jednomu z jeho ustanovení – „dříve vylovené přání nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti“.

Naštěstí se návrh zákona nepouští do problematiky, zda postup dovolit pacientovi odejít z tohoto světa (*letting die*) je či není pasivní eutanazií. Umožnit nemocnému důstojně umřít je ústředním motivem Doporučení představenstva ČLK z r. 2010.

Dovolím si problematiku eutanazie uzavřít s Winstonem Churchillem: „*I am still confused, but on a much higher level.*“

7. 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“ se v ČR většinou užívá 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 dvaceti 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 se v posledních dvaceti letech mnohem větší pozornost věnuje 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

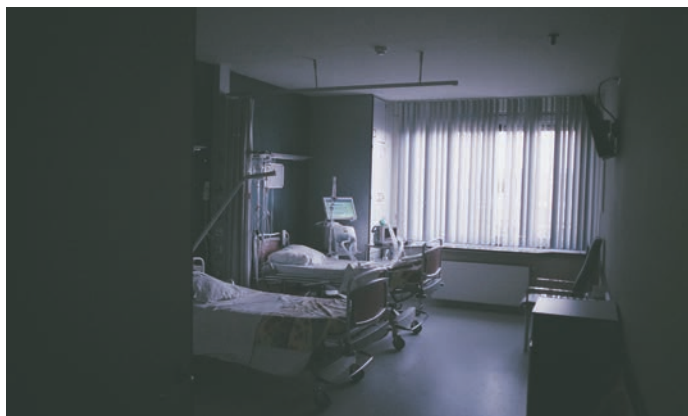
Paliativní péče je přístup, který usiluje o zlepšení kvality života pacientů (a jejich rodin), kteří trpí život ohrožujícím onemocněním. Jejím obsahem je prevence a mírnění utrpení cestou včasného rozpoznání, správného zhodnocení a efektivní léčby bolesti a ostatních obtíží v oblasti tělesné, psychologické, 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 neoddaluje smrt;
- systematicky do péče integruje také psychosociální a spirituální rozměr;
- snaží se vytvářet podpůrný systém, který by pacientovi umožnil žít co neaktivněji 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 mnohostranných potřeb pacienta;
- 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 provázet závěrečnou fázi. Bolest pacientů v závěru života je však více než pouze **bolest tělesná**. Vnímání a zvládání bolesti jsou zásadním způsobem ovlivněny faktory **psychickými** (hladinou úzkosti a deprese, tím, jak pacient celkově zvládá svou situaci nevyléčitelné nemoci), **sociálními** (jak situaci zvládají pacienti nejblíže, jakého stupně podpory se od nich pacienti dostává), **spirituálními a existenciálními** (zda se pacienti 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, 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



[Ilustrační foto Flickr]

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, nemocnicích, 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

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 otevřené, 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 případě 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 byly využity. Smrt pacienta se v této situaci považuje za přirozené vyústění nevyhléditelné 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 nevyhléditelně 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 při 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 nevyлéčitelně 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 těchto cílů u všech pacientů dosáhnout? Zdravotníci, kteří pracují v paliativní péči, dobře vědí, že **ani sebelepší péče pacienta v závěru života nezabaví 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 nejeneden 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 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 se ve výuce na LF věnuje 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 nevyléčitelně 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 nevyléčitelnou 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 České republice výzvou rozvoj paliativní péče, a nikoliv legalizace eutanazie.

8. Je eutanazie přínosem v péči o nemocné?

Pavel Klener

Lékaři a zdravotníci jsou jedinou profesí, která stojí u zrodu i u konce života. Ačkoliv smrt každého jedince je jedinou a nevyhnutelnou jistotou, příliš se o ní nehovoří, snažíme se ji vytěsnit ze svých myšlenek. Posun v nazírání na umírání a smrt nastal nepochybně postupným odklonem od náboženství, ať již od křesťanství, judaismu, buddhismu či islámu, kdy víra v posmrtný život povzbuzovala v těchto chvílích nemocné naději na posmrtný život. Jsou ale i jiné příčiny, které umocňují obavy z posledních chvil života. Dříve nemocný umíral většinou doma, obklopen rodinou, se kterou mohl komunikovat, dnes často umírá zcela osamocen mezi přístroji a hadičkami s letmou návštěvou sestry nebo lékaře při vizitě. Je ponechán svým chmurným myšlenkám na blížící se konec, mnohdy i bez farmakologické podpory, která by mohla jeho depresivní nebo někdy agresivní chování tlumit. U onkologických nemocných přistupuje ještě obava z bolestí, které jsou častým průvodním příznakem nádorového onemocnění. Naše zdravotnictví má tedy v této oblasti veliký dluh. V zahraničí bývá psychologická podpora umírajících běžnou součástí komplexní péče a nemocný si zde může objednat psychologickou podporu podle své konfese, nevylíká ani podporu ateistickou.

Jistou náhražkou takového servisu může být jednak umožnění přítomnosti nejbližších u lůžka nemocného, což mnohdy není možné z provozních a prostorových možností nemocnice. Mnohem výhodnější se zdá umístění beznadějně nemocných v hospicích, kterých je však u nás značný nedostatek a pro jejichž provoz se ani nedostává vyškoleného personálu.

Utrpení, které někdy nemocní prožívají v posledních týdnech života, bylo nepochybně impulzem pro volání, aby se utrpení předešlo eutanazií, resp. usmrcením



[Ilustrační foto Pexels]

nemocného na jeho přání. Argumentuje se právem na svobodnou vůli pacienta, kterou je třeba respektovat. Ale je rozhodování nemocného v terminálním stadiu jeho onemocnění skutečně svobodné? Psychika nemocného se totiž každý den mění. Opakovaně jsem zažil nemocného, který žádal: „Už to, pane doktore, ukončete,“ a druhý den lpěl na životě tak, že si vážil každého dalšího dne. Navíc vědomí nemocného je často alterováno jeho medikací, ať již podáváním opiátů nebo jiných léčiv, a jeho rozhodování může být ovlivněno i argumenty okolí. Autonomii jeho rozhodování ovlivňuje i samotné závažné onemocnění. Kromě toho vykonavatelem eutanazie, přesněji řečeno popravy nemocného, by měl být lékař, což odporuje jeho poslání. Lékař, kterému pacient důvěřoval, že učiní vše, aby mu život zachoval či prodloužil, se stane jeho popravčím. Od vykonání eutanazie není cesty zpět stejně jako od testu smrti vykonaném na nevinné oběti. Proto byl ve většině států trest smrti zrušen a eutanazie není povolena. Byla legalizována pouze v Nizozemsku, Belgii, Švýcarsku a Oregonu v USA.

V ČR již několik let probíhají diskuse o možnosti legalizace eutanazie navzdory racionálním argumentům odpůrců eutanazie. Proti uzákonění eutanazie se staví i mezinárodní lékařské asociace. Také Česká lékařská komora zaujala negativní stanovisko, které bylo formulováno dne 24. dubna 2001 takto:

„S úctou k životu a při poznání smrti jako neodvratného ukončení života, respektujeme etický kodex ČLK, podle kterého lékař nemá prodloužovat utrpení nemocného s nevyléčitelnou chorobou, avšak eutanazie a asistovaná sebevražda jsou nepřípustné. Eutanazie i asistovaná sebevražda jsou projevem selhání. Dnes lze zajistit takovou péči v léčení bolestí a ostatních fyzických symptomů, psychického,

sociálního a duchovního utrpení tak, aby k žádosti o usmrcení nemuselo docházet. Naše společnost objektivně disponuje dostatečnými finančními prostředky, znalostmi, dovednostmi, léky i přístrojovým vybavením, aby nemocným byla poskytnuta odpovídající léčba paliativní. Tento přístup je schopen nemocnému zajistit nejlepší možnou kvalitu zbytku života včetně doprovázení k důstojné smrti bez bolesti, fyzického, psychického, sociálního a duchovního utrpení. Pro rozhodnutí a poskytování nejvyšší etické služby nevyléčitelně nemocnému a umírajícímu musí být lékařům nápomocna celá společnost, právo, ekonomická i zákonodárná systémová opatření. Civilizovaný stát musí chránit život a ne legalizovat jeho likvidaci.“

Sám jsem jednoznačně proti eutanazii. Byl jsem vychován k úctě k lidskému životu a k tomu, jak lidský život zahraňovat, nikoliv jej ukončovat. I když dnešní lékaři již neskládají Hippokratovu přísahu, ve které se praví „nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby mě o ni žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnou“, přece její zásady zůstávají v platnosti. Na různých besedách věnovaných eutanazii jsem zjistil, že pro eutanazii jsou zejména lidé mladí a lidé, kteří nemají s umírajícími žádnou osobní zkušenost. Nejvýš zažili, že dědeček velice trpěl dlouhou dobu bolestmi. Pak to ale byla chyba lékařů, kteří ho nedovedli bolestí zbavit. Dnešní medicína má totiž takové prostředky, že až na velmi vzácné výjimky může bolest úspěšně léčit. Mimo to argumenty pro legalizaci eutanazie zdůrazňují zejména skutečnost, že zbaví nemocného dlouhotrvajících bolestí. Většina se totiž domnívá, že jsou jen dvě možnosti. Nemocného zabít, nebo ho nechat trpět. Neuvědomují si, že tělesná bolest je úzce propojena s trápením jiného rázu, jehož sdílení vede k mnohem větší toleranci bolestí tělesných. Hlavními důvody, proč např. v Nizozemsku žádají lidé o eutanazii, je nejen strach z bolesti, ale i pocit ztráty důstojnosti, pocit opuštěnosti, osamělosti, pocit ztráty smyslu života, což ale může paradoxně znamenat jejich verbálně nevyslovenou prosbu o pomoc a soucit. Je tedy třeba brát v úvahu i **bolest sociální**, tj. utrpení vyplývající z odloučení od rodiny a přátel, utrpení ze ztráty sociálního postavení. Dále je to **bolest emoční**, která je komplexem změn popsanych Elizabeth Kübler-Rosovou jako duševní otřes, hněv, smlouvání, popírání, agrese a smíření, a konečně **bolest spirituální**, prožívaná jako strach z neznáma, pocit ztráty smyslu života, úzkost a deprese. Je třeba, aby o umírajícího nemocného bylo postaráno ve všech zmíněných dimenzích.

Takovou komplexní péči a celostní pohled na nemocného mohou poskytovat především již zmíněné hospice, jejichž činnost definuje Světová zdravotnická organizace. Hospice zajišťují úlevu od bolesti a jiných symptomů a integrují do péče o pacienta i psychologické a spirituální aspekty. Nabízejí takovou podporu, jež pomáhá nemocným žít aktivně až do jejich smrti, kterou nemají v úmyslu ani urychlit, ani oddálit. Snaží se usnadnit situaci také rodině a vyrovnávat se s chorobou svého blízkého, aby jeho přechod z života ke smrti byl co nejschůdnější. Úspěchy celostní péče lze doložit nejen na prvních hospicových zařízeních v Anglii, v domech

Matky Terezy, nebo na hospicích v České republice, kterým položila základ Dr. Marie Svatošová. Zdá se mi paradoxní, že na jedné straně se volá po respektu ke svobodné vůli pro eutanazii, na druhé straně svobodnou vůli pro odchod ze života sebevrahů nerespektujeme a vynakládáme značné prostředky a úsilí na jejich záchranu. Konečně se nemohu zbavit přesvědčení, že by se eutanazie mohla zneužívat. Zažil jsem opakovaně případy, kdy příbuzní již netrpělivě čekali na smrt svého dědečka, aby mohli rozdělovat jeho majetek. Příklad zneužití eutanazie známe i z nedávné doby, kdy pod heslem *Lebensunwerte Leben* (člověk nehodný života) byl v nacistickém Německu pod vedením lékařů a genetiků zaveden program nazývaný T4, v jehož rámci bylo zabito 70 273 především mentálně postižených lidí. Tento program se stal i základem následného masového vraždění v plynových komorách. Zde sice nebyl vyžadován souhlas nemocného, ale kde je záruka, že podle tzv. teorie kluzkého svahu se pravidla pro vykonávání eutanazie nemohou měnit. Například podmínka souhlasu nemocného se nebude vyžadovat u nemocných s Alzheimerovou chorobou, kteří autonomní souhlas k eutanazii sotva mohou poskytnout.

Odmítání eutanazie neznamená prosazovat opačný extrém, tzv. dystanazii, tj. léčení nemocného za každou cenu. V dnešní době umožňuje technický pokrok medicíny udržet základní životní funkce prakticky neomezenou dobu. Plíce nahradí ventilátor, srdce pumpa, ledviny umělá ledvina, výživu lze zajistit uměle atd. To je však pouze prodlužování utrpení nemocného, které podle mne rovněž odporuje zásadám lékařské etiky. Tam, kde léčba onemocnění už vyčerpala veškeré možnosti, nemá smyslu v její aplikaci pokračovat, ale soustředit se na podpůrnou a paliativní léčbu, která zajistí přijatelnou kvalitu života nemocného. Skutečnost, že se těchto prostředků dostatečně nevyužívá, nemůže být ospravedlněním eutanazie.

Závěr

I kdyby byla eutanazie uzákoněna nebo odsouhlasena všeobecným referendem, nezmění se morální ani legislativní povaha tohoto výkonu jako plánovaná vražda jedince.

9. Eutanazie z pohledu dětského onkologa

Josef Koutecký

Rozporuplné názory na povolení či zákaz užití eutanazie probíhají už více let, ale donedávna se spory skupin jejích odpůrců a jejích přívrženců týkaly jen dospělých jedinců. Situace se změnila v posledním období, kdy bylo rozšíření uplatněno v některých státech i na dětský věk. Protože jsem svůj celý pracovní život věnoval péči o děti a mladistvé, byl jsem požádán o vyjádření vlastního názoru. Především, že odpověď má dvojí charakter. Obecné otázky nesouhlasu či souhlasu s eutanazií jsou vystaveni

všichni lékaři nezávisle na oboru, který praktikují, protože to je obecná otázka lékařské mravnosti. Rozlišuji tu pojmy etika a morálka. Etika je teoretickým oborem snažícím se stanovit, co je dobré a co je špatné. Morálka, tedy mravnost, je aplikací ve vlastní lékařské praxi. Medik, který splní zkoušku z vyučovaného předmětu etika na výbornou, se může v budoucích letech své praxe chovat nemravně. V nastíněném kontextu se stručně zmíním o vlastním názoru na eutanazii obecně a poněkud šířeji o názoru na eutanazii u dětí a mladistvých, který se opírá o vlastní zkušenosti.

První, a pro mne zásadní je okolnost chvíle, ve které absolvent lékařské fakulty skládá do rukou promotora lékařský slib. Jeho dvě poslední věty s otázkou v závěru, pronášené promotorem, zní: „*A nakonec všechny povinnosti, při jejichž vykonávání se musí lékař řídit Hippokratovou přísahou, budete zastávat s lidskostí vůči každému. Toto jste odhodláni na své dobré svědomí slíbit?*“ Promující absolvent se dvěma prsty přiloženými na univerzitní žezlo a s pohledem upřeným do promotorovy tváře, přísahá slovy: „*Tak slibuji.*“ Slibuje, že se bude řídit Hippokratovou přísahou.

Samozřejmě si uvědomuji, že s plynoucím časem a s dosaženými pokroky medicíny některé části Hippokratovy přísahy pozbyly platnosti. Ale ty mravní, kterými se zabývala medicína už v Hippokratově době, tj. před více než dvěma tisíci lety (Hippokrates žil v letech 460–377 př. Kr.), vydržely po celou dobu a v mém náhledu zůstávají platné. K nim patří věta: „*Nikomu nikdy nedám lék působící smrt, i kdyby mě o to požádal, ani nikdy nikomu nedám radu toho druhu.*“ Teprve tímto slibem se absolvent stává lékařem. Sám tento slib vylučuje eutanazii. Je na rozvaze každého, jestli přísahu, kterou složil na samém počátku získaného oprávnění zacházet s nemocným podle svého svědomí, dodrží, nebo poruší. Zastávám názor, že sliby, a tím více přísaha se mají plnit. Mravní principy jsou součástí evropské kultury. Hippokratova přísaha k nim neodmyslitelně patří. Jejich narušení v posledním období je po mém soudu výrazem obecného ohrožení principů, na kterých Evropa vznikla a rostla. Dokladů klesajícího postavení Evropy je mnoho.

Následující úvaha vyjadřuje můj názor na eutanazii u dětí a dospívajících. Vychází z mé dvaadesátileté lékařské praxe, z níž jsem věnoval 53 let péči o děti a mladistvé nemocné zhoubnými nádory. Když jsem v tehdejší Československu zakládal do té doby neexistující obor dětské onkologie, umíralo 97 procent nemocných dětí. Žil jsem mezi umírajícími dětmi a jejich nešťastnými rodiči. Přesněji vyjádřeno, nežil jsem mezi nimi, ale s nimi. V tom je zásadní rozdíl. Smrt svých pacientů jsem hluboce prožíval. Domnívám se, že se nikdo v naší republice nesetkal s tak velkým počtem umírajících dětí a mladistvých. Musel jsem se učit a naučit vyrovnat se smrtí v mnoha jejích projevech už v době vlastního medicínského zrání a přijmout její nevyhnutelnost jako součást života. Šlo o to mít vědomí, že pacientům a jejich rodičům poskytuji všechno v té době dostupné, a to i ve sféře psychické a spirituální, a současně si uchovat vlastní integritu. Úvaha o eutanazii v té době mě vůbec nenapadala, i když by byla bývala naléhavější než v době současného fascinujícího pokroku.



[Ilustrační foto Flickr]

Ve chvílích, ve kterých si i přes přirozenou vlastnost lidské psychiky na smrt zapomínat musíme uvědomit nevyhnutelnost smrti, se manifestuje to, co se označuje pojmem „postoj k smrti“. Je určován dobou a jejími postoji a hodnoceními, osobností jedince, ale také věkem. Protože u dětí není ještě řada jmenovaných činitelů vytvořena, je dětské nazírání na smrt odlišné od nazírání dospělých.

Z pohledu dospělých je smrt v dětském věku – a myslím tu náhled spíše laický než odborný – něčím nepřirozeným, překvapujícím a násilným. Dětský věk a obory, které se jím zabývají (včetně lékařských), jsou považovány za záležitost optimistickou a radostnou. V tom spočívá hlavní psychologický rozdíl mezi lékařskými obory dospělých a obory pediatrickými. Avšak i lékaři a sestry přijímají smrt dítěte hůře než smrt lidí starých, protože i oni jen obtížně překonávají přirozené přesvědčení, že děti mají žít, a ne umírat. Nepřirozenost smrti dítěte navíc probudí v každém jednu z nehlubších obav – totiž strach ze smrti před naplněním života, čehož je dětská smrt nejvýmluvnějším dokladem.

Děti poznávají smrt postupně, a jejich představa o smrti je většinou ustálena až v prepubertálním a raně pubertálním období, kdy úhrn zkušeností, rozvoj intelektu a smysl pro čas v retrospektivě i v projekci do budoucnosti umožňuje dítěti ujasnit si, co všechno znamená nevyhnutelnost. Vrcholem je uvědomění, že každý musí posléze

zemřít. Už malé dítě má určité představy o smrti, ale žije v přesvědčení, že jeho existence je závislá na rodičích. Má představu smrti přechodné (mrtvá a živá voda, sto let spící Růženka a princ, který ji polibkem probudí). U 4–6letých dětí se začíná projevovat zájem o průvodní jevy smrti (mrtvá zvířata, zvadlé květiny). Děti předškolního věku se však považují za jisté před takovým osudem, nemají představu o zhoršování svého stavu a hrozící smrti. Bojí se bolesti a lékařských výkonů.

Děti šesti- až devítileté smrt zosobňují, hledají rozdíly mezi organickým a anorganickým a třídí mnohé rozmanitosti života s nadějným pohledem do budoucna. Vývojem logického myšlení přichází pochopení rozdílů mezi dočasným a trvalým (odchodem a smrtí), které dozrávají v pubertálním období. Dítě si uvědomuje, že relativní stabilita let útlého a středního dětství, provázená pocitem jistoty, je nahrazována vstupem do dospělosti. A na konci dospělosti je i za neoptimálnějších životních okolností smrt. A zatímco malé dítě nechápe onu nevyhnutelnost a věří, že je rodiče – budou-li se o to dost snažit – ochrání před každou špatnou zkušeností, dítě dospívající postupně zjistí, že rodiče některým událostem nemohou zabránit. Smrtí ohrožené dospívající dítě začíná rozvíjet obranné reakce charakteristické pro dospělé. U dospívajících dětí proto ostře vstupuje do popředí smysl pro osobní osud. Chtějí vši silou žít. Navíc je problém znásoben i konfliktem mezi dětskou závislostí a soběstačností dospívajících, kteří chtějí prosazovat vlastní nezávislost na rodičích i ostatních autoritách a nemoc pro ně znamená návrat k závislosti. To všechno přináší výkyvy emocí a někdy projev zloby nad tím, že se jim život bere tenkrát, kdy začíná být s plným vědomím žit.

Přímé otázky typu „zemřu?“ jsou poměrně výjimečné. Setkali jsme se s nimi však opětovaně a hrubě by se mýlil ten, kdo by věřil, že větší a zejména dospívající dítě neví nic o charakteru či tíži nemoci a prognózy.

Reakce konečné fáze onemocnění se mění v terminální symptomy, patrné jako snížení energie, pasivní přijímání, rezignace, deprese. Proti laické víře nebývá však vlastní smrt většinou nejdramatičtějším momentem celého složitého procesu. Tím je umírání. Většina dětí zemře v různě výrazné otupělosti, jaksi netečně, čemuž napomáháme většinou vhodnou medikací. Jejich duch se zakalí a vůle zmizí.

Podstatnou, po uvedeném vysvětlení náhledu dětí a dospívajících na smrt, je moje osobní zkušenost. Za všechna dlouhá desetiletí vlastní praxe jsem se nikdy nesetkal s přáním dítěte, abych jeho život ukončil, ani s takovým přáním jeho rodičů. Ti mě naopak často, i při vyčerpávající informaci o infaustní prognóze žádali, abych „udělal všechno“ pro zvrat beznadějné situace. Někteří rodiče, chápající bezvýchodnost si přejí, pokud je to možné, aby dítě zemřelo doma. Pokud to možné není, chtějí být s dítětem (zejména matky) „do jeho posledního dechu“. Je nasnadě, že dokonalou péči lékaře a sester vyžadují v takové situaci nejen umírající děti, ale i jejich rodiče. Je výstrahou, že jsem se několikrát v době umírání dítěte setkal se sebevraždou jednoho z rodičů. Vždy to byl otec. Jsem přesvědčen, že rozhodnutí rodičů použít eutanazii u jejich dítěte by zatížilo jejich svědomí do konce života. A závěrem – neumím si představit, že bych dítě usmrtil.

Samozřejmě neléčíme nemoc v terminálním stadiu, ale zajišťujeme, aby smrt dítěte byla důstojná a aby ji tak vnímali i rodiče.

V úvodu této úvahy jsem předdeslal, že otázka eutanazie se týká bez rozdílu všech lékařů, že je otázkou obecnou. Dlouhá léta praxe, dosažené výsledky (v současné době vyléčíme přes 80 procent onkologicky nemocných dětí) a aktivity médií způsobily, že mě zná široká veřejnost. A přesto, že jsem celý pracovní život věnoval dětem, obrací se na mne mnoho dospělých či jejich příbuzných o pomoc, radu či přímluvu. Aniž bych se pletl do řemesla kolegům, kteří pečují o dospělé, mám i v této sféře nepřímou zkušenost. Nikdy nikdo mě nepožádal, abych se přimluvil za použití eutanazie.

Nakonec ovšem považuji za čestné uvést, že můj negativní názor na eutanazii vychází také z mé víry. V současné době to není populární. Ale byl jsem pokřtěn, křesťanský vychován a křesťanem jsem zůstal. Život jsem nedal a nemám právo ho brát.

10. Pohled chirurga

Pavel Pafko

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 neotevírala. 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 lékařské komunitě diskutovat o eutanazii. 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 ní řadí různé situace, často i vraždy (Německo, čtyřicátá léta minulého století). **Eutanazie je pro mě ukončení života na přání nevyléčitelně 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: Nepřeji 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 krmení, 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?

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 ambulantní 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, ovšem 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 odpovědět 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...

Doporučená literatura

Klasická literatura

- Akvinský, Tomáš. *Theologická summa*. 2. díl, 2. část. 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 Lucilioví*. Praha: Svoboda, 1984.
- Seneca. *Výbor listů Lucilioví*. Praha: Svoboda, 1987.

Současná cizojazyčná literatura

- Battin, Margaret P., Rhodes, Rosamond, Silvers, Anita (eds.). *Physician-Assisted Suicide: Expanding the Debate*. New York: Routledge, 1998.
- Beauchamp, Tom L. (ed.). *Intending Death. The Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*. London: Prentice-Hall, 1995.
- Birnbacher, Dieter. *Tun und Unterlassen*. Stuttgart: Reclam, 1995.
- Bradley, Ben. *Well-Being & Death*. Oxford: Oxford University Press, 2009.
- Brody, Baruch A. (ed.). *Suicide and Euthanasia. Historical and Contemporary Themes*. Dordrecht: Kluwer, 1989.
- Dworkin, Ronald. *Life's Dominion: An Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*. New York: HarperCollins, 1993.
- Dworkin, Ronald et al. Assisted Suicide: The Philosophers' Brief. *New York Review of Books*, 27. března 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, s. 85–112.
- Harris, John. *The Value of Life. An Introduction to Medical Ethics*. London and New York: Routledge, 1994.
- 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, 2014.
- Lee, Robert, Morgan, Derek. *Death Rites. Law and Ethics at the End of Life*. London and New York: Routledge, 1994.

- Maclean, Anne. *The Elimination of Morality. Reflections on Utilitarianism and Bioethics*. London and New York: Routledge, 1993.
- MacMahan, Jeff. *The Ethics of Killing: Problems at the Margins of Life*. New York: Oxford University, 2002.
- Maguire, Daniel. *Death by Choice*. New York: Doubleday, 1975.
- Miller, Franklin G., Truog, Robert D. *Death, Dying, and Organ Transplantation. Reconstructing Medical Ethics at the End of Life*. Oxford: Oxford University Press, 2012.
- Oderberg, David S. *Moral Theory. A Non-Consequentialist Approach*. Malden: Blackwell, 2000.
- Oderberg, David S. *Applied Ethics. A Non-Consequentialist Approach*. Malden: Blackwell, 2000.
- 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.
- Sumner, L. W. *Assisted Death. A Study in Ethics & Law*. Oxford: Oxford University Press, 2011.
- Sumner, L. W. *Physician-Assisted Death. What Everyone Needs to Know*. Oxford: Oxford University Press, 2017.
- Velleman, J. D. A Right of Self-Termination? *Ethics*. 1999, 109, s. 606–628.
- Warnock, Mary. *Easeful Death: Is There a Case for Assisted Dying?* Oxford: Oxford University Press, 2008.
- Young, Robert. *Medically Assisted Death*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.
- Youngner, Stuart J., Arnold, Robert M. *The Oxford Handbook of Ethics at the End of Life*. Oxford: Oxford University Press, 2016.

Literatura v českém jazyce

- Černý, David. Euthanasie – preferenční utilitarismus Petra Singera. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2013, 2(3), 17–30.
- Doležal, Adam. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*. Praha: Academia, 2017.
- Haškvcová, Helena. *Thanatologie*. Druhé vydání. Praha: Galén, 2007.
- Haškvcová, Helena. *Lékařská etika*. Čtvrté, aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Galén, 2015.
- 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.
- Hříbek, Tomáš. *Obrana asistované smrti. Filozofické argumenty ve prospěch eutanazie a sebeusmrcení za pomoci lékaře*. (Rkp je v redakční přípravě.)
- 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.
- Kuře, Josef. *Co je eutanazie. Studie k pojmu dobré smrti*. Praha: Academia, 2018.
- 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.
- 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 Boloni a v Římě, bioetiku na 1. lékařské fakultě UK v Praze. Specializuje se na bioetiku, etiku a právní filozofii. Spoluautor monografií *Lidské embryo v perspektivě bioetiky* (2011), *Kmenové buňky: Etické a právní aspekty* (2013), *Kapitoly o právech zvířat* (2016), autor monografie *Princip dvojího účinku. Zabíjení v mezích morálky* (2016) a celé řady studií z filozofické logiky, etiky a bioetiky.

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), *Kmenové buňky: Etické a právní aspekty* (2013) a *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty* (2017). Člen autorského týmu komentáře nového občanského zákoníku.

Doc. JUDr. Tomáš Doležal, Ph.D., LL.M., je vedoucím oddělení soukromého práva Ústavu státu a práva AV ČR, v. v. i., a současně vedoucím Kabinetu zdravotnického práva a bioetiky. Dále je vedoucím The Czech Unit of UNESCO International Network in Bioethics (Haifa) a kontaktní osobou pro EACME (The European Association of Centres of Medical Ethics). Je uznávanou autoritou v oblasti medicínského práva a deliktního práva. Právě těmto oblastem je věnována většina jeho publikací, ať článků či monografií.

PhDr. Tomáš Hříbek, Ph.D. (Filosofický ústav AV ČR, v. v. i., Praha). Autor monografií *Metafyzika antiindividualismu* (2008), *Jaké to je, nebo o čem to je? Místo vědomí v materiálním světě* (2017) a připravované publikace *Obrana asistované smrti. Filozofické argumenty ve prospěch eutanazie a sebeusmrcení za pomoci lékaře*, spoluautor kolektivní monografie *Z evolučního hlediska: Pojem evoluce v současné filozofii* (2011) a desítek časopiseckých studií.

Prof. MUDr. Pavel Klener, DrSc. Český lékař, onkolog. V letech 1990–2007 přednosta 1. interní kliniky 1. LF UK a VFN, byl také proděkanem 1. LF UK a prorektorem UK. V letech 1989–1990 byl rovněž ministrem zdravotnictví. Autor celé řady odborných publikací a nositel několika významných ocenění, např. zlaté medaile UK, medaile Za zásluhy II. stupně od prezidenta republiky či nejvyššího vyznamenání AV ČR, medaile De scientia et humanitate optime meritis.

Prof. MUDr. Josef Koutecký, DrSc. Český lékař, chirurg a zakladatel dětské onkologie v Československu. Po čtyři funkční období byl děkanem 2. LF UK. Autor celé řady publikací a nositel několika významných ocenění, např. medaile Za zásluhy II. stupně od prezidenta republiky, medaile Josefa Hlávky, zlaté medaile UK, čestné medaile AV ČR či hlavní Národní ceny projektu Česká hlava.

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.

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 lékařů. 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 studiích.

Prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc. (Fakultní nemocnice Ostrava). Přednosta Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice Ostrava a Lékařské fakulty Ostravské univerzity. Hlavní autor a editor oceňovaných monografií, spoluautor stovek odborných studií 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.

Nová strategie Akademie věd České republiky

motto: „Špičkový výzkum ve veřejném zájmu“

Uplynulých dvacet let prokázalo, že Akademie věd je významnou a nenahraditelnou součástí systému výzkumu, vývoje a inovací České republiky. Nadále musí zůstat garantem kvality, avšak pro její další rozvoj je nezbytné, aby byla schopna identifikovat důležité vědecké a společenské otázky, fundovaným způsobem definovat problematiku a vypracovat návrhy řešení z hlediska současné úrovně dosaženého poznání. Akademie věd má již ve své dnešní podobě dobré základy pro to, aby v blízké budoucnosti mohla působit nejen jako součást špičkové světové vědy a centrum národní kultury, ale i jako stále důležitější hospodářský činitel.

Témata, jako jsou například energetická budoucnost České republiky, zdraví občanů nebo kvalita veřejných politik, představují složité okruhy problémů, jejichž řešení vyžaduje široce založený interdisciplinární výzkum. Akademie věd proto připravila Strategii AV21, jejímž základem je soubor koordinovaných výzkumných programů využívající mezioborových a meziinstitucionálních synergií s cílem identifikovat problémy a výzvy dnešní doby a koordinovat výzkumné úsilí pracovišť Akademie věd směrem k jejich řešení. Základní rámec Strategie schválil Akademický sněm v prosinci 2014 s tím, že relevantní programy bude možné navrhovat i v dalším období. Výzkumné programy Akademie věd jsou od počátku otevřeny partnerům z vysokých škol, podnikatelské sféry a institucím státní i regionální správy stejně jako zahraničním výzkumným skupinám a organizacím. Nezbytnou podmínkou pro uskutečňování Strategie AV21 je dlouhodobá stabilita systému výzkumu, vývoje a inovací v České republice.

Základním nástrojem pro realizaci Strategie AV21 je soubor již osmnácti koordinovaných výzkumných programů pracovišť Akademie věd:

- Naděje a rizika digitálního věku
- Systémy pro jadernou energetiku
- Účinná přeměna a skladování energie
- Přírodní hrozby
- Nové materiály na bázi kovů, keramik a kompozitů
- Diagnosticke metody a techniky
- Kvalitní život ve zdraví i nemoci
- Potraviny pro budoucnost
- Rozmanitost života a zdraví ekosystémů
- Molekuly a materiály pro život
- Evropa a stát: mezi barbarstvím a civilizací
- Paměť v digitálním věku
- Efektivní veřejné politiky a současná společnost
- Formy a funkce komunikace
- Globální konflikty a lokální souvislosti: kulturní a společenské výzvy
- Vesmír pro lidstvo
- Světlo ve službách společnosti
- Preklinické testování potenciálních léčiv

Koordinátory výzkumných programů jsou ředitelé zapojených pracovišť nebo pověření vědečtí pracovníci, kteří zajišťují vyhledávání nových, společensky relevantních témat výzkumu, provádějí syntézu dostupných informací a výsledků výzkumu a koordinují vypracování návrhu výzkumného programu.

Výzkumné programy schvaluje Akademická rada v součinnosti s Vědeckou radou.

Program **Efektivní veřejné politiky a současná společnost** v rámci Strategie AV21 si dává za cíl napomáhat nejen akademické, ale i širší veřejnosti v porozumění složité a dynamicky se rozvíjející společnosti v 21. století. Interdisciplinární výzkumy hledají odpovědi na otázky, zásadního významu pro fungování současné společnosti a veřejných politik, jako například: Do jaké míry daně a dávky pokrývují ekonomické chování a způsobují neefektivnost? Posunují poznatky současné fyziky, evolučních teorií a neurověd hranice naší lidské svobody a jak? Jaké jsou postoje lidí k morálce, právu a etice a jak tyto postoje ovlivňují jejich chování? Změnila koncepte svobodné vůle smysl a účel odpovědnosti v civilním a v trestním právu a smysl a účel trestání? Jak velká je šedá ekonomika a jak moc brzdí korupce podnikání? Jaká jsou pro a proti veřejné podpory vlastnické a nájemní formy bydlení? Dokáže sociální a bytová politika reagovat na lokální a globální krize? Jaké formy mají výnosy ze vzdělání, jak jsou vysoké a jak vzdělanost ovlivňuje zaměstnanost, dlouhodobý ekonomický a sociální rozvoj? Jaké dopady má minimální mzda? Jaké jsou hrozby a příležitosti příchodí a odchodí migrace? Jaké sociální a ekonomické fenomény přinášá demografické stárnutí společnosti a jak s nimi ladí veřejné politiky? Které síly drží heterogenní společnosti pohromadě, a které je rozdělují?

Součástí programu je silný akcent na veřejné politiky v řadě oblastí. Výsledky výzkumů proto adekvátními způsoby směřují k veřejnosti a tvůrcům veřejných politik. Poznatky poskytují nezávislou zpětnou vazbu a informace pro podporu kvalitnějšího vládnutí v demokratické společnosti. Program přispívá i k přípravě nastupujících generací společenských vědních výzkumníků, kteří se seznamují jak s českými a mezinárodními realitami, tak s moderními metodologickými přístupy a standardy vědecké práce.

Do programu je zapojeno 6 ústavů Akademie věd ČR (Etnologický ústav, Filosofický ústav, Národohospodářský ústav, Sociologický ústav, Ústav pro soudobé dějiny, Ústav státu a práva) a řešení se účastní další instituce a firmy.

Výzkumný program Efektivní veřejné politiky a současná společnost Strategie AV21 zahrnuje 10 témat koordinovaných odborníky ze zapojených ústavů:

Témata / Řešitelé

Vzdělání, vzdělávací politiky a trh práce – doc. Ing. Daniel Münich, Ph.D., (NHÚ),
doc. Ing. Jiří Večerník, CSc. (SOÚ)

Demografické stárnutí – doc. Ing. Daniel Münich, Ph.D. (NHÚ)

Dopady daňově-dávkového systému – doc. Ing. Daniel Münich, Ph.D. (NHÚ)

Mobilita zkoumání pohybu lidí, věcí a informací – doc. PhDr. Zdeněk Uherek, CSc. (EÚ)

Chudoba, bohatství a střední třída – doc. Ing. Jiří Večerník, CSc. (SOÚ)

Trhy bydlení a jejich regulace – Ing. Mgr. Martin Lux, Ph.D. (SOÚ)

Svoboda a odpovědnost a jejich důsledky pro společnost –
doc. JUDr. Tomáš Doležal, Ph.D., LL.M. (ÚSP)

Současná etika – PhDr. David Černý, Ph.D. (ÚSP)

Energetika a životní prostředí – doc. Ing. Michal Kejak, M.A., CSc.,
doc. Ing. Daniel Münich, Ph.D. (NHÚ)

Efektivní regulační politiky na podporu energetiky – Mgr. Milan Ščasný, Ph.D.
(Centrum pro otázku životního prostředí UK)

Tato publikace si klade za cíl představit ve velmi kompaktní formě stav současné diskuse o eutanazii, případně dalších formách lékařské asistence na konci života pacienta (paliativní péče, sebeusmrcení pacienta za pomoci lékaře atd.). O této problematice u nás v posledních letech sice bylo 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 České republice 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 bez rozlišení odmítá eutanazii jako takovou. Pečlivou filozofickou analýzu nahrazují občasně tendenční připomínky hrůz nacismu či nereflektovaná náboženská přesvědčení. Současná právní úprava vede k tomu, že se mnozí lékaři u nás 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 přeje si přinejmenším věcnou diskusi, ať už budou její výsledky jakékoliv.

Dosavadní nedostatek věcných a přitom stručných informací stál patrně za úspěchem brožury *Eutanazie – ano, či ne? Aktuální medicínské, filozofické a právní perspektivy*, která vyšla v této edici v 2015 a jejíž náklad byl rychle rozebrán. To autoři přimělo k přípravě druhého, poněkud pozměněného a rozšířeného vydání. Ani v něm se však nepokouší prosadit jednotný názor na morální přípustnost, resp. legalizaci (nějaké formy) eutanazie, jde jim spíše o vyjasnění stanovisek. Mezi autory jsou jak odpůrci, tak obhájci různých forem eutanazie.



Edice Strategie AV21 | Efektivní veřejné politiky a současná společnost

David Černý, Adam Doležal, Tomáš Doležal, Tomáš Hříbek, Pavel Klener, Josef Koutecký, Pavel Pafko, Ondřej Sláma, Pavel Ševčík | **Eutanazie z pohledu medicíny, filozofie a práva**

Vydalo Středisko společných činností AV ČR, v. v. i., pro Kancelář Akademie věd ČR, Národní 3, 117 20 Praha 1. Grafická úprava Robin Brichta. Fotografie na obálce © Flickr.

Technická redaktorka Ivana Říhová. Odpovědná redaktorka Dana Packová.

Vydání 1., 2018. Ediční číslo 12329. Sazba a tisk **SERIFA**®, s. r. o., Jínonická 80, 158 00 Praha 5.

<http://av21.avcr.cz>

ISBN 978-80-200-2862-4



9 788020 028624