

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD
Institut sociologických studií

Diplomová práce

**Problematika legislativního ukotvení
eutanazie v ČR**

2017

Jana Vlčkovová

Autor práce: Bc. Jana Vlčková

Vedoucí práce: Ing. Mgr. Olga Angelovská

Oponent práce:

Datum obhajoby: 2018

Hodnocení:

Bibliografický záznam

VLČKOVÁ, Jana. Problematika legislativního ukotvení eutanazie v ČR. Praha, 2018. 134 s., Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí diplomové práce Ing. Mgr. Olga Angelovská.

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá dvěma tématy úzce související s koncem života. V práci se bude pátrat po důvodech a postojích aktérů, kteří se zakotvením eutanazie do českého zákona sympatizují. Klíčovým impulzem ke psaní diplomové práce na téma uzákonění eutanazie bylo otevření diskuze pod vedením Zlatušky prostřednictvím návrhu zákona „*Zákon o důstojné smrti*“. Během psaní diplomové práce se ještě navíc konala 8.3.2017 schůze v poslanecké sněmovně Parlamentu ČR, jejíž iniciátorem byl Milan Hamerský. Jak se níže dovíme, pan Hamerský je asistent pana profesora Zlatušky a jeho jméno s vybraným tématem úzce souvisí. Diplomová práce bude především směřovat ke zjištění, co přesně je důvodem klíčového aktéra pro pokus uzákonění nějaké formy eutanazie. Zda návrh vychází pouze z jejich přesvědčení. Zamysleli jsme se nad důsledky plynoucí z legalizace eutanazie v naší zemi, pokusili jsme se analyzovat důvody, které stály za politickou neprůchodností daného zákona. V závěru diplomové práce bude proveden kvalitativní výzkum formou nestrukturovaného rozhovoru s dvěma skupinami lékařů, délkou profese se od sebe lišící v řádu několik let. Aktéři z lékařských kruhů byli vybráni záměrně, neboť otázka eutanazie patří nejen do prostoru politického, právního, etického, nýbrž především lékařského. Aktéři se od sebe odlišovali místem působení, v prvním případě půjde o nemocnici v hlavním městě Praha a v druhém případě půjde o nemocnici ve městě v Jihočeském kraji. Diplomová práce se v okrajové části zabývá též otázkou a uplatněním paliativní péče.

Klíčová slova: Aktér, Diskurzivní analýza, Legalizace eutanazie, Paliativní péče, Smrt, Teorie nastolení agendy, Zákon o důstojné smrti

Abstract

The Thesis deals with two issues closely associated with the end of life. It explores the reasons and attitudes of healthcare workers, legislators and general public who are supporting implementation of euthanasia in the Czech legislation. The key impulse for taking up this issue as the topic of the Thesis was initiation of its discussion by and under the guidance of Zlatuška on the proposal of the “act on dignified death”. Additionally, the meeting stirred by Hamerský held in the Parliament on March 8, 2017 became another impetus for the work. As is elucidated further, activities of Hamerský, the assistant to Zlatuška, whose name is mentioned in the Thesis quite often, are closely related to the explored topic. The Thesis tries to unveil the exact reasons of the key actors and supporters for inducing some form of legislatively covered euthanasia, namely whether their effort is based on their true conviction. We will consider possible consequences should the euthanasia be introduced to the Czech legislation and analyse the reasons which lead to final rejection of the proposed act. The closing part of the Thesis will describe qualitative research done as an unstructured interview with two groups of physicians differing in the length of their medical practice by several years. Medical profession has been selected for this on purpose because euthanasia is not only a political, legislative and ethical issue but it is also a burning medical problem. The physicians to be interviewed will be also from two different hospitals – one will be a Prague hospital and one a municipal hospital in South Bohemia. Marginal attention in the Thesis will be paid also to the issue of palliative care and its implementation in clinical practice.

Keywords: Actor, Discourse analysis, Legalization of euthanasia, Palliative care, Agenda – setting, The law of dignified death

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.

Souhlasím s tím, aby má práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne:

Jana Vlčková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své práce Ing. Mgr. Olze Angelovské za velmi vstřícný přístup, za velmi cenné rady, trpělivost a komentáře, které mi v průběhu celého psaní diplomové práce poskytovala. Velké poděkování patří také mojí rodině a především Ing. Lucii Šírové, která se po celou dobu psaní diplomové práce podílela na technické podpoře.



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií
Katedra veřejné a sociální politiky



Jméno studentky: Jana Vlčková

Předpokládaný název diplomové práce: Současný stav diskuze o eutanazii – politický a odborný diskurz

Název v anglickém jazyce: The current state of the euthanasia – political and professional discourse

Klíčová slova: aktér, diskurzivní analýza, legalizace eutanazie, paliativní péče, smrt, nastolení agendy, zákon o důstojné smrti

Klíčová slova anglicky: actor, discourse analysis, legalization of euthanasia, palliative care, agenda-setting, the law of dignified death

Akademický rok vypsání: 2016/2017

Jazyk práce: Český

Typ práce: Diplomová práce

Ústav: Katedra veřejné a sociální politiky

Vedoucí / školitel: Ing. Mgr. Olga Angelovská

Obor práce: Veřejná a sociální politika

Teze diplomové práce (výzkumný projekt):

A. vymezení a strukturace výzkumného problému

Zdroje pro výzkumný námět:

individuální zkušenost

odborné publikace

literatura

osobní rozhovory s experty a diskuze s kolegy

sdílené hodnoty a výsledky předchozích výzkum

Paliativní péče již prošla v ČR legislativní úpravou. Druhým přístupem k ukončení života v terminálním stádiu či u nevléčitelně nemocného člověka je eutanazie. Ve své diplomové práci se budu věnovat především otázce uzákonění eutanazie, jelikož o případném uzákonění již v médiích i na veřejnosti proběhlo několik debat. V naší zemi stále není legislativně ukotvena, i přestože dle výzkumů veřejného mínění se zavedením eutanazie by souhlasily dvě třetiny obyvatelstva. Ministerstvo zdravotnictví již v roce 2008 v souvislosti s ohledem na senátní návrh zákona o eutanazii oslovilo zdravotnickou veřejnost, tedy velmi důležitého aktéra. Na základě již prodiskutovaných podkladů z nich vyplývá, že aktéři z oboru zdravotnictví mají na problematiku stejný názor jako MZ, tj. eutanazii nepodporovat. V obecné rovině lze konstatovat, že o eutanazii se hovoří více a někdy i s pozitivním přístupem než o uzákoněné paliativní péči. V současné době má medicína dostatek možností, jak psychické či fyzické utrpení eliminovat nebo velice zmírnit. Ať už prostřednictvím medikamentů proti bolesti nebo finanční podporou vznikajících hospiců. Ministerstvo zdravotnictví považuje tento přístup v civilizovaných státech vhodnější než uzákonění eutanazie a více než debaty směřované k otázkám eutanazie by měly být směřované k problematice paliativní a hospicové péče. Z tohoto důvodu bude dán i prostor pro danou oblast, která spadá pod služby sociální péče a je realizovaná především pomocí hospiců a hospicové péče. Vymezeným problémem v diplomové práci bude komparace obou přístupů z části na základě kvalitativního výzkumu provedeného mezi lékaři, kteří bezpochyby patří k aktérům daného tématu.

B. Cíle diplomové práce

Cílem práce bude objasnit postoje a přístupy hlavních aktérů, ať už zákonodárců nebo lékařů či laické veřejnosti. V roce 2008 návrh senátorky Domšové byl vládou zamítnut. Budeme chtít objasnit, co vedlo opět aktéry veřejné politiky k otevření tak kontroverzního

tématu v letošním roce. Dále popsat pravou podstatu paliativní péče, upozornit na možnosti její využití a především na její legislativní uzákonění, zda je plně hrazena zdravotními pojišťovny. Porovnat názory a postoje hlavních aktérů z pohledu veřejně politického, z odborného a právního, kteří bezpochyby patří mezi hlavní aktéry při tvorbě zákona o důstojné smrti. Mezi které patří především Ministerstvo zdravotnictví, poslanci, senátoři či zdravotnická veřejnost. Zaměřím se i na to, v jaké podobě by zákon o eutanazii mohl být v České republice přijat a zda by vůbec jeho zakotvení v právním řádu přinesl nějaké přijatelné řešení. Na základě vyjádření aktérů, stojících na straně odpůrců se pokusím popsat závažné nedostatky předpokládaného zákona již v roce 2008. Dílčími cíli bude v diplomové práci především porovnat názory a argumenty ke dvěma přístupům ze strany lékařů. Výběr budeme volit mezi mladými lékaři bez zkušeností a porovnat jejich názory s lékaři zkušenějšími s mnohaletou praxí. Oslovíme lékaře z nemocnice v hlavním městě Praha a lékaři z jihočeské nemocnice. Budeme se zajímat, zda s odstupem doby se o eutanazii přemýšlí jinak a začíná se objevovat názor přibližující se k jejímu zlegalizování nebo právě převládá názor důstojnějším odchodu prostřednictvím právě výše zmiňované paliativní péči.

C. Výzkumné otázky

Kladenými otázkami se budeme snažit zjistit podstatné změny a přístupy ze strany lékařů k legální paliativní péči a vyjádření se k eutanazii. Budeme se zabývat na základě rozhovorů s lékaři, zda je paliativní medicína schopna zajistit těžce nemocným a umírajícím důstojnou poslední fázi života. Jaký zaujmají jedni z nejdůležitějších aktérů postoj k otázce uzákonění? Co by znamenala změna zákona v ČR pro profesní život lékařů, coby aktérů?

Jaký postoj zaujímá česká zdravotnická veřejnost k otázce eutanazie, především politická reprezentace a odborná veřejnost. Budeme konkretizovat důvody aktérů, usilující o legalizaci eutanazie v ČR.

Jaké chyby a nedostatky by musely být odstraněny ve znění zákona, aby došlo k uzákonění eutanazie a zákon byl přijat?

Vede aktéry k usilování uzákonění eutanazie, jejího začlenění do českého zákona otázka ekonomická? Je možné v případě ukotvení eutanazie dopad pro státní rozpočet označit za minimální, než při plném financování a podpoře vzniku a rozvoje paliativní péče? Je vůbec možné, že tato myšlenka je hlavním důvodem pro debatu tak kontroverzního tématu na poli veřejné politiky?

DÍLČÍ OTÁZKY:

Jakým způsobem se aktéři veřejné politiky věnují otázce paliativní péče? Jakým způsobem vnímají legalizaci eutanazie liniioví pracovníci?

D. Teoretická a hodnotová východiska

Teoretickými východisky bude koncept základních svobod a práv. Na půdě EU je významným dokumentem v oblasti lidských práv Charta základních lidských práv Evropské unie. Dalším východiskem bude etika a v neposlední řadě samozřejmě kvalita života-subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu k životním cílům, očekáváním a běžným zvyklostem. Na dané téma nahlížíme prostřednictvím těchto teorií:

Teorie nastolování agendy (The Agenda Setting Theory)

Teorie aktérů generujících agendu v arénách (model A- A- A)

Koncept základních svobod a práv

Teorie liniiových pracovníků

E. Výzkumný plán

Kvalitativní výzkum, jehož cílem bude interpretace sociální reality.

Pro účely diplomové práce zvolíme kvalitativní výzkum, jedná se o nenumerické šetření a interpretace sociální reality. „ *Cílem je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím*“ (Disman, M. 2002, s. 285). Jedná se o výzkum, který spočívá v porozumění, což ale vyžaduje vhléd do co největšího množství dimenzí daného problému. V centru výzkumné pozornosti jsou v tomto typu výzkumu lidé v sociálních situacích. Kvalitativní výzkum usiluje o uchopení předmětu v jeho jedinečnosti a o porozumění zkoumanému fenoménu v kontextu, do něž je zasazen (Drulák, 2008).

Použijeme též pilotáž, zda vůbec je ke zkoumané problematice vhodné zvolit metodu kvalitativního výzkumu formou nestandardizovaného rozhovoru. Pilotáž nebude provedena na malé sociální skupině. Rozhovor povedu s aktérem z politické oblasti, zvolím senátora ODS, starostu obce Chýnova, nedaleko města Tábor. Politický aktér bude vybrán záměrně, neboť senátor je známý svým odmítavým přístupem k dané otázce, přestože je jeho veřejný a politický zájem zcela mimo zdravotnictví veřejně se k problematice eutanazie neměl možnost vyjádřit. Cílem pilotní studie bude zjistit, zda je výzkum v dané populaci vůbec možný a zda je informace dosažitelná. Dále se jedná o ověření techniky pro výzkum. Rozhovor je vybrán z důvodu, že informace budou získávány v přímé interakci s respondentem.

Jako techniky sběru dat a informací zvolíme analýzu dokumentů a polostrukturované rozhovory s aktéry z politického a odborného spektra. Metoda analýzy dokumentů bude zvolena z toho důvodu, že tato metoda napomáhá při pátrání po již existujících strukturách (Disman 2002, s. 309).

Mezi hlavní dokumenty pro studium patří úřední dokumenty, mediální informace, novinové a časopisecké články. Mezi sekundární analýzu dat budou patřit archivní data, datové publikace z výzkumů. Využijeme též informace, které již byly ve starších výzkumech sebrány, ale nebyly z určitého hlediska v určitých souvislostech interpretovány. Každý výzkum testuje jen omezený soubor hypotéz. Výzkum veřejného mínění prováděný na téma uzákonění eutanazie nám testuje postoje veřejnosti k dané problematice. Výzkum mezi lékaři nám bude testovat hypotézy týkající se jedněch z velmi podstatných aktérů dané problematiky. Rozhovory povedeme se skupinou lékařů mladšího věku a skupinou lékařů, kteří mají již desetileté zkušenosti v praxi a tudíž i s oběma přístupy. Rozhovory budou prováděny v nejmenované nemocnici v Praze a jedné z nemocnic v Jihočeském kraji a jejich počet bude okolo dvanácti v každé z nich. Věk lékařů bude smíšený. Bude se jednat o hloubkové rozhovory, s cílem odhalení motivů, postojů a pocitů ke zkoumané problematice. Metoda polostrukturovaných rozhovorů patří mezi statistické metody primárního sběru dat. Ve výsledku napomáhá při pochopení celé zkoumané problematiky. V obecné rovině se během rozhovorů postupuje podle předem připraveného souboru témat a volně přidružených otázek, ale jejich pořadí, volba slov a formulace může být pozměněna, což je zároveň výhodou této formy dotazování. Konkrétní otázky, které se zdají tazateli nevhodné, mohou být dokonce i vynechány, jiné naopak mohou být pro upřesnění názoru přidány, a to podle konkrétní situace (Urbanová 2014, s. 45).

Další výhodou polostrukturovaného dotazování je, že vychází z připravené osnovy, které se tazatel drží, avšak umožňuje respondentovi vyjádřit své názory, myšlenky, odpovídat široce a dostat se tak i k dalším tématům, v čemž ho tazatel i podporuje. Technicky tato metoda probíhá obvykle formou skutečného rozhovoru tváří v tvář, ale může být i realizována s pomocí techniky, jako je telefonní rozhovor nebo přes internet (Urbanová 2014, s. 45). V rámci diplomové práce nebyly kombinovány techniky metod polostrukturovaného rozhovoru a všechny rozhovory budou uskutečněny formou osobního setkání. K rozhovorům bude připraven i scénář s hlavními tématickými otázkami, které korespondovaly s dílčími výzkumnými otázkami.

Zdůvodnění metod – cílem kvalitativního výzkumu je nalezení způsobu řešení zkoumaného problému, objevit určité konfigurace, pravidelnost či strukturu. Budeme chtít získat mnoho informací od malého počtu respondentů a formulovat nové hypotézy, případně aspirovat na novou teorii. Výzkum zahájíme pilotní studií, provedeme analýzu dokumentů a sekundární analýzu dat. Stěžejní pro naši práci budou polostrukturované rozhovory s aktéry z lékařské veřejnosti, rozhovory s aktéry z veřejně politické oblasti, s experty na danou problematiku.

Obecné kroky kvalitativního výzkumu vedou od stanovení zkoumaného problému, skrze terénní výzkum, až k výstupu ve formě vytvoření hypotéz, nového porozumění či teorie. Kvalitativní výzkum je tak založen na induktivní logice a formálně tedy nejsou na počátku výzkumu konstruovány pracovní hypotézy, jako je tomu ve výzkumu kvantitativním, který je postaven na logice deduktivní (Disman 2002).

Pomocí metody polostrukturovaných rozhovorů se všemi zainteresovanými aktéry zjistíme aktuální názory na politickou, etickou a občanskou stránku ve věci legalizace eutanazie v naší zemi.

Zvolená metoda je vybrána především z důvodu její flexibility, kdy umožňuje držet se předem stanovené osnovy a připravených otázek, ale i možnosti měnit jejich pořadí a začleňovat otázky nové v návaznosti na měnící se vývoj dané problematiky a situaci při dotazování. Výzkum obsahoval všechny znaky kvalitativního výzkumu. Získaná data budou analyzována do hloubky v celé své komplexnosti.

Výstupy kvalitativního výzkumu v drtivé většině případů nelze generalizovat na celou populaci, jelikož je získáváno mnoho informací o velmi malém počtu jedinců s cílem nalézt pravidelnosti a struktury, které existují (Disman 2002, s. 286-287). I přes nízkou reliabilitu, která bývá často uváděná jako slabá stránka tohoto přístupu, může výzkum dosahovat vysoké validity. Nízká reliabilita je způsobena skutečností, kdy výzkum může být do značné míry ovlivňován schopnostmi a představami výzkumníka (Drulák 2008). Věrohodnost kvalitativního výzkumu tak musí být zaručena jasností logického procesu, která spočívá v popsání každého kroku a v logičnosti prováděných kroků (Disman 2002, s. 287, 302).

F. Seznam odborné literatury a zdrojů empirických dat

BUŽGOVÁ, Radka. *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 168 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.

CÍSAŘOVÁ, Dagmar. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010. ISBN 978-80-87146-31-6.

KALVACH, Zdeněk. *Umírání a paliativní péče v ČR: (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-2832-5.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)* [online] Praha, 2012 [2016-09-05] Dostupné na WWW: http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html

MUNZAROVÁ, Marta. *Eutanazie, nebo paliativní péče?*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 108 s. ISBN 80-247-1025-0.

POLLARD, B. *Eutanazie - ano či ne?*. 1. vyd. Praha: Dita, 1996, 210 s. ISBN 80-85926-07-5.

POTŮČEK, M. a kol., *Veřejná politika*. Nakladatelství SLON. Praha. 2006. ISBN 80-86429-50-4. 396 s.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Eutanazie - pro a proti*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 256 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-4659-3.

VESELÝ, A., NEKOLA, M. *Analýza a tvorba veřejných politik*. Nakladatelství SLON. Praha. 2008. ISBN 978-80-86429-75-5. 407 s.

G. Předběžná náplň práce v českém jazyce

Náplň práce: Náplň práce bude především vysvětlit a popsat dva odlišné způsoby a otázky spojené s koncem lidského života. Proč se v naší republice vytvořily dva tábory, charakteristické svým odporem a nebo přízní k uzákonění eutanazie do českého zákona. Analyzovat dokumenty a prohlášení vydané jednotlivými aktéry ze spektra veřejné politiky. Jak vlastně a kterou z nich si vybrat? Paliativní péče je často považována za alternativu eutanazie. Je tomu tak? Je paliativní péče dostatečně známým termínem pro veřejnost, nebo ji znají pouze lékaři? Byly dosavadní dva předložené zákony pro legalizaci eutanazie ošetřeny proti jejímu zneužití nebo v jejich znění je dostatek chyb a nedostatků? Součástí diplomové práce budou rozhovory s lékaři, kteří patří již dnes vzhledem k rozsáhlým debatám v době tvorby zákona vztahující se k problematice eutanazie k nejdůležitějším aktérům. Především nás budou zajímat odlišné názory mladých lékařů bez praxe a porovnat je s názory a argumenty lékařů s mnohaletou praxí. Výběrový vzorek bude vybrán z jedné pražské nemocnice a z nemocnice v Jihočeském kraji.

V závěru práce bude podáno porovnání o současné praxi, stanoviska na problematiku eutanazie před deseti lety, kdy se již v komoře parlamentu hovořilo o dané problematice a stanoviska z roku 2016, kdy vláda zákon, který by umožnil eutanazii, opět odmítla. Bude zde snaha vypátrat, zda přijetí zákona o důstojné smrti je v současné době teprve vznikající problém, a nebo již existují dostatečné tlaky ze stran odborníků, politických a lékařských aktérů a je pouze otázka času, kdy i Česká republika nastartuje proces tvorby politiky tak, aby došlo k přijetí zákona o důstojné smrti. Závěrem analytické části bude vyhodnocení rozhovorů s lékaři., zjištění jejich názorů, zda je v blízké době možné očekávat konsensus mezi aktéry – lékaři, širokou veřejností a politickými aktéry.

H. Podpisy studenta a vedoucího práce

OBSAH

1	ÚVOD.....	3
2	DŮLEŽITÁ TERMINOLOGIE.....	5
2.1	EUTANAZIE A ÚZCE SOUVISEJÍCÍ INSTITUT PŘEDEM VYSLOVENÁ PŘÁNÍ	6
2.1.1	<i>Přehled argumentů „ pro“ a „ proti“ eutanazii</i>	<i>9</i>
2.2	PALIATIVNÍ PÉČE.....	11
2.2.1	<i>Legislativní ukotvení paliativní péče v ČR</i>	<i>14</i>
3	VSTUPNÍ ANALÝZA VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	16
3.1	POKUSY O LEGALIZACI EUTANAZIE V ČR.....	17
3.2	VÝVOJ NEUKONČENÉHO PROCESU PRÁVNÍHO UKOTVENÍ EUTANAZIE V LETECH 2016 - 2017.....	20
4	CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÁ STRATEGIE	21
5	TEORETICKÁ A HODNOTOVÁ VÝCHODISKA	26
5.1	TEORIE NASTOLENÍ AGENDY	27
5.2	TEORIE AKTÉRŮ GENERUJÍCÍCH AGENDU V ARÉNÁCH (A – A - A).....	30
5.3	KONCEPT LINIOVÝCH PRACOVNÍKŮ-(PRACOVNÍKŮ PRVNÍ LINIE).....	32
5.4	EUTANAZIE V KONTEXTU LIDSKÝCH PRÁV.....	34
5.4.1	<i>Interpretace lidskoprávních smluv</i>	<i>35</i>
6	AUTONOMNÍ ROZHODNUTÍ ZE STRANY NEMOCNÝCH	37
7	TEOLOGICKÝ A PRÁVNICKÝ ASPEKT EUTANAZIE	38
8	ZMĚNY V POSTOJÍCH K LEGALIZACI EUTANAZIE.....	41
9	AKTÉŘI, LINIOVÍ PRACOVNÍCI A KLÍČOVÉ UDÁLOSTI V POLITICKÉM PROCESU LEGALIZACE EUTANAZIE.....	44
9.1	ROZHOVOR SE STAROSTOU OBCE CHÝNOV	45
9.2	KLÍČOVÉ UDÁLOSTI A ANALÝZA ROZHOVORU S PŘEDKLADATELEM ZÁKONA	47
9.2.1	<i>Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování z roku 2011.....</i>	<i>48</i>
9.2.2	<i>Návrh zákona o důstojné smrti z roku 2016.....</i>	<i>50</i>
9.2.3	<i>Konference v poslanecké sněmovně</i>	<i>52</i>
9.2.4	<i>Analýza dokumentů a prohlášení vydaných resortem Ministerstva zdravotnictví.....</i>	<i>53</i>
9.3	ROZHOVORY S LINIOVÝMI PRACOVNÍKY VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH.....	58
9.4	MEDIÁLNĚ ODBORNÁ ANALÝZA ILUSTRUJÍCÍ VÝVOJ ZÁKONA O EUTANAZII A PALIATIVNÍ PÉČI Z OBDOBÍ 2014-ČERVEN 2017.....	72
10	ZÁVĚR	86
11	SHRNUTÍ	89
12	SUMMARY	90
13	POUŽITÉ ZDROJE	92
14.	PŘÍLOHY DIPLOMOVÉ PRÁCE.....	101

Seznam zkratk (abecedně):

(ANO) – politické hnutí „ANO Bude Líp“

(EU) – Evropská Unie

(CPP) – Centrum paliativní péče

(CVVM) – Centrum pro výzkum veřejného mínění

(ČLK) – Česká lékařská komora

(ČR) – Česká republika

(ČSPM) – Česká společnost paliativní medicíny

(KDU-ČSL)- Křesťanská a demokratická unie – Československá strana lidová

(KSČM)-Komunistická strana Čech a Moravy

(LDN) – léčebna pro dlouhodobě nemocné

(LF MU) – Lékařská fakulta Masarykovy Univerzity

(LIRA) – Liberální reformní strana (v roce 2010 se strana dobrovolně rozpustila)

(MPI) – Multidimenzionální prognostický index

(MPSV) – Ministerstvo práce a sociálních věcí

(MZČR) – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

(ODS) – Občanská demokratická strana

(OSN) – Organizace spojených národů

(PSP ČR) – Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky

(SNK ED) – Sdružení nezávislých a strana Evropští demokraté

(SZ) – Strana zelených

(TOP09) – česká liberálně konzervativní středopravicová strana (Tradice, Odpovědnost, Prosperita)

(VP) – Veřejná politika

(VZP) – Všeobecná zdravotní pojišťovna

(WHO) – World Health Organization

(WMO) – World Medical association

(ZP) – Zdravotní pojišťovna

(ZZS) – Zákon o zdravotních službách

1 ÚVOD

Lidský život nevyhnutelně končí smrtí. Přesto smrt a umírání jsou témata, o kterých se nehovoří tak často. V posledních letech došlo k rozvoji medicíny. Jsou dostupné léky, kvalitní přístroje a lékaři mají k dispozici nejnovější vědecké poznatky. Dnes lze zajistit dostupnou a kvalitní péči v léčení bolesti a ostatních fyzických symptomů, psychického a sociálního utrpení (Munzarová, 2005).

Problém eutanazie celou řadu let procházel dosti složitým vývojem. V antické tradici řečtí lékaři i filosofové si velmi cenili zdraví a kult tělesné zdatnosti byl výrazně rozvíjen. Platón či stoický filosof Zenón se stavěli za možnost dobrovolného odchodu ze života. A právě již od této doby se názory na problematiku liší. Platón, Zenón, ale i Sokrates považovali za dostatečný a legitimní důvod k ukončení života sebevraždou v důsledku smrtelného onemocnění. Zatímco náboženství jihovýchodní Asie se k otázkám eutanazie stavělo odmítavě. Budhisté a hinduisté jsou přesvědčeni, že bolest a utrpení je nutnou součástí života. Avšak, co se týče tzv. pasivní eutanazie, která se tématu úzce dotýká a v důležité terminologie je vysvětlena, zmíním stát Indii, jelikož jako jediná asijská země má s touto formou eutanazie zkušenost. Že téma se skutečně stává velmi diskutovaným nejen v evropských státech, svědčí povolení právě v jedné z indických zemí. Indický nejvyšší soud povolil výjimečnou pasivní eutanazii pro nevléčitelně nemocné. V Indii jde o velmi významný krok, neboť podobný byl dlouhodobě nezákonný (ČTK, 2014).

Pascal Carvaho, člen Papežské akademie pro život prohlásil: „*Je smutné, že právě stát s jednou z nejvyšších gramotností a jeden z nejrozvinutějších v této části světa, stojí v čele tažení za legalizaci eutanazie*“ (Monitor, svět katolickými očima, 2017). Mezi prvními aktéry- lékaři se první vážné diskuze začaly vést až koncem 19. století. S rozvojem medicínské technologie začala být kladena otázka, do jaké míry mají lékaři oprávnění využívat všech dostupných prostředků k zachování lidského života. Bezprostředně po druhé světové válce usilovala již předsedkyně komise OSN pro lidská práva E. Roosveltová o to, aby právo eutanazie bylo zahrnuto do Charty spojených národů. Přesto, že snaha vyšla naprázdno, diskuze vedoucí k legalizaci neutichaly.

Vynořuje se celá řada etických, právních a medicínských otázek, tudíž se jedná se o otázku multidisciplinární. Legalizaci eutanazie se věnuje i řada dalších vědních oborů, např. filosofie, etika nebo právní věda, a proto na morálnost eutanazie je velmi těžké najít shodu.

Koncem 19. a počátkem 20. století se začalo o této problematice hovořit zcela

otevřeně. Zastánci eutanazie zastávají názor, který vyznává morálku a etiku eutanazie pouze v kontextu s důstojným umíráním a tím také svoje stanovisko argumentují. Odpůrci zlegalizování eutanazie vidí řešení v hospicích, především z morálního a etického hlediska. Dále se odvolávají na argument, který se týká zneužitelnosti eutanazie.

V posledních letech se otázka eutanazie a její legalizace často objevuje ve sdělovacích prostředcích jako téma podněcující diskuzi. Eutanazie se prezentuje jako problém lidských práv a často se vyzdvihuje jako příklad pokrokového reformního úsilí. V rovině právní se však vyskytují otazníky i v rámci komparace jednotlivých právních řádů a dopadů legislativní úpravy na oprávněné postupy na konci života.

Jsem si plně vědoma, že pouze na základě polostrukturovaných rozhovorů s relevantními aktéry nelze názor či řešení generalizovat na celou populaci. Lze říci, že legalizace eutanazie v ČR se stává veřejně politickým problémem v okamžiku, kdy s ním můžeme něco udělat prostřednictvím nástrojů veřejné politiky. Jedním z nástrojů veřejné politiky je nástroj právní, v daném případě právní ukotvení zákona o legalizaci eutanazie. Není výjimkou, že politici řeší mnohdy méně naléhavou agendu, zatímco ty z hlediska veřejnosti nebo odborníků závažnější veřejně politické problémy politici zanedbávají, ignorují nebo nedokážou najít v politickém prostředí shodu mezi aktéry. Jak k tomu dochází? Návod, jak na takovou otázku odpovědět, nabízí teorie nastolování agendy.

Právě skrze teorii nastolování agendy (The Agenda Setting Theory) a teorii aktérů, generující agendu v arénách jsem na problematiku legalizace eutanazie v ČR pohlížela. Stěžejní pro tuto diplomovou práci byl rok 2016, kdy skupina poslanců v čele s profesorem Zlatuškou usilovala o zakotvení „*Zákona o důstojné smrti*“ do legislativního uspořádání českého zákona. Reflexe, týkající se zákona o eutanazii v jiných evropských státech, byla popsána v ostatních diplomových pracích, a právě z tohoto důvodu nebyla v diplomové práci s nimi uskutečněna žádná komparace. V diplomové práci jsem na problematiku eutanazie a nahlížela prostřednictvím velmi důležitých aktérů. Zaměřila jsem se na pohled zejména politických aktérů a liniových pracovníků ve zdravotnictví.

Práce je pomyslně rozdělena na dva pilíře, na část věnující se teoretickým a kontextuálním východiskům, a na část analytickou, spočívající v analýze vybraných institucí a aktérů, zúčastněných a vázaných se určitou participací k danému tématu a na výzkumném šetření mezi aktéry, velmi důležitých v dané oblasti. Poslední část analytické části tvoří mediálně – odborná analýza vybraných odborných periodik.

Osobní přesvědčení pro zvolení daného tématu:

S tématem diplomové práce souviselo mimo jiné i moje povolání. Jako zdravotní sestra jsem téměř denně svědkem utrpení a odchodu ze života. Na mnoha místech světa se objevují hnutí pro eutanazii, nazývaná hnutími „ za právo zemřít s důstojností“. Na druhé straně se snesla vlna odporu na státy, kde ukončování životů nemocných lékařem nebo za jeho pomoci je tolerováno a není trestné. Moderní společnost je dnes zaměřená na mladé, zdravé a úspěšné jedince, proto často vytěsňuje otázky umírání a smrti. Domnívám se, že diplomová práce bude přínosná pro společnost a uvedené poznatky přispějí k zamyšlení se nad tématem. Nelze nalézt pouze jedno východisko v otázce legalizace eutanazie, na kterém by se shodli všichni zainteresovaní aktéři, ale je nutné podívat se na problematiku eutanazie v České republice co nejkompexněji a identifikovat všechny aktéry a události, které by mohly zatím nedokončený proces zrodu této politiky nějakým způsobem ovlivnit.

Diplomová práce se týkala specifikace důvodů k vyslovení a pokusu ze strany aktérů začlenit zákon do české legislativy. Z jakého pohledu je na ni pohlíženo jako na špatný a nemorální akt a z jakého pohledu jako na správnou a morální potřebu, a která by měla být dostupná všem. A především, jak by zákon o důstojné smrti ovlivnil práci právě těch nejdůležitějších aktérů-lékařů.

Téma eutanazie a její legalizace bývá často vnímáno velmi rozporuplně, a právě v současnosti se od některých aktérů vymezuje eutanazie jako právo každého člověka skončit svůj život. Nyní se k tomuto úsilí čerstvě připojil Zlatuška (ANO). Přidal se veřejně ke snaze svého asistenta a Hamerského, který zdůraznil již několikrát ve svých projevech, že nastal čas, aby těžce nebo dlouhodobě nemocní v České republice mohli práva na skončení svého života využít.

2 DŮLEŽITÁ TERMINOLOGIE

Pokud diskutujeme o nějakém problému, je nutné vyjasnit základní pojmy. Definice eutanazie může mít různou podobu. Většina autorů se v současnosti shoduje s holandskou definicí. A sice, eutanazie je úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným, na jeho výlučnou žádost. Definice se omezuje pouze na aktivní žádost.

Termín eutanazie pochází z řečtiny (řecky eu- dobře, thanasos-smrt) znamenal

původně všestrannou pomoc umírajícímu člověku, zaměřenou na mírnění tělesných bolestí a duševních úzkostí.

Dle Haškovcové termín eutanazie označuje dvě situace. První z nich označuje eutanazii jako dobrou, snadnou a krásnou smrt. Druhý význam označuje eutanazii jako smrt těžce nemocného, usmrcení z útrpnosti, soucitu a milosrdenství (Haškovcová, 2000).

Eutanazie je jedním z nejdiskutovanějších témat hledající odpověď na ukončení lidského života, přijde-li doba, kdy pacient je v terminálním stádiu nemoci nebo jeho diagnóza je nevy léčitelná. Mnoho lidí umírá o samotě a jedním z cílů medicíny je maximální oddálení smrti na druhou stranu se lidé obávají, že jim takto bude znemožněno důstojně zemřít (Dubcová, 2011).

Pokud se lékařsky asistovaná sebevražda stane legální, naše společnost se i nadále bude muset vyrovnat s utrpením skupin pacientů, kteří jsou v současné době vyloučeni z jakýchkoliv úvah o pomoci při umírání. Jedná se o osoby s vývojovým postižením, jedinci s duševní nemocí, pacienti, kteří jsou při vědomí, ale zcela ochrnuti (Peck, 2015).

S tématem mé diplomové práce bezpochyby souvisí i paliativní péče. Problematika paliativní medicíny je velice široká, nelze se ji pro její nesmírnou šíři věnovat tak, jako tématu mnou zvolenému.

2.1 EUTANAZIE A ÚZCE SOUVISEJÍCÍ INSTITUT PŘEDEM VYSLOVENÁ PŘÁNÍ

V právní vědě se tato otázka diskutuje nejméně od počátku 18. století. Právě v 18. století začal být kladen větší důraz na člověka a jeho svobodnou volbu. Friedrich Nietzsche uvádí, že člověk je autonomní bytostí a jeho právem je ukončit nesnesitelný život. Prostá sebevražda se v trestních zákonech jako trestná neobjevovala. V roce 1895 vyšla v Německu kniha s názvem *Právo zemřít*, poprvé zde byla formulována teorie o právu jedince na smrt a požadavek, aby mu její společnost neupírala. V roce 1920 byla vydána publikace, pod názvem *Poskytnutí souhlasu ke zničení života, který není hoden*, od německého právníka Karla Bindinga a lékaře Alfredea Hocheho. Nemocným lidem, kteří si v důsledku své nemoci ze všeho nejvíce přejí zemřít, nabízí Evropa 21. století několik možností. Morální otázky spojené s eutanazií však i nadále přetrvávají. Počet států, které již eutanazii legalizovali, popř. tuto možnost zvažují, dále pozvolna přibývá (Berka, Sum, 2005).

Ke vzniku Československa se váže tzv. recepční norma, dle které právní úprava eutanazie tak zůstávala v režimu rakouského trestního zákona z roku 1852, který eutanazii

nepovoloval. V roce 1937 zazněly dva návrhy, týkající se „*usmrcení na žádost z útrpnosti*“, které mělo být stíháno pouze jako přečin Vývoj veřejné správy v letech 1918-1939).

Podle českého práva, pokud někdo jiný jiného k sebevraždě nabádá nebo mu v ní pomáhá, nemůže se úspěšně beztrestnosti dovolávat (§ 230 tr. Zákona č. 140/1960 Sb. „Účast na sebevraždě, odst. 1: Kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá, bude potrestán, došlo-li alespoň k pokusu sebevraždy, odnětím svobody na šest měsíců až tři léta“. Na rozdíl od jiných zemí, například Holandsko či Belgie, kde není usmrcení na žádost trestným činem, česká platná trestněprávní úprava toto nepředkládá.

Téma se po několikáté objevilo na stole zákonodárců. Jedná se o velmi ožehavý termín, neboť je velmi obtížné najít shodné řešení, ať už na politické půdě či mezi odbornou veřejností.

Metodicky lze eutanazii rozdělit na aktivní a pasivní. Eutanazie aktivní tzv. strategie „přeplněné stříkačky“ je zabití z nepřekonatelného trpení nemocného na jeho výslovné přání. K vysvětlení důležitých termínů, které jsou obsahem kapitoly, dále patří paliativní péče, hospicová péče a mobilní hospicová péče.

Eutanazie pasivní, tzv. Strategie „odkloněné stříkačky“ značí upuštění od opatření vedoucí k prodloužení života, a to především u umírajících a těžce nemocných pacientů v bezvědomí.

Každý lékař vykonávající lékařské povolání na území České republiky musí být ze zákona členem ČLK a je povinen dodržovat Etický kodex ČLK, který praví: „*Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení a to bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň a pověst pacienta či osobní pocity lékaře.*“ (Ptáček, 2012)

V článku 7 Etického kodexu české lékařské komory se praví: „*Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostřední očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné*“ (Stavovský předpis ČLK č. 10: Etický kodex České lékařské komory).

V červenci roku 2004 předložila vláda sněmovně nové znění trestního zákoníku. Mezi laickou tak i odbornou veřejností zbudilo značnou odezvu tolik diskutované téma eutanazie, respektive jejího případného trestně právního postihu. V trestním zákoně byla otázka eutanazie zohledněna jako zákonný návrh tzv. „*jako usmrcení na žádost*“. K návrhu zákona se vyjádřil jeho hlavní autor Pavel Šámal, PhD, soudce nejvyššího soudu. A sice konstatováním, že je nutné rozlišit mezi eutanazií a vraždou. Za vraždu v té době hrozil trest

odnětí svobody v délce minimálně deset let, v případě eutanazie by tato doba byla nejvíce šestiletá.

§ 118 Usmrcení na žádost

- **Kdo ze soucitu usmrtí nevléčitelně nemocnou osobu, která trpí somatickou nemocí, na její vážně míněnou a naléhavou žádost, bude potrestán odnětím svobody až na šest let**
- **Vážně míněnou a naléhavou žádostí se rozumí svobodný a určitý projev vůle osoby starší osmnácti let, která není zbavena ve své způsobilosti k právním úkonům a není uznána jako osoba s duševní poruchou, která by jednoznačně a důrazně směřovala k jejímu vlastnímu usmrcení.**

Eutanazie je v ČR trestný čin a je hodnocena jako vražda. Pacient, který je schopen vyjádřit svou vůli, může léčbu odmítnout. Obtížná je situace tam, kde pacient není schopen svou vůli vyjádřit a aktéři z oboru medicíny stojí před rozhodnutím, zda u nemocného s nevléčitelným konečným stavem choroby pokračovat v neúčelné intenzivní léčbě, či přejít ke kvalifikované paliativní terapii. Postup v takových případech přesně definuje Doporučení představenstva ČLK č. 1/ 2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stádiu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. Lékař, který postupuje v souladu s tímto doporučením, postupuje v souladu s lékařskou etikou i právem nejen dle norem v ČR, ale i v EU (Ptáček, Bartůněk a kol., 2012).

„*Advanced directives*“ je pojem označující celý soubor různých forem dříve vyslovených přání osob, které vyjadřují svou vůli pro případ, že se ocitnou v takové zdravotní situaci, že se k ní nebudou moci vyjádřit. Záleží jim na tom, aby byl respektován jejich názor, a to zejména nezahájením nebo odmítnutím léčby, která by podle jejich názoru byla už marná a vedla jen k prodlužování utrpení (viz. příloha č. 6).

Institut dříve vyslovených přání nelze respektovat v případě, že nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti. Lékař, který by péči přerušil, nejednal by v souladu se zákonem. Obecně lze shrnout, že zdravotníci nepociťují dostatečnou právní jistotu, pokud jde o dříve vyslovená přání – co v jakých situacích musí, mohou či naopak nesmí učinit (Krejčíková, 2016).

V některých státech (Německo a USA) pamatují vnitrostátní legislativy již tradičně na dříve vyslovená přání nemocných pro případ, kdy se aktuálně nebudou moci vyjádřit. Teoretické zakotvení předem vyjádřeného přání tkví v přesvědčení, že kompetentní pacient

má právo uvažovat o medicínské regulaci svého zdraví i do budoucna. Nyní možnost předem vysloveného přání obsahuje i Úmluva o biomedicíně a zakládá povinnost lékařů k institutu přihlížet (Haškovcová, 2007, str. 43).

Institut dříve vyslovených přání byl v naší zemi dlouho opomíjen, přestože se v naší legislativě vyskytl poprvé v roce 2001 v Úmluvě o biomedicíně. V praxi jsme se setkávali s vysloveným přáním velmi zřídka, a když už, tak nejčastěji s odmítnutím transfúze. Situace se změnila v roce 2012 s nabytím účinností zákona o zdravotních službách, č. 372/2011 Sb., kde se dříve vysloveného přání a jeho náležitostí týkal celý paragraf 36. Problém ovšem nekorespondoval s dalšími nástroji zdravotnického práva. Jednalo se o případ, kdy pacient při přijetí do zdravotnického zařízení určil osobu, která ho smí zastupovat. Nebyl ošetřen vztah mezi touto osobou a dříve vysloveným přáním pacienta. Zákon tedy nepředvídal situaci, že by zástupce mohl mít jiný názor, než měl pacient v dříve vysloveném přání. Posun v tomto směru znamenala platnost nového občanského zákoníku. Ten přišel s institutem předběžného prohlášení, kterým se rozumí projev vůle osoby předtím, než ztratí způsobilost právně jednat. Lékař má na jedné straně život a zdraví pacienta chránit a na stranu druhou se klade čím dál větší důraz na svobodnou vůli pacienta. U dříve vysloveného přání se tak může lékař dostat do konfliktu se zákonem. Zatímco pacient si do svého dříve vysloveného přání může sepsat, co chce, některé věci zdravotník respektovat nesmí. Prvním velkým tabu jsou přání, která ohrožují zdraví a bezpečnost osoby. Druhý zákaz se týká respektování všeho, co by nabádalo k aktivnímu usmrcení pacienta (Koubová, 2015).

Nicméně zavedení institutu se i přes některé nedostatky považuje za reformní krok, neboť umožňuje lidem neprodlužovat život za každou cenu a umožní člověku důstojně opustit svět. Na základě institutu dříve vysloveného přání může tedy postupem let dojít k implementaci politiky, stále více soustředěné na větší autonomii a svobodu člověka.

„Zákon o zdravotních službách v paragrafu 36 umožňuje vyslovit předem vyslovené přání, platnost tohoto přání je však natolik podmíněná, že lékaři se ve většině případů budou bát přání pacienta dodržet a raději poskytnou zdravotnickou péči v zájmu vlastní právní jistoty“ (Dostál, 2015).

2.1.1 PŘEHLED ARGUMENTŮ „PRO“ A „PROTI“ EUTANAZII

V případě hledání odpovědi na otázku, zda „*eutanazie ano či ne*“ nemůžeme udělat pouhý výčet argumentů kladných a záporných, které následně komparujeme mezi sebou. Je nutné je zvážit, apelovat na jejich nedostatky a představovat si je v reálných situacích. Jedině

tak lze diskuzi o eutanazii posunout na vyšší úroveň. Zde jsou popsány základní argumenty, které se v diskuzích a debatách používají.

2.1.1.1 Argumentace pro legalizaci eutanazie

Ekonomický argument:

Náklady na zdravotní péči o těžce a nevléčitelně nemocné jsou vysoké a daleko vyšší než náklady spojené s „milosrdnou smrtí“. Ušetřené náklady by tak mohly být použity účelně a efektivně ve prospěch těch nemocných, u kterých je naděje na uzdravení. V této souvislosti se hovoří i o tzv. Sociálně ekonomické eutanazii. Její podstata vychází z finančních zdrojů, které jsou omezené. A tím se dostáváme k jádru ekonomického argumentu. Jiný nemocný nebo i většina nemocných je tak odsouzena ke smrti jen pro to, že jim společnost z ekonomických důvodů není schopna zajistit takovou zdravotní péči, která by v jiné ekonomicky vyspělejší společnosti jejich zdravotní stav zlepšila (Vácha, 2015).

Argument o autonomii člověka:

Každý člověk má právo volit pro sebe takový způsob odchodu ze života, který si sám určí. Do jeho rozhodování, pokud jim neomezuje druhé, mu nemůže nikdo jiný, ať už zákon, stát či jiný aktér zasahovat (Vácha, 2015).

Argumentace o bolesti a utrpení člověka

Přesvědčení, že v případě volání o pomoc člověka trpícího nesnesitelnou bolestí, druhého člověka, aby byl ochoten mu nějak pomoci, musíme brát vážně. Hlavním a ve své podstatě jediným argumentem zastánců eutanazie je milosrdná snaha zbavit člověka utrpení, bolesti a zachovat si tak přijatelnou kvalitu života (Špinková, 2006).

Hlavními argumenty, kterými se ospravedlňuje ukotvení eutanazie v českých zákonech, jsou snaha milosrdně zbavit člověka utrpení, dát průchod lidským právům, zvláště právu na respektování osobní autonomie, dále osvobození jedince od nepřijatelné bídne kvality života a potřeba přiblížit zákon obecným úvahám a v některých případech nezákonným praktikám. Argumentuje se i regulací nákladů na zdravotní péči (Pollard, 1996).

2.1.1.2 Argumentace proti legalizaci eutanazie

Etický argument:

Většina zdravotnických organizací a zdravotnických komor považuje eutanazii a asistovanou sebevraždu za nepřijatelnou, zejména z etického hlediska. I přes případnou legalizaci eutanazie vyzývají tento stav k zavržení (hospicjordan.cz vacha-proč-ne-eutanazii).

Právo pacienta:

Nedochází k narušení práva respektovat svobodnou vůli pacienta, a pokud to bude jeho přáním, dát nemoci volný průběh a prostor přirozenému procesu smrti prostřednictvím paliativní péče. Právo pacienta odmítnout lékařskou a potažmo ošetrovatelskou péči, patří mezi základní práva člověka a není nesprávné a ani neetické, pokud lékař respektuje jeho skutečnou a svobodnou vůli. Nabízet pacientovi možnosti paliativní péče by měla patřit mezi základní povinnosti lékařů- aktérů (Vácha, 2015)

Argument, vztahující se k vlastnímu aktu eutanazie:

Pokud by byla eutanazie ukotvena v českých zákonech, vyvstává samozřejmě i otázka výkonu. Tím by zcela jistě došlo k narušení vztahu mezi lékařem a pacientem. Pacienti se mohli obávat jejího zneužití. Eutanazie je zbytečná, neboť ji lze nahradit pravým opakem- dobrou smrt lze nahradit dobrým životem, a to až do jeho přirozeného konce (Šnédar, 2008). Je společensky politováníhodné a skutečně scestné takový zákon navrhnout, jelikož dnešní moderní medicína je schopna poskytnout při umírání lepší řešení, než je usmrcení (J. Hlavička, 2014).

2.2 PALIATIVNÍ PÉČE

Jedním z argumentů, který se často uvádí v souvislosti s legalizací eutanazie v ČR, je, že máme v naší zemi plně rozvinutou paliativní péči. Paliativní péče mírní lidské utrpení a doprovází k „dobré smrti“. Z tohoto důvodu ji též uvádím v diplomové práci. Nedílnou součástí paliativní péče jsou sociální služby, jejichž smyslem „*je umožnit důstojné umírání lidem v pokročilém stádiu nevléčitelného onemocnění*“. Cílem paliace, (jak bývá v odborných kruzích paliativní péče zkráceně nazývána), je zmírnit bolest a jiná duševní a tělesná strádání, zachovat pacientovu důstojnost a poskytnout podporu jeho blízkým (Umírání.cz, 2016). Ve vyspělých státech má již paliativní péče při kvalitním poskytování

péče nevyлéčitelně nemocným nezastupitelné místo (Zdravotnickýdeník.cz, 2017).

S úpravou paliativní péče, tak, aby byla dostupná všem pacientům, mimo jiné počítá předkladatel návrhu zákona o eutanazii Zlatoška (ANO). Navrhuje tak možnost výběru, jelikož eutanazie a paliativní péče se dle jeho názoru navzájem nevylučují. Paliativní péče bývá mnohdy považována za určitou alternativu eutanazie. Zda stejný názor sdílejí i lékaři, byla jednou z otázek polostrukturovaného rozhovoru.

Česká republika s populací 10,5 milionů obyvatel patří mezi rozvinuté bohaté země Evropy. Jelikož v tak poměrně malé zemi umírá každoročně 105 000 lidí, z toho 25% na zhoubné nádory, 50 % na onemocnění oběhové soustavy, zbylých 25 % představují onemocnění plic, jater, ledvin, otravy a úrazy (Štyglerová, 2014).

K paliativní péči náleží pojem hospicová paliativní péče. Hospic je definován jako „specializované zařízení, poskytující tzv. **paliativní péči**, tedy péči zaměřenou na úlevu od bolesti, kterou postupující nemoc přináší, na rozdíl od standardní lékařské (kurativní) péče zaměřené na léčbu nemoci“ (Podogová, 2015).

Samotnou hospicovou péči pak lze charakterizovat jako formu „paliativní péče, kterou tvoří souhrn lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačně-ošetrovatelských činností, poskytovaných preterminálně a terminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny obtíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňující bio-psycho-spirito-sociální potřeby nemocného“ (Misconiová, 2006).

Hospicová péče rozlišuje tři základní formy:

Domácí hospicová péče, kdy pacient zůstává ve svém domácím prostředí a na jeho péči se podílí především rodinní příslušníci, kterým dle potřeby vypomáhá lékař nebo jiný nelékařský pracovník, který spolupracuje právě s hospicovým zařízením. Této péči se i jinými slovy říká mobilní hospic. Tým mobilního hospice pomáhá nemocnému kvalifikovaně zvládat bolest a další průvodní jevy terminální fáze onemocnění.

Na téma, vztahující se k mobilním hospicům, se vyjádřila Hana Šustková z VZP: „Ambicí pilotního projektu mobilní hospicové péče je prokázat, že v domácím prostředí lze tuto péči poskytovat *lege artis* a je o ni zájem. Také má prokázat nákladovou efektivitu. Výsledky budou odrazovým můstkem pro ukotvení do právního prostředí a pro plné hrazení zmiňované péče. Doposud pojišťovny hradily pouze péči v domácím prostředí přes praktické lékaře, kteří

vedou pacienta po stránce lékařské a ošetrovatelsko-zdravotnickou složku indikují agenturám domácí péče (Zdravotnickýdeník.cz, 2017).

Prezident Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče Robert Huneš upozorňuje na návrh novely zákona 48 o veřejném zdravotním pojištění, která by vytrhla domácí hospice z lůna odbornosti 925 (tj. pracovníci domácí zdravotní péče). *„Když pojišťovna zažádá o smlouvu, pojišťovna ho odmítne s tím, že má péči pokrytou. Ve skutečnosti ji má tak pokrytou, že když agentuře dojdou síly a erudice, pošle pacienta do nemocnice. Pro společnost je to samozřejmě dražší a situace se stále zhoršuje“* (Uhlíř, 2017).

Druhou formou je **péče ambulantní**, někdy nazývaná jako denní stacionář. V tomto typu zařízení je pacient přes den, tedy od rána, kdy je do zařízení dopraven rodinnými příslušníky a večer je opět dopraven domů. Tento druh péče bývá považován za optimální, neboť během dne může pacient plně využívat odborné lékařské péče hospicového zařízení, večery již tráví se svými příbuznými či s ostatními členy rodiny, což bezpochyby pozitivně ovlivňuje jeho psychiku.

Třetí formou je **péče lůžková**, kdy pacient tráví svůj veškerý čas přímo v hospicovém zařízení. Forma péče bývá nejčastěji využívána pacienty, jejichž zdravotní stav je již vážný a potřebují neustálý odborný lékařský dohled a péče v domácím prostředí by pro ně nebyla dostačující, nebo je využívána pacienty, kteří nemohou dojíždět ambulantně (Klusáková, 2012).

Podle definice Rady Evropy je paliativní péče na kvalitu života orientovaná péče, poskytovaná nemocným, kteří trpí nevyлéčitelnou chorobou v pokročilém nebo terminálním stádiu, jejichž cíle dle WHO jsou:

- podporuje život a považuje umírání za normální proces
- neurychluje ani neoddaluje smrt
- poskytuje úlevu od bolesti a jiných svízelných symptomů
- začleňuje do péče o pacienta psychické a duchovní aspekty
- vytváří podpůrný systém, který pomáhá rodině se vyrovnat s pacientovou nemocí a zármutkem po smrti (Munzarová, 2005)

S paliativní péčí úzce souvisí i Multidimenzionální prognostický index (MPI). Index dokáže s téměř vysokou přesností určit prognózu pacienta a především, zda zamýšlený léčebný postup bude účelný, nebo pouze přítěží pro pacienta. Tento index dokáže odlišit

pacienty, kterým léčba může ještě pomoci od těch, které by jen zbytečně zatěžovala. Projekt nelze samozřejmě zvažovat na celou společnost, neboť se jedná pouze o geriatrické pacienty. Avšak podle geriatrů výsledky indexu dokážou potvrdit a předpovědět riziko úmrtí, tudíž samozřejmě úspěšnost léčby (Zdravotnické noviny, č. 32, 2017).

Podle některých by snad jediná věta, týkající se MPI, zabudovaná do současné legislativy byla dostačující ve smyslu, že lékař nemá povinnost poskytovat postupy, které pro vážně nemocného pacienta nemají budoucnost. Tou větou se možná v budoucnu stane zakomponování indexu MPI. Nový index, který byl ověřován v rámci evropského projektu probíhajícího v devíti zemích, z nichž jednou byla i Česká republika, by měl pomoci nastavovat péči pro pacienty, byť v seniorském věku. Projekt sice nepřináší převratné technologie ani nový lék, přesto je pro praxi významný a vnáší rozhodnutí do náročného medicínského rozhodování.

2.2.1 LEGISLATIVNÍ UKOTVENÍ PALIATIVNÍ PÉČE V ČR

V průběhu svého vývoje též prošla obrovskými změnami. *„Paliativní medicína se zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním a progradujícím onemocněním. Délka života je u těchto nemocných omezená a cílem léčby a péče je kvalita jejich života (Umírání.cz, 2016).*

Vznik paliativní péče se datuje do poloviny 19. století, souvisí s rokem 1847, kdy v Lyonu byl Jeanne Garnierovou založen první hospic. Neznamená to však, že by se v dřívějších dobách o těžce nemocné pacienty nikdo nestaral. Speciální místa pro nevléčitelně nemocné vznikaly již ve středověku. Klíčovým datem v historii paliativní péče je rok 1967, kdy dochází ke změně přístupu pacientům. Na předměstí Londýna bylo založeno první moderní zařízení paliativní péče. Cecily Saundersová byla první, která přišla s konceptem péče o „celkovou bolest“. Právě kvůli absenci tohoto lidského přístupu se koncem padesátých let na péči o umírající snesla poměrně velká kritika. V té době se přístup orientoval pouze na chorobu a zanedbával ostatní důležité potřeby nemocného. Saundersová byla významně ovlivněna psychologem Carlem Rogersem. Ten se zabýval komunikací a potřebou naslouchat pacientovi. Díky tomu, Saundersová kladla velký důraz na nutnost disciplinární péče, dnes ve spojitosti s jejím jménem hovoříme o počátku moderního hospicového hnutí. Svě důležité místo si v paliativní léčbě našla domácí hospicová péče. V USA je taková forma paliativní péče nejrozvinutější a je považována za základní.

V Čechách o výraznějším rozvoji paliativní péče hovoříme až od období 90 let

minulého století. Nejdůležitějším faktorem rozvoje paliativní medicíny byla možnost pro odborníky a aktéry odcestovat do zahraničí na stáže. Přesto za vývojem paliativní péče ve vyspělých státech stále zaostáváme. Jedná se o důsledek naší odlišné politické a ekonomické situace, kterou byl zpožděn vývoj paliativní péče až o několik desetiletí? Jedním z palčivých problémů paliativní péče je, splnit lidem základní přání a poskytnout jim potřebnou péči na sklonku jejich života. Tím jedním přáním, jak ukázaly studie, je zemřít v kruhu svých nejbližších, ideálně tam, kde to znají a mají rádi. Smělým cílem je tedy zařadit mobilní hospice do systému standardní úhrady z veřejného zdravotního pojištění od roku 2018. Martin Loučka z Centra paliativní péče k tomu uvedl: *„Každá nemocnice či léčebna dlouhodobě nemocných může získat až dva miliony korun na rozvoj svého oddělení, vytvoření týmu pro zavedení paliativní péči“* (Centrum paliativní péče).

Podle vyjádření Evropské asociace pro paliativní péči platí všeobecná shoda v tom, že nemocní nejsou povinováni podstupovat léčbu, která je zbytečná a že lékaři nejsou povinováni takovouto léčbu zahajovat nebo v ní pokračovat (Munzarová, 2005b). V mnoha zemích je tento problém řešen předběžným stanoviskem pacienta ke druhu poskytované péče v přesně definovaných situacích (Pollard, 1996, s.69).

V současné době mezi odbornou veřejností a dalšími tvůrci veřejné politiky (např. MZČR, zdravotní pojišťovny) není dosaženo shody, jakou formu paliativní péče tito pacienti potřebují, jak má být organizovaná a především kdo má daný druh péče poskytovat. Do roku 2013 nebyly v systému zdravotní a sociální péče v ČR vytvořeny náležité podmínky k tomu, aby mohla být kvalitní péče pro potřebnou skupinu pacientů dostupná. V ČR totiž i v dnešní době ze strany tvůrců na zdravotní politiku není na oblast paliativní péče pohlíženo jako na svébytnou oblast poskytování zdravotní a sociální péče vyžadující koncepční přístup. Až v roce následujícím byla Výborem pro lidská práva a biomedicínu ve spolupráci s Českou společností paliativní medicíny a s Hospicovým občanským sdružením Cesta domů vypracována Strategie rozvoje paliativní péče v České republice (Vláda ČR, 2016). Byla vypracována v souladu s mezinárodními dokumenty zabývajícími se paliativní a hospicovou péčí a obsahujícími výčet doporučení, která mají jednotlivé státy za účelem podpory a rozvoje paliativní péče na svých územích naplňovat. Mezi dokumenty, ze kterých „Strategie“ vycházela, se řadí zejména Charta práv umírajících, Doporučení Výboru ministrů členským státům organizaci paliativní péče, Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči, ale také např. Úmluva o lidských právech a biomedicině a Evropská sociální charta. Poslední zmíněné dokumenty jsou pro Českou republiku právně závazné, neboť jsou součástí jejího právního

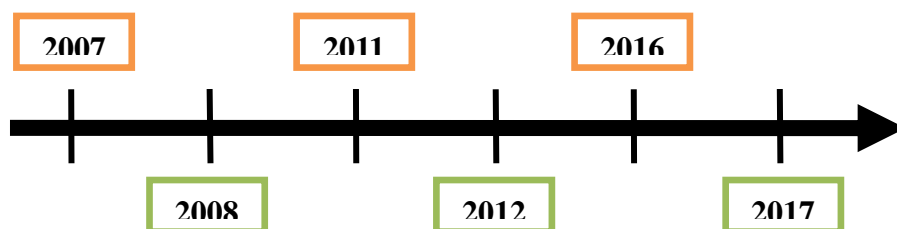
řádu. Projednání a přijetí Strategie rozvoje paliativní péče, resp. Národního plánu rozvoje paliativní péče má za cíl odstranit nedostatečný stav v péči o umírající a jejich pečující rodiny, který bohužel v České republice stále přetrvává. (Vláda ČR. Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011-2015).

Martin Loučka z Centra pro paliativní péči zastává názor, že život má pro člověka hodnotu, avšak když pacienti vědí, že jejich nemoc má končit smrtí, může dojít k vyznání jiné hodnoty. Zdůraznil, že pokud pacient umírá v bolestech, je to způsobeno špatným poskytováním zdravotní péče. Hospice jsou financovány více zdrojově, paliativní týmy dnes fungují především díky sponzorům, nestátním či neziskovým a církevním organizacím (Kabelka, 2017). Zdravotní složka paliativní péče je již systémově hrazena pojišťovnamí, ale úhrada sociální složky této péče zůstává stále nedořešena. Zatím je sestavena z příspěvku klienta, dotací MPSV, v některých případech přispívají kraje nebo obce a nezanedbatelnou část tvoří dary fyzických osob, nadací a sponzorů. Konkrétně to znamená, že péče v každém hospici stojí denně průměrně 2500 Kč, zdravotní pojišťovny hradí jen 50-60 % (Hospic, 2017).

3 VSTUPNÍ ANALÝZA VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

Základním výzkumným problémem diplomové práce bylo identifikovat důvody, vedoucí k prosazení zákona „O důstojné smrti“ do sbírky zákonů ČR. Analýzu výzkumného problému jsme zahájili rokem 2007, v daném roce se diskuze o eutanazii a jejím možném ukotvení dostává do politického prostředí. V následném roce se již objevil první návrh zákona, který byl projednáván v Senátu Parlamentu ČR.

Obrázek č.1: Časová osa výzkumného problému



Zdroj: vlastní zpracování

- **2007** – příprava návrhu „ zákona o důstojném odchodu ze života“ poslance za ODS Borise Šťastného a předvolební akademická debata
- **2008** – konference na téma: „ Důstojná smrt“ pod vedením Domšové (spolu s LIRA) 11.3. 2008
- **2008** – předložení návrhu zákona vypracovaným senátorkou Domšovou Senátu Parlamentu ČR – senátní tisk č. 303, 22. 7. 2008, zamítnutí Senátem, eutanazie v Česku zůstává nelegální, nepodařilo se zajistit podporu dalších senátorů, při hlasování bylo 35 proti a 9 se zdrželo hlasování
- **2011** – vládní návrh zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách – sněmovní tisk č. 405 – první čtení
- **2012** – nabytí účinnosti zákona č. 372/2011 Sb. čl. 9 Úmluva o biomedicíně – bude brán zřetel na dříve vyslovená přání
- **2016** – skupina poslanců v čele s univerzitním profesorem a poslancem za ANO Jiřím Zlatuškou se chystala k předložení návrhu „ zákona o důstojné smrti“, sněmovní tisk č. 820 (květen)
- **2016** – zákon byl předložen, nebyl však zařazen na pořad jednání, projednávání neproběhlo, protože vláda (koalice byla velmi většinově proti) a mezi ostatními poslanci byla pouze vlažná podpora, kolem 20 hlasů (červen)
- **2017** – konání konference na téma „ uzákonění eutanazie pod vedením Milana Hamerského, 8.3.2017 v poslanecké sněmovně Parlamentu

3.1 POKUSY O LEGALIZACI EUTANAZIE V ČR

Prvním pokusem o návrh zákona byl dokument, z roku 2007, vydaný Lirou. Bohužel k finální verzi oficiálního návrhu zákona o důstojné smrti a jeho předložení Poslanecké sněmovně nikdy nedošlo, neboť se Liberální reformní strana rozpustila roku 2010.

Zlomový rok, který souvisí s tématem diplomové práce je rok 2008. V tomto roce byl oficiálně předložen první návrh, tzv. „**zákon o důstojné smrti**“. 14. 7. 2008 ho Senátu Parlamentu České republiky předložila senátorka Ing. Václava Domšová. Autorka návrhu vycházela při tvorbě dokumentu především z právního pojetí eutanazie v Belgii, který se měl stát vzorovým příkladem pro Českou republiku. Prvně oficiálně předložený zákon Senátu České republiky schválen nebyl. Zákon, předložený senátorkou nezískal podporu už v horní komoře parlamentu. Předloha by dle kritiků, většinou z lékařského prostředí, legalizovala

vědomé zabíjení.

Proti se vyslovalo několik aktérů, např., ministryně pro lidská práva Džamila Stehlíková. Vyjádřila se slovy, že návrh zákona odporuje ústavě a mezinárodním úmluvám o lidských právech, neboť je v rozporu se základním právem na život.

Bývalý ministr zdravotnictví Tomáš Julínek (ODS) si jako ministr předkládající reformní zákony umožňující efektivní léčbu pacientů si dle svých slov nedovede představit, že by dalším zákonem uzákonil eutanazii (medicaltribune. 15.12. 2008).

Proti argumentoval Vlastimil Obereigner, který žil třicet roků v Oregonu, kde podobný zákon existuje již jedenáct let. V článku v Lidových novinách v srpnu 2008 se vyjádřil k některým argumentům. Co se zlegalizované eutanazie týče, v zemi, kde podobný zákon platí, nikdy ke zneužití nedošlo, a ani se nejednalo o početné využití starých lidí. Jeho argument směřoval i tím směrem a myšlenkou, všeobecně k tvorbě zákonů. „*Pokud by se vždy takto uvažovalo při projednávání každého zákona, asi by žádný nemohl být přijat. Každý zákon se dá někdy a nějak zneužít. Je to vyslovená pochybnost o integritě a morálních kvalitách lékaře. I průměrný právník by neměl mít problém ve spolupráci s lékaři vytvořit pojistky, které by jakékoliv zneužívání vyloučily*“ (Obereigner, 2008). Co se týká přemlouvání příbuzných smrtelně nemocného pacienta k eutanazii, je podezřívavost a pochybnost o morálních kvalitách našich občanů od jejich volebních zástupců přinejmenším nevhodná. Posledním argumentem, kterým se ve svém článku zabýval, bylo zkvalitnění paliativní péče. „*Osobně patřím k mnohým, kteří si nikdy nepřejí být umístěni do zařízení, kde pacient a instituce spolu s ním čeká, až dojde k úmrtí*“ (Obereigner, 2008).

Na závěr dodal, že plně doufá a věří, že Domšová najde mezi svými kolegy dostatečnou podporu a zákon v závěru projde. „*Nepřejme nikomu, aby se dostal do situace, kdy bychom zákona využili, přejme si všichni, abychom takovou možnost v kritickém stavu měli. Bude to konečně v souladu s přáním většiny našich občanů*“ (Obereigner, 2008).

Kandidát do senátu MUDr. Karel Protiva v roce 2011 navázal na návrh zákona z roku 2008 a představil tak nový návrh „zákona o důstojné smrti“ Již od počátku bylo velmi nepravděpodobné, že získá návrh potřebnou podporu. Kritici upozorňovali na prudký pokrok ve vývoji léčby a na zcela modernější přístup u těžce a nevyléčitelně nemocných. Návrh nového trestního zákoníku v roce 2011 byl českým parlamentem odmítnut. Vláda návrh zákona o možné eutanazii odmítla z důvodu, že mohl by vést k zabíjení lidí (zprávy. Aktuálně. cz). Uzákonění by musela předcházet dlouhodobá koncepční diskuze a úprava by musela reflektovat na výslednou analýzu stavu a důsledně upravit právní rámec proti

zneužitelnosti. V České republice eutanazie zatím povolena není a v rámci koaliční dohody existuje závazek, že ani zavedena nebude (Eutanazie v ČR, 2014 – Svatopluk Němeček).

„ Pod návrhem zákona o důstojné smrti se ve skutečnosti ukryvá legalizace zabíjení slabých a nemocných, ať již v podobě asistované sebevraždy nebo v podobě eutanazie, kdy je nemocný zabit lékařem. Z toho tedy vyplývá, že jiný způsob úmrtí podle tohoto návrhu je nedůstojný. To znamená, že je nedůstojné zemřít v kruhu rodiny? Samo uchopení zákona je zcela pomýlené ve smyslu lidské důstojnosti“ (Robert Hanuš- ředitel Hospice Svatého Jana Neumanna). Zákon se nedostal ani na pořad jednání, přestože se návrh velice shodoval s právní úpravou eutanazie v Belgii a mezi podporovateli byla řada známých osobností, jak z politického i lékařského prostředí.

Jiný moment, který patří do souvislosti s legalizací eutanazie, a domnívám se, že situaci zásadním způsobem ovlivnil, bylo nabytí účinnosti novely zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování v roce 2012 (zákon č. 372/2011 Sb.). Vzhledem k vzniku této novely již přerušeni léčby lékařem není vnímáno jako protizákonné, a stává se postupem „lege artis“.

Tento moment se v procesu tvorby politiky týkající se eutanazie v České republice jeví jako nesmírně důležitý. Představuje totiž významný posun v legislativním chápání jednání, kdy se lékař na výslovné přání pacienta nesnaží uměle prodlužovat jeho život a v podstatě i jeho utrpení, a upustí tak od léčby, která pacientovi nepomáhá a pouze ho zatěžuje. V minulosti byl daný postup vnímán jako nezákonný, i v případě, že si pacient přál přerušeni léčby. V tomto ohledu se jedná o velký posun směrem k rozšíření práv pacientů. Jedná se o pozitivní posun v politickém procesu možného přijetí zákona o důstojné smrti v České republice, neboť svým obsahem zřetelně říká, že pacient má právo na ukončení své léčby, která nepřináší uzdravení a lékaři musí toto rozhodnutí plně respektovat.

Klíčovým momentem pro napsání diplomové práce a znázorněním situace, která popisuje legislativní proces eutanazie v České republice, je rok 2016, kdy se o předloženi návrhu pokusil Zlatuška. Dále následoval rok 2017, v březnu tohoto roku uspořádal jeho asistent Hamerský seminář v Poslanecké Sněmovně. Seminář vznikl na popud skupiny poslanců, kteří předložili v květnu roku 2016 návrh zákona o důstojné smrti. Návrh zákona měl podporu pouze jednotlivých poslanců z ANO, KSČM a TOP09. Ani tento, zatím poslední pokus o začlenění zákona do legislativního prostředí nebyl schválen. Na seminář byli pozváni aktéři jak z politického spektra, tak odborné veřejnosti.

Podle Adama Doležala z Kabinetu zdravotnického práva a biotetiky Akademie věd,

který na semináři vystoupil jako první se svým příspěvkem, zdůraznil v úvodu, že neprobíhá o eutanazii dostatečná debata. „ *Na rozdíl od Nizozemska a Belgie byla diskuze v naší zemi mezi odborníky minimální. V Nizozemsku se odborné komise scházely už od 70. let, nemůžeme se s touto zemí v tomto ohledu absolutně srovnávat* (Černý, 2013).

Lékař Jan Payne uvedl, že otázka je komplikovaná právě kvůli střetu dvou kodexů: autonomie pacienta a beneficence neboli prospěch pacienta. „ *Představa, že uzákoníme, nebo neuzákoníme eutanazii je mylná. Problém je především v etice a také v tom, že nelze u některých jedinečných případů zavádět obecná pravidla. Otázka eutanazie je celospolečenský a filosofický problém. Jde především o to, zda jako nejvyšší hodnotu vnímáme svobodné rozhodnutí člověka nebo život*“ (Poslanecká sněmovna ČR. Poslanecká sněmovna Seminář k návrhu zákona O důstojné smrti).

Chirurg Pavel Pařko se myslí, že svoboda jedince je v tomto směru nadřazená. „ *Dva tisíce let se o eutanazii nemluvalo, ale lidské myšlení se posouvá. Posouvá se v daném směru dopředu. Dojde stoprocentně k uzákonění eutanazie, lidstvo se vyvíjí. Dodal i na závěr, že už jaksi došlo k posunu vpřed, neboť se již v praxi využívá takzvaný informovaný souhlas pacienta, kterým v má lékař v podstatě možnost na přání pacienta léčbu nezačít či ji v případě zájmu pacienta ukončit*“ (iDNES.cz, 2017).

3.2 VÝVOJ NEUKONČENÉHO PROCESU PRÁVNÍHO UKOTVENÍ EUTANAZIE V LETECH 2016 - 2017

V květnu roku 2016 se o legalizaci asistované sebevraždy a eutanazie snažila skupina poslanců v čele se Zlatuškou (ANO). Předkládali návrh zákona o důstojné smrti, který byl z velké části přepisem belgické verze. Spoluautor Hamerský dodává, že příklady ze zahraniční praxe mohou platit v naší společnosti. K tomu, aby on sám osobně se podílel na vzniku znění zákona o důstojné smrti, ho přivedl soucit s trpícími, zájem na sladění právní úpravy s etikou a omezení svévole lékařů (tzv. situační etika). Právě toto období se stalo stěžejní pro diplomovou práci, neboť v daném roce jsem se psaním diplomové práce začala.

Podle Strany zelených představuje snaha o uzákonění eutanazie, se kterou nedávno přišla skupina poslanců v čele se Zlatuškou (ANO) velkou hrozbu pro důstojnou péči o lidi na konci života. Zelení naopak prosazují lepší systém paliativní péče, který by zaručil kvalitní hospicovou péči pro všechny občany České republiky. V situaci, kdy česká společnost nedokáže zajistit domácí hospicovou péči všem, kdo ji potřebují, je úvaha o legalizaci

eutanazie a debaty směřující k otázkám a odpovědím na danou problematiku velice nezodpovědná. Strana zelených proto vítá expertní stanovisko Centra paliativní péče, podle kterého by „*připravovaný návrh zákona, o důstojné smrti v případě svého schválení představoval zásadní ohrožení pacientů, kteří zápasí s těžkou nemocí. Místo systémového řešení, které by poskytovalo možnost opravdu důstojného prožití závěru života, totiž nabízí zkratkovité a jednostranné uzákonění extrémní varianty, která v této podobě nemá v rozvinutých zemích obdobu*“ (Centrum paliativní péče, 2016).

„*Medicína má dnes dostatečné prostředky ke zvládnutí bolesti i jiných symptomů, odpadá tím hlavní argument zastánců eutanazie,*“ říká vedoucí odborné sekce Strany zelených pro zdravotní politiku MUDr. Jan Trnka.

Strana zelených vnímá umírání a smrt jako součást života každého z nás. „*Pokud se díváme na důvody, proč pacienti po eutanazii volají, tak hlavními důvody jsou obavy ze ztráty důstojnosti, únava nebo osamocení. Je na naší společnosti, jestli se rozhodneme reagovat zajištěním adekvátní péče pro pacienta, nebo jeho usmrcením,*“ dodává Jiří Krejčí (SZ), ředitel hospice v Čerčanech.

Zdá se, že strana ANO nenachází v dané problematice spojení. Snad jediným by mohla být dnes již neexistující politická strana LIRA, za kterou byl úspěšný v senátních volbách právě Zlatuška. V dalším volebním období se LIRA snažila o sjednocení a spolupráci malých liberálních stran s podobnými politickými programy a smýšlením. Ani v samotném hnutí ANO nemají na legalizaci eutanazie její členové jednotný názor, již od samotného začátku mnoho šancí na přijetí zákona nebylo.

Proti eutanazii se postavili například poslanci Jiří Mihola (KDU-ČSL), Marek Benda (ODS) a Soňa Marková (KSČM). Podle nich je současná lékařská věda na takové výši, že dokáže nevléčitelné nemoci a těžké stavy řešit a zmírňovat utrpení jinak než tímto nástrojem (KDU-ČSL, 2016).

4 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÁ STRATEGIE

Cílem diplomové práce je identifikovat důvody k napsání návrhu zákona o důstojné smrti prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s hlavními aktéry politického spektra. Dílčími cíli bylo zmapovat neukončený legislativní proces zákona o důstojné smrti z roku 2016, popsat a vysvětlit důvody, vedoucí ke stále nedokončené politice v oblasti legalizace eutanazie v ČR. Dalším dílčím cílem je objasnit a porovnat postoje, názorové a hodnotové

přesvědčení liniových pracovníků ve dvou různých zdravotnických zařízeních na území ČR. Posledním podcílem je mediálně odborný diskurz. Zjistit do jaké míry a jakým způsobem je čtenářům podsouváno téma eutanazie, zda v odborných časopisech pro liniové pracovníky je tématu věnován prostor, zda se publikují články, které se více zabývají otázkou legalizace eutanazie, nebo převládá téma paliativní péče. Jakým způsobem dochází v odborných publikacích k nastolení agendy v oblasti legalizace eutanazie v ČR. (tabulka č. 1 -specifikace výzkumného problému).

Pro účely diplomové práce byl zvolen kvalitativní design. Autor Miroslav Disman (2002, s.285) jej popisuje pomocí negativního vymezení jako *„nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím“*. Jedná se o výzkum, který spočívá v porozumění, což vyžaduje vhléd do co největšího množství dimenzí daného problému. V centru výzkumné pozornosti jsou v tomto typu výzkumu lidé v sociálních situacích. Kvalitativní výzkum (design) usiluje o uchopení předmětu v jeho jedinečnosti a o porozumění zkoumaného fenoménu v kontextu, do něž je zasazen (Drulák 2008). Výzkum tak získává mnoho informací o velmi malém počtu jedinců a snaží se nalézt pravidelnosti a struktury, které existují (Disman 2002, s. 286-287). Ačkoliv výzkumy zaměřené na klíčové politické aktéry a liniové pracovníky, jsou svým charakterem téměř kvantitativní, pojetí a cílům diplomové práce, více odpovídá logika kvalitativního výzkumu. Diplomová práce neusiluje o úzké testování předem stanovených hypotéz, ale právě o jejich nalezení. Jinými slovy diplomová práce usiluje o nalezení struktur a objasnění náhledů, postojů a hodnotového přesvědčení politické reprezentace a pracovníkům druhé linie (lékařů) při hledání odpovědi na možnou legalizaci eutanazie v naší zemi. Téma v českém prostředí není nové, už proběhlo několik pokusů o schválení zákona o důstojné smrti, ať v horní komoře parlamentu či v dolní komoře parlamentu ČR. Zatím však vždy bez konsenzu. Co se týče kvalitativního výzkumu zaměřeného na liniové pracovníky, tak výzkumná metoda nová je, neboť při studování potřebných materiálů a analýzy dokumentů se téměř žádná diplomová práce otázce legalizace eutanazie v ČR nevěnuje kvalitativnímu výzkumu pracovníkům druhé linie ve zdravotnictví.

Obecné kroky kvalitativního výzkumu vedou od stanovení zkoumaného problému, skrze terénní výzkum, až k výstupu ve formě vytvoření hypotéz, nového porozumění či teorie. Kvalitativní výzkum na svém začátku stanovuje téma a výzkumné otázky, jenž mohou být v průběhu výzkumu modifikovány či doplňovány. Jedná se o pružný typ výzkumu, který je založen na induktivní logice. Formálně nejsou na počátku výzkumu konstruovány pracovní

hypotézy, jako je tomu ve výzkumu kvantitativním, který je postaven na logice deduktivní (Disman 2002).

Výstupy kvalitativního výzkumu v drtivé většině případů nelze generalizovat na celou populaci, jelikož je získáváno mnoho informací o velmi malém počtu jedinců s cílem nalézt pravidelnosti a struktury, které existují (Disman 2002, s.286-287). Nízká reliabilita je způsobena skutečností, kdy výzkum může být do značné míry ovlivňován schopnostmi a představami výzkumníka (Drulák 2008). Věrohodnost kvalitativního výzkumu tak musí být zaručena jasností analytického procesu, který spočívá v popsání každého kroku a v logičnosti prováděných kroků (Disman 2002, s. 287, 302).

Jako techniky sběru dat a informací byla provedena analýza dokumentů, polostrukturované rozhovory a odborně mediální analýza. Metoda analýzy dokumentů byla zvolena z toho důvodu, že tato metoda napomáhá při pátrání po existujících strukturách (Disman 2002, s. 309). V první etapě výzkumné části byly provedeny rozhovory s aktéry z teologického a právního prostředí a rozhovor s prvním politickým aktérem. Zvolili jsme sekundární analýzu relevantních dat, dokumentů a prohlášení jednotlivých aktérů. Zejména se jednalo o dokumenty a prohlášení vydaná ministerstvem zdravotnictvím, dále Asociace poskytovatelů hospicové péče a vyjádření aktérů z medicínského prostředí. Popsali jsme dvě klíčové události. Jedna z nich je hodnocena jako reformní krok v české legislativě druhá událost se týká samotného zákona o důstojné smrti navrženého poslancem Zlatuškou. Ve druhé etapě výzkumné části byly provedeny polostrukturované rozhovory s liniiovými pracovníky. V tomto kroku práce jsme se zaměřili na lékaře. Záměrně jsme volili dvě skupiny, část mladých lékařů a druhou část služebně starších a zaměřili se jejich názorovou rozdílností a postoje k daným otázkám. První skupina lékařů ve zdravotnickém zařízení ve městě Tábor byla skupina čtyř mladých lékařů ve věku od 28 do 38 let s krátkou medicínskou praxí. Ve druhé skupině byl počet lékařů o jednoho méně, a sice tři lékaři, ve věku od 40 do 60 let. Výběrový vzorek byl na dvě skupiny rozdělen záměrně, neboť jeden z dílčích cílů bylo zjistit, zda názorové přesvědčení lékařů bylo ovlivněno i délkou medicínské praxe. Obdobně velký vzorek lékařů byl vybrán i ve zdravotnickém zařízení v hlavním městě Praha, v každé skupině byl vždy jeden lékař/ka navíc. Dvěma rozdílnými zdravotnickými zařízeními a specifickými odděleními jsme chtěli dosáhnout i zjištění, zda i specifika oddělení může sehrát nějakou roli rozhodování a v názorech lékařů k otázce legalizace eutanazie a poskytováním paliativní péče. Metoda polostrukturovaných rozhovorů patří mezi statistické metody primárního sběru dat. Ve výsledku napomáhá při pochopení celé zkoumané problematiky. V obecné rovině se

během rozhovorů postupuje podle předem připraveného souboru témat a volných otázek, ale jejich pořadí, volba slov a formulace může být pozměněna, což je zároveň výhodou a předností této formy dotazování (Urbanová 2014, s.45). V závěru etapy byla provedena mediálně odborná analýza sedmi odborných časopisů určeným především lékařům a zdravotním sestřím, které bezesporu patří k neméně důležitým aktérům v oblasti legalizace eutanazie v ČR. Odborná analýza byla v závěru vyhodnocena pomocí kódování a následné interpretaci. Stejným způsobem byly zpracovány i rozhovory s liniovými pracovníky.

Diplomová práce vycházela z několika skupin zdrojů. V rámci první teoretické části bylo čerpáno především z existující odborné literatury, dalších bakalářských, diplomových a odborných prací. Druhá část vycházela z analýz a jiných výzkumů na dané téma, dále z existující platné vnitrostátní legislativy z primárních dat provedeného vlastního kvalitativního výzkumu. Diplomová práce byla též doplněna dostupnými prohlášeními a dokumenty, které poskytuje Ministerstvo zdravotnictví (MZ) a daty z Centra pro výzkum veřejného mínění (CVVM).

Tabulka č. 1 – Specifikace provedeného výzkumu

Hlavní cíl	Otázky	Data	Metody
Identifikace důvodu k napsání návrhu zákona o důstojné smrti prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s klíčovými aktéry a popsáním klíčových událostí	Jaké byly důvody, které vedly aktéry k nastolení diskuze o „zákonu o důstojné smrti?“	výsledky předchozích výzkumů, odborné publikace, přepisy dat z rozhovorů, stenozáznamy z PSP	nestandardizovaný rozhovor, observace, analýza dokumentů
Podcíle	Otázky	Data	Metody
Zmapování důvodů, vedoucích ke stále nedokončenému politickému procesu legalizaci eutanazie	Jaké důvody vedly k neukončení legislativního procesu o eutanazii v ČR? Lišily se důvody v roce 2016 od důvodů v roce 2008?	Studium odborné publikace, zákonů, související s daným tématem, studium ostatních materiálů	Rozhovory s jednotlivými aktéry, diskuze a debaty nad daným tématem
Komparace hodnotového přesvědčení liniových pracovníků ve zdravotnictví	Jak vnímají liniovní pracovníci problematiku legalizace v ČR? Panuje mezi předkladateli zákona a liniovými zaměstnanci konflikt či konsensus?	Odpovědi z polostrukturovaných rozhovorů, studium prohlášení a dokumentů, vydaných vybranými aktéry z odborného spektra	Rozhovory s liniovými pracovníky a studium prohlášení, vydané lékaři
Mediálně odborný diskurz v oblasti paliativní péče v porovnání s problematikou eutanazie	Jak je v odborných textech prezentována oblast paliativní péče za určité období? Je ve stejném množství prezentována i otázka a možné uzákonění eutanazie v ČR? Která oblast se v daných odborných médiích objevuje více?	Počet textů a článků, vydaných ve vybraných odborných periodikách, věnující se práci lékařů a zdravotních sester, neboť i ty patří mezi tzv. liniové pracovníky.	Analýza sedmi odborných časopisů za období 2014 - 2017

Zdroj: Vlastní zpracování

5 TEORETICKÁ A HODNOTOVÁ VÝCHODISKA

Pro zkoumání problematiky legalizace eutanazie v České republice byl použit koncept „*Teorie nastolování agendy*“, „*Teorie aktérů generujících agendu v arénách (model A-A-A)*“ a „*Koncept liniových pracovníků*“. Z hodnotových východisek jsme na zvolené téma poohlíželi z pohledu „*konceptu lidských práv*“. Teorie pracují a používají termíny jako aktér, koalice aktérů, cíl, agenda a jiné ¹.

V sociálním diskursu je téma legalizace eutanazie stále nosnější a stále více lidí je ochotno vyjadřovat svůj názor a postoj k legalizaci eutanazie. Tím, které problémy se dostanou do zájmu médií, ovlivňujeme, jak jsou jednotlivé problémy veřejností vnímány. Velmi často platí, že témata, která jsou pro politické strany a vládní koalice nejdůležitější, nejsou v médiích prezentována a naopak. Tak lze vysvětlit specifickou situaci v České republice, která se týká ukotvení eutanazie. Podle opakovaně provedených průzkumů veřejného mínění by občané s legalizací eutanazie souhlasili, přesto téma je na politické scéně reflektováno až během posledních let. V oblasti médií je situace obdobná, média informují veřejnost pouze ve spojení s událostmi, které se staly v zahraničí. Ať už bude úprava ponechána tak, jak je tomu doposud v České republice nebo se legislativa bude snažit upravovat ve prospěch eutanazie, musí být obě stanoviska dostatečným způsobem sofistikovaně obhájeny a fundovaně zdůvodněny. Nutným bodem z pohledu veřejné politiky je třeba si uvědomit následky, které případná zákonná úprava přinese. Je totiž nutné zvážit,

1 Důležité termíny, se kterými teorie pracují:

Aktér je skupina nebo jednotlivec, zainteresovaný v konkrétní politice, usilující o prosazení či určité změny pohledu na problém, který bude určovat i navrhované řešení. V teorii vetujících hráčů tedy aktéři usilují o politickou změnu. Cíl, kdy má být dosažena změna politiky ovšem vůbec není jednoduchý, mnohdy nemožný, neboť to vyžaduje změnu systému přesvědčení, což bývá velmi náročný a dlouhodobý proces.

Koalice aktérů jsou skupiny, jejichž aktéři se nějakým způsobem sdružili na základě stejných hodnotových přesvědčení. V případě, že aktéři spolupracují na koordinaci, formují koalici. Koordinací se v daném případě rozumí spolupráce na dosažení stanovených cílů. Koalice jsou využívány z toho důvodu, že je v podstatě lepší a jednodušší pracovat se skupinou aktérů (hráčů) jako celkem, než sledovat jednotlivé aktéry (hráče).

Cíl, ke kterému směřuje jednání aktérů, se nazývá změna politiky. Změna politiky je dlouhodobý proces, ne vždy k němu dojde. Častěji dojde ke změně nějakého zákona a tím i ke změně politiky díky externím vlivům, díky změnám v jiných oblastech veřejné politiky. Ve veřejné politické praxi koexistují, soupeří a prolínají se různé politické ideologie (Veřejná politika, potůček a spol.).

zda úprava normativního systému práva, se vždy v konečném důsledku projeví i v sociální realitě. Legislativnímu uzákonění v naší zemi by musela nejprve předcházet dlouhodobá koncepční diskuze a úprava by musela reflektovat na výslednou analýzu stavu a důsledně upravit rámec tak, aby nebyl pokud možno zneužitelný. Diskuze však na poli veřejné politiky dosud neproběhla, byť se veřejnost domnívá, že by byla na místě. Eutanazie totiž nevyvolá v široké veřejnosti pouze otázky právní, ale zejména medicínské, etické, filosofické, náboženské i ekonomického charakteru. Což stěžuje nalezení konzesu mezi aktéry.

Právo na život je věcí politickou především proto, že představuje jedno z nejzásadnějších omezení moci státu nad člověkem. Není pochyb o tom, že právo na eutanazii nelze uzákonit bez objektivizace podmínek. A jakákoli objektivizace podmínek, za nichž by byla aktivní eutanazie přípustná, by znamenala definici podmínek, jež musí lidský život splňovat, aby mohl být respektován.

5.1 TEORIE NASTOLENÍ AGENDY

Teorie Agenda setting se zabývá tím, jak se veřejně politická a sociální témata objevují v médiích. Tímto konceptem lze vysvětlit a zmapovat konkrétní situaci v ČR, která kolem legalizace eutanazie panuje. V průběhu let, kdy se teorie postupně vyvíjela, se přidaly další agendy. Především se jedná o agendu veřejnou a politickou. Vždy bylo zásadní, které problémy jsou v určité oblasti vnímány jako závažné, a kterým je věnována pozornost:

- média sdělovacích prostředků (mediální agenda)
- široké veřejnosti (veřejná agenda)
- politické reprezentace a tvůrců politiky (politická agenda). (McCombs, 2009)

Teorie nastolování agendy vychází z hypotézy, že s rostoucí prezentací daného tématu v médiích, roste též významnost tématu u veřejnosti. Média tak ovlivňují, o jakých tématech přemýšlíme (McCombs 2009, s. 25-26). Vzhledem k tomu, že naše myšlenky vedou naše jednání, může tento proces, v konečném důsledku, vést i ke změně jednání. Nastolování agendy může mít významný efekt i v období před volbami. Svou úlohu v tomto směru mají zpravodajská média. Informováním něčím, co veřejnost považuje za důležité a nutné, umožňují politickým aktérům získat u voličů oblibu a následně jim dají i svůj hlas ve volbách.

Jednou z podmínek nastolení veřejně politické agendy je, aby v právním systému existovala opora a ve veřejné správě korespondující organizační struktury. Dále je velmi důležité, aby existovali vlivní aktéři, kteří danou agendu uchytí, a zároveň, aby se jednalo o

velmi konfliktní téma. Veřejné agendy jsou formovány veřejným míněním. Politické agendy jsou tím, co považují za relevantní tvůrci politik. I tvůrci politik musejí brát do úvahy to, co říká veřejné mínění. Veřejné i politické agendy jsou silně ovlivňovány tím, co ve svých obsazích zveřejňují masová média (Potůček, 2016).

Média dokáží ovlivnit naše myšlení (Mc Combs 2009, s. 25- 26). V tématu uzákonění eutanazie může teorie agenda setting vycházet z hypotézy: „ že vliv, resp. účinek médií na obsahy myšlení veřejného a politického diskurzu, může (záměrně, ale i nezáměrně) exponovat určité události a současně určovat pořadí důležitosti těchto událostí, jež tvoří součást veřejného prostoru“ (Reifová, 2004, s. 16).

Sonda do mediálního obrazu eutanazie ukázala, že pro média je toto téma přes svou nespornou celospolečenskou závažnost okrajovou záležitostí. Diskuze se doposud soustředila především na lékařské kruhy. Pro politiky se eutanazie stává častým důvodem k diskusi v poslední době zvláště v roce 2016 a v následném roce. (newtonmedia.cz., Eutanazie – démon nebo spása). Rok 2017 hraje navíc i v oblasti paliativní péče důležitou roli. 6. ledna tohoto roku proběhlo na Ministerstvu zdravotnictví ČR průlomové jednání týkající se hospicové péče. Pro Českou společnost paliativní medicíny, dále jen (ČSPM) to znamená obrovské plus, dosáhli veřejného zájmu Ministerstva zdravotnictví o koncepční rozvoj paliativní péče a Mobilní specializovaná paliativní péče, (dále MSPP) bude s jistotou v systému úhrad od následujícího roku (Kabelka, 2016).

Koncept *nastolování agendy* je řazen mezi studie účinků médií. Může být též chápán v rámci alternativního paradigmatu, které nepředpokládá, že čtenáři přejímají mediální obsahy tak, jak jsou prezentovány, ale zjišťuje, jaká témata a jejich zarámování si v nich čtenáři vyberou. Přesun od konceptu nastolování agendy na veřejnosti ke konceptu nastolování agendy z politického diskursu do diskursu mediálního může určitým způsobem změnit pohled na roli médií. Od pojetí, ve kterém média určují, co si má veřejnost myslet, k pojetí strukturálnímu, kdy média slouží ve společnosti jako zprostředkovatelé informací (Mc Combs 2009).

Propojení konceptu nastolení agendy s politikou zmiňuje následující definice „*Výzkum nastolení agendy od počátku zdůrazňoval, jak jsou propojena masová média, politika a veřejnost a jak jedno ovlivňuje druhé při stanovení, která témata budou považována za významná*“ (McCombs, 2009).

Novější koncept *framingu* (zarámování témat) k tomu dodává, že právě média mohou předurčit zejména, jak budou témata na veřejnosti vnímána, mají tedy schopnost téma

eutanazie náležitě zabarvit, svým přístupem si zastávce získat. Teorie rámcování („Framing Theory“), klade důraz na to, že jednotlivé problémy jsou vnímány a řešeny na základě jejich zarámování, tedy jaké aspekty problému jsou potlačeny, a které naopak představeny k řešení. Lze tedy konstatovat, že to, jak jsou určité problémy prezentovány a orámovány, ovlivňuje jejich vnímání (Kalvas a kol. 2012, s. 5-6).

Tomuto novějšímu konceptu se říká *nastolení agendy druhého stupně*. Nicméně platí, že nastolení agendy představuje schopnost medií stanovit, o čem mají lidé přemýšlet (McCombs, 2009). V České republice každoročně umírá přes 100 000 lidí. Péče o terminálně nemocné by tedy měla být významným tématem veřejného zdravotnictví. Avšak v současné době se odpovídající paliativní péče dostane pouze asi 1,5 % lidí v ČR (Jirásková, 2007).

Politická pozornost vyjadřuje, jak daný problém chápou politici – zdali ho považují za podstatný a nutný k řešení, a jak vysoko by v jejich agendě problémů byl. Politická agenda je především ovlivňována postoji veřejností (veřejnou agendou), a ta je zase ovlivňována mediální agendou, tedy tím, co a jak prezentují média (mediální agenda). Všechny tři agendy spolu úzce souvisí a mají na sebe takový vliv, který v důsledku ovlivňuje, proč jsou některé problémy vnímány jako hlavní a jiné nikoli (Kalvas a kol. 2012, s. 6).

Při tvorbě zpráv týkajících se eutanazie se přejímají informace a inovace ze sousedních států, jenž nejsou většinou dále komentovány a zasazovány do místního prostředí. V diskuzích ohledně legalizace dobrovolné eutanazie jsou oslovováni ve většině případů její zapřísažlí odpůrci, nebo její skalní přívrženci, chybí dle relevantních dat širší diskuze držící se faktů (Ratzinger, 2004).

Americký specialista na paliativní péči Rolfe Sean Morrison uvádí, že výzkumy na na téma, týkající se paliativní péče zaostává nad otázkou eutanazie proto, že přístup ke kvalitní paliativní péči není pro všechny řádně zajištěn.

„*Nejprve je potřeba zajistit přístup ke kvalitní péči pro všechny, kdo ji potřebují. Až pak vedme debatu o tom, jestli bychom měli legalizovat eutanazii nebo ne*“. Říká americký lékař a specialista pro paliativní péči, který přijel v červnu roku 2016 přednášet do Prahy Morrison (Zdravotnický deník, 2017). Pozvání přijal ředitel sdružení Cesta domů Marek Uhlíř. Hovořil o podfinancování paliativní péče zdravotními pojišťovnami a o chybějících mobilních hospicích. Dle Uhlíře by bylo ideální, kdyby mobilní hospic fungoval v každém okrese.

Politická pozornost vyjadřuje, jak daný problém chápou politici-zdali považují za podstatné a nutné ho vymezit a hledat řešení. To, jak je problematika uzákonění eutanazie

vnímána ovlivňuje i samotné vymezení tohoto pojmu i s argumenty, které se velmi často pojí s tématem legalizace eutanazie.

5.2 TEORIE AKTÉRŮ GENERUJÍCÍCH AGENDU V ARÉNÁCH (A – A - A)

Veřejnou politiku jako pojetí politického cyklu, lze také chápat jako veřejnou politiku, která se stává procesem střetávání různorodých aktérů při prosazování dílčích „vkladů“ a ovlivňování veřejné politiky. (Potůček, 2010, str. 47).

Jedná se o teorii propojující a dynamizující politické arény, politické aktéry a politické agendy. Aktéři nastolují a otevírají témata politické agendy a předkládají náměty k jejich řešení. Pojem politická aréna napomáhá jak teoreticky, tak i empiricky bližšímu poznání procesů, jimiž prochází tvorba veřejné politiky. Jedná se o specificky vymezený prostor, v němž jednotliví aktéři vstupují do kooperačních/konsensuálních nebo konkurenčních/konfliktních vztahů. K pojetí politických arén je vhodné doplnit dvě upřesňující poznámky.

Rozlišující znaky, kterými je aréna definována, jsou založeny na převažujícím typu politik v dané aréně. Ostatní typy veřejné politiky, jsou pro definiční vymezení arény nepodstatné.

Úvahu o očekávané stabilitě účinků státních opatření lze odvodit, že státní politika patrně představuje to těžiště, na němž je daná úvaha založena a udržují různé formy vazeb s aktéry jiných arén. Tak dochází k četným vnitro arénovým komunikačním tokům právě tak jako, ke komunikačním vazbám mezi aktéry různých arén.

Politická agenda, tvořící třetí integrální segment modelu A-A-A, je definována jako souhrn problémů reflektovaných politickými aktéry v politické komunikaci uvnitř politických arén i mezi nimi. Agenda je permanentně utvářena, modifikována a doplňována nejrůznějšími otázkami, tématy, v nichž se prolínají dlouhodobé záměry s proměnlivou pragmatickou naléhavostí. Politickou agendu, jakožto souhrn řešených, formulovaných i odkládaných problémů, nelze jako celek v živém politickém organismu pojímat z programově- cílového hlediska. Agenda jako souhrn problémů podléhá neustálému hodnocení, kontrolování a přehodnocování jednotlivými aktéry, s jejich zájmy, úrovní poznání, mimo racionálními vlivy.

Interaktivní model A-A-A se snaží zachytit neustálý, v jistém smyslu těkavý pohyb zrodu politické agendy, který prochází stádií postupného přibližování a opětovného vzdalování se jednotlivého impulzu od stavu, kdy vůle aktérů posune řešení problému určitým

směrem. Poté nastane jakési „smrštění“, kdy ochabne komunikační aktivita aktérů a problém je znova vypuzen na okraj politického pohybu. Právě proto je možné tuto verzi přístupu k tvorbě veřejné politiky nazvat arénovým pulzačním modelem A-A-A (Potůček, 2010).

Teorie politických arén zaměřuje naši pozornost na interakce politických aktérů a na situace, ve kterých interakce probíhají. Do našeho výzkumného pole se v podstatě dostává institucionální rámec tvorby politiky legalizace eutanazie. Konceptuální rámce představují jeden z nejdůležitějších způsobů, jak v poznání respektovat celostní souvislosti. Elinor Ostromová přisuzuje klíčovou roli právě institucím v politickém procesu. Autorka vytvořila vlivnou koncepci rozhodování, zaměřenou na zevrubný popis arény politického jednání – sociálního a odborného prostoru, kde se odehrávají interakce a řeší se společné problémy. Přínos modelu spočívá v jeho analytickém charakteru a množství proměnných, které autorka definuje. Při vymezení politiky legalizace eutanazie pomocí modelu Elinor Ostromové, musíme nejdříve rozlišit arény tvorby politiky a její implementace. V první části dominují profesionální politici, ve druhé aktéři – lékaři. Tyto arény se řídí také odlišnými kulturními pravidly. Jedná se tedy o počet zúčastněných aktérů, kdo může a nemůže participovat, které instituce, úřady a politické instituce jsou zahrnuty v interakci, jakými lidskými a finančními zdroji disponují a jakým způsobem jsou k sobě vztaženy jednotlivé instituce a aktéři, jak pravidla a ústavněprávní uspořádání ovlivňují strategie aktérů (Ostrom, 2005).

V naší diplomové práci obracíme pozornost k překrývání těchto arén a interakcí lékařských odborníků s politiky, neboť právě tito aktéři jsou považováni za aktéry klíčové. Politické arény chápeme také jako nástroj k analytickému propojení dvou dimenzí politiky, a sice policy a politics. Politický proces řešení problému: „Policy determines politics“, což znamená, že obsah politiky určuje proces politického řešení problému, nebo že, jinak řečeno, typ politických problémů definuje druh organizační formy. Podle Lowiho však není obsah konkrétní policy tím jediným, co působí na rozhodovací a realizační proces. Ještě silnější vliv mají samotná očekávání a reakce zúčastněných aktérů. Anticipované účinky politiky dávají vzniknout analyticky rozlišitelným politickým arénám, se kterými jsou úzce spjaty různé formy procesů mezi konfliktem a konzesem (Fiala, Schubert, 2000).

V kontextu veřejné politiky se považuje za velmi přínosné rozlišení Ostromové: „*mezi třemi vrstvami hierarchicky uspořádaných teoretických úrovní, které sahají od těch nejobecnějších po ty nejkonkrétnější: rámce (frameworks), teorie (theories) a modely (models)*“ (Veselý, 2011, s 47).

Ostromová klade důraz na výzkum reálných institucí, k čemuž používá empiricko-

induktivní metodu analýzy. Předpokládá, že instituce (normy, zákony, zvyky) do značné míry ovlivňují jednání, očekávání a cíle jednotlivců. K identifikaci toho, jaká pravidla skutečně v instituci působí, je zapotřebí dlouhodobého pozorování. Proto se nelze v analýze a změnách v institucích koncentrovat pouze na legislativní stránku, či vycházet pouze z teoretických modelů (Ostrom, 2002).

5.3 KONCEPT LINIOVÝCH PRACOVNÍKŮ-(PRACOVNÍKŮ PRVNÍ LINIE)

Koncept liniových pracovníků byl prvně použit Michaelem Lipským² v roce 1977. Pojem označuje pracovníky ve veřejných službách, ke kterým patří i zdravotnictví. Pracovníci jsou v rámci svého povolání v neustálém kontaktu přímo s občany. K těmto liniovým pracovníkům patří složky integrovaného záchranného systému (zdravotnictví, policisté a hasiči), zaměstnanci ve školství, zaměstnanci v soudnictví (soudci, právníci atd.), zaměstnanci sociální sféry (sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách) a jiní zaměstnaní vymáhající zákon či s přístupem k vládním programům a z nich vyplývajícím službám. Veřejné služby, které zaměstnávají větší množství liniových pracovníků oproti ostatním, se nazývají „*street-level bureaucracies*“³ (Lipsky, 1980, str.3).

Liniovní pracovníci mají v rámci svého rozhodování velkou míru svobody (tzv. diskrece) a tuto svobodu využívají k řešení konkrétních problémů. Tvoří v podstatě takové spojení mezi tvůrci politik (policy-makers) a samotnými občany (Horák, 2009, str. 70).

Základem většiny problémů je podle lékařů nevyrovnanost mezi právem a několikanásobným tlakem na lékaře. Na liniové pracovníky je vyvíjen tlak ze strany pacienta, na druhé straně hraje roli oblast právní. Proti těmto tlakům stojí jejich přesvědčení, co je a není morální. Tlak je čím dál více vyvíjen nejen ze strany pacientů, nýbrž stále častěji ze strany jejich rodin, jak je patrné z provedeného výzkumu mezi lékaři.

I zdravotní sestry, jsou velmi důležitými aktéry, i když nemají přímo rozhodovací pravomoci případně eutanazie, ale jsou liniovými pracovníky. O pacienty pečují, mají k nim blízký vztah a mohou zhodnotit, v čem jsou lidé na konci života zranitelní a poznat tak projevy, které jim říkají, nebo nějak naznačují, že chtějí zemřít. (Ó conor a Aranda, 2005).

2 Michael Lipsky argumentuje tím, že státní zaměstnanci, jako policisté a sociální pracovníci, by měli být považováni za součást „komunitní politiky“ a vykonavatelů státní moc (Lipsky, 1980)

3 „Street- level bureaucracy“ anglický název pro označení pracovníků druhé linie

Při poskytování služeb hrají linioví pracovníci nezastupitelnou roli a očekává se od nich individuální přístup, na druhou stranu narůstající počet žadatelů o službu a mají na práci liniových pracovníků negativní vliv a oni musí práci převést na rutinu a odosobnění (Horák 2009, str 371-372).

V jednání liniových pracovníků lze vyzorovat vliv čtyř odlišných směrů, které významně ovlivňují jejich jednání. Jedná se o:

- **Princip byrokracie** představuje tzv. „svět předpověditelnosti a efektivity“ a je ve své podstatě protikladem profesionalismu. Vše je plánováno a silně kontrolováno na základě předem stanovených jasných pravidel, včetně kvalifikace pracovníků a jejich pracovních povinností.
- **Profesionalismus** naopak stojí na existenci určitého druhu odborníků, kteří jsou schopni poskytovat specifické služby a kontroly práce své i svých kolegů.
- **Byroprofesionalismus** je založen na snaze vytěžit výhody obou předchozích (byrokratismu a profesionality) a jednání liniových pracovníků je tady řízeno shora (příkazy z legislativy), ale také dávají určitý prostor pro vlastní interpretaci těchto zákonů a tedy jejich přizpůsobení dle poskytovaných služeb
- **Manažerismus** je postaven na flexibilitě, účinnosti, přísné kontroly a decentralizaci. V rámci tohoto směru došlo k posílení pravomoci managementu v jeho kontrolní činnosti, práci s dostupnými informacemi a v oblasti dohledu nad plněním profesionálních úkolů liniových pracovníků a také na samotném vymezení služeb. Časem se však ukázalo, že tyto principy jsou využívány častěji manažery než samotnými liniovými pracovníky a přesto je vliv managementu na ně (tj. liniové pracovníky) minimální (Horák, 2009, str. 370-381).

Linioví pracovníci jsou ve většině případů vystaveni tlakům odlišných zájmů a preferencí ostatních pracovníků, kteří jsou v hierarchicky nadřazené pozici. V souvislosti s tématem diplomové práce mezi liniové pracovníky patří lékaři. Právě lékaři by měli eutanazii provádět, souhlasit s tím že v případě, že je pacient požádá o smrtící látku nebo je požádá o pomoc při odchodu ze života, mu musí vyhovět. Názory liniových pracovníků byly proto zkoumány pro analytickou část diplomové práce. V dnešní době došlo k významnému posunu medicínské léčby, na druhé straně, každý občan nemusí sdílet stejné hodnoty a konec svého života si představuje jinak.

V souvislosti s tématem mé diplomové práce musí linioví pracovníci během své práce překonávat určité typy překážek. Jednou z důležitých překážek, dle Pavla Horáka (Horák, 2009) je tlak ze strany nadřízených, kteří mají k liniovým pracovníkům dvojznačný vztah. Na jedné straně se snaží omezovat jejich svobodu v rozhodování, aby jejich práce splňovala předem stanovené cíle, strategie a programy. Na straně druhé je potřeba svobody samotných pracovníků, kteří ji pro pomoc klientům v jejich odlišných požadavcích potřebují. V této situaci tak linioví pracovníci někdy používají i postupy, které nemusejí být úplně v souladu s programy organizace a mohou tedy jít proti snahám manažerů (Horák, 2009, str. 371-372).

5.4 EUTANAZIE V KONTEXTU LIDSKÝCH PRÁV

Smrt je přirozená součást lidského života, může se však dostavit z příčin uměle navozených. Právo na život stojí v čele všech lidskoprávních dokumentů univerzálních i regionálních. Spíše než o hierarchii mezi právy mluvíme o jádru lidských práv. Ta se vyznačují nezadatelností, nezrušitelností a nepromlčenlivostí, nelze je redukovat a zbavit tak své podstaty, ale přesto nejsou zcela absolutní v tom smyslu, že jejich imperativní charakter by nemohl být v pozitivním právu prolomen.

Evropský soud pro lidská práva hraje významnou roli jako pomocný pramen práva, svou mezinárodní autoritou. Evropský soud pro lidská práva ve Štrasburku interpretuje a do značné míry dotváří Evropskou úmluvu o ochraně lidských práv a základních svobod. Evropský soud pro lidská práva se v podstatě dlouhou dobu vyhýbal meritornímu rozhodnutí v otázce aktivní eutanazie a odkazoval na vnitrostátní orgány (Herman Olivier Zoonv. Nizozemsko (1998).

Podle práva není tedy nikdo oprávněn zabít, byť ze soucitu a lásky k bližnímu, protože se to neslučuje s obecným zájmem, ani se zájmem poškozeného. Vykonavatel eutanazie v evropském kontextu, s výjimkou čtyř zemí, ať už se jedná o o země, kde je povolena aktivní eutanazie či tzv., asistovaná eutanazie, je přímým pachatelem a lékař, který takový postup nařídil, bude účastníkem na trestném činu jako návodce.

První případ, kdy se soud k eutanazii vyjádřil a podal rozhodnutí ve věci, je proslulý případ *Prettyv. Spojené Království* ze dne 29. dubna 2002 (CASE OF PRETTY v. THE UNITED KINGDOM, no 2346/02, 29. 4. 2002. celý text rozsudku <http://juristic.zcu.cz/dostal/docs>). Pacientka svobodně vyslovila právo zemřít, ale sama nebyla schopna se usmrtit. Její manžel souhlasil, že bude asistované sebevraždě plně pomáhat. Zbývalo získat od britských orgánů povolení pro manželovu beztrestnost. Anglické právo jim takovou možnost nedalo. U Evropského soudu uplatnila stěžovatelka více argumentů, avšak soud jednoznačně odmítl jednotu protikladů a právo na život nemůže, zcela opačné oprávnění zvolit si raději smrt než život (Section 2 (1) Suicide Act(1961). Soud nakonec stížnost paní Pretty zamítl. Pro aktivní eutanazii nelze najít oporu v úmluvě o ochraně lidských práv a základních svobod.

Sebevražda trestná není, ale nemohoucí lidé jsou v tomto ohledu závislí na pomoci další osoby, které se vystavuje trestnímu stíhání. Soud danou skutečnost nepovažuje za diskriminaci a drží se názoru, že pokud jde o možnost vzít si život, je spravedlivé a rozumné zároveň nerozlišovat mezi zdravým a nemocným (Císařová, D., Sovová, O. A kol.: Trestní právo a zdravotnictví II. Praha, Orac 2004, s. 116).

5.4.1 INTERPRETACE LIDSKOPRÁVNÍCH SMLUV

Ustanovení mezinárodních smluv o právu na život patří mezi normy kogentní. Pohled mezinárodního práva na eutanazii nás zajímá především z toho důvodu, že doposud většina států uznává ve svých ústavách aplikační přednost mezinárodní lidskoprávní smlouvy před vnitrostátními předpisy.

Jedná se o oprávnění, které je ústavou zaručeno všem lidem ve vztahu ke státu. Původním českým termínem byla fundamentální práva, dnes základní práva. Po druhé světové válce se více užívaným termínem stává pojem lidská práva (Pecina, 2016).

Základním dokumentem sumarizujícím lidská práva je Všeobecná deklarace lidských práv, schválena Valným shromážděním Organizace spojených národů dne 10. prosince 1948. Koncepce lidských práv je na půdě OSN stále rozvíjena a k deklaracím jsou připojovány další dokumenty a dohody zaměřené na ochranu žen, dětí, tělesně i duševně postižených. Míra mezinárodního konsensu je však různá, což dokazuje rozdílný počet států, které jednotlivé dokumenty ratifikují (Cairo Declaration on Human Rights in Islam, 1990).

„Pojem lidských práv není nic jiného, než přesvědčení, že i státy a celá společnost se staví pod svrchovanost mravního cítění, že uznávají něco nepodmíněného nad sebou, co i pro ně je závazně posvátné (nedotknutelné), a že svými silami, jimiž tvoří a zajišťují právní normy, miní přispět k tomuto cíli“ (Jack Donnelly, 2013).

Mezinárodní pakt o občanských a politických právech z roku 1966 je součástí *hard law* a v článku 6, odst. 1 stanoví: „Každá bytost má právo na život. Toto právo je chráněno zákonem. Nikdo nebude zbaven života“ (Vyhláška ministra zahraničních věcí ČSSR č. 120/1976 Sb. Ze dne 10. května 1976).

Článek 9 odst. 1 uvádí: „každý má právo na svobodu a osobní bezpečnost“. Zde stačí restriktivní interpretace, smysl textu se váže na ochranu před nezákonným zbavením či omezením svobody, svoboda volby měnící podstatu práva na život sem nespadá. Jistou nadějí skýtá čl. 17, zakazující svévolné protiprávní narušování soukromí. Odmítnutí život udržující terapie patří mezi ryze soukromá rozhodnutí, která musí být respektována. Rozhodovací činnost Výboru pro lidská práva nenapovídá, zda zákaz sebevraždy je porušením práva na soukromí. I kdyby tomu tak bylo, neřešilo by to problém platnosti zmocnění k usmrcení jiného (Orlin, T.S.: The Right to Life/ The Right to Die. In The Jurisprudence of Human.....).

V rámci Rady Evropy získala mimořádnou právní a politickou sílu Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod z roku 1950, doplněná sérií protokolů. Za zmínku stojí doporučení Parlamentního shromáždění Rady Evropy z června 1999 č. 1418 o ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících. V bodě 7 se uvádí soubor faktorů narušujících péči o lidskou důstojnost v samém závěru života a v bodě 9 různá doporučení členským státům, např. přiznat zákonem právo na paliativní péči či uznat za řádně stanovených podmínek *living will*, zejména legislativně zamezit tomu, aby zástupce dotčené osoby činil rozhodnutí, ke kterým se pacient již dříve vyjádřil. Dokument stvrzuje „absolutní zákaz“ úmyslného usmrcení - „přání pacienta zemřít nesmí nikdy představovat právní základ ukončení života rukou druhého“ (Visinger, R. Univerzita Karlova, Aktuální teoretické problémy eutanazie v evropském kontextu, 2007).

Jedním z lidských práv je i právo pacienta na rozhodnutí v diskuzi o eutanazii. Pacient jako autonomní a suverénní bytost má právo se rozhodnout. Smyslem tohoto argumentu je, že není na ostatních, aby posuzovali kvalitu takového jednání (Radek Ptáček, Bartůněk a kolektiv, 2014).

Právo odmítnout v mezích zákona léčbu (a právo být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí) patří mezi základní práva pacientů, uvedené v etickém kodexu

Práva pacientů (Haškovcová, 1996, s. 27). Žádný lékař není povinen splnit pacientovo přání milosrdné smrti a žádný člověk nemá právo žádat na druhém člověku ukončení života (Štěpán, 1989). I když má každý člověk právo na autonomii a sebeurčení (tedy i na rozhodnutí, co si v závěru života přeje a co odmítá), nelze ohrožovat zákonná práva lékaře.

V Listině základních práv a svobod je uvedeno: „Každý má právo na život. Lidský život je hoděn ochrany již před narozením. Nikdo nesmí být zbaven života.“ Žádné právní dokumenty nezmiňují právo na smrt (Kopecká, 2012). Problematika její legalizace je předmětem diskuzí již mnoho let zřejmě i z toho důvodu, že v některých zemích je legální a jiných ne. Člověk je autonomní a tudíž by měl mít právo nejen na život, nýbrž i na ukončení svého života, uvádějí zastánci jako argument pro její legalizaci. Hippokratova přísaha je skládaná lékařem a obsahuje základní etické principy jeho povolání. Pro aktivní eutanazii nelze najít oporu v Úmluvě o ochraně lidských práv a základních svobod. Alespoň prozatím, neboť soud není svým vlastním stanoviskem vázán a v budoucnu není vyloučené, že dojde ke změně názoru. Není ale pravděpodobné, že by se tak v dohledné době stalo. Celkový závěr tedy praví, že současné mezinárodní právo lidských práv nepřipouští subjektivní oprávnění domáhat se pomoci státu při vlastní sebevraždě a žádný mezinárodněprávní dokument neobsahuje úpravu aktivní eutanazie. Pasivní forma eutanazie mezinárodnímu právu neodporuje (Císařová, 2000, S. 116).

V závěrečném shrnutí je nutné zdůraznit, že se jedná o složitý komplex problémů, který zahrnuje jak mnoho aspektů náboženských, morálních, lékařských a ošetrovatelských, tak tři složky práva, tj. právo zvykové či obyčejové, právo statutární (kodifikované) a patrně i mezinárodní právo.

6 AUTONOMNÍ ROZHODNUTÍ ZE STRANY NEMOCNÝCH

Munzarová dodává, že často byla svědkem jakéhosi pohoršení nad slovem zabití, které i já ve své práci používám. („*To není zabití!*“ - „*Lékař přece nezabíjí!*“ - „*Jen ukončuje život, ale nezabíjí!*“). Profesorka vyslovila nesouhlas s argumentem. „*Je vhodné přiznat, že zabití to je. Co jiného? Je nesmyslné schovávat se před nesmyslnými, a nebo hlavně před sebou a samým pravou podstatu dění*“ (Munzarová, 2005).

Dle Hamerského a jiných aktérů prosazujících eutanazii by byly zcela jednoznačně vytyčeny podmínky, za kterých by bylo možno eutanazii provést. Opakovaná explicitní žádost kompetentního pacienta bude velmi zdůrazněna. Je třeba však zmínit, že jde o nemocné v

pozdním stadiu těžkých chorob, kteří trpí řadou obtíží a také jsou často pod vlivem léků. Nedochází už právě z tohoto důvodu k znemožnění svobody, nutnému předpokladu k autonomnímu a tak závažnému rozhodnutí? Hlavními žádostmi eutanazie by zřejmě ve většině případů nebyly bolesti nebo jiné obtíže tělesného rázu- ty jsou dnes v naprosté většině ovlivnitelné. Jsou to těžkosti pramenící z nedostatků v ošetřování jiných dimenzí člověka: pocity opuštěnosti, závislost na jiných, strach z bolesti, protože pacient nemá dostatek informací o tématu paliativní péče, která se právě tišením bolesti zajímá. *Nejhorší je však i to, že s legalizací eutanazie by se stalo i to, že lékaři si zvyknou na daný akt a poté již budou eutanazii provádět s „ čistým svědomím“ - vždyť přece jde o „ péči na konci života“*(Munzarová, 2005).

V Belgii dokonce došlo i k prolnutí paliativní péče s eutanazií pod společný název „ integrální paliativní péče“ Obě tyto aktivity jsou podloženy etickými hodnotami: autonomií nemocného, dobře činěním a neškozením. Právě tyto aspekty měly vliv na „ politické rozhodování a na další rozvoj péče na konci života v této zemi (Bernheim, J. L. At: Development of paliative care and legalization of eutanasia).

Nejvyšší hodnotou v životě každého z nás je naše autonomie, tedy svobodné rozhodnutí. Na jedné straně by měl mít právo každý člověk se svobodně rozhodnout o konci svého života. Na straně druhé, sama myšlenka eutanazie odporuje stávajícím normám i položení evropské kultury. „Řídíme se etickým kodexem ČLK, který je v plném souladu s etickými normami lékařských asociací celé Evropské unie, kde je jasně řečeno, že úkolem lékaře je chránit život a zdraví, mírnit utrpení, přičemž eutanazie a asistovaná sebevražda nejsou přípustné. Diskuzi ovšem nevylučuji. Uvádí předsedkyně etické komise ČLK Helena Stehlíková (ceskatelevize.cz, CT 24).

7 TEOLOGICKÝ A PRÁVNICKÝ ASPEKT EUTANAZIE

Kapitola je úvodní částí do analytické části, neboť součástí kapitoly jsou dva rozhovory, a sice, první s bývalým knězem římskokatolické církve, který po svém sňatku vstoupil do církve starokatolické a druhý s osobou, pohybující se v právním prostředí.

V zásadě je známo, že katolická církev zastává ochranu života od početí do přirozené smrti, což znamená udržovat život za každou cenu. Tyto postoje jsou nejstručněji shrnuty v celosvětovém Katechismu katolické církve:

Přímá eutanazie spočívá v ukončení života osob postižených, nemocných nebo už blízkých smrti, ať už jsou důvody a prostředky jakékoliv. Je mravně nepřijatelná. Stejně tak nějaký zákrok nebo opomenutí, které samo od sebe nebo záměrně přivodí smrt, aby se ukončila bolest, je zabitím těžce odporujícím důstojnosti lidské osoby a úctě k živému Bohu, jejímu Stvořiteli. Mylný úsudek, do něhož člověk může v dobré vůli upadnout, nemění povahu tohoto vražedného činu, který je nutno vždy odsoudit a vyloučit. Odst. 2277

Přerušení nákladných, nebezpečných, mimořádných nebo neúměrných léčebných procedur vzhledem k očekávaným výsledkům může být oprávněné. V takovém případě je to odmítnutí léčby „za každou cenu“. Nechce se tím přivodit smrt: uzná se, že ji nelze zabránit. Rozhodnutí musí udělat pacient, jestliže je k danému kroku ještě způsobilý a schopný, nebo ti, kteří na to mají podle zákona právo, respektujícíce vždy rozumnou vůli a oprávněné zájmy pacienta. Odst. 2278.

Každý je odpovědný za svůj život před Bohem, který mu jej dal. On také zůstává jeho svrchovaným pánem. Život máme přijímat s vděčností a ochraňovat jej k jeho cti a ke spáse svých duší. Jsme správci, a ne vlastníky života, který nám Bůh svěřil. Nedisponujeme jím. Odst. 2280 (Katechismus katolické církve, 2002).

Zřetelný konsenzus monoteistických náboženství v postoji k eutanazii vyjádřilo společné Prohlášení církví a náboženských společností k problematice eutanazie z 9. 12. 2005, které se objevilo v rámci diskuze o jejím uzákonění. Představuje jednomyslně záporný postoj k eutanazii, vyjádřený představiteli velkých světových náboženství v naší zemi (Mach, 2012, s.198).

Domnívám se, že náboženství a judikatura velmi úzce souvisí s tematikou mé diplomové práce. Právě z tohoto důvodu byl osloven a požádán kolega z mého zaměstnání, který má k teologickému směru velmi blízko. Z blízkosti k danému tématu vyplynula i myšlenka, požádat o rozhovor osobu z právníckého prostředí.

- **Rozhovor s představitelem církve**

Katolická církev je nejrozšířenější víra našem území se k otázce eutanazie staví velmi kriticky.

„Zabití lidské bytosti těžce odporuje důstojnosti osoby a svátosti Stvořitele“ (č 2320, Katechismus katolické církve).

Jak píše Jan Pavel II ve svém textu Solvifici Doloris: *„Od eutanazie je třeba odlišit rozhodnutí, kterým se odmítá tzv. vehementní terapie, která již neodpovídá stavu nemocného,*

protože není úměrná dosažitelným výsledkům. Mohou dokonce být zátěží nejen pro nemocného, ale i jeho rodinu. V případech, kdy již nastává ohlášená smrt, které se již nelze vyhnout, lze v souladu se svědomím učinit rozhodnutí odmítnout léčení, které způsobí pouze omezeného a bolesti plného života. Ovšem při zachování náležité péče, která v podobných případech nemocnému přísluší“.

Kněz, který stále ve starokatolické církvi působí se k tématu vyjadřuje následovně: „*Jako kněz jsem se již v praxi setkal několikrát se smrtí a nevléčitelnými nemocnými. Jsem kněz a samozřejmě věřím v Boha, kterého vnímám jako dobrého a starostlivého, přesto po zkušenostech ze styku s nemocnými se nemohu ubránit vtíravým myšlenkám, jakou hodnotu má lidský život, když nemocný jen přežívá. Pokud k tomu dodám i námahu, kterou vynaloží lidé starající se o nemocné, ať už fyzickou nebo psychickou, pak je třeba klást si otázky, jestli naše společnost nedělá někde chybu.“*

Ovšem pokud si otázky daného typu nepoložíme, nemůžeme na ně hledat ani odpověď. Sám se i domnívá, že otázka eutanazie jako i otázka potratů je též otázka politická. Objevil se nový obor bioetika, který klade množství provokativních otázek, které lidstvo ještě před padesáti lety nemuselo řešit. Neexistovaly léky, které jsou dnes běžně dostupné. Byly tedy nemoci, kvůli kterým lidé umírali a nezbylo jim, než to vzít jako fakt. Dnes dokážeme mnoho nemocí léčit. Je ale otázka, zda je to vždy ta nejlepší cesta. Zda má smysl za každou cenu lidský život prodlužovat.

Z diskuze o eutanazii se tak nedostáváme pouze k politické otázce, nýbrž k diskuzi o cílech současné medicíny, která lze vyjádřit anglickou hříčkou, cure or care-léčit nebo pečovat.

„Jako křesťan jsem rád, že s legalizací eutanazie by lidé měli svobodnou vůli, ale v okamžiku, kdy vůle jde proti životu, by bylo třeba dát nějaké hranice. V zemích, kde eutanazie je povolena, může docházet a já jsem přesvědčený, že také dochází ke zneužívání pod rouškou vůle. V okamžiku, kdy se zákon objeví a byl by schválen, jdou kroky dál a dál. Můj postoj k životu je křesťanský, lidský život je dar boží. Život si nemůžeme brát ani sobě ani druhým a z pohledu křesťanského zde nemá eutanazie prostor. Ovšem jsou situace, kdy hranice, kde se jedná o eutanazii a kdy už daný krok eutanazie není, je velmi tenká. Tím chci říct, že by měly být provedeny legislativní kroky pro lékaře. Když lékař přestane léčit nevléčitelného nemocného, není to v rozporu s křesťanstvím, tudíž by to nemělo být ani v rozporu se zákonem. Jsem pro snižování utrpení u nemocného na minimum, ne nemocného utrpení zbavit eutanazií.“

- **Rozhovor s představitelem právnické obce**

Z rozhovoru s právníčkou, která se v právnickém prostředí pohybuje několik let vyplývá, že by se obávala pouze zneužití, neboť již řadu let spatřuje, že postupem let se mezilidské vztahy obrátily k horšímu. „*Tím chci říci, že si dokážu na základě své právnické zkušenosti představit, aniž bych nějak navrhovaný zákon zkoumala, že při troše svévole příbuzných by mohlo dojít k přemlouvání příbuzného-nemocného, aby souhlas s eutanazií podepsal*“. Dále uvedla „*Nejhůře jsou na celé věci lékaři, tudíž by se měly obecně stanovit zákony, které by určitým způsobem lékaře chránily. Ať už před přerušením léčby na žádost nemocného nebo před aplikací léčby, která je sice v rozporu se zákonem, avšak pacientovi by jiná možná vhodnější léčba nepomůže, symptomy neodstraní a je pouze zatěžující pro jeho dosavadní zdravotní stav*“.

Nejmenovaný lékař kdysi řekl, že se tak v dnešní době všeho bojí, že i on a kolegové léčí vše, neboť se obává trestního postihu. A to samé v rozhovoru zmínila i osoba zabývající se českým právem. Dále se přiklání k názoru, že každý občan by měl mít právo na rozhodnutí ukončit svůj život v případě nevléčitelné nemoci, v terminálním stádiu, v době, kdy je přesvědčen, že jeho život přestává být životem důstojným.

„*V českém právním řádu rozhodně chybí něco, debata se v naší zemi vede pouze, když je na politické scéně diskutován nějaký zákon, měla by se vést debata celospolečenská, problém se dotýká více aktérů*“, uvedla na závěr právníčka.

8 ZMĚNY V POSTOJÍCH K LEGALIZACI EUTANAZIE

Příčiny, proč se postoj k smrti a umírání změnil právě na konci dvacátého století, jsou zhruba tři. Za prvé, od konce 19. století se hovoří o tzv. epidemiologickém přechodu, kdy příčinou smrti již většinou nejsou infekční nemoci, nýbrž degenerativní nemoci (zvláště rakovina a srdeční onemocnění). Právě tato změna přinesla na jedné straně dramatické prodloužení života a na straně druhé i prodloužení umírání. Za druhé, ve vyspělých západních zemích se od šedesátých let masově prosadila sekularizace. Lidé nebyli ochotni přijímat utrpení spojené s umíráním jako nezbytný krok k věčnému životu či odsuzovat sebevraždu jako smrtelný hřích.

Třetí příčinu změn postoje k umírání těchto společností lze spatřovat v důsledcích

šedesátých let, kdy začínají vznikat hnutí za práva dříve utlačovaných skupin, handicapovaných a nakonec i pacientů s terminálním onemocněním. Tedy až do sedmdesátých let minulého století byl pacient stále ještě „pacientem“ v pravém, doslovném smyslu toho slova, tj. pasivní subjekt, ne aktivní aktér, kterého je třeba vnímat vážně se všemi jeho právy (Šilhavá, 2008).

V období sedmdesátých a osmdesátých let minulého století se sice některé změny u nás prosadily, ale ne všechny, kterými prošly západní země. Československo již před rokem 1989 do jisté míry se západními zeměmi drželo krok co do „materiální úrovně“ lékařské péče. Avšak nebyla tu žádná biotetika, v níž by probíhala svobodná diskuze o smrti a umírání. Stěží došlo k nějaké detabuizaci těchto témat. Za strany aktérů – lékařů rovněž pokračoval nekompromisní paternalismus, a s jeho následky žijeme dodnes.

Zmíním pouze pro ilustraci příběh pana Přemysla Šlusaře, který v roce 2011 onemocněl amyotrofickou laterální sklerózou. Žádal o eutanazii, kdy by paralýza (ochrnutí) dosáhla takového stupně, který by pan Šlusař považoval pro sebe za nedůstojný. Poté, co neuspěl u nás, plánoval pan Šlusař, ač nerad, protože si přál zemřít doma – odcestovat do Švýcarska, kde právě sebeusmrcení pacienta s asistencí lékaře je legální. Tenhle plán ovšem nestihl zrealizovat a zemřel zhruba o půl roku později přesně ve stavu, kterému se chtěl vyhnout. Obdobný případ otce, jež se staral o svého čtyřadvacetiletého syna, který měl od dětství těžce postižený mozek. Otec se o svého syna celý jeho život obětavě staral, bohužel v jeden nešťastnou náhodou, došlo k odpojení přístrojů. Soud rozhodl, že se nepodařilo prokázat úmysl, tudíž původní obžaloba z vraždy byla překvalifikována na usmrcení a otec byl odsouzen k necelým devíti měsícům. Pokud by ovšem soud došel k závěru, že otec usmrtil svého syna úmyslně, to jest, pokud by se obviněnému podařilo dokázat, že usoudil, že pro jeho syna byla smrt lepší, než pokračující potupná existence, hrozilo by mu až 25 let vězení (Černý, 2016).

Tyto a další příběhy mohou dávat silný impulz a podnět k otázkám a debat vztahující se k tématu eutanazie. „Důstojná smrt“, zvolená jako název navrhovaného zákona a tím i jako ústřední námět debaty, se ve světle lékařského výzkumu stává čím dál více ambivalentním, čímž umožňuje relativizaci jednotlivých hodnotových žebříčků. Ke změně současné situace musejí přispět všichni aktéři – lékaři, politici, právníci, sociologové a další. (Černý, 2016).

Proces prosazování legislativních změn v oblasti lidských práv se bez dlouhodobé diskuze nemůže stát úspěšným. Na začátku je nutný monitoring platné právní úpravy,

plánovaných legislativních změn. Monitoring veřejného mínění usnadňuje skutečnost, že téma postojů k legalizaci eutanazie je pravidelně zpracováváno řadou agentur pro výzkum veřejného mínění, přičemž výsledky jsou často volně přístupné na sociálních sítích.

V roce 2009, rok od podání prvního návrhu o důstojné smrti, který je úvodním bodem výzkumného problému diplomové práce, 23 procent respondentů s legalizací eutanazie rozhodně souhlasí, 39 procent je tomuto názoru kladně nakloněna, proti zavedení institutu eutanazie do českých zákonů bylo 27 procent a pouze 11 procent neprojevalo žádný názor na danou problematiku (Průzkum CVVM, 2009).

Zákonodárci žijí ve společnosti a jsou ovlivňováni svým okolím. Vedle přímého jednání s nimi je a někdy i účinnějším způsobem prosazování legislativních změn působení na prostředí, ve kterém tvůrci zákona žijí. Média též působí nejen jako prostředek, kterým politici sdělují své názory veřejnosti, je to i naopak. Otázkou zůstává, jak média pro konkrétní problematiku zaujmout, a jak docílit, aby výsledná zpráva nebyla zkreslená.

V roce 2013 bylo 67 procent občanů ČR na straně zastánců, počet občanů, kteří nesouhlasili s legalizací byl 26 procent. V roce 2014 probíhal výzkum od 2. do 9. června a zúčastnilo se jej 1050 obyvatel ČR ve věku od 15 let. Výsledky v tomto roce byly téměř totožné s rokem předcházejícím (ČTK, 2014).

Květnový průzkum Centra pro výzkum veřejného mínění Akademie věd (CVVM) ukázal, že většina obyvatel České republiky souhlasí nejen s právem žen na umělé přerušování těhotenství, ale jsou nakloněni i uzákonění eutanazie. Právo zemřít na žádost podporovalo 63 procent občanů. Průzkum provádělo CVVM v období od 8. do 18. května a zúčastnilo se ho 1019 obyvatel, starších 15 let (ČTK, 2014). V odborné veřejnosti se názory velmi různí a mezi lékařskými aktéry shoda nepanuje. MUDr. Marie Svatošová v diskusi o eutanazii na stránkách „*Orientace*“, v roce 2013 na dotaz o zkušenostech z Nizozemska, kde eutanazie je legální již přes deset let a ještě déle je tolerována, odpověděla následovně: „*Průkopnictví legalizace eutanazie Nizozemsku přiznat opravdu nemohu, protože bych ho upřela Hitlerovi. Nizozemští legislativci však mají primát v tom, že se nepoučovali ze zkušeností v Německu a hrubě podcenili předvídatelné nebezpečí kluzkého svahu. Nizozemci sice nemají koncentráky, ale rozjetý kluzký svah přiznávají i v oficiálních dokumentech. Nůžky mezi legislativou a praxí se jim tam rozevírají čím dál víc a nikdo neřeší, že povinné hlášení o provedené eutanazii lékaři často neřeší*“ (eutanazie-dobrá smrt, 2017).

Jiného názoru je však chirurg Pafko, právě on odmítl srovnání institutu eutanazie s Adolfem Hitlerem. „ *To nebyla žádná eutanazie, to byla vražda. Tam vraždili nemohoucí, nemocné a neschopné lidi. To není eutanazie, to si nepletme* (Česká televize.cz 2014).

Zobecňovat názory a postoje občanů a široké veřejnosti k určité problematice je velice složité, a to z toho důvodu, že nikdy nezískáme názory, stanoviska a vyjádření všech občanů společnosti. Výzkumy veřejného mínění, které jsou považovány za nejstarší a dotazují se na problematiku eutanazie, se datují od roku 2007 a jsou přístupné na oficiálních stránkách Centra pro výzkum veřejného mínění. Generalizovat názory a postoje všech aktérů z lékařského prostředí je samozřejmě také velice obtížné.

Přestože v průzkumech veřejného mínění v ČR opakovaně většina respondentů vyjadřuje souhlas s legalizací eutanazie, je bezpochyby nalézt nutný vysoký stupeň konsenzu na několika úrovních.

Veřejné politiky se realizují prostřednictvím komplexního politického systému a vládní činitelé jsou pouhými zprostředkovateli (Potůček, 2016, s. 9). Je to i jeden z důvodů, proč v současnosti ještě neexistuje koalice aktérů, které by aktivně angažovaly v problematice legalizace eutanazie.

Jednou z konečných fází procesu tvorby politiky je předložení návrhu zákona o legalizaci eutanazie. Pro samotné předložení návrhu zákona musí být splněny určité pevně dané podmínky. Ty již dvakrát byly splněny. I přes doložený většinový souhlas občanů ČR s legalizací eutanazie, nedošlo mezi politickými a odbornými aktéry ke shodě a následně ke změně legislativního uspořádání v ČR.

9 AKTÉŘI, LINIOVÍ PRACOVNÍCI A KLÍČOVÉ UDÁLOSTI V POLITICKÉM PROCESU LEGALIZACE EUTANAZIE

V poslední kapitole diplomové práce byly zakomponovány čtyři základní podkapitoly. První z nich se týkala pilotního výzkumu, který se odehrával ve městě Tábor. Oslovila jsem starostu obce Chýnov, v okrese Tábor a v té době senátora politické strany ODS Eyberta. Politický aktér byl vybrán záměrně, neboť ve městě Tábor probíhal kvalitativní výzkum s prvními liniovými pracovníky. Druzí linioví pracovníci byli vybráni ve zdravotnickém zařízení v hlavním městě Praha, a tudíž druhého aktéra jsem zvolila poslance Zlatušku

(ANO). V druhé podkapitole byly popsány klíčové události, vztahující se k dané problematice, analýza dokumentů a prohlášení vydaných Ministerstvem zdravotnictví, velmi důležitého a hlavního aktéra v otázce legalizace eutanazie v ČR. Součástí kapitoly byl popis vývoje zákona o legalizaci eutanazie s analýzou rozhovoru s nejdůležitějším aktérem, samotným předkladatelem návrhu zákona Zlatušskou o důstojné smrti z roku 2016. Ve třetí podkapitole byly provedeny již zmiňované rozhovory s liniiovými pracovníky ze dvou nemocnic. Rozhovory se týkaly jejich pracovních zkušeností s nemocnými v terminálním stádiu nemoci, vyslovení názoru na případné ukotvení legalizace do českých zákonů. Výběrový soubor byl rozdělen na dvě podskupiny. Na mladé lékaře téměř bez praxe, jejichž názory a odpovědi byly komparovány s lékaři s letitou praxí. Zajímavostí výběrového souboru bylo i to, že jedni aktéři pracovali v nemocnici, kde se již paliativní medicína aplikovala a druzí aktéři v nemocnici, kde pacienti využití této možnosti neměli. Porovnali jsme odpovědi aktérů nemocnice v hlavním městě, kde probíhá program paliativní péče „*Spolu až do konce*“, se zdravotním zařízením v Jihočeském kraji, na oddělení radiologie. Zajímalo nás, zda názory na danou problematiku mohou být ovlivněny právě zkušenostmi s paliativní medicínou u nemocných v terminálním stádiu. Obsahem poslední podkapitoly byla mediálně – odborná analýza vybraných periodik z odborného prostředí, za určité časové období. Analýza se soustředila na sedm vybraných časopisů, které jsou určeny pracovní činnosti liniiovým pracovníkům. Zajímalo mě především, zda tematika připravovaného zákona v roce 2016 se v odborných časopisech objevovala již s nějakým předstihem nebo dané téma v odborných médiích obsaženo nebylo. Dále kolik textu je věnováno též paliativní péči, tématu, které velmi úzce souvisí s mojí diplomovou prací.

V diplomové práci byly též prezentovány názory i jiných expertů na danou problematiku. Sledovali jsme a zároveň zkoumali podstatu prohlášení jednotlivých expertů z řad jednotlivých sdružení nebo vedoucích etických komisí, vyjadřující svůj odmítavý postoj k případnému uzákonění eutanazie do českého zákona. Zúčastnili jsme se schůze v Poslanecké sněmovně, která se konala 8. března roku 2017 pod vedením Hamerského.

9.1 ROZHOVOR SE STAROSTOU OBCE CHÝNOV

Prvním krokem nutným před realizací rozhovorů bylo stanovení cílové skupiny respondentů a jejich vytipování (Disman 2002, s. 304). Cílová skupina byla stanovena na základě zkoumaného problému, byly tedy vybírány osoby, které reprezentovaly zkoumanou

oblast. V tomto případě se jednalo o aktéry z politické scény a odborné oblasti.

Jako první jsem provedla rozhovor se Eybertem, který v politické funkci je od roku 1990. Chtěla jsem oslovit aktéra, v jehož kompetenci bude schválení či odmítnutí připravovaného zákona. Přes poměrně časovou náročnost této výzkumné metody jsem zvolila částečně standardizovaný rozhovor. Eybertovi jsem se představila, schůzku pro rozhovor jsem si předem domluvila. Uvedla jsem, čeho se výzkum týká, jaký je jeho význam, a že jeho názory, postoje a případné argumenty budou zakomponovány v mé diplomové práci.

V této části diplomové práce jsou zachyceny argumenty, názory a postoje k problematice otázky zavedení institutu legalizace eutanazie prvního z důležitých aktérů.

K plánovanému rozhovoru jsem si připravila scénář, s okruhy témat, které jsou uvedeny v příloze č. 2.

Rozhovor byl plánovaný, spíše polostrukturovaný a trval přibližně dvě hodiny. Odpovědi jsem zaznamenávala na papír. Otázky jsem nekladla ve stejném pořadí, jak jsem je měla předem připravené. Eybert se domnívá, že aktéři jsou rozděleni na pomyslné dvě skupiny. Jednou jsou lékaři a právnická komora, druhou tvoří poslanci. Komunikaci mezi těmito aktéry není na takové úrovni, aby v budoucnu k uzákonění eutanazie mohlo dojít. Dle Eyberta se tvorba zákona odvíjí od požadovaného problému veřejnosti a je to dlouhodobý proces. Zejména v oblasti, kdy o dané problematice není dostatek informací. Nejdříve se podobný zákon aplikující se v jiných státech musí dostatečně prostudovat, nyní se spíše jedná pouze o mediální záležitost. Těžko se lze vůbec odvolávat na průzkum veřejného mínění. Jak může vůbec člověk souhlasit či nesouhlasit s uzákoněním eutanazie, když není se zákonem v žádné podobě seznámen. Eybert nemá žádný problém s uzákoněním eutanazie, avšak se vyjádřil, že do doby, než by byl se zákonem seznámen, měl možnost si ho přečíst, znát jeho znění, jeho postoj a názor k němu není opodstatněný.

„Poslance Zlatušku ze strany ANO znám osobně a rozhodně právě jeho návrh k uzákonění eutanazie nemá absolutně nic společného s blízcími se volbami. Jednak se jedná o krajské volby a druhý důvod je ten, že každý politický aktér se věnuje nějakému tématu.

Jediným důvodem pro otevření tématu mohlo být u skupiny poslanců v čele s poslancem Zlatuškou to, že v ČR má eutanazie podporu. Veřejně politický problém je tedy nutný prostřednictvím veřejné politiky a možnou tvorbou zákona řešit“.

Eybert se domnívá, že jsou jistě v naší zemi důležitější témata, než legislativa eutanazie a použití paliativní péče mu přijde mnohonásobně důstojnější forma odchodu ze života, nikoli však alternativa eutanazie. Odpovědi a postoje výše uvedené z větší části

odpovídají též na otázku, proč a čím jsou aktéři v české politice k otázkám týkající se eutanazie ovlivněni.

Co se paliativní péče a jejího hrazení týče, je víceméně skeptický. Je v úzkém kontaktu s ředitelem domácího hospice v Písku. K otázkám výstavby v okrese Tábor se nevyjádřil, ví pouze o jednom mobilním hospicu. Kamenný hospic v okrese Tábor chybí, skutečnost je mu známá. Jedním z důvodů jsou zcela určitě chybějící finanční prostředky zdravotních pojišťoven.

„V ČR chybí celkový podíl soukromých prostředků, např. zdravotnický poplatek 30 korun byl velmi dobrý nápad. Právě z něj mohla být paliativní péče hrazena. Peníze ve zdravotnictví se investují často ne jiné výkony, které by si občané měli hradit sami. Některé zdravotnické výkony v domovech důchodců se ještě před pár lety nehradily ze státního rozpočtu“.

Právě tyto skutečnosti, dle Eyberta vedou politické aktéry k problematice týkající se eutanazie, nikoli rozpoutávat otázky v oblasti paliativní péče a jejího hrazení pojišťovnamí. Politici všeobecně neřeší to, co by více zatěžovalo státní rozpočet a hrazení paliativní péče je bezpochyby jednou ze skutečných situací. V těchto důvodech shledává Eybert hlavní problémy s nefunkčností v oblasti paliativní péče v ČR, lepší legislativní ukotvení by jistě zmírnilo problematické financování hospiců. Dále zmínil i pilotní projekt, probíhající ve spolupráci s VZP a týkající se problematiky domácích hospiců. V jeho rámci se již od minulého roku zkouší úhrada v devíti zařízeních.

Poslanec Soukup se též domnívá, že situaci hospicům by mohla ulehčit zákonná definice. V zákoně je potřeba přesně hospice definovat, včetně mobilních. Pokud bude jasná definice služby, mají se hospice v řízení o dotace o co opřít. Právě v tomto bodě má MPSV problém. Novela zákona o sociálních službách umožňuje, aby v zákoně byly hospice posíleny jako samostatná služba. Systémové řešení financování by měl zajistit dokončovaný změnový zákon o sociálně-zdravotním pomezí (Koubová, 2016).

9.2 KLÍČOVÉ UDÁLOSTI A ANALÝZA ROZHOVORU S PŘEDKLADATELEM ZÁKONA

Co se legislativního vývoje legalizace eutanazie týče, je zřejmé, že důležitých časových úseků a událostí, vztahující se k dané problematice je více, než je zmíněno v této podkapitole. Pro úplnost diplomové práce je zcela dostačující věnovat se dvěma

nejdůležitějším. Níže zmíněný Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování z roku 2011 jistě znamenal legislativní krok dopředu. Návrh zákona o důstojné smrti z roku 2016, navržený skupinou poslanců, v čele se Zlatuškou je hlavním podstatným bodem diplomové práce. Důležitým faktorem je jeho časová shodnost, neboť v roce 2016 jsem se danému tématu začala věnovat a připravovat podklady pro psaní diplomové práce.

9.2.1 ZÁKON O ZDRAVOTNÍCH SLUŽBÁCH A PODMÍNKÁCH JEJICH POSKYTOVÁNÍ Z ROKU 2011

První klíčovou událostí, která hraje zásadní roli v otázce legalizace eutanazie v ČR je „Zákon o zdravotních službách z roku 2011. **Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a jejich poskytování** mění situaci, kdy, co řekl lékař je pouze správné a pacient neměl právo péči odmítnout. §34 zákona jasně říká: „Pacientovi, kterému byla podána informace o jeho zdravotním stavu nebo se informace podle §32 odst. 1 vzdal a odmítá vyslovit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb, je opakovaně podána informace o jeho zdravotním stavu v rozsahu a způsobem, ze kterého je zřejmé, že neposkytnutí může ohrozit jeho život, ale i v případě péče, která pouze prodlužuje trápení a neposkytuje uzdravení. Do roku 2012 se postupovalo tak, že, pokud pacient podepsal reverz, odešel domů nebo častěji zůstal v nemocnici, léčba byla dle jeho přání pozastavena, např., nedostal transfuzi, kterou odmítal. V případě zhoršení zdravotního stavu pacienta, ve jménu krajní nouze byla transfuze aplikována a popřena tak vlastně vůle pacienta vyjádřena v reverzu. V roce 2012 je Úmluva o biomedicíně akceptována v zákoně o zdravotních službách-dříve vyslovené přání, které musí být respektováno a nelze postupovat podle krajní nouze Aktivně usmrtit nelze ovšem ani podle tohoto přání. Aktivní usmrcení nelze zaměňovat za odmítnutí péče, vyplynulo s rozhovoru s paní Těšínovou.

Ministerstvo zdravotnictví se několikrát v diskuzi o legalizaci eutanazie zákonem o zdravotních službách ohrazovalo. Hodnotilo diskuzi a otázky s legalizací eutanazie spojené tím způsobem, že dle zákona má již pacient právo odmítnout léčbu. §28 říká: Zdravotní služby, tedy i lékařskou péči lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak. Tím paragraf říká, že pacient se léčit nemusí, v případě svého nesouhlasu, legalizace eutanazie není nutná.

Ministerstvo zdravotnictví se obdobným způsobem vyjadřuje k institutu „dříve vysloveného přání. §36 zákona o zdravotních službách je dostatečně upravený a vztahující se

k nevléčitelným nemocným pacientům. Ustanovení §36 rozvádí užití čl. 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně z roku 1997. Přestože se nejedná o změnu ve světě praktické medicíny, na poli legislativním jde o možný významný posun k budoucí legalizaci eutanazie, jež má dnes nadpoloviční podporu většiny veřejnosti. Ministerstvo hodnotí dané opatření velmi pozitivně a nadále se k možnosti ukotvení legalizace eutanazie v ČR staví negativně.

Tato možnost byla výslovně zakotvena do českého právního řádu zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách (zákon o zdravotních službách, dále jen „ZZS“), který nabyl účinnosti dne 1.4. 2012. Zákonodárce v ZZS tedy přímo navázal na výše zmíněný text Úmluvy a upravil v paragrafu 36 ZZS institut dříve vysloveného přání, kde může člověk již předem vyslovit nesouhlas s poskytnutím léčebné péče pro případ, že jeho zdravotní stav v budoucnu pacientovi nedovolí souhlas nebo nesouhlas vyslovit. Ještě je nutné zmínit, že v původním znění paragrafu 36 odst. 3 ZZS byla platnost dříve vysloveného přání omezena na 5 let. O 8 měsíců později, tedy v prosinci téhož roku bylo dané časové omezení zrušeno nálezem Ústavního soudu ze dne 27. 11. 2012, sp. zn. Pl. ÚS 1/12, s odkazem na rozpor tohoto omezení právě s citovaným čl. 9 Úmluvy. Ústavní soud zde vyjádřil názor, že není v souladu, aby nebyl brán zřetel pouze v důsledku uplynutí zákonem stanovené doby jeho platnosti, pokud daný pacient nebude mít současně skutečnou možnost své přání obnovit projevem své vůle. V návaznosti na danou situaci není platnost přání zákonem nijak omezena.

V žádném případě se nejedná o stejný postup či návaznost na připravované uzákonění eutanazie. Samotná existence dříve vysloveného přání nezajistí pacientovi, že bude postupováno dle jeho deklarované vůle. V každém případě musí mít poskytovatel zdravotní péče „dříve vyslovené přání“ k dispozici. Bude-li brán zřetel na dříve vyslovené přání, které může každý občan dle svého uvážení sepsat a bude paliativní péče dostupná všem občanům a její kvalita stále zvyšována, může se počet lidí, souhlasících s legalizací eutanazie snížit.

V praxi bude nepochybně odmítnutí léčby ve dříve projeveném přání narážet na mnoho překážek. Rizika přináší jak protiprávní léčba v rozporu s dříve vysloveným přáním pacienta, tak neposkytnutí léčby, u které bude následně dovozeno, že poskytnuta měla být.

Institut „dříve vysloveného přání“ a následný jeho vývoj je nutné hodnotit velmi pozitivně, neboť právní řád v ČR takovou možnost poskytuje a pacienti mají tak možnost při věnování určité péče si zajistit, že bude poskytováno podle jejich vůle (Tomešová, 2016). Pacient si na jedné straně může do svého vysloveného přání napsat, co chce, na druhé straně

jsou věci, které zdravotník, především lékař respektovat nesmí. Prvním velkým tabu jsou přání, která ohrožují zdraví a bezpečnost druhé osoby. Druhý zákaz se týká respektování čehokoliv, co by nabádalo k aktivnímu usmrcení (Koubová, 2015).

V každém případě dříve vyslovená přání lze hodnotit jako první krůček k tomu, aby závěr života vypadal podle našich představ, tedy, podle některých občanů důstojně. Je tedy otázkou, zda je v ČR zapotřebí „Zákon o důstojné smrti“(stanovisko ministerstva zdravotnictví k novele zákona „o zdravotních službách“).

9.2.2 NÁVRH ZÁKONA O DŮSTOJNÉ SMRTI Z ROKU 2016

V této části poslední kapitoly se věnuji samostatnému zákonu o důstojné smrti z roku 2016 a rozhovoru s tvůrcem zákona Zlatuškou, který se uskutečnil v říjnu 2016, v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR. Otázky k rozhovoru jsou uvedeny v Příloze č. 3.

V Nizozemsku, jako v první zemi na světě vstoupil v platnost zákon legalizující eutanazii 1. dubna 2002. Na české politické scéně se kontroverzní téma začalo diskutovat šest let po schválení holandské normy. Zákon tehdy podporu parlamentu nezískal a diskuze se po volbách v roce 2013 zakonzervovala. Navzdory koaliční dohodě v roce 2016 nový návrh na vydání zákona o důstojné smrti předložil Zlatuška (ANO). Téma eutanazie a její možné ukotvení v českém zákoně je v letošním roce nově diskutováno ve veřejné politice, protože Zlatuška vypracoval s Hamerským návrh zákona, který 27. května 2016 předložili poslancům k projednání. „Zákon o důstojné smrti“ vykazuje poměrně velké množství značně sporných ustanovení, na které upozornila konzultantka České společnosti paliativní medicíny Helena Krejčíková. Konzultantka argumentuje v tom smyslu, že v českém prostředí je jakékoliv uzákonění eutanazie předčasné, neboť dosud nebyl ani uspokojivě vyřešen přístup pacientů k náležité paliativní péči (Doležal, 2016). Návrh zákona byl podepsaný Zlatuškou, Vondráčkem a Zelenkovou ze strany ANO. Vláda zákon, který by eutanazii umožnil, odmítla. Nový návrh v podstatě kopíroval předlohu Domšové z roku 2008. Za alternativu v léčbě pacienta v terminálním stádiu bývá považována paliativní péče. Z tohoto důvodu bude její definice a možnosti jejího použití též vymezena.

Rozhovor se Zlatuškou o předkládaném zákonu o důstojné smrti z roku 2016:

Co Zlatušku motivovalo k vytvoření zákona? „*Pan Hamerský kdysi pečoval o svoji nemocnou babičku a přemlouval mě, abych zákon předkládal. Nejdříve jsem odmítl, dnes se chci zasloužit o jeho platnost. Rozhodně mě k napsání zákona nemotivovalo ušetření peněz ze*

státního rozpočtu za péči, která již nebude mít pro pacienta efekt. Pouze humánní důvod, aby se nenakládaly prostředky pouze na to, aby byl člověk na konci života pouze trápen. Neboť paliativní medicína nemá pro každého člověka stejný význam a ani smysl. Inspiroval jsem se zákonem, který krátkou dobu před napsáním mého zákona vešel v platnost v Kanadě“.

Již od začátku prý Zlatuška nevěřil, že by vláda ČR zákon přijala. Byl si vědom, že více zákonodárců vysloví proti než souhlas. Také souhlasil s mým tvrzením, že pro schválení zákona, je velmi důležitá debata trvající určitou dobu, jako tomu bylo před několika lety v Holandsku či následně v Belgii. *„V zahraničí schválí zákon, který rozšiřuje nebo povoluje eutanazii, česká media otevřou diskuzi, která po pár dnech opět utichne. Pan Magistr Hamerský se již podruhé pokoušel změnit tento prázdný rituál. Poprvé to bylo právě v roce 2008 a podruhé minulý rok, kdy ve sněmovně získal skupinu poslanců, aby návrh zákona předložila vládě“.* Zlatuškův návrh sice předpokládá přísná pravidla jako v ostatních zemích, avšak zatím si nelze představit, že by legislativní ukotvení zákona v naší zemi bylo možné. (svobodnéforum.cz).

Na otázku, proč se rozhodl a co ho vedlo k prosazování zákona o důstojné smrti do českých zákonů, odpověděl: *„Myšlenka prosadit eutanazii do českých zákonů souvisí s pokrokem medicíny, především s tím, že řada pojmů mění význam. Obecné otevření legislativní možnosti mi připadá velmi vhodné“.* Předkladateli zákona nepřijde téma vůbec kontroverzní. Smrt je součástí života a k životu neodmyslitelně k životu patří. Kdy by měli lékaři přerušit kurativní léčbu a přejít k léčbě paliativní, jejímž následkem bude smrt pacienta, neboť i při nepřerušení kurativní léčby by stav pacienta ke smrti také směřoval, byť s časovým zpožděním se vyjádřil obecně: *„ Lékaři prostě občas uznají, že beznadějná léčba, udržování při životě nemá smysl. Přestanou pacienta intenzivně léčit a dovolí pacientovi zemřít. Nemůžeme to doložit, ale víme to“.*

Zlatuška ve svém rozhovoru zdůraznil, že zákon je postaven tak, že žádný lékař není nucen se na eutanazii podílet. Eutanazii nelze vykonat bez vědomého prohlášení pacienta.

Způsob, jakým probíhá schvalování zákonů, stanoví několik dokumentů, základní jsou tři. *„Návrh zákona, překládaný Domšovou byl projednán v Senátu Parlamentu ČR. Zákon tenkrát nezískal podporu ani u horní komory parlamentu, neprojednával se už ani v Poslanecké sněmovně. Návrh zákona předložený mnou se měl nejdříve projednávat zde v Poslanecké sněmovně, jako první ho obdržel Organizační výbor, který navrhnul, kdo z poslanců bude zpravodajem zákona a které výbory by jej měly ještě projednat. Následně mělo*

proběhnout první čtení, bohužel návrh zákona se nedostal ani na pořad jednání. K návrhu zákona mělo možnost se vyjádřit několik politických aktérů. Bohužel jsem nenašel téměř nikoho, kdo by zákon prosazoval se stejnou aktivitou jako já“.

Téma rozhovoru dále směřovalo k otázce paliativní péče. Zda by nebylo důležitější a humánnější prosazovat její zlepšení, věnovat se jejímu lepšímu financování. Kritici navrhovaného zákona často namítají, že existuje paliativní péče, která umírající zbavuje bolesti a ještě není řádně financovaná pojišťovny a není tudíž dostupná všem pacientům.

„Nebráním se ani diskuzi na téma „paliativní péče“. Odpůrci „práva na důstojnou smrt“ z paliativní lobby mají na své straně i významnou část novinářů. Opakovaně jsem se ve svých veřejných diskuzích hlásil k „belgickému kompromisu“- uzákonění eutanazie+ významnému navýšení financí na paliativní péči. Pracuji na tom, aby celý zákon byl projednán a schválen senátory a poslanci. Navíc, zde dochází k směšování dvou témat. Zákon, který jsem navrhoval, přece nikomu nebrání umírat v hospicu či v léčebně pro dlouhodobě nemocné. Jen dává jinou možnost těm, kteří nechtějí tímto způsobem prožít závěr života“. Připomněl, že podobné dilema před pár lety řešila i Kanada.

Na otázku, zda se v něčem lišilo znění jeho zákona od zákona z roku 2008, předkládaný Domšovou, odpověděl, že nic zásadního. Oba zákony byly obdobné. I právě téměř stejné znění zákona mohlo být pádným důvodem negativního stanoviska vlády.

Vláda podporuje právo na život, nemůže však jít tak daleko... *„aby zakázala jedincům, kteří se rozhodli sami za sebe, že jejich vlastní život pro ně nemá takový smysl, aby ho žili“* (rozhovor se Zlatuškou).

9.2.3 KONFERENCE V POSLANECKÉ SNĚMOVNĚ

V březnu roku 2017 Hamerský uspořádal v Poslanecké sněmovně schůzi na téma: Eutanazie, téma k volbám. *„Cílem bylo schválit zákon o důstojné smrti z roku 2016, realistické bylo dostat jej přes první čtení, tedy, že by jej poslanci poslali do výborů-ústavněprávního, zdravotnického a lidskoprávního k diskuzi. To se ovšem nepodařilo, především pro přetlak ostatních zákonů, které byly předloženy“* (z písemné komunikace s Hamerským). Neschválení zákona se stalo hlavním důvodem Hamerského pro uspořádání semináře v poslanecké sněmovně v březnu následujícího roku. Argumenty PRO a PROTI se již řadu let opakují bez viditelné změny v postojích příznivců i odpůrců. Možná právě nulová

změna dohnala Hamerského k uspořádání schůze, nebo že by blížící se volby? „*Pokusil jsem se změnit tento prázdný rituál a podařilo se mi v roce 2008 v Senátu a v roce 2016 ve sněmovně získat skupinu poslanců, aby návrh zákona předložila. Už se můžeme bavit konkrétně, jak by možnost důstojné smrti vypadala. Eutanazie v jakých případech? Proč se k návrhu vlažně nebo odmítavě staví téměř všechny strany, když voliči jejich návrh podporují*“ (Hamerský, 2017).

Debata ve Sněmovně i tentokrát skončila střetem mezi zastánci pohledu, že život je nedotknutelný, a těmi, kteří věří, že člověk může o ukončení svého života svobodně rozhodnout.

Zlatuška uvádí, že člověk by měl mít možnost vybrat důstojné podmínky, jak se s rodinou rozloučit. Pro někoho není důstojné „*ležet v plenách a čekat, až mu někdo pomůže s jídlem či ho umyje. Právo rozloučit z pohledu pacienta důstojně by mělo být respektováno. Žijeme v demokratickém státě a rozhodně by nemělo platit, komu se to nelíbí, má smůlu.*

Každý člověk má na věc jiný názor a to je vlastně jednoduchá odpověď na otázku, proč se zákonem o důstojné smrti ne každý politik souhlasí. Zlatuškově se téma eutanazie vůbec nezdá kontroverzní. Otázka smrti také přece není kontroverzní. Kontroverzní se Zlatuškově naopak zdá, kdyby se otázka eutanazie na poli veřejné politiky neřešila vůbec. Domnívá se, že svobodně se rozhodnout na konci života nebo v situaci, kdy je člověk nevléčitelně nemocný o svém konci patří mezi základní lidská práva každého občana. Zlatuška si umí samozřejmě legalizaci v naší zemi představit, neboť je autorem zákona. Dle něj v mnohých případech prodlužování života u některých pacientů se dá nazvat prodlužování přežívání. Co je to za život v době, kdy není člověk schopný postarat se sám o sebe.

V Kanadě podle statistických údajů, zveřejněných ministerstvem zdravotnictví, využilo eutanazii mezi červnem 2016 a červnem 2017 možnosti eutanazie téměř 2000 lidí (ČTK, iDNES, 2017).

9.2.4 ANALÝZA DOKUMENTŮ A PROHLÁŠENÍ VYDANÝCH RESORTEM MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ

V úvodu analýzy chci zdůraznit, že téměř veškeré názory a stanoviska ve věci eutanazie a jejího ukotvení do českého zákona se převážně týkají návrhu zákona z roku 2008. Dále zákona o zdravotních službách z roku 2011 a pouze stanovisko ředitele odboru zdravotních služeb MUDr. Jana Marounka a dopis paní MUDr. Vrchotové, adresovaný panu

Mgr. Hamerskému se dotýká časového období, které je v úzké souvislosti s mojí diplomovou prací. Ministerstvo zdravotnictví na návrh zákona z roku 2016 nemělo prostor reagovat, neboť nebyl navržený zákon v Poslanecké sněmovně Parlamentu zařazen ani na pořad jednání.

Nejdůležitějším klíčovým aktérem, stojícím na straně odpůrce ve věci legalizace eutanazie je Ministerstvo zdravotnictví. Samotné Ministerstvo zdravotnictví se k eutanazii často nevyjadřuje, a nejčastěji se opírá o názory ČLK, která je zřízena zákonem č. 220/1991 Sb. a je samosprávnou nepolitickou institucí, která sdružuje všechny lékaře na území České republiky. Postoj, který zaujímá Ministerstvo zdravotnictví k tématu legalizace eutanazie v ČR je identický s ČLK.

Člen Etické komise MZČR se k návrhu zákona o tzv. „*Důstojné smrti*“ vyjádřil především v tom smyslu, že otázka důstojné smrti je velice závažná, zejména, má-li ke smrti pacienta přispět lékař, ať už přímo či nepřímo. Doc. MUDr. Jiří Motáš argumentuje dále i poznatkem, že dnešní lékařská věda disponuje silnými prostředky, které účinně tlumí i nesnesitelné bolesti. Měli bychom se primárně zaměřit nad nedostatky paliativní péče, ne na eutanazii. „*Mám za 50 let zkušeností z klinické medicíny, tudíž považuji předkládaný návrh zákona za špatný*“.

V roce 2016, v souvislosti s právě připravovaným zákonem Zlatušky se Ministerstvo zdravotnictví, konkrétně ředitelka odboru zdravotních služeb MUDr. Novotná vyjádřila následovně: „*Ministerstvo zdravotnictví se v průběhu posledních let právům pacientům, včetně eutanazie, opravdu důsledně věnovalo. Zejména při tvorbě zákona č. 372/2011 Sb. O zdravotních službách. Ministerstvo zdravotnictví bude proto v souladu s názorem na zvyšování kvalitní paliativní péče. Budeme především usilovat o zvyšování kvality léčby bolesti a podporovat všechny metody, vedoucí ke zmírnění utrpení těžce nemocných pacientů a umožnit jim důstojné umírání bez potřeby aktivní eutanazie.*

V roce 2008 se Ministerstvo zdravotnictví vyjádřilo k návrhu zákona Domšové z politické strany SNK-ED. Zásadních připomínek k návrhu mělo Ministerstvo zdravotnictví několik. Zmíním pouze část. Návrh zákona ztotožňuje „důstojnou smrt“ výhradně s eutanazií. Společenským zájmem by mělo být ztotožnit „důstojnou smrt“ s kvalitní paliativní péčí. Dále není vůbec ze znění zákona jasné, kdo a jak by měl rozhodnout, „že nastal čas vyhovět vůli pacienta být usmrcen vyjádřené předem“. Ze znění zákona není ani zřetelné, jak by měli být informováni příbuzní o rozhodnutí vyhovět předem vyjádřenému přání pacienta. Mezi dílčí poznámky se zahrnuje i nekonkrétnost výrazů. Např., „beznadějný stav“. Jeden lékař určí pacientův stav beznadějný, druhý se vyjádří jinak. Aktér považuje tento návrh zákona za málo

připravený, nepropracovaný, málo znalý paliativní problematiky a velmi nebezpečný.

Munzarová se domnívá, že již k samotné podstatě návrhu zákona by mělo být zamítnuto jeho projednávání. Lékařka je víceméně jista, že zkušeností v Holandsku a v Belgii poukazují na tzv kluzký svah. „ *Vzhledem k tomu, že jsem 14 let vedla Ústav lékařské etiky LF MU v Brně, čtu přiložený návrh velmi pozorně. Téměř ke každému bodu mám řadu připomínek. Jak si vůbec autoři zákona a jiní aktéři, jejichž práce souvisí s připravovaným zákonem můžou vůbec domnívat, že lékaři nejsou schopni patřičně tlumit bolest.*

Munzarová dále striktně dodává, že eutanazie rozhodně není autonomním výběrem pacienta. Nemocní v terminální fázi onemocnění velmi vulnerabilní a snadno přijímají jakékoliv nápady jiných. Cítí se být odcizeni vůči zdravým, připadají si jako přítěž pro zdravé. Eutanazie rozhodně není smrtí „ milosrdnou“ ani „ smrtí ze soucitu“. Nemoc a utrpení nezbavuje člověka jeho důstojnosti. V neposlední řadě eutanazie není pouze soukromou záležitostí a je v přímém protikladu. Již od doby Hippokratovy přísahy bylo vždy lékařství spojeno se závazkem mravním, s důrazem na to, aby život a umění bylo vždy v souladu. Zabíjení nemocných by vedlo k rozkladu lékařovy integrity a k podkopání důvěry v lékaře a v lékařství vůbec.

Deklarace Světové lékařské asociace o eutanazii, přijatá na 38. Shromáždění WMA v Madridu v říjnu 1987 jasně prohlašuje: „ *Eutanazie, to je čin promyšleného ukončení života pacienta, byť i na jeho přání nebo na žádost blízkých příbuzných, je neetická. Akt nezabraňuje lékaři, aby respektoval přání nemocného nechat proběhnout přirozený proces umírání v konečné fázi choroby*“.

V etickém kodexu ČLK je jednoznačné vyjádření: „ Lékař u nevléčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium však nejsou přípustné“.

Ministerstvo zdravotnictví celé znění zákona z roku 2008 obdrželo a po krátké úvaze se k němu vyjádřil konkrétně odbor mezinárodních věcí EU. Hodnotil tak stát, který eutanazii legalizoval jako první, Nizozemsko. Nizozemsko, prostřednictvím nevládní organizace „ *Right to Die- NL*“, jejímž členy je více než 133000 Nizozemců, v březnu roku 2012 zprovoznila v Haagu **mobilitní kliniku pro provádění eutanazie**. Zajímavostí tohoto skutku je fakt, že podle průzkumu, který v červnu roku 2011 provedla mezi 800 nizozemskými praktickými lékaři agentura **Ean Vandaag Institution**, by téměř většina lékařů byla ochotna spolupracovat s pacientem v případě žádosti o eutanazii a samozřejmě nesouhlasí s výrokem:

„Eutanazie nemá místo ve všeobecné lékařské praxi“. Na druhé straně stojí za pozornost zmínit fakt, že legalizaci eutanazie před časem prohlásila za špatně načasovaný krok bývalá nizozemská ministryně zdravotnictví Els Borstová, která právě v roce 2001 návrh zákona o legalizaci eutanazie předkládala. Nizozemská vláda podle ní měla především věnovat svou pozornost zajištění náležité paliativní péči pro trpící pacienty.

Obě formy eutanazie, aktivní eutanazie i asistovaná eutanazie jsou v České republice a v naprosté většině ostatních států trestné. Od uvedených forem je třeba odlišovat tzv. nepodání léčby nebo ustoupení od dalších léčebných postupů tehdy, jsou-li již z lékařského hlediska zcela zbytečné a zatěžující pro pacienta a přinášejí nemocnému jen další utrpení v jeho umírání. Ministerstvo zdravotnictví se domnívá, že institut legalizace eutanazie v naší zemi není potřeba a zaujímá k celé věci negativní postoj.

Oponenti velmi kontroverzní nizozemské právní úpravy a praxe kritizují nejen samotný fakt legalizace eutanazie, nýbrž vyslovují i obavu z toho, že jakmile je eutanazie v jakémkoliv podobě legalizována, projeví se efekt „kluzkého svahu“, který vede k dalšímu rozšiřování a rozvolňování kritérií přípustnosti eutanazie. Hodny pozornosti jsou v této souvislosti a ve vztahu k efektu „kluzkého svahu“ též postoje nizozemských lékařů. Královská nizozemská lékařská asociace vydala v červnu 2011 nové směrnice pro výklad zákona o eutanazii z roku 2002. Podle této nové směrnice je koncept „utrpení“ uvedený v zákoně širší, než jak jej nyní vykládá a aplikuje velký počet lékařů. Při posuzování kritérií pro eutanazii je tak podle směrnice žádoucí brát v potaz též „zranitelnost“ pacient zahrnující hlediska typu „ztráty funkcí, ztráty autonomie či osamělost, nezbytnou podmínkou tedy není, aby pacient trpěl život ohrožující či smrtelnou chorobou. Směrnice dále upozorňuje na skutečnost, že zákon o eutanazii je aplikovatelný též vůči pacientům trpícím psychickými chorobami a demencí. V jejich případě je dle směrnice třeba věnovat zvýšenou pozornost splnění stanovených kritérií pro provedení eutanazie. Směrnice dále uvádí, že lékaři, kteří mají morální výhrady k provedení eutanazie, jsou z profesního a morálního hlediska povinni předat pacienta žádajícího o eutanazii, jinému lékaři, který je ochoten žádosti pacienta vyhovět.

Z těchto důvodů není nutné, brát pro zavedení legalizace eutanazie praxi z jiného států, neboť, jak je výše řečeno, dochází k právním úpravám či se dokonce mluví o předčasném kroku nizozemské vlády (Vácha 2014, Eutanazie argumenty pro a proti).

Vrchotová písemně kontaktovala i Hamerského. Sdělila mu, že už v minulosti se různé složky ministerstva zdravotnictví k problematice eutanazie vyjadřovaly. Ministerstvo zdravotnictví před nedávnem s ohledem na senátní návrh zákona o eutanazii z roku 2008

oslovilo zdravotnickou veřejnost. Ministerstvo má tudíž k dispozici již vydiskutované podklady, z nichž vyplývá stejný názor jaký má i MZ, tj. Legalizaci eutanazie určitě nepodporovat. Podporovat paliativní péči je rozhodně v civilizovaných státech vhodnější přístup než uzákonění eutanazie. K věci se vyjádřila Česká lékařská společnost J.E. Purkyně, společnost všeobecného lékařství a další složky zdravotnické veřejnosti. Dle jejich vyjádření je lékařů schvalujících eutanazii minimum.

Ředitel odboru zdravotních služeb Marounek se v roce 2016 k připravovanému návrhu Zlatušky vyjádřil též odmítavě. „*Děkujeme za Váš dopis ve věci eutanazie, za názor k ní a zahraniční materiály, týkající se eutanazie. Ministerstvo zdravotnictví se k dané problematice již několikrát vyjadřovalo, vždy odmítavě. Její nynější stanovisko je neměnné. Ministerstvo proto bude v souladu s názorem na zvyšování paliativní léčby nadále usilovat především o zvyšování kvality léčby bolesti a umožní pacientům důstojné umírání bez potřeby aktivní eutanazie. Nový návrh zákona o eutanazii doposud předložen k vyjádření či připomínkám nebyl, nicméně trůfán si říct, že názor bude shodný a připomínek k zákonu několik. Ministerstvo zdravotnictví legalizaci eutanazie neschvaluje*“ (MZCR, Vrchotová).

Ministerstvo zdravotnictví v žádném případě nesouhlasí např. s §19., kde se uvádí: „Ministerstvo stanoví prováděcím předpisem bližší podmínky, které musí splňovat lékař konzultovaný v souvislosti se žádostí o důstojnou smrt, sestaví formulář uvedený v paragrafu 13. tohoto zákona a určí početní zastoupení odborníků v komisi podle §14 tohoto zákona. Ministerstvo zdravotnictví rozhodně nemůže určit lékaře, kteří mají provést eutanazii. S §12 rovněž nelze absolutně souhlasit. Tento paragraf odkazuje na lékařské postupy pro pomoc k důstojné smrti a pro její vyvolání, jež stanoví Ministerstvo zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví se musí soustředit na důstojnou smrt pacienta prostřednictvím paliativní péče, tišením bolesti a na zachování kvality života v terminálním stádiu nemoci.

Závěrem je třeba konstatovat, že návrh zákona o důstojné smrti z roku 2008 je v souladu s ústavním pořádkem České republiky i s předpisy mezinárodního práva. Návrh rovněž není v rozporu s legislativou Evropských společenství a nejsou v něm obsažena žádná diskriminační ustanovení. Dopad na státní rozpočet je možné označit za minimální. Přesto, že návrh zákona o důstojné smrti nevykazuje legislativní chyby, instituce Ministerstvo zdravotnictví s ním nemůže souhlasit. Při analýze dokumentů, dat a prohlášení jsem především vycházela z korespondence Vrchotové, která mi dokumenty a prohlášení poskytla k nastudování a následné analýze.

9.3 ROZHOVORY S LINIOVÝMI PRACOVNÍKY VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH

A. Termín rozhovorů

V případě reakce oslovených osob byly sjednány dva termíny v táborské nemocnici, po skončení mé pracovní doby. Účast na rozhovoru přislíbilo 7 lékařů, se kterými byl domluven termín v průběhu měsíce května, roku 2017. Uskutečněno bylo všech 7 rozhovorů, všechny odpovědi byly analyzovány pouze u šesti lékařů, jedna lékařka nebyla české národnosti a nepracovala v oboru radiologie. V ČR pracovala krátkou dobu, nicméně ve své diplomové práci jsem se snažila zachytit i názory lékaře z jiné zemi, jelikož při rozhovoru jsem měla možnost se dozvědět, jaké informace a skutečnosti panují v dané oblasti v jiné zemi Evropy.

B. Realizace rozhovorů

Při realizaci samotných rozhovorů byl na osobní schůzce v její první části představen záměr projektu a následně realizován samotný rozhovor, který v průměru s každým lékařem trval od 40 do 60 minut. Před zahájením rozhovoru byl respondentům předložen informovaný souhlas s krátkou informací o autorce a obsahu realizovaného výzkumu (příloha č. 4). V závislosti na situaci byl lékař či lékařka před či po uskutečnění rozhovoru požádán o uvedení sledovaných charakteristik, úzce se vázaných k danému tématu (rok narození a počet odpracovaných let v oboru k lékařství). Lékařům byla zaručena absolutní anonymita a byl jim sdělen záměr zapisovat si odpovědi a dělat si poznámky k jednotlivým okruhům témat. Lékařům byly pokládány otázky dle vypracovaného scénáře rozhovoru. Označená písmena byla pouze pomůckou, rozhovory byly prováděny především dle časových možností lékařů a písmena, kterými byli lékaři označeny, neměly abecední posloupnost. Okruhy témat byly sestaveny tak, aby odpovídali respondenti k cíli výzkumu a stanoveným výzkumným otázkám. I přes konkrétně navržené otázky však zůstala tazateli možnost do rozhovoru zasahovat, např. doplněním otázky či některých skutečností nebo přidáním některých souvisejících témat. Zrovna tak zůstal prostor respondentům sdělit něco navíc, týkající se daného tématu, byť to nebyla přímo odpověď na stávající otázku.

C. Přepis rozhovorů

Jako metodu pro následné zpracování dat jsem použila fenomenologickou analýzu. Kvalitativní postupy vyžadují přesný a adekvátní popis dat. V dnešní době existuje mnoho možností, jak kvalitativní data zaznamenávat a vyhodnocovat. Pro svůj výzkum jsem zvolila audiozáznam (je možný k poslechu komisi) a techniky poznámkování. Technika byla prováděna buď v celých větách, zaznamenávala jsem celý rozhovor nebo jsem si během rozhovoru tvořila pouze poznámky. Poznámka je něco, co nás napadne při sběru dat nebo jejich analýzy a zapíšeme si to.

Zvukový záznam je pro výzkumníka vždy velkou podporou a pomocí. Navíc zachycuje paralingvistické aspekty řeči, jako je síla hlasu, délka pomlky a jiné dobrovolné zvuky. Záznam je tedy nestranný a autentický, jelikož je na něm vše tak, jak se odehrálo (Miovský, 2006, s. 197-198). Volila jsem obě metody i z toho důvodu, že ne každý lékař s nahráváním souhlasil a preferoval pouze moje zaznamenávání. Pro získání kvalitních dat však považujeme i zaznamenávání rozhovoru za nezastupitelné, neboť dochází i k zúčastněnému pozorování (Hendl, 2005, s.206).

Pro přípravu analýzy dat jsem zvolila doslovnou transkripci, což je převod mluveného projevu z interview do písemné podoby. Dále jsem zpracovala písemné podoby rozhovorů a poznámky, které se vztahovaly k určitým rozhovorům, jsem do dat zakomponovala.

D. Zpracování dat

Po přepisu všech uskutečněných rozhovorů následovalo jejich zpracování, které spočívalo v jejich kódování a následné interpretaci. Ve svém textu jsem začala po transkripci dat pracovat hlouběji s textem tak, že jsem opakovaně četla přepis rozhovorů a pro zpřehlednění započala v kódování dat, které je ústředním bodem analýzy. Důležité poznámky, které většinou signalizovaly dojmy, nápady blíže vysvětlovaly nalezené kódy.

Kódování v kvalitativním výzkumu stojí na rozložení dokumentu a převodu dat do významových jednotek, kterým jsou přiřazeny názvy – kódy. Jednotlivé kódy jsou následně seskupovány do určitých kategorií, dle souvislosti a vztahu mezi kódy. Nejedná se přitom o pouhý mechanický proces přiřazování, ale je nutné i analytické uvažování nad získanými daty a hledání vztahů mezi nimi (Vítovská, 2017).

J. Hendl popisuje kódování v kvalitativním výzkumu následovně: „ *Kódování znamená stále srovnávání fenoménů, případů, pojmů a formulaci otázek ohledně textu. Přitom*

se k částem empirického materiálu přiřazují označení neboli kódy, které jsou nejdříve pojmově blízké textu a později se stávají stále abstraktnější“ (Hendl, str. 195).

Účelem kódování v této práci bylo propojit různé segmenty rozhovoru, vztahující se k danému tématu, či mající něco společného s těmito otázkami (Vítovská, 2017). Kódování rozhovorů probíhalo manuálně, zvolila jsem si pět důležitých pojmů, ke kterým jsem následně přidávala písmena, označující lékaře ve zdravotnických zařízeních - příloha č. 5. Z tabulky je tak jasně patrné, kteří lékaři souhlasí s danými jevy, a kteří jsou proti. Jednotlivé části rozhovorů byly pak barevně značeny, a tak byly k jednotlivým kódům přiřazovány. Např., kódy, vztahující se k eutanazii a její legalizaci, k paliativní péči, následně k lidským právům a v neposlední řadě, přímo vyslovení názoru, souhlasící či odporující danou instituci zavést v ČR. Kódy jsem volila, dle důležitosti a přímému vztahu s okruhy témat. V rámci otevřeného kódování jsem označila opakující se jevy, které se úzce vztahovaly k daným okruhům otázek. Postupně se mi tak začaly vynořovat pojmy a různá témata, která jsou pro výzkum zásadní. Poté jsem na samostatný papír vytvořila seznamy z přepisu a snažila se najít vztahy a souvislosti, na základě kterých jsem je shlukovala do skupin a hledala nadřazené pojmy a sestavila obrázek, který je součástí přílohy č. 5. Byl tak vytvořen dokument, v němž byly seskupovány vzájemně tématicky související kódy, které byly průběžně srovnávány. Metodou analýzy kódů tak byly vytvořeny metody srovnávání. Výstupem seskupování je stanovení kategorií, které jsou v další části diplomové práce analyzovány a interpretovány vždy v dílčích závěrech po skončení rozhovorů a v podstatě i během zpracování samotných rozhovorů. Pro udržení návaznosti a přehlednosti jsou kategorie analyzovány v rámci čtyř stanovených pilířů rozhovoru (Hromádka, 2011, Strauss, 1999).

NEMOCNICE TÁBOR

- Ve skupině lékařů od 25 – 30 let byli dotazováni dva lékaři a dvě lékařky (A, B, C, D).
- Ve skupině lékařů od 35 – 50 let byly dotazovány dvě lékařky a pouze jeden lékař (E, F, G).

Skupina lékařů A, B, C, D

Všichni táborští lékaři se shodli, respektive zastávají názor, že otázka legalizace nebude v horizontu několika let u nás vyřešena, tak, aby měla oporu v českém zákoně, jako je

tomu např., v Belgii či Nizozemsku. Lékaři, vyjma lékaře B z této skupiny reflektovali, že již v minulém roce se opět rozvířila debata o legalizaci eutanazie. To tedy vypovídá o tom, že lékaři se o dané téma samozřejmě zajímají. Dva z nich zaznamenali v médiích i debatu z roku 2008, kdy podobně znějící zákon uvedla senátorka Domšová. Celá skupina mladých lékařů uvedla, že je velmi dobře, že otázka legalizace eutanazie se dostává do popředí neřešených problémů.

Lékař B uvedl, že je to celospolečenská diskuze a je velmi těžké na ní jednoznačně odpovědět, diskusi přesto vnímá velmi pozitivně. Názorově se přiklání, že otázka legalizace eutanazie by se měla více řešit mezi lékaři, přesto, že se jedná zcela o politické a právnické téma. Ne vždy paliativní péče přináší závěr života, jak si člověk představuje, byť se domnívá, že je v ČR na vysoké úrovni. *„Zůstává tedy otázkou, zda by měl mít člověk právo, požádat lékaře, aby mu pomohl s jeho usmrcením či ho dokonce usmrtit. Jak jsem již řekl, paliativní péče je na dobré úrovni, spíše se tedy lidé bojí smrti, z toho důvodu se mohou domnívat, že eutanazií by se vše vyřešilo“. V zemích, kde legalizace eutanazie je legislativně ošetřena zcela určitě diskuze nad probíhala déle a velmi intenzivně.*

Lékařka C uvedla, že je především nutné, respektive by bylo správné debatovat nad problematikou umírání v domácím prostředí. Konkrétně tato oblast není dostatečně legislativně ošetřena, především pro pečující osoby. *„Ovšem to by stálo nějakou tu korunu navíc ze státního rozpočtu a tak zavedeme zabíjení lidí. Proč investovat peníze do osoby, která pečuje o nemocnou matku nebo otce, např., tím, že dostane v práci placené volno“.* Nikdo z lékařů se za svou byť krátkou medicínskou praxi neseťkal s prosbou od pacienta, že by chtěl, aby mu lékař podal smrtící látku. Proto se každý lékař ve skupině pozastavoval nad tím, že dle výzkumu veřejného mínění je většina občanů pro eutanazii. Spíš za tím stojí kult mládí a úspěchu. V momentě, když je člověk zdravý, dokáže vyslovit souhlas s eutanazií. Avšak jakmile se situace týká bezprostředně jeho, většina pacientů chce věřit, že zlepšení a naděje na uzdravení ještě zbývá. Argument vyplývá z názorů a zkušeností lékařů v první skupině. Eutanazii by v případě jejího zakotvení do českého zákona měli provádět lékaři. Všichni respondenti odpověděli „ne“, na otázku: Byl by jste schopni, jako lékař provést eutanazii? Co se zneužití eutanazie týká, všichni lékaři jsou za jedno, určitě je zde riziko jejího zneužití.

Co se týká, souhlasu, že by eutanazie měla pařit mezi základní práva občanů, zde cituji slova lékařky C: *„O konci života má samozřejmě každý možnost rozhodovat nebo by, alespoň měl mít možnost. Pokud je někdo nemocný, ale stále schopný rozhodnout o svém životě, může*

ho ukončit sám a nepotřebuje k tomu eutanazii. A pokud je někdo v takovém stavu, že o sobě nemůže rozhodnout, nevím, jestli by mělo být právo ukončit jeho život přiděleno jiné osobě.

Dle lékařky se jedná o celospolečenskou otázku, avšak se domnívá, že je správné, že se začíná debata v politickém prostředí.

Lékařka D z Ukrajiny se na problematiku legalizace dívá úplně jiným pohledem. Je sice dobře, že se tato debata čas od času otevírá, nicméně neumí si představit, jako silně věřící člověk, že by někdy s nemocným pacientem diskutovala o možnosti ukončit jeho život, či dokonce ho na „smrt“ poslala. Jsou sice různí pacienti, ale většinou všichni chtějí žít. Uvedla, že jedenkrát se setkala s přáním pacienta zemřít. Jakmile pacientovi vysvětlila vše potřebné a především mu podala informace o paliativní léčbě, byl pacient jiného názoru a konec života se díval jiným pohledem. Je toho názoru, že legalizace eutanazie by nikdy neměla být obsažena v českých zákonech. Záleží sice na mentalitě země, každý stát je jiný. Domnívá se, že není možné při tvorbě zákona poukazovat na země, jako je Nizozemí, Belgie. Podívejme se třeba na muslimské země, tam je eutanazie tabu. Dále uvedla, že podobný rozhovor s ní nikdo nikdy nezrealizoval a zdůraznila, že o možnosti ukončení života s pomocí lékaře nebo lékaře žádat o eutanazii by se měli vést debaty především právě s lékaři.

„ V naší zemi, odkud jsem přišla pracovat sem k vám, se nikdy otázka eutanazie neřešila, ani na politické scéně, ani v odborných kruzích. U nás je zvykem pacientům pomáhat, ať už ze strany odborníků, tak ze strany rodinných příslušníků. Otázku uzákonění eutanazie jsem začala poprvé vnímat zde v ČR. I v ČR je dle mého názoru plně rozvinutá paliativní péče, je dostupná, možná o ní pacienti či příbuzní nevědí. To může být opěrný bod pro veřejnost s vyslovením souhlasu legalizace“.

Lékařka se dále vyjádřila slovy, že nejvíce se vyvíjí věda a technika, klinická medicína a biomedicína. Není tedy důvod přemýšlet o zákonu, který by legalizoval eutanazii, nýbrž o zákonu, který by chránil lékaře ve specifických situacích. Především je třeba rozšířit do podvědomí veřejnosti principy paliativní medicíny tak, abychom danou situaci nevnímali tak, že se život pacienta zkrátí či prodlouží, ale o kvalitě života pacienta. *„ Nejdříve musíme mít kvalitní paliativní péči a připravené lékaře, nikoliv chystat a předkládat sněmovně či senátu zákon, který by schvaloval eutanazii“.*

Lékař A se k eutanazii, zatím jako jediný vyjádřil pozitivně, ve smyslu souhlasu s debatou tak i se samotným legislativním uzákoněním eutanazie do českých zákonů. Domnívá

se, že pokud je nemocný nevléčitelný a jeho posledním přáním je, netrpět, neshledá nic špatného ani nemorálního na eutanazii. „*Je přece jedno, jestli se jedná o člověka nebo o zvíře. Já sám jsem musel nechat utratit psa, který nesnesitelně trpěl, ale nemohl se vyjádřit. Věřím, že jsem mu zkrátil utrpení, že jsem mu vlastně pomohl. V každém případě s eutanazií souhlasím*“. Lékař s písmenem A tedy říká, že by určitě měl mít pacient právo na ukončení svého vlastního života způsobem, jaký si sám zvolí. „*Jako lékaři se mnohdy snažíme jednat ve prospěch pacienta, ale v podstatě nás nic nechrání před postihem. Proč vlastně doktor, který je statečný a vnímá pomoci pacientovi jako nějaké dobro, je vystaven právnímu postihu? Stejně tak dochází i k tomu, že i u nevléčitelně nemocných pacientů se zahajuje nesmyslná resuscitace, protože lékaři nezahájení vnímají jako postih*“. Chybí tedy zřejmě legislativní opatření na straně lékařů, ty vnímají situaci, týkající se legalizace eutanazie v ČR na jedné straně pozitivně, na druhé straně věří, že se změní něco i na jejich kompetenci.

Záměrně jsem dva zcela odlišné názory uvedla těsně po sobě, neboť mě zajímalo i hodnotové přesvědčení plynoucí z rozdílných náboženských kultur. Já osobně se domnívám, že názor každého člověka je zcela jistě ovlivněn kulturou svoji země a i svým náboženským vyznáním.

Jiný lékař ze skupiny je toho názoru, že návrhy na schválení zákona o legalizaci eutanazie, bohužel vycházejí z přesvědčení, že péče o takového pacienta, který vlastně již není léčen a je u něj praktikována právě paliativní léčba, kdy jsou zmírňovány pouze bolesti a zachována částečná kvalita života, je finančně nákladná, a proto nežádoucí.

Dílčí závěr z rozhovorů první skupiny mladších lékařů:

Na závěr lze konstatovat, že i přesto, že jeden lékař se k eutanazii staví pozitivně, ani jeden ze skupiny si nedovede představit, že by eutanazii pacientovi provedl. Povinností každého lékaře, je udržet psychiku člověka v takové rovině, aby nepřestal věřit na zlepšení svého zdravotního stavu. Dva lékaři ze skupiny se vyjádřili částečně souhlasně k tomu, že určitá forma eutanazie, tzv. divoká eutanazie již dávno v českých nemocnicích existuje a lékaři ji provádějí. Avšak nejedná se přímo o určitou formu eutanazie, nýbrž o situaci, kdy je cílem ukončit trápení a utrpení nemocného, nepokračovat v léčbě, která nepřináší naději na zlepšení. Do budoucna by jistě měl být zejména právními předpisy podrobněji stanoven postup, kdo a za jakých podmínek rozhodne v nepokračování v další léčbě. V úvahu přichází rozhodnutí vícečlenným lékařským konziliem nebo zvláštní lékařskou komisí. Proto by se

mělo do budoucna vypracovat, jak patřičné detailní profesní standardy, tak jednoznačná zákonná ustanovení. Tato ustanovení by se měly vnímat jako nástroje, které mohou vést ke zcela jasnému stanovení pravidel, kdy přesně bude konkrétní lékař za své jednání zodpovědný. Tak by se dal definovat závěr, vypracovaný na základě dat z provedeného výzkumu.

Skupina lékařů (E, F, G)

Jak je uvedeno výše, ani v této skupině žádný z lékařů nesympatizoval s eutanazií, ani se nedomníval, že by eutanazie v ČR byla v horizontu několika málo let vyřešena stejným způsobem, jako je tomu např., v Belgii či v Nizozemí.

Jako první jsem prováděla rozhovor s lékařkou E, pracující v oboru 30 let. Po všech stránkách a z každého úhlu pohledu vnímá eutanazii jako vraždu a nedovede si vůbec představit, že by se tato věc měla stát legální. Zcela určitě zákon patří do tvorby politiků, avšak před jeho možným uzákoněním by měla probíhat dlouhodobá a velmi intenzivní debata mezi aktéry z medicínské odbornosti. Lékaři jsou velmi důležití aktéři, nicméně vzhledem k náplni svého povolání nemohou volat po eutanazii a ani legalizaci eutanazie schvalovat. Nicméně se domnívá, že pokud byt člověk v terminálním stádiu nemoci volá po eutanazii, je to chyba ošetřujícího lékaře. Medicína je dnes na vysoké úrovni, k dispozici je téměř ve všech zdravotnických zařízeních paliativní péče, léčba bolesti je dnes léčena téměř na všech odděleních, psycholog či psychiatr je též dostupný. K umírání by se mělo přistupovat odlišným způsobem, než uzákonit eutanazii.

„ Já sama bych dokázala na přání pacienta nebo jejich příbuzných přerušit kurativní léčbu, nikoliv provést eutanazii. To po mě nemůže nikdo chtít.“. Co se týče odpovědi na otázku, zda se otázka eutanazie čas od času objevila v diskuzi v začátku její medicínské kariéry, odpověděla: „ Byl jiný režim, politický systém se neslučoval se sociálním způsobem života, umírání bylo tabu. Byl to sice průšvih medicíny, na druhou stranu mně osobně se zdá velký malér v dnešní době vyspělé medicíny uvažovat o institutu eutanazie. Navzdory tomu, že by člověk měl mít právo zemřít, v případě jeho nevléčitelného onemocnění a silných bolestí a jiného utrpení. Snad jen na závěr chci ještě říci, že by měla být větší dostupnost hospiců, ať kamenných nebo mobilních. Právě o těch jsem slyšela, že jsou velkým problémem v dnešní společnosti. Jednak nejsou financovány ze státního rozpočtu a je jich v ČR velmi málo. Nad tímto problémem by se spíše měli politici zamyslet, pokud už chtějí něco měnit“.

Ani jeden z lékařů této skupiny neuvedl, že paliativní medicína je jakousi alternativou eutanazie. Jak se často v médiích dává do souvislosti. Názory všech třech lékařů ze skupiny byly víceméně totožné. Jeden lékař ze skupiny, konkrétně lékařka F poznamenala, že kdyby přece jen došlo k uzákonění eutanazie do českého zákona, což si prý vůbec nedovede představit, muselo by být zastoupeno daleko více politických stran a především vyslechnuty pracovní zkušenosti lékařů. Dále lékařka E a F se domnívají, že debata a pokus o uzákonění eutanazie u nás souvisí vždy s volbami, neboť, právě strana, která se pokouší o zavedení zákona o eutanazii, vždy získá body od zastánců. Ovšem může se prý též jednat o posun společnosti.

Lékař G, k celé věci zaujímá stanovisko, že každý občan by měl mít právo se vyjádřit, jak chce zemřít. Ne pro každého je paliativní péče tím nejvhodnějším a nejvíce přijatelným řešením. Debatu vnímá velmi pozitivně. Zvyšuje se silně průměr populace, ovšem snižuje se i kvalita života. Zákon z minulého roku nezná. Rozhodně není přesvědčen, že s otázkou eutanazie přicházejí politici vždy s blízcími se volby, ale spíše se změnou společnosti. Co se týče zneužitelnosti eutanazie, vyslovil následující: „*Žádný systém není stoprocentní, proto možnost zneužití eutanazie nelze vyvrátit, neměla by však být limitujícím faktorem pro lidi danou službu požadující*“. Nevzpomíná si, že po nástupu do svého zaměstnání po ukončení studia by se s tímto tématem setkal a ani se ho prý nikdo na podobné otázky neptal. S tím také souvisí odpověď na další otázku. Žádný zákon by neměl nutit zdravotníka a ani lékaře ukončit život člověka, tedy, že s eutanazií jako takovou v naší zemi nesouhlasí nebo alespoň ne tak, aby lékař vědomě pacienta zabil.

Dílčí závěr z rozhovorů z druhé skupiny lékařů:

Dva lékaři starší generace, vyjma lékaře G zaujali odlišná stanoviska, než jejich mladší kolegové. Z jejich odpovědí vyplynulo, že v dřívější době se otázka legalizace eutanazie a vůbec otázka smrti neřešila, nikoho nenapadlo nic jiného než pacienta léčit a pomoci mu. Není nic špatného na diskuzi o legalizaci eutanazie v ČR, avšak otázku umírání lze řešit jiným způsobem, než nabídnout trpícím a umírajícím eutanazii. Doba i společnost se mění, s nimi i zákony, možnosti a práva. Jedná se o téma, o kterém se dá diskutovat velmi dlouho. I kdyby k uzákonění eutanazie došlo, její praxe by byla velmi komplikovaná. Těžko by zákon dokázal zahrnout utrpení všech nemocných pacientů. Odpovědi lékařů dané skupiny nelze formulovat celoplošně na celou odbornou společnost, toho jsem si plně vědoma. Na otázku, zda se jedná

o předvolební téma, odpověděli všichni tři lékaři shodně. Vždy se najde politická strana, která vyhledává koalice ostatních aktérů pro svoji ideu, kterou by chtěli zrealizovat. Ve skupině služebně starších lékařů se lehce pozitivním způsobem vyjádřil pouze jeden lékař G. Ani jeden z těchto lékařů nevedl, že by při nástupu do svého zaměstnání před zhruba dvaceti lety pozoroval nějakou debatu nad ukončením života smrtelně nemocných lidí. Umírání rozhodně není a nikdy nemělo být tabu. Měly by být nastaveny legislativní pravidla a normy, které by chránily lékaře před trestním postihem. Především v době, kdy dojde k přerušení léčby, byť na přání příbuzných nebo samotného pacienta. Zde vidí lékaři v obou skupinách nedostatky.

Lékaři obou skupin táborské nemocnice pracují na radiologickém oddělení, tedy na oddělení, kde nepřijdou do styku tváří v tvář nemocnému a smrtelně nevyлéčitelnému člověku.

NEMOCNICE PRAHA

- Skupina lékařů od 25 – 35 let (A, B, C, D, E).
- Skupina lékařů od 38 – 55 let (F, G, H, I)

Skupina lékařů (A, B, C, D, E)

Pro rozhovory v první skupině mladších lékařů jsem zvolila pět lékařek, lékaře žádného. A to z toho důvodu, že na oddělení, kde jsem rozhovory prováděla, pracuje jeden lékař, kterého jsem zahrnula do skupiny starších lékařů. Lékař, odpovídající kritériím pro první skupinu, byl v době realizace rozhovorů na stáži mimo zdravotnické zařízení.

Jako první jsem pro svůj vlastní výzkum vedla rozhovor s lékařkou C, nejmladší z celé skupiny lékařek. Sama se k otázce eutanazie a její legalizace vyjádřila velmi negativním postojem. Uvedla, že se jedná o velmi populistický krok, ten, kdo s návrhem přišel na politickou scénu se chtěl pouze zviditelnit. Jsou jistě důležitější témata, o těch by se mělo spíše hovořit. „ *Asi tak lidé navrhnou eutanazii, neboť se bojí umírání. Možnosti paliativní péče jsou většinou lidem neznámé. To je problém. Řešit financování a možnosti právě paliativní péče, nikoliv nabízet lidem eutanazii. Jsem určitě proti a to za všech okolností.* Lékařka k věci o legalizaci ještě uvedla, že je dobře, že se debaty vedou, jistě jsou důležité, jen se domnívá, že jsou vedeny špatným směrem. Veřejnost má z mého pohledu nízké povědomí o paliativní péči, tam by se mělo začít. „ *Lidem by se mělo ulevit od bolesti, avšak nemělo by to jí naráz, mělo by to jít postupně. Možná, právě proto, že lidé nevědí o paliativní péči vše, pak volí*

eutanzii. Určitě by neměla být legalizace eutanazie, tedy právo na smrt být v listině základních práv občana“.

Lékařka B uvedla, že ani nepostřehla, že by se právě nyní řešila otázka eutanazie na politické půdě. „*Možná je to zlé, ale nic takového si nevzpomínám. Na druhou stranu se domnívám, že by spíše byla lepší vzájemnější komunikace mezi lékaři, ti by právě měli dostat možnost k celé věci se vyjádřit. Doposud nic takového nebylo“.*

Na otázku, zda celá otázka kolem eutanazie může souviset s blížícími se volbami, odpověděla, jako všechny její kolegyně. „*Může to s nimi souviset, avšak spíše se přikláním k myšlence, že celá debata, týkající se otázky umírání souvisí s evropskými trendy“.* Sama se lékařka s prosbou nemocného pacienta, ukončit jeho život setkala pouze jedenkrát. Bylo to po nástupu do svého prvního zaměstnání a dodnes se domnívá, že to pacient sdělil v rozrušení. Dle jejích slov toto přání řekne člověk výjimečně, dokonce se spíše jedná o přechodný stav. „*Pokud dle výzkumu veřejného mínění je značná část občanů pro legalizaci eutanazie, výzkum rozhodně nebyl prováděn mezi nemocnými lidmi. Jelikož vítězí kult mládí a úspěchu, tak právě mladí a úspěšní lidé si nedokáží představit bolest, strach, osamění. Prostě vše, co ve většině případů konec života přináší.*

Ani lékařka B se nedomnívá, že by rozhodnout se zemřít s pomocí lékaře, mělo patřit mezi základní lidská práva občanů. Léčba bolesti je na vysoké úrovni, bohužel informovanost mezi veřejností je na velmi nízké úrovni. O nepříjemných věcech, ke kterým umírání bezesporu patří se, moc nemluví, což může být z části důsledkem vyššího procenta populace, souhlasící s uzákoněním eutanazie. „*O otázce eutanazie by měli určitě rozhodovat lékaři, nikoli aktéři z politického prostředí“.* Ti by měli být pozváni až na konci debaty, bohužel v ČR je to zatím zcela opačně“.

Lékařka s písmenem A je silně věřící a nejmladší z celé generace mladších lékařů. Jako jediná z celé skupiny uvedla, že celá debata souvisí s blížícími se volbami. Jinak si neumí tak kontroverzní téma vůbec představit. Této lékařce nikdy žádný pacient, ani ten v nejtěžším stádiu nemoci neřekl či ji nepožádal, že by chtěl zemřít. Naopak lidé dle jejích slov chtějí žít a být vyléčení navzdory svému onemocnění. Vůbec tedy nechápe, jak na základě Výzkumu veřejného mínění se uvádí, že zájem o eutanazii v ČR rapidně stoupá. Stejně shodně jako lékařka C, se vyjádřila k paliativní medicíně. „*Rozhodně chybí informovanost, ta je zatím bohužel nedostatečná. Lidé si pod pojmem paliativní péče a hospic představují úplně něco jiného. S tím by se mělo začít, pak teprve řešit uzákonění eutanazie. Domnívám se a*

troufám si i věřit, že by se procento souhlasících snížilo. Na závěr rozhovoru lékařka, že její silně negativní stanovisko k danému tématu souvisí s jejím náboženským vyznáním.

Lékařka D se vyjádřila obdobně jako její kolegyně B. O debatě sice ví, něco v mediích zaslechla, nicméně zákon nezná, ani se o něj nezajímá. Daná problematika by zcela jistě měla být posuzována prostřednictvím medicínských odborníků, nikoliv politickými aktéry či veřejností. Sama lékařka sdělila, že během její krátké praxe v medicíně má pouze jednu zkušenost s přáním zemřít pomocí eutanazie. Ovšem ne přímo, že by žádala, nýbrž podepsala DNR (do not resuscitation – anglicky, neresuscitovat). „*Nikdy v životě mě pacient nežádal, abych mu pomohla zemřít. Rozhodně nejsem pro prodlužování trápení, avšak je rozdíl mezi aktivní léčbou, v době neodkladné smrti a léčbou symptomatickou. Rozhodně nejsem pro eutanazii.*“ Léčba bolesti by se měla provádět postupně, nikoliv aktivně vysokými dávkami, např. opiáty provést eutanazii. Lidé nemají úplné podvědomí, jak léčit bolest, z toho důvodu lidé volají po eutanazii, dodává na závěr rozhovoru.

Jako poslední rozhovor se uskutečnil rozhovor s nejstarší lékařkou z celé skupiny, označenou číslem E. K otázce, zda si v mediích nebo v tisku všimla připravovaného zákona „*O důstojné smrti*“ odpověděla, že o debatě i o připravovaném zákoně věděla, neumí si však představit, jak by zákon prováděl v praxi. Sama dává rozhodně přednost paliativní péči. „*Za přáním legalizovat eutanazii stojí zcela určitě především strach z umírání a osamocení, což právě paliativní péče dokáže patřičným způsobem řešit. Druh zmiňované léčby by si zasloužil daleko více informovanosti, lidé a především blízcí a příbuzní pacienta, kterého se právě paliativní péče bezprostředně týká vůbec netuší, co si pod tímto pojmem představit. Nemají ponětí ani o jejím financování, bojí se, že na ni nebudou mít peníze.*“ Dále konstatovala, že lidé, kteří k celé věci zaujímají kladné stanovisko, jsou zpravidla osoby, které tomu vůbec nerozumí nebo se s umírajícím či s vlastní nemocí nikdy během svého života nesetkali. Že se o eutanazii nyní rozšířila debata, souvisí spíše se změnou společnosti, lidé se domnívají, že umírání a především z jejich pohledu nedůstojné, k životu nepatří. K závěru života patří rychlý konec, pokud možno bez trápení a bolesti. To právní ukotvení eutanazie přece nevyřeší, uvedla lékařka v závěru rozhovoru. „*Já osobně jsem se žádostí odejít z tohoto světa od žádného pacienta nesetkala, naopak vždy po mně žádali pomoc. Léčba pacienta v terminálním stádiu nemoci by nemělo být zatěžující, mělo by být efektivní. Měla by to být léčba, ne prodlužování trápení. A už vůbec ne eutanazie.*“ Na závěr dodala, že, zda má mít člověk právo na smrt, je celospolečenská otázka a ona sama by aktivně nikomu eutanazii

nenabídla.

Dílčí závěr z rozhovorů první skupiny lékařů:

Lékaři, zahrnuti do této skupiny, jsou lékaři pracující ve zdravotnickém zařízení, ve kterém se již druhým rokem praktikuje paliativní péče. Je tedy zcela pochopitelné, že ani jeden z lékařů v této skupině s žádnou formou, a ani jiným způsobem odchodu ze světa, kromě paliativní péče nesouhlasil. Během analýzy dat z rozhovorů první skupiny jsem se setkala sice s názory, že nějaká forma eutanazie v ČR existuje i v současnosti, ale téměř nikdo toto jednání otevřeně nepřizná. Jednání se v podstatě odehrává utajeně, jelikož lékaři ani veřejnost mnohdy neví, co lze označit jako ukončení léčby a co je již postihnutelná eutanazie. Snad zde jsou legislativní mezery a ty by se měly určitým způsobem právnicky obsadit.

Skupina lékařů (F, G, H, I)

V skupině lékařů starší generace jsem oslovila tři lékařky a jednoho lékaře. Jedna z lékařek je vedoucí lékařka paliativní péče v zdravotnickém zařízení. Lékařka odpovídala na otázky poslední z celé skupiny. Rozhovor trval nejdéle a více než o eutanazii jsme spolu hovořily směrem k paliativní péči.

Rozhovor s lékařkou F jsem jako první zvolila z důvodu její letité praxe, v medicínském oboru pracuje přes třicet let a již od útlého věku chtěla pomáhat lidem.

Co se týče otázky legalizace eutanazie, cítí hořkost a zprvu se absolutně nehodlala k danému tématu vůbec vyjadřovat. Je pro ni naprosto nepředstavitelné, že by měla pacientovi pomoci zemřít. Za celou svoji praxi se nesešla s přáním od pacienta zemřít. Když po ukončení studia nastoupila do zaměstnání, nikde a nikdy se o eutanazii nehovořilo. Jak se říká dnes moderně, bylo to tabu, nicméně, to, co se dnes v moderní medicíně diskutuje a řeší ji samotné nepřijde vůbec správné. Lékařka F konstatovala, že určitá doporučení, chránící lékaře před nebezpečím trestního postihu v případě přerušení léčby, nikoliv uzákonění eutanazie. „ *O zákon, schvalující eutanazii v ČR se vůbec nezajímám a myslím, že ani většina mých kolegů. Pracuji ve zdravotnickém zařízení, kde paliativní léčba dosáhla uznání a praktikuje se zde, nemůžu a ni nechci vyslovit jiné stanovisko. Se zákonem, aniž bych se s ním seznámila souhlasím a nikdy bych eutanazii pacientovi neprovedla. Snad jen nějak legislativně ohlídat či pozměnit situaci, kdy v léčbě pokračovat nebo ji ukončit, v případě, že se nejedná o efektivní léčbu a lékař není postižitelný.* Na otázku, zda debatu vnímá ryze lékařské nebo politické téma odpověděla, že zákonodárci mají spousta zákonů, které je zcela

určitě vhodné řešit přednostně.

Druhý rozhovor se odehrával v ambulantních prostorech zdravotnického zařízení. Lékařka I je vedoucí lékařka ambulantního provozu. Její medicínská praxe není tak dlouhá jako praxe lékařky F, nicméně až na některé rozdílnosti v odpovědích byly její názory velmi obdobné. Lékařka uvedla, že diskuze, která okolo daného tématu proběhla je z jejího pohledu vnímána pozitivně. Avšak samotnou otázku legalizaci eutanazie vnímá negativně, neboť linioví pracovníci, tedy lékaři mají život chránit, prodlužovat, nikoliv zkracovat či dokonce ukončovat. Je to otázka zcela lékařská a političtí aktéři by vůbec neměli problematiku umírání řešit navrhováním eutanazie. „ *Podle mých zkušeností to není vůbec dobře, chápáno, lidé se dost pletou, chybí dostatečná informovanost ohledně paliativní medicíny. Je v tom chaos a pak není divu, že výzkum veřejnosti odhalí souhlas s eutanazií. Spíše kladně odpovídají mladí a úspěšní lidé. Kdybych někdy ležela a nebyla naděje, šance na uzdravení, ať mě lékař zabije. Ovšem, jakmile člověk se v situaci ocitne, mluví rozdílně, úplně opačně. Naděje totiž zůstává a umírá poslední. Člověk a především nemocný má sílu a tendenci věřit. Nikdy jsem od žádných svých kolegů neslyšela, že by pacient ve chvílích, kdy umírající volal po eutanazii“.* Lékařka dále konstatovala, že by to měla být především lékařská debata, nikoliv politická. V kruhu politickém se spíše jedná o moderní záležitost. Nedomnívá se, že by debata z části souhlasila s blížícími se volbami, neboť volby budou až tento rok a debata se již začala objevovat v médiích už minulý rok. V době, kdy lékařka nastoupila do zaměstnání, přibližně před třinácti lety se již občas otevírala debata, směřující k eutanazii. To, že se objevovala lékařka rozhodně, neshledává negativně ani pozitivně. Naopak, o umírání se mluvit má, nikoliv však o eutanazii. Lékařka v závěru rozhovoru konstatovala, že dnešní medicína a s ní i plně rozvinutá paliativní péče je na vysoké úrovni, nejen v našem zdravotnickém zařízení, není nutné polemizovat o zákonu, který by legalizoval eutanazii. Vedoucí lékařka ambulantní péče konstatovala, že stále dochází ke směšování dvou odlišných pojmů, co se týče eutanazie a paliativní péče. Je dobře, že se debata začíná řešit mezi politickými aktéry, měly by se nejdříve pojmy veřejnosti vysvětlit.

Předposlední rozhovor mi poskytl lékař, který má dvacetiletou praxi. Ihned v úvodu rozhovoru lékař H sdělil, že rozhovor s ním na dané téma bude velmi komplikovaný a rychlý, neboť patří mezi odpůrce eutanazie. S žádným s lékařů, kteří kdy vyslovili „ano“ pro eutanazii se neztotožňuje a zcela ji odmítá. Ačkoliv je zhruba šedesát procent občanů legalizaci nějaké formy asistované smrti příznivě nakloněno, v naší veřejné odbornosti

převažuje odpor. Lékaři rozhodně odmítají, že by měli „zabíjet pacienty“. *„Pokud je od českých lékařů a zdravotníků slyšáno, že žádost o eutanazii je „voláním o pomoc“, musím konstatovat, že taková interpretace je doslova považována za typ paternalismu. Já osobně pléduji spíše za to, aby se politicky určené formy umírání staly dostupné zároveň s tím, že se stanou široce dostupné prostředky paliativní péče. Mnoho pacientů totiž dá přednost zcela určitě delšímu životu, jehož závěr jim usnadní paliativní péče, než aby si ho dobrovolně zkrátili žádostí o eutanazii. Není totiž možné v našich podmínkách prosazovat belgický zákon bez dalších vymožeností belgického zdravotnictví. Smyslem medicíny není „uléčit pacienta k smrti“, prodlužovat jeho umírání, nýbrž léčit tam, kde je to možné. Nemělo by se léčit za každou cenu, ale nemělo by se ani nabídnout eutanazii, mělo by se podpořit pacienta k paliativní péči“.*

Lékař H zdůraznil, že paliativní medicína je v českém prostředí na vysoké úrovni a lidé, kteří vysloví souhlas, jsou vesměs mladí, úspěšní. Dále podotknul, že souhlas s legalizací nemá nic společného s možnostmi paliativní péče.

Rozhovor s lékařkou G jsem záměrně připravila jako poslední. Lékařka v úvodu uvedla, že debatu vnímá jako blížící se nebezpečí naší společnosti, nemůže ani uvěřit, že vůbec něco takového naše zákonodárce napadne. Měli by se zamyslet na zcela jinými zákony, například změny ve financování paliativní péče. Paliativní péče v závěru života je „důstojná smrt“, nikoliv eutanazie. Lékařka dále uvedla, že lidé si spíše nárokují právo na vše, nikoliv na smrt.

„Debata je zcela určitě politická i medicínská, jelikož se jedná o úpravu legislativy, přesto se domnívám, že lékařů se na jasná stanoviska a argumenty nikdo neptal a došlo by k úpravě zákona bez odborné veřejnosti. Já jako lékařka, pracující v mobilním hospici, jsem se nikdy nesečkala s žádostí o „pomocnou smrt“, nikdy za celou svoji medicínskou praxi. Na druhé straně mohu konstatovat, že optika na život se mění.“

Co se léčby bolesti týče, nedá se samozřejmě mluvit, o tom, že by léčba bolesti zaujímala přední místo na světovém žebříčku zdravotnických zařízení ve střední Evropě, nicméně studie a výzkumy udávají, že se v naší republice mnohé změnilo. Dalším velkým nebezpečím se jeví i zneužití, kluzký svah. Eutanazie by dle názoru vedoucí paliativní rozhodně neměla patřit mezi základní lidská práva. *„Nejdříve musíme mít kvalitní paliativní péči a připravené lékaře, kteří tématu rozumí. Návrh zákona o důstojné smrti se snaží vyřešit mnohdy neúnosnou situaci pacienta, který trpí vážnou chorobou. K této možnosti již*

přikročilo nemálo států, problematice rozumím a hodně se o celé téma zajímám. Já sama se domnívám, že pro řešení shora zmíněných situací by bylo zakotvení podrobně upravené a kontrolované možnosti ukončit život člověka nacházejícího se ve vážném a neřešitelném zdravotním stavu, např. na základě jeho dobrovolného rozhodnutí.

Lékařka jinými slovy uvedla, že asistovaná sebevražda či eutanazie, která by měla být řešením pro pacienty, kteří v závěru svého života trpí, pokládá za přístup zcela špatný. I v zemích, kde je eutanazie zákonem stanovena, jsou žádosti pacientů velmi často opřeny o jiné důvody, než je fyzické utrpení.

„ První věcí, na kterou by se měli aktéři veřejné politiky soustředit, než začnou vést diskuze o eutanazii, je zvýšení dostupnosti paliativní péče. Uvedu zde příklad. Mobilní hospicová péče umožňující pacientům zemřít doma ještě zatím není standardně hrazena pojišťovny a ani v nemocnicích, tedy naše zdravotnické zařízení je výjimkou, nejsou odborníci na paliativu standardní součástí lékařského týmu. A nebudu samozřejmě zmiňovat chybějící paliativní ambulance.

Dílčí závěr druhé skupiny, starší generace lékařů:

Ve skupině lékařů převažoval víceméně shodný názor na danou problematiku. Za velmi významnou událost lze považovat rozvoj paliativní péče, která často bývá pokládána jako alternativa eutanazie. Právě možná rozvoj paliativní péče v České republice mohl přilákat pozornost k tématu důstojné umírání, které může být pro mnohé aktéry či veřejnost spjato právě s legalizací eutanazie. Vzhledem k institutu Dříve vysloveného přání a rozvoje paliativní péče celá skupina lékařů vyslovila nesouhlas s legalizací eutanazie. Je zapotřebí více informovanosti, více finančních zdrojů od státu a především více odborníků na paliativní péči. Budeme-li vše mít, není nutná debata o eutanazii. Touto větou se dá shrnout základní poznatky z rozhovorů s liniiovými pracovníky zdravotnického zařízení, ve kterém zmiňovaná paliativní péče je zcela dostupná všem pacientům.

9.4 MEDIÁLNĚ ODBORNÁ ANALÝZA ILUSTRUJÍCÍ VÝVOJ ZÁKONA O EUTANAZII A PALIATIVNÍ PÉČI Z OBDOBÍ 2014- ČERVEN 2017

Analýza médií dlouhou dobu znamenala jen pročitání článků a různých vypovídajících hodnot. Výstupem analýzy, která dává nejen reálný obraz mediální komunikace zasazené do kontextu dalších událostí, ale poskytuje důležité „insighty“ doplněné o vhléd analytika, který

popisuje jevy, které mohly ovlivnit mediální obraz (Monitoria Media, 2017).

Jedná se o přehledný rozbor mediálního obrazu tématu eutanazie a paliativní péče a pojmů k nim vztaženým. Cílem analýze je utřídit a zpřehlednit informace z vybraných odborných periodik, upozornit na souvislosti, rozdílnosti a především porovnat četnost zveřejněných příspěvků. Mediální analýzou se snažíme získat informaci, zda je téma eutanazie a paliativní péče v médiích prezentováno spíše v pozitivním, negativním nebo neutrálním přesvědčení.

Zvolila jsem sedm odborných časopisů, které se věnují odborné činnosti a pracovní náplni liniových pracovníků. Ve své diplomové práci jsem lékaře určila jako liniové pracovníky, a právě z tohoto důvodu jsem volila časopisy, určené jejich práci. Zdravotní sestry patří též mezi důležité klíčové aktéry ve věci legalizace eutanazie, proto část mediálně-odborné analýzy byla čerpána z časopisu, věnující se pracovní náplni zdravotním sestram.

Záměrně jsem zvolila rok 2014, neboť mě velice zajímalo, zda již dva roky před připravovaným zákonem o důstojné smrti v odborných člancích bude na dané téma diskutováno. Dva roky mi připadá dostatečně dlouhá doba na seznámení odborné veřejnosti s připravovaným zákonem. Časopisy jsem analyzovala spíše kvalitativním způsobem, sice jsem spočítala množství textů s jednotlivou tematikou, avšak větší důraz jsem kladla na obsah článků. Součástí mediálně odborné analýzy je otevřené kódování, které je provedeno vždy na závěr každého časopisu. Účelem kódování je transformace kvalitativních dat do podoby, aby mohla být zpracována a vyhodnocena. Vzhledem k tomu, že se jedná o data kvalitativního charakteru, jsou kódy ve formě textu. V rámci otevřeného kódování jsem stanovila stále opakující se jevy v textu, kolem těchto jevů jsem seskupila pojmy, které s tímto jevem úzce souvisely a následkem této činnosti vznikly kategorie. Proces se nazývá kategorizace. Kategorizací jsem upozornila na výskyt opakujících se pojmů k danému kódu, který jsem vždy volila s ohledem na obsah textů. Kódy, které jsem si stanovila po přečtení odborných textů jsem stanovila záměrně. Úzce s oběma tématy souvisí a kódy se téměř ve všech člancích vyskytovaly. V případě humanitárních aktivit se jednalo především o realizaci hospiců a zdravotnických zařízení zabývajících se paliativní péčí. Z tohoto důvodu jsem volila tento kód. Chtěla jsem tak odlišit, co se teprve plánuje v oblasti paliativní péče, co je její problémová oblast a co již plně funguje. Etika a psychologie úzce souvisí s pracovní činností liniových pracovníků ve zdravotnictví, a to ve vztahu k pacientům. Zajímalo mě, zda se v člancích i tento aspekt objevuje. Kód hospic je sice téměř identický s kódem paliativní péče. Ne však ve všech směrech. Paliativní péče v nemocničních zařízeních je svým způsobem

odlišná, než v hospicích. Hospice nejsou stále plně financovány a jejich potřeba realizace se zvyšuje. Ke kódu hospic patří i pojem mobilní hospic, a z tohoto důvodu jsem zvolila po přečtení odborných textů tento kód. Dětskou paliativní péčí a eutanazií jsem chtěla odlišit potřeby nemocných dospělých, nemocných dětí a jejich rodičů. Kód index jsem volila pro jeho jedinečnost a zajímavost v oblasti lékařského ošetřování geriatrického pacienta „lege artis“.

Jedná se o tyto odborné časopisy:

- Časopis Sestra
- Časopis Florence
- Časopis Zdravotnictví a medicína
- Časopis Tempus medicorum
- Časopis Zdravotnické noviny
- Časopis Medical Tribune
- Časopis lékařů českých

V rámci kódování jsem stanovila tyto kódy:

- Kód č. 1 – humanitární aktivity
- Kód č. 2 – paliativní péče
- Kód č. 3 – eutanazie
- Kód č. 4 – psychologie
- Kód č. 5 – etika
- Kód č. 6 – hospic
- Kód č. 7 – dětská eutanazie
- Kód č. 8 – dětská paliativní péče
- Kód č. 9 - index

V prvním časopise, Sestra, ve kterém jsem analyzovala dané téma, se v roce 2014 objevil text, vztahující se k paliativní péči čtyřikrát, k problematice eutanazie ani jeden. Už v jednom z těchto článků je zmíněno „*umírání v kruhu rodinném*“, důstojné prožití posledních dnů, nejlépe mezi blízkými. V jiném článku se autor odvolává na reformu zdravotní péče a důstojnosti lidského život ve smyslu paliativní péče a péče o umírající.

V následujícím roce se v časopise Sestra objevily dva tituly, vztahující se k tématu eutanazie a zároveň k paliativní péči. A sice, jeden z nich poukazoval na přístup studentů medicíny k eutanazii s ohledem na otázku víry a druhý se věnoval rehabilitaci v paliativní medicíně. Co se týče eutanazie jako důstojné smrti, tak studenti medicíny často ve svých odpovědích uvedli, že si pod pojmem eutanazie představují důstojnou smrt. Výzkum prostřednictvím dotazníkového šetření se uskutečnil mezi studenty Univerzity Palackého v Olomouci. Diskuze na téma je složitá nejen mezi širokou veřejností, nýbrž i na akademické půdě studentů medicíny.

V roce 2016 se v odborném časopise objevil pouze jeden text, odkazující na paliativní péči. A sice umírání pohledem zdravotnického personálu, tentokrát z pohledu liniových pracovníků – zdravotní sestry lůžkového hospice v Chrudimi. Hospice jsou dnes s rozvojem paliativní medicíny a logickou integrací hospiců do zdravotnického systému uznávány jako „něco víc než nemocnice“. Hospic doprovází smrtelně nemocného, jeho blízké, poskytuje pacientovi paliativní léčbu a neslibuje uzdravení. Autorka textu dodává: „*Neslibuje vyléčení, slibuje léčitelnost a nebere naději*“.

V lednu 2017 se článek v periodiku věnoval psychologickým a etickým aspektům bolesti a umírání. Dále akutní a chronické bolesti v hospicové a paliativní péči. Byl kladen důraz na podporu paliativní péče a na její řádné a v daném čase podhodnocené financování.

Celkem 8 článků.

Kód č. 1: humanitární aktivity - zakládání hospiců, paliativní péče, onkologická diagnóza, terminální nemocní

Kód č. 2: paliativní péče – provázení umírajících pacientů, zodpovědnost, lidskost, umírání v kruhu svých blízkých, důstojnost, kvalita života, náboženství, zlepšování kvality ošetrovatelské péče

Kód č. 3: eutanazie – postoj studentů medicíny, autonomie člověka

Kód č. 4: psychologie – kvalita života

Kód č. 5: etika – vztah sestry a pacienta

Kód č. 6: hospic – terminální stav pacienta, síť hospicové péče, domácí a institucionální model umírání

V časopise Florence se v roce 2014 objevil pouze jeden titulek, odkazující na paliativní péči, a sice využití hospicové a paliativní péče a poskytování péče umírajícím. Článek, vztahující se k legalizaci eutanazii nebo nějakým způsobem narážející na problematiku eutanazie, ať už ve smyslu souhlasu či odporu, jsem v časopise nenašla.

O rok později se ve stejném časopise napsaly tři texty, a sice jeden poukazoval na dlouhodobou péči a péči v posledních letech života ve Velké Británii, druhý se věnoval hospicové péči, třetí obdobnému tématu, důstojnému životu do poslední chvíle. Pomocí demografických otázek bylo zjištěno pohlaví dotazovaných. Bylo zjištěno, že právě pohlaví

nemá absolutně vliv na povědomí veřejnosti o hospicích. Co mělo největší vliv na znalosti a užití možností paliativní péče bylo vzdělání dotazovaných. Navzdory všem pozitivum vyplynulo z výzkumného šetření, že veřejnost stále nemá o hospicích a samozřejmě i o paliativní péči dostatečné informace. A to i přesto, že od otevření prvního hospice uběhlo téměř dvacet let. Stále jsou tato zařízení opředená mnoha mýty a nejasnostmi. V textu se dále uvádí, že je bezesporu velmi důležité, aby se povědomí o paliativní a hospicové péči zlepšilo. V závěru se uvádí, že problematika hospicové a paliativní péče je velmi choulostivá a naši společnost čeká ještě strastiplná cesta, než se ji naučíme chápat a brát jako normální součást našeho života (Hospic očima veřejnosti, Lekešová, L).

V roce 2016 se ve jmenovaném časopise objevil text, zaměřený na pacienty s chronickým srdečním selháním v kontextu paliativní péče. Paliativní medicína v sobě zahrnuje daleko více, než péče o staré a onkologicky nemocné lidi. Dotýká se i péče o mladé, trpící nevléčitelnou nemocí či o pacienty středního věku postižené srdečním selháním.

V posledním roce 2017, se na stránkách časopisu Florence nacházel text, který informoval čtenáře, že paliativní péče se stala tématem konference Plzeňského regionu ČAS. Proběhl již první pokus o zlepšení stavu u veřejnosti, co se týká paliativní a hospicové péče?

Celkem 6 článků.

Kód č. 2: paliativní péče – principy paliativní medicíny, geriatrický pacient, podpora kvality života, úleva od bolesti, dlouhodobá péče, péče o umírající

Kód č. 6: hospic – umírání, smrt, financování hospicové péče, hospicová a paliativní péče, aspekty kvality života pacientů

Dále jsem analyzovala časopis Zdravotnictví a medicína, určený především lékařům. Již v roce 2014 časopis informoval o dětské eutanazii v Belgii, resp. o asistované sebevraždě u smrtelně nemocných dětí. Schválený zákon se setkal s obrovskou kritikou, především z řad lékařů. Zákon byl chválen poměrně jednoznačně, 86 poslanců hlasovalo pro, 44 proti a 12 se hlasování zdrželo. Několik pediatriů žádalo prostřednictvím otevřeného dopisu poslance, aby zákon alespoň odložili, neboť dětem chybí schopnost správně pochopit a posoudit eutanazii. V článku se citují i slova profesora Stefaana Van Goola, který se specializuje na léčbu dětských pacientů s onkologickým onemocněním. „ *Z řad laické ani odborné veřejnosti nebyl vyvíjen tlak na uzákonění možnosti asistované sebevraždy u dětí. Není nutné, aby zákon byl*

přiját a uveden v účinnost tak rychle, “zdůraznil.

V Belgii, stejně jako v ČR, křesťanskodemokratická strana v čele s poslankyní Mia de Schamphelaere, která hlasovala proti přijetí legislativy, obvinila poslance podporující kontroverzní zákon, že ignorují medicínské i etické stránky věci kvůli „znepokojující ideologické tvrdohlavosti“. Liberální poslanec Jean-Jacques De Gucht, v opozici, je dlouhodobým zastáncem dětské eutanazie, který s odkladem platnosti zákona nesouhlasí. „*Návrh je příliš důležitý na to, abychom jej zdržovali. Debata o něm probíhala dostatečně dlouho a odpovídala závažnosti tématu. Je třeba si uvědomit, že pro lidské utrpení neexistuje věkový limit, a proto hodláme najít optimální řešení. Nicméně, každý si k němu může zaujmout svůj postoj. Přece žádné rodiče uzákoněním dětské eutanazii nenutíme k jeho svolení* (Belgie legalizovala eutanazii u dětí, Zdravotnictví a medicína, 2014).

V roce 2015 se objevil první text, související s problematikou eutanazie v ČR. V časopise vyšel článek: *Eutanazie pro a proti*, kriticky reflektována eutanazie, ve vztahu kultury společnosti. Další dva články odkazovaly na paliativní léčbu, první na léčbu u onkologicky nemocných pacientů. Druhý, publikovaný v daném časopise se věnoval myšlence smrti, která souvisí vždy s kulturou společnosti.

V roce 2016 byl v časopise publikován jeden text, v souvislosti s dětskou paliativní péčí a týkal se její obtížné dostupnosti, respektive její nedostupnosti.

Během posledních let proběhlo v Evropě několik národních průzkumů k identifikaci potřeb dětské paliativní péče. Bohužel dostupnost paliativní dětské péče v domácím prostředí je ve většině krajů ČR téměř nulová. Jednak pomoc umírajícím nezletilým a jejich rodinám v domácím prostředí nabízejí jen čtyři organizace a péče není hrazena z prostředků zdravotního pojištění.

„Rodiny s nemocnými dětmi se často dostávají do sociální izolace a finanční tísně, protože jeden z rodičů musí opustit svoje zaměstnání“. Vysvětluje Lucie Hrdličková z Kliniky dětské onkologie a hematologie 2. LF UK a FN Motol. Zakotvit dětskou paliativní péči v systému úhrady, by jistě situaci z větší části vyřešilo. Náměstkyně JUDr. Lenka Arnoštová, Ph. D. Se vyjádřila slovy, že Ministerstvo zdravotnictví oblast dětské paliativní péče plně podporuje. Avšak její financování může být oficiálně zakotveno v systému úhrady až od roku 2018. A sice na základě výsledků pilotního projektu mobilní hospicové péče, který funguje již několik měsíců a do kterého se zapojilo již několik subjektů.

V posledním roce se v daném časopise objevil jeden titulek, opět související s dětskou paliativní péčí, tentokrát v domácím prostředí. V článku byla kriticky reflektována její nedostupnost, špatná organizace a její řízení. MZČR podle náměstkyně JUDr. Lenky Arnoštové Ph. D. oblast dětské paliativní péče podporuje. Systémovému řešení by podle náměstkyně měl pomoci pilotní projekt mobilní hospicové péče, fungující již několik měsíců a do kterého se zapojilo již několik subjektů. Na základě jeho výsledků by mohlo být od roku 2018 oficiálně zakotveno financování.

Nicméně jsem ještě analyzovala jeden titulek, který jsem zcela náhodou objevila při studování potřebných materiálů, souvisejících s tématem diplomové práce. A sice článek, který pojednával o zemi, kterou se inspiroval předkladatel zákona Zlatuška, publikovaný v časopise Zdravotnictví a medicína. Článek informoval čtenáře o využití možnosti eutanazie v Kanadě, resp., o počtu žadatelů.

Celkem 7 článků.

Kód č. 7: dětská eutanazie – Belgie, schválení zákona o dětské eutanazii, eutanazie-alternativa paliativní péče

Kód č. 2: paliativní péče – onkologické ošetřovatelství, kvalita života, etické otázky v hodnotě života člověka

Kód č. 5: etika – kultura společnosti, dříve vyslovené přání, přání zemřít doma, financování paliativní péče

Kód č. 3: eutanazie – život člověka, svoboda člověka, lékař a eutanazie, morálka, Kanada, využití zákona o eutanazii

Kód č. 8: dětská paliativní péče – nedostupnost, nehrazení ZP, problematika dětské paliativní péče, paliativní péče v Evropě, nulová dostupnost, systém úhrad, příspěvek na péči

Časopis *Tempus medicorum*, určený z větší části medicínské odbornosti se tématu věnoval v časové ose pouze jedenkrát. A sice, článek v čísle 12, z roku 2015 upozorňoval na Mimořádnou konferenci České lékařské komory: *Eutanazie – pro a proti*.

Prof. Pafko, který se konference zúčastnil, vyjádřil svůj postoj k legalizaci eutanazie myšlenkou, že pouze obava ze zneužití eutanazie by rozhodně neměla být důvodem jejího nezačlenění do legislativního ukotvení v ČR. Velké plus lze českému právnímu řádu přičíst díky institutu „dříve vyslovenému přání“. Dle tohoto institutu může nemocný dopředu

vyločit z diagnosticko-léčebného postupu například to, co by snižovalo jeho důstojnost. „Nebudu zde prezentovat všechny moje myšlenky, pojící se sdanou tematikou. Těch několik, které zde z mých úst zaznělo, mají sloužit k zamyšlení, nikoli být návodem, zda eutanazii přijmout, či odmítnout. Na tuto otázku si musí každý odpovědět sám. Zákonodárci zatím řekli své jednoznačné ne. Ovšem pouze riziko zneužití by rozhodně nemělo být dostatečným důvodem pro zákaz institutu legalizace eutanazie. Český právní zákon nakonec také přijal institut „dříve vyslovené přání“.

Haškovcová svoji přednášku na konferenci ČLK zahájila slovy, zda skutečně projev svobodné vůle pacienta je skutečně svobodný. V současné době je všeobecně přijímán koncept lidských práv s důrazem na jeho individuální formu. S ohledem na kluzký svah nelze opomenout Nizozemsko, kde to došlo tak daleko, že o zbavení života žádají i lidé, kteří dospěli k závěru, že jejich život je naplněn, přičemž se jedná o mladé, byť psychiatricky nemocné lidi. „ Já osobně nezpochybňuji právo každého vyjádřit se k závěru svého života. Pacienti, kteří nechtějí dále žít za podmínek neuzdravující léčby, mají možnost odmítnout léčbu nebo její část a využít instrumentu dříve vysloveného přání. Tento institut je v ČR dostupný od roku 2012. Já osobně se domnívám, že daný legislativní nástroj je více než dostačující, co se právní úpravy týče. Haškovcová dále uvedla na konci své přednášky, že vzhledem k tomu, že evidentně vzniká nová nejasná kultura umírání, je účelné rozvíjet paliativní strategii léčby a péče tak, aby umírání mělo, pokud je to jen trochu možné, charakter sociálního aktu.

Sama jsem dohledala ještě jeden článek, který byl publikován po skončení mediální analýzy. Týkal se eutanazie v porovnání s hédonismusem. Analyzovala jsem tedy v časopise články dva.

Celkem 2 články

Kód č. 3: eutanazie – ČLK, pasivní eutanazie, nepřímé usmrcení, důstojná smrt, aktivní eutanazie, legalizace eutanazie, hédonismus, racionalita sebeusmrcení, asistované usmrcení

V periodiku Zdravotnické noviny, které jsou určeny i zdravotním sestřám, se téma paliativní péči a eutanazii začali autoři věnovat v roce 2016, objevily se během jednoho roku dva texty. Jeden směřoval k legalizaci eutanazie a druhý se věnoval problematice paliativní péče v tom smyslu, že se na vysokých školách pro studenty vyučuje pouze okrajově. V roce

2017 se články věnovaly hospicové péči a mobilní dětské hospicové péči. Ve stejném roce, přesně v čísle 32., vyšel zajímavý text. *Léčba musí pomáhat, ne škodit a být přítěží pro pacienta*, tak zněl název článku. Tento článek jsem hodnotila též po skončení mého výzkumu. A to z důvodu, že obsah článku může v budoucnu napomoci legislativnímu uspořádání v oblasti eutanazie a ochrany lékaře před trestním stíháním z neposkytnutí lékařské odborné léčby. Text odkazuje na stanovení správného léčebného postupu, který často bývá pro lékaře obtížný. Do takto svízelných situací se lékaři dostávají zejména v situacích, kdy hlavní roli v léčbě hraje věk pacienta spolu s kombinací rozličných diagnóz, zvyšující riziko komplikací spojených s léčbou pacienta. Zdravotníci jsou často postaveni před otázkou, do kdy a zda vůbec konkrétní léčbu poskytovat, zda pomůže a nebude pro pacienta jen zatěžující. Ačkoliv by každý lékař měl zvolit to nejlepší řešení po stránce medicínské, bohužel, ne v každém případě je to rozhodnutí nejlepší, zvláště pak u geriatrických pacientů. Závěrem si dovoluji index MPI hodnotit s obrovskou pozitivou a velkým přínosem v oblasti otázek legislativního ukotvení v ČR. Na základě provedeného vlastního výzkumu je projekt, kterého se zúčastní i ČR, s největší pravděpodobností důležitější, než připravovaný „Zákon o důstojné smrti“. Projekt se zatím týká pouze geriatrických pacientů, čehož jsem si vědoma, avšak medicína kráčí mílovými kroky vpřed a je v souladu předpovídat, že připravovaný, byť politicky neprůchodný zákon, vztahující se k eutanazii nahradí jiná, pro některé morálnější a eticky přijatelná inovace.

V roce 2017 byly publikovány ve vybraných časopisech dva texty, oba byly směřovány k hospicové péči, jeden se opět týkal nedostupnosti mobilního hospice pro děti.

Celkem 5 článků

Kód č. 3: eutanazie – zákonodárství, právo, koaliční smlouva, celospolečenská diskuze, důstojná smrt, kvalitativní paliativní péče

Kód č. 1: humanitární aktivity – kampaň, nedostatek vyučujících, motivace v podobě nových předmětů, vyučování studentů v oblasti paliativní medicíny

Kód č. 8 : hospic – Ministerstvo zdravotnictví, nedostupnost dětských hospiců, paliativní péče pro děti, hrazení z pojištění, mobilní hospic pro děti, novela zákona o zdravotních službách

Kód č. 9: index – určení prognózy, účinnost léčby, geriatrický pacient, spolehlivost

V časopise Medical Tribune se v srpnovém čísle roku 2014 objevil článek související s paliativní léčbou u onkologicky nemocných. V roce následujícím se v časopise objevil titulěk, který informoval o proplácení péče v devíti mobilních hospicích, soustředil se na ekonomiku, organizaci a řízení těchto služeb. Mobilní hospice poskytují neziskové organizace či církve, které jsou odkázány na peníze od dárců, ze sbírek, grantů a dotací. Vybrané mobilní hospice by měly dostávat paušál na pacienta a den pouze od pojišťovny VZP. Jedná se pouze o pilotní projekt. Všechny hospice, fungující v ČR nemají smlouvu se zdravotní pojišťovnou, domácí péče o umírající se neproplácí (vzp. cz-od dubna se začne zkušebně proplácet péče v devíti mobilních hospicích). Články popisující situaci v hospicových zařízeních pojednávají vesměs vždy stejným způsobem, a sice, že jsou často financovány od dárců či nadačních sbírek.

O dva roky později v roce 2017 se ve jmenovaném časopise objevily tři články, týkající se pouze paliativní péče, a sice provozu hospiců, spojenou s paliativní léčbou. Obsah článků upozorňoval téměř ve všech případech na nutnost paliativní péče, na hrozící se podfinancování. Hledalo se v člancích možná řešení, která by napomohla rozvoji tohoto oboru.

Celkem 5 článků

Kód č. 6: hospic – více financí, onkologická péče, novela zákona o zdravotních službách, dostupnost mobilních hospiců, paliativní péče-laická veřejnost, dary, granty

Kód č. 2: paliativní péče – paliativní péče v nemocnicích nulová, hospic, umírající, onkologie, MZ

Poslední analýzu jsem provedla v časopise Časopis lékařů českých. V roce 2014 se v letním čísle jmenovaného časopisu objevil zajímavý článek, analyzující empirickou studii zkoumající chápání eutanazie studenty medicíny. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké vymezení eutanazie používají studenti prvního ročníku medicíny.

V roce 2016 jeden článek velmi přesně popisoval rychle probíhající demografické změny a měnící se spektrum nemocí, ovlivňující i požadavky na systémy zdravotní a sociální péče. Přestože si většina lidí přeje zemřít doma, v roce 2012 téměř tři čtvrtiny lidí zemřeli v nemocnici či v jiném zdravotnickém a sociálním zařízení. Paliativní a dlouhodobá péče by měly být poskytovány tak, aby byly schopny reagovat na měnící se potřeby naší populace.

V roce následujícím se opět článek věnoval paliativní péči, a sice autoři Kabelka a

Loučka upozorňovali na chybějící kontinuální vzdělávání lékařů v oblasti paliativní péče. V ČR je naléhavá potřeba koncepčního rozvoje paliativní péče, a to na úrovni vzdělávání, organizace zdravotní péče a rozvoje nových zdravotních a sociálních služeb. Oba autoři zdůraznili, že paliativní péči na náležité odborné úrovni (*lege artis*) nelze v roce 2016 považovat za běžně dostupnou a garantovanou zdravotní a sociální službu. Z tohoto důvodu je především nutná její inovace a s ní i legislativní změny.

Celkem 3 články

Kód č. 3: eutanazie – chápání eutanazie studenty medicíny, vymezení pojmu eutanazie, postoj ke smrti, sociologický výzkum

Kód č. 2: paliativní péče – smrt, následná péče, demografické změny, zdravotní stav obyvatel, *lege artis*, přání zemřít doma, špatné poskytování zdravotní péče.

Shrnutí hlavních zjištění

- Ve sledovaném vzorku se častěji aktéři nebo autoři vyjadřují obecně k jiným tématům, než kterými jsou paliativní péče či eutanazie.
- Mediální obraz pohledů na eutanazii se liší – spíše v pozitivním kontextu se píše o autonomii člověka, spíše v negativním kontextu se udává o špatném vysvětlení a následném chápání pojmu eutanazie.
- Aktéři, kteří v člancích nejčastěji vystupují, jsou linioví pracovníci ve zdravotnictví, ředitelé či ředitelky hospicových zařízení, nelékařští pracovníci ve zdravotnictví. Pro pacienty, tedy pro cílovou skupinu je charakteristický spíše pasivní výskyt, tedy spíše se o nich mluví, než že by se vyjadřovali sami.
- Problematiku eutanazie a paliativní péče nejčastěji pokrývají média Sestra, Florence a Zdravotnictví a medicína, která se zaměřují zejména na události týkající se legalizace eutanazie v zahraničí a špatného financování paliativní péče.
- Jedním z důležitých témat v oblasti paliativní péče je kritika špatného fungování paliativní péče pro dětské pacienty, v oblasti legalizace eutanazie je často zmiňována etika a morálka. V oblasti mobilní hospicové péče je v člancích téměř vždy kriticky reflektováno ve směru financování prostřednictvím sponzorských darů, nadačních fondů.
- O připravovaném zákonu o důstojné smrti z roku 2016 žádný článek z vybraných časopisů

čtenáře neinformoval. Pouze článek na internetu, který jsem hodnotila zvlášť po skončení výzkumu.

Tabulka č. 2 – Seznam kódů

Kódy / Časopisy	Časopis Sestra	Časopis Florence	Časopis Zdravotnictví a medicína	Časopis Tempus medicorum	Časopis Zdravotnické noviny	Časopis Medical Tribune	Časopis lékařů českých
Humanitární aktivity	1				1		
Paliativní péče	6	4	1			2	2
Eutanazie	1		1	1	1		1
Psychologie	2						
Etika	2		1				
Hospic		2			2	3	
Dětská eutanazie			1				
Dětská paliativní péče			2				
Index					1		
Počet analyzovaných článků	8	6	7	2	5	5	3

Zdroj: vlastní zpracování

Závěr:

Analýza proběhla na vzorku 33 článků z českých odborných médií, základním zdrojem byly vybrané články na základě klíčových slov. Pro účely této analýzy byl vyžádán soubor článků, týkajících se vybraných klíčových slov k tématu eutanazie a paliativní péče za poslední 4 roky. Kompletní seznam sledovaných médií v rámci monitoringu je uveden v příloze č. 9. Doplnující výběr dalších třech článků byl proveden přímo z jednoho časopisu a internetových zdrojů. Jeden text se týkal specificky uzákonění eutanazie v Kanadě, a sice v časopise Zdravotnictví a medicína. V časopise Tempus medicorum byl publikován text, popisující eutanazii ve smyslu hédonismu. V časopise Zdravotnické noviny článek

představoval nový projekt, a sice Multidimenzionální prognostický index (MPI). Při analýze článků probíhalo kódování na dvou úrovních. První úroveň byla charakteristika článku jako takového. V rámci této charakteristiky docházelo ke kódování obecnému, kódování se týkalo především počtu kódů v jednotlivých člancích. Druhou úrovní byl samotný obsah článků a nalézt v nich podřadná slova, vztahující se k daným kódům, čímž vznikaly kategorie. Kódování jsme neprováděli hromadně, nýbrž pro úplnou přehlednost vždy pro každý časopis. Mediálně odbornou analýzou jsme upozornili na situaci panující v ČR, ohledně obou témat, souvisejících s obsahem diplomové práce. Většina článků obsažených v časopisech se přikláněly k paliativní péči. Autoři většinou zastávali názor, že pokud budou zřizovatelé hospicové a paliativní péče, vláda a ostatní aktéři postupovat tak, aby se paliativní péče stala dostupná všem občanům, uvidí se, co se dá v otázkách legalizace eutanazie dále dělat. Články dále poukazovaly na chybějící dětskou paliativní péči, dle odborníků je na více místech České republiky nedostupná a není systémově financována.

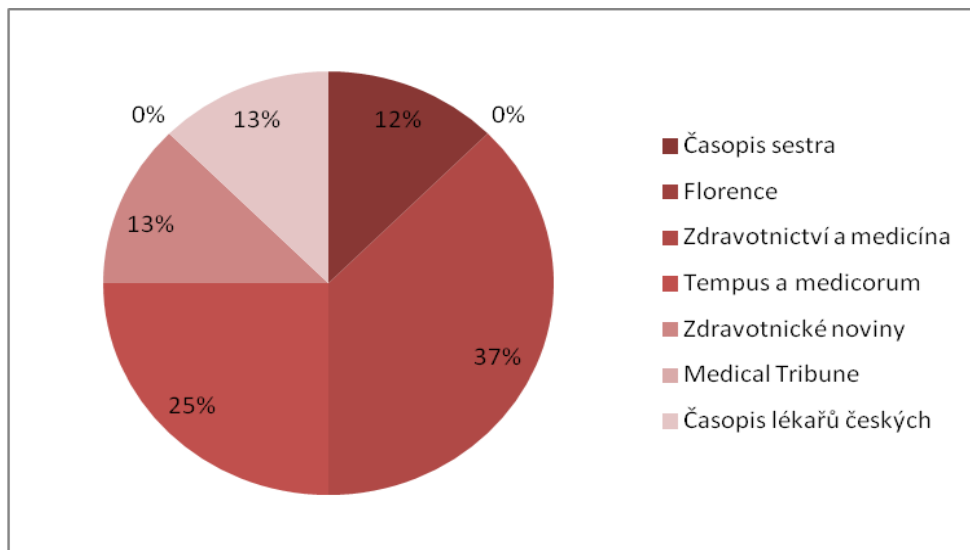
O tématech, úzce souvisejících s diplomovou prací nejčastěji publikuje časopis Sestra. Jedním z důležitých témat je kritika fungování hospicové péče s téměř nedostatkem paliativní a hospicové péče pro děti. V případě legalizace eutanazie je často zmiňována autonomie a v negativním kontextu aspekt zneužití institutu a lepšího financování paliativní péče zdravotními pojišťovnami. O navrženém zákoně o důstojné smrti z roku 2016 žádný článek ve vybraných periodikách publikován nebyl. Pouze jednu informaci podával internetový článek, který byl uveden na portálu Zdravotnických novin, který jsem analyzovala odděleně.

Pro mediální obraz legalizace eutanazie jsou charakteristické dvě roviny, přičemž první z nich je využití institutu v zahraničí a ve druhé rovině má institut legalizace eutanazie potřebu dlouhodobé a celospolečenské diskuze. Přesto se domnívám, že stále ještě není mediálně – odborné diskuzi využít veškerý možný prostor k daným tématům. Doporučila bych pro další výzkum, aby se více prostřednictvím odborných médií mapovaly názory a stanoviska liniových pracovníků ve zdravotnictví.

Nelze vyloučit možnost, že se téma eutanazie a paliativní péče vyskytuje i v dalších odborných médiích, která vzorek nezachytil, protože nebyla zvolena. Ve svých člancích při referování o eutanazii a paliativní péči používají příliš obecná označení nebo z jiných důvodů neodpovídají zvoleným klíčovým slovům.

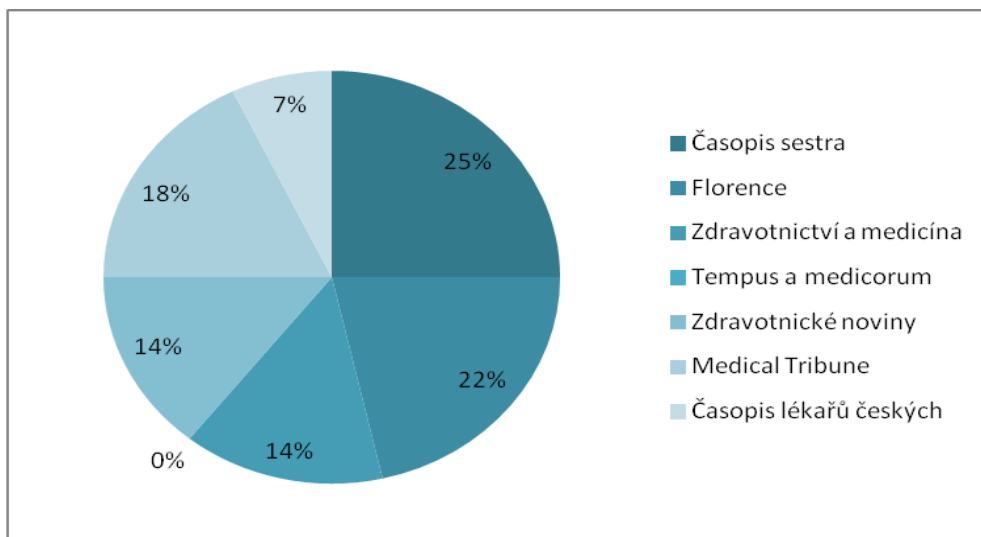
Pro úplné porozumění odborně mediální analýzy jsme připravili dva grafy, které znázorňují poměrové zastoupení článků v odborných časopisech ve vztahu k daným tématům.

Graf č. 2 – Výskyt článků týkajících se eutanazie a eutanazie u dětí v odborných periodikách



Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 3 – Výskyt článků týkajících se paliativní péče a dětské paliativní péče v odborných periodikách



Zdroj: vlastní zpracování

10 ZÁVĚR

Analýzou, která zmapovala situaci panující v České republice v oblasti zdravotní politiky, týkající se legislativního procesu uzákonění eutanazie do českého zákona jsem během psaní odpověděla na všechny výzkumné otázky. Hlavním cílem diplomové práce bylo identifikovat hlavní důvody a argumenty, vedoucí předkladatele zákona k napsání návrhu zákona o důstojné smrti v roce 2016. Jedním z hlavních důvodů byla sociální a kulturní vyspělost společnosti a i průzkumy veřejného mínění poukazují na to, že občané ČR jsou legalizaci eutanazie nakloněni. Dvě třetiny z nich by si přáli, aby měli možnost rozhodnout se, jakým způsobem ukončit svůj život (např. v době terminálního onemocnění, kdy šance na uzdravení bude téměř nulová). Dalším z důvodů předložení zákona je též přání a především respektování práva pacienta na konci života. Ve výzkumu se ukázala i důležitost role osobních motivací předkladatele zákona, kdy on sám se domnívá, že paliativní medicína nemusí být pro každého občana akceptovatelná a přijatelná. Jinými slovy, řečeno umírání v hospicových zařízeních nemusí být pro každého pacienta důstojné a humánní. Dalším z impulsů k vytvoření zákona pro hlavního aktéra byla osobní zkušenost jeho asistenta Hamerského, který pečoval o těžce nemocného příbuzného. Zákon by umožnil pomoci lidem, kteří chtějí konec života strávit jiným způsobem než v hospici či v léčebně pro dlouhodobě nemocné.

Objevují se již političtí aktéři, kteří dokážou jasně a srozumitelně formulovat své postoje a následně předložit zákon o legalizaci eutanazie, ale stále mezi nimi a dalšími aktéry neexistuje vzájemná kooperace a následná shoda. Aktéři z oblasti politiky se dají pokládat za ty nejdůležitější v řešení dané otázky, avšak do dnešního dne nelze právě tyto aktéry považovat za koalici spolupracujících aktérů. Na základě získaných dat z průzkumů CVVM je jisté, že téma se již stalo zájmem veřejné agendy. Dokud ovšem veřejnost, občané a lékaři neprojeví dostatečnou iniciativu a zájem o řešení veřejného problému, tvůrci politiky se této otázce s největší pravděpodobností věnovat nebudou. Jedním z hlavních důvodů, které vedou ke stále nedokončenému politickému procesu legalizace eutanazie je, že mezi všemi aktéry, jejichž souhlas je nutný pro konsensus, nepanuje ani hodnotová shoda. Navrhovaný zákon musí být schválen vždy v obou komorách Parlamentu ČR. Navrhovaný zákon v roce 2016 se v Poslanecké sněmovně nedostal ani na pořad jednání, tedy, že by jej poslanci poslali do ústavněprávního a zdravotnického výboru k diskuzi. Množství aktérů, kteří se staví k problematice legalizace eutanazie kladně, je ve sledovaném období zatím velmi málo, a nejčastěji se jedná o aktéry z politického nebo filosofického prostředí. Objevují se i aktéři,

kteří by byli nakloněni k institutu eutanazie, ale nemají časový prostor se k dané problematice vyjádřit. Zřídka jde, jak se potvrdilo i v mém výzkumu, o lékaře nebo zdravotníky z hospiců či léčeben pro dlouhodobě nemocné.

Na problematiku legalizace eutanazie jsem v analytické části nahlížela prostřednictvím liniových pracovníků. Právě ti byli stěžejní pro moji diplomovou práci. Přestože jde o stejně důležité aktéry, jako jsou aktéři z politických řad, v rámci výzkumu jsme zjistili, že právě liniových pracovníků se na názory a stanoviska k umožnění legalizace eutanazie v ČR nikdo netázal a podobný výzkum s nimi nikdo neprováděl.

V mém výzkumu více jak nadpoloviční většina lékařů nepokládá eutanazii za etickou či správnou formu ukončení lidského života. Nejčastějším důvodem pro nesouhlas s uzákoněním eutanazie byly obavy z jejího možného zneužití, dále nutnost zvýšení možností a finanční podpory paliativní péče a v neposlední řadě vedly k vyslovení nesouhlasu eutanazie u liniových pracovníků morální a etické důvody. Důležitým zjištěním u lékařů starší generace je shoda nad tím, že skutečně otázka umírání byla v dřívější době většinou tabu. Souhlasí s tím, že o dané problematice začínají politici, právníci a odborná veřejnost vést diskuzi. Ovšem diskuzi by měla více směřovat k problematice rozvoji paliativní péče a možnosti „umírání v domácím prostředí“.

Jsem si plně vědoma, že výsledky z provedeného výzkumu nelze generalizovat na všechny liniové pracovníky ve zdravotnictví. Zároveň do dnešní doby chybí empiricky ověřená data, která by se dala použít k odborné diskuzi. Ani na základě kvalitativního výzkumu se nedá určit, zda žadatelů o eutanazii přibývá. S výjimkou dvou lékařů se žádný další respondent z řad liniových pracovníků se během své odborné praxe nesešel s žádostí pacienta o provedení eutanazie. Bylo by dobré, kdyby v budoucnu přibývalo výzkumů, které by mapovaly názory liniových pracovníků, neboť jsou nejbližší k cílové skupině.

Součástí empirické části diplomové práce byla mediálně odborná analýza sedmi odborných periodik z oblasti zdravotnictví. Mediálně odborná analýza se soustředila na počet a samotný obsah článků. Odborně mediální analýzou se podařilo zjistit, že v mnou zkoumaných odborných člancích žádný autor eutanazii neschvaloval ani se k legalizaci nevyjadřoval kladně. Zároveň je zajímavé, že žádný článek neodkazoval na připravovaný zákon z roku 2016. Je přitom zřejmé, že o připravovaném zákonu veřejnost věděla s časovým předstihem. V člancích výrazně převažují pojmy, které více souvisí s tematikou paliativní péče a jejího využití v klinické praxi. Články informují především o problémech, spojených s

jejím financováním zdravotními pojišťovny.

Velkým přínosem pro nalezení řešení v problematice eutanazie může být stanovení správného léčebného postupu použitím Multidimenzionálního prognostického indexu. Prognostický index dokáže téměř s vysokou přesností určit prognózu pacienta. V případě nepříznivé až infaustní prognózy lékař ne zahájí aktivní léčbu, která by byla pro pacienta pouze přítěží a bude tak jednat v souladu se zákonem. Nejde o provedení eutanazie, nýbrž o správný lékařský postup, tzv. „*lege artis*“.

Legalizace eutanazie je v současné době zatím zrajícím problémem a diskuze o jejím možném řešení je teprve na začátku politického procesu v oblasti zdravotní politiky. Ve své podstatě jde o rodící se politiku. Na závěr psaní diplomové práce si troufám odhadnout, že legalizace eutanazie v ČR není reálná, protože politická situace zatím nedovoluje vytvořit koalici spolupracujících aktérů. V ČR se daří nastolit agendu, kdy se téma legalizace eutanazie stává více diskutované, avšak bude ještě zřejmě řadu let trvat, než bude nastolena názorová shoda mezi všemi klíčovými aktéry.

Diplomová práce může být přínosná pro další diskuze nad daným tématem, především týkajících se odborných diskurzů aktérů z medicínského prostředí a aktérů politických.

11 SHRNU TÍ

V diplomové práci na téma legislativního ukotvení eutanazie v ČR jsme zmapovali a identifikovali hlavní důvody, které vedly klíčového aktéra Zlatušku k návrhu zákona o důstojné smrti v roce 2016. Na dané téma jsme nahlíželi prostřednictvím Teorie nastolování agendy, Teorie aktérů generujících agendu v arénách a použili jsme koncept liniových pracovníků, konkrétně v oblasti zdravotnictví. Jako hodnotové východisko jsme zvolili Koncept lidských práv. V empirické části diplomové práce byla provedena sekundární analýza dokumentů, popsány klíčové události, uskutečněn kvalitativní výzkum prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s důležitými klíčovými aktéry z politického a medicínského prostředí. V závěru empirické části byla vypracována mediálně odborná analýza pomocí kódování.

V České republice jde o stále se formující politiku, kdy veřejně politický proces přijetí zákona o eutanazii stále není ukončený. Veřejně politický proces v zemích, kde je eutanazie legální záležitostí začal již v osmdesátých letech minulého století, naproti tomu v České republice se klíčovým bodem v otázce eutanazie udává rok 2008. Hlavními pořadateli byli Domšová a Hamerský. Již ve stejném roce došlo k prvnímu oficiálnímu předložení návrhu zákona o důstojné smrti Senátu, autorem návrhu zákona byla právě Domšová. Předložený návrh schválený nebyl. Hlavním problémem pro neschválení předloženého zákona byl zřejmě ve formulaci u paragrafu 19 tohoto návrhu zákona: „*Ministerstvo zdravotnictví má povinnost stanovit bližší podmínky aktu důstojné smrti. Stejně tak vytvoří formulář zmíněný v paragrafu 13 a stanoví počet odborníků zasedajících v posuzovací komisi*“. Ministerstvo zdravotnictví, instituce, která se k legalizaci eutanazie staví negativně, nemůže být tou určující, která bude stanovovat podmínky, za kterých lze akt eutanazie provádět.

Na závěr shrnutí mé diplomové práce chceme zdůraznit, jednak, že eutanazii nelze zcela odsoudit, ani ji nelze plně schválit. Obě roviny pohledu mají své pozitiva a negativa a je potřeba najít soulad, což opravdu lehký úkol není. Na dané téma je třeba nadále diskutovat, nicméně se domnívám, že určitě naše společnost není připravena eutanazii legalizovat. Avšak minimální diskuze na téma umírání a strachu z něj, popřípadě hledat alternativní řešení k eutanazii, by probíhat na politické a především na odborné úrovni měla. Na základě podrobné analýzy klíčových aktérů a událostí, které zásadním způsobem stále ovlivňují vývoj procesu

legalizace eutanazie v ČR jsme zhodnotili situaci a popsali důvody, které stále brání ukončení politického procesu.

12 SUMMARY

In the diploma thesis on the topic of legislative anchoring of euthanasia in the Czech Republic we have mapped out and identified the main reasons that led the key actor Zlatuška to the bill on dignified death in 2016. On the topic, we looked through the Theory of Agenda Development, Theory of actors generating agenda in arenas and we used the Concept of liner workers, specifically in the field of health. We have chosen the Human Rights Concept as a value proposition. In the empirical part of the diploma thesis, a secondary analysis of documents was performed, key events were described, qualitative research was carried out through semi-structured interviews with key actors from the political and medical environment. At the end of the empirical part, media analysis was developed by means of coding.

The open political process of the Euthanasia Act acceptance has not yet been finished in the Czech Republic, policy in this issue is still being formed. While this process in countries where euthanasia has already been legalized was started in the 80-ies, the key time point in the Czech Republic can be traced back to the year 2008 only. The main organizers of that event were Domšová and Hamerský. It was also in 2008 that the first draft of the Act on death in dignity was put forward by Domšová. The draft had, however, not been approved. The main reason for this was apparently formulation in the paragraph 19 saying that *“Ministry of Health is responsible for specification of conditions of the death in dignity. It will prepare the form mentioned in the paragraph 13 and will appoint a group of experts to sit in the review commission”*. The Act should in such a case be supplemented by some bills addressing specific aspects of the Act.

To summarize my Thesis, I would like to underline that that euthanasia cannot be simply declined and fully approved either. Both the pros and cons viewing angles have their positive as well as negative aspects and to bring them into concordance is definitely not an easy task. Further discussion of the topic is needed. However, I think that our society is at present not ready to legalize euthanasia. Nevertheless, the discussion on dying and fear of dying should continue, possibly enabling to seek solutions alternative to euthanasia, too.

Based on detailed analysis of key actors and events which had principally influenced the process of euthanasia legalization in the Czech Republic, the Thesis evaluates current situation and describes the reasons which are still hindering the political process in this issue.

13 POUŽITÉ ZDROJE

Knižní zdroje

BYOCK, Ira. *Dobré umírání: možnosti pokojného konce života*. Praha: Vyšehrad, 2005. Cesty (Vyšehrad). S.328 ISBN 80-7021-797-9.

CÍSAŘOVÁ, Dagmar a Olga SOVOVÁ. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2., upr. a rozš. vyd. Praha: Orac, 2000. Studijní texty (Orac). ISBN 80-86199-75-4.

CÍSAŘOVÁ, Dagmar. *Dříve vyslovená přání a pokyny Do Not Resuscitate v teorii a praxi: monografie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Právnická fakulta, 2010. ISBN 978-80-87146-31-6.

ČERNÝ, David a Adam DOLEŽAL, ed. *Smrt a umírání: etické, právní a medicínské otazníky na konci života*. Praha: Ústav státu a práva AV ČR, 2013. Edice Kabinetu zdravotnického práva a bioetiky. ISBN 978-80-87439-15-9.

Deklarace o eutanazii Bona et iura. Přeložil Květoslav ŠIPR. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2009. ISBN 978-80-7195-334-0.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. Karolinum, 2002. S. 374 ISBN 978-80-246-0139-7

DRULÁK, Petr. *Jak zkoumat politiku: Kvalitativní metodologie v politologii a mezinárodních vztazích*. Portál 2008. S. 336. ISBN 978-80-7367-385-7

FIALA Petr, SCHUBERT Klaus. *Moderní analýzy politiky: Uvedení do teorií a metod policy analysis* Barrister & Principal 2000. S. 170 ISBN 80-85947-50-1

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas. Proč a jak?* Praha: Galén, 2007. ISBN 978-80-7262-497-3

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. Praha: Galén, 1997. ISBN 80-85824-54-x.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén, c2000. ISBN 8072620347.

KABELKA, Ladislav. SLÁMA, Ondřej. *Mobilní specializovaná paliativní péče (MSPP)*. Mladá Fronta, Zdravotnictví a medicína, 2017/05. ISSN: 2336-2987

KALVACH, Zdeněk. *Umírání a paliativní péče v ČR: (situace, reflexe, vyhlídky)*. Praha: Cesta domů, 2004. ISBN 80-239-2832-5.

KALVAS, František, Jan VÁNĚ, Martina ŠTÍPKOVÁ a Martin KREIDL. *Rámcování a nastolování agendy: Dva paralelní procesy v interakci*. Sociologický časopis/Czech Sociological Review, 2012, roč. 48, s. 3-37. ISSN 0038-0288.

Katechismus katolické církve. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2002. ISBN 80-7192-473-3.

LIPSKY, Michael. *Street-Level Bureaucracy: The Dilemmas of the Individual in Public Service*. Russell Sage Foundation, 1983. s.272, ISBN 9781610443623

MACH, Jan. *Eutanazie – pohled právní a etický*. In: *Eutanazie – pro a proti*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 256 s. ISBN 978-80-247-4659-3.

MATĚJEK, Jaromír a ZÁVADOVÁ, Irena. *Dříve vyslovená přání. Manuál pro lékaře*. Cesta domů, 2016. 3.vyd., Ministerstvo zdravotnictví ČR.

MCCOMBS, Maxwell E. *Agenda setting: nastolování agendy: masová média a veřejné mínění*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-591-2.

MILFAIT, René a Daniel BARTOŇ. *Lidská práva osob s postižením, nevyléčitelně nemocných a umírajících na pozadí nacistických sterilizací a programu "Euthanasie"*. Středokluky, 2013. S. 423. Druhé rozšířené vydání. ISBN 8086057852.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

MUNZAROVÁ, Marta. *Úvod do studia lékařské etiky a bioetiky*: Marta Munzarová. 2. dopl. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2002. ISBN 80-210-3018-6.

OSTROM, Elinor. *The Drama of the Commons*. Washington, DC: The National Academy Press, 2002, s.534 ISBN: 978-0-309-08250-1

OSTROM, Elinor. *Understanding institutional diversity*. Princeton, 2005 s.376 ISBN 9780691122380

PhDr. Tímea Trzos, Ph.D., Bc. Kateřina Notari. *Eutanazie – ano, či ne?* Filozofická fakulta OU, Ostrava, 2013. Časopis Sestra. Tisk Europrint, a.s., Číslo 2/2013, ročník 23. ISSN: 1210-0404

POLLARD, Brian. *Eutanazie – ano či ne?* Dita, 1996. s. 210. ISBN 80-85926-07-5

POTŮČEK, Martin a kol. *Veřejná politika*. V Praze: C.H. Beck, 2010. ISBN 978-80-8642950-2.

PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. *Eutanazie - pro a proti*. Praha: Grada, 2012. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. S. 255 ISBN 978-80-247-4659-3.

PTÁČEK, Radek. BARTŮNĚK, Petr a kol. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada publishing, 2014. ISBN 978-80-247-5471-0

RATZINGER, Joseph. *Eschatologie smrt a věčný život*. Barrister & Principal 2004. s. 195. ISBN 80-85947-19-6

REIFOVÁ, Irena. *Slovník mediální komunikace*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-926-7.

SKÁLA, Bohumil. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2011 : [novelizace 2011]*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, c2011. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-51-0.

STRAUSS, Anselm a Juliet CORBINOVÁ. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Vyd. 1. Boskovice: Albert, 1999. 196 s. ISBN 80-85834-60-X.

SVOBODA, Jiří. *Euthanasie v našem právu*. Bankovní institut vysoká škola Praha. Bakalářská práce, 2014.

ŠENKYŘÍK. Praha: Vyšehrad, 2005. Cesty (Vyšehrad), sv. 10. ISBN 80-7021-797-9.

ŠIKLOVÁ, Jiřina. *Vyhoštěná smrt*. Praha: Kalich, 2013. ISBN 978-80-7017-197-4

VÁCHA, Marek Orko, Radana KÖNIGOVÁ a Miloš MAUER. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.

VITOVSKÁ, Hana. *Participace vietnamské národnostní menšiny na české komunální politice*. Diplomová práce – Univerzita Karlova, Fakulta sociální věd, Praha, 2017.

Zdravotnické noviny. Odborné fórum zdravotnictví a sociální péče. Ročník 66, Číslo 31-32, 7.8.2017, Praha. ISSN 0044-1996

Internetové zdroje

BÁRTKOVÁ, Štěpánka. *Eutanazie z hlediska etiky a teologie*. [online] Diplomová práce, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2010. [cit. 2017-04-02] Dostupné na WWW: https://theses.cz/id/9jxwz5/downloadPraceContent_adipIdno_16016

BERKA, Vít. SUM Tomáš. Eutanazie ve světě. [online] EPRAVO.CZ – sbírka zákonů, judikatura, právo. 20.5.2005 [cit. 2017-04-02] Dostupné na WWW: <https://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-ve-svete-33479.html>

Centrum paliativní péče [online] Praha, 2016 [cit. 2017-04-02] Dostupné na WWW: <https://paliativnicentrum.cz/cs>

ČADOVÁ Naděžda. *Veřejné mínění o interrupci, eutanazii a trestu smrti – červen 2016* [online] Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., Naše společnost 3. – 20. 6. 2016 [cit. 2017-08-16] Dostupné na WWW: https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a2080/f9/ov160720.pdf

ČTK iDNES. *V Kanadě využilo eutanazii skoro 2 000 lidí, většinou trpěli rakovinou* [online] iDNES.cz/zpravy 7.10.2017 [cit. 2017-11-12] Dostupné na WWW: https://zpravy.idnes.cz/kanada-eutanazie-prvni-rok-2000-lidi-dl9-zahranicni.aspx?c=A171007_072507_zahranicni_ale

ČTK. Průzkum: *Počet zastánců trestu smrti, eutanazie a potratů se snížil*. [online] Deník.cz, 3.7.2014 [cit. 2017-04-02] Dostupné na WWW: https://www.denik.cz/z_domova/pruzkum-pocet-zastancu-trestu-smrti-se-snizil-20140703.html

Čtrnácti deník. *Legalizace eutanazie*. [online] Cevro. Liberálně konzervativní akademie. Číslo 16/2008. Vyd. 16.9.2008 [cit. 2017-07-12] Dostupné na WWW: http://www.cevro.cz/web_files/soubory/198260/207971_D_cs_14denik_2008_16.pdf

DOLEŽAL, Tomáš. *Je návrh zákona o důstojné smrti důstojný?* [online] Zdravotnické právo a bioetika, 6.6.2016 [cit. 2017-04-02] Dostupné na WWW: <https://zdravotnickepravo.info/je-navrh-zakona-o-dustojne-smrti-dustojny/>

DOSTÁL Ondřej. Odborník na zdravotnické právo Ondřej Dostál o tom, na co má a nemá pacient právo [online] Rozhlas.cz, 17.8.2015 [cit. 2017-04-02] Dostupné na WWW: http://www.rozhlas.cz/leonardo/dnes/_zprava/odbornik-na-zdravotnicke-pravo-ondrej-dostal-o-tom-na-co-ma-a-nema-pacient-pravo--1519196

Dvořák Petr. *Hledání typologie demokracií pro východní Evropu*. [online] Středoevropské politické studie, 2012 [2016-09-05] Dostupné na WWW: <http://www.cepsr.com/clanek.php?ID=526>

Eutanazie – dobrá smrt. *Nizozemsko zavádí mobilní doktory smrti* [online] Blesk týden, 28.2.2012 [2016-09-05] Dostupné na WWW: <http://eutanazie-dobrasmrt.bluefile.cz/?akce=aktualne&id=155>

HAMERSKÝ, Milan. *Eutanazie, téma k volbám*[online] iDNES.cz Blog, 2017. [2017-09-10] Dostupné na WWW: <https://hamersky.blog.idnes.cz/>

HLAVIČKA, Jiří. Eutanazie. Argumentace proti jejímu zákonnému povolení a pro ně [online] Univerzita Karlova v Praze. Katolická teologická fakulta. Diplomová práce, 2014. [2016-09-05] Dostupné na WWW: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/download/120154650>

HOFÍREK, Štěpán. *Role profesionálů v procesu utváření politiky sociálních služeb*. [online] Brno, 2008 [cit. 2017-05-07] Dostupné na WWW: https://is.muni.cz/th/103145/fss_m/

Hospic. *Právní rámec pro hospice*. [online] AsociaceHospicu.cz, 2017 [2016-09-05] Dostupné na WWW: <http://www.asociacehospicu.cz/pravni-ramec-pro-hospice>

HORÁK, Pavel a HORÁKOVÁ, Markéta. *Role liniových pracovníků ve veřejné politice*. [online] Sociologický časopis / Czech Sociological Review, 2009[cit. 2017-09-24] Dostupné na WWW: https://www.researchgate.net/publication/50371103_Role_liniovych_pracovniku_ve_veřejne_politice

HROMÁDKA, Zdeněk. *Základy pedagogické metodologie* [online] Katedra pedagogiky, Pedagogická fakulta MU v Brně, 2011 [2017-02-05] Dostupné na WWW: http://www.is.muni.cz/el/1441/jaro2011/ZS1BP_ZPM/.../1_5_prednaska_vyzkumny_soubor.ppt

HŘÍBEK, Tomáš. *Jak v této zemi lépe umírat?* [online] Kontrafikce, Strategie AV 21, 15.10.2016 [cit. 2017-09-24] Dostupné na WWW: <http://kontrafikce.blogspot.cz/2016/10/jak-v-teto-zemi-lepe-umirat.html>

iDNES.cz. *Má být v Česku možnost eutanazie? Odborníci se přeli ve Sněmovně* [online] Zprávy, 8.3.2017 [cit. 2017-09-24] Dostupné na WWW: https://zpravy.idnes.cz/seminar-eutanazie-snemovna-dft-/domaci.aspx?c=A170308_115556_domaci_jkk

JIRÁSKOVÁ, Terezie. *Světový den hospice a paliativní péče*. [online] Praha, 2007 [cit. 2017-05-15] Dostupné na WWW: <http://www.rozhlas.cz/cro6/stop/zprava/387756>

KABELKA, Ladislav. SLÁMA, Ondřej. *Stanovisko ČSPM ČLS JEP k otázce ambulantní a mobilní specializované paliativní péče v systému zdravotních služeb v ČR.* [online] Praha, 2016 [cit. 2017-05-15] Dostupné na WWW: <https://www.paliativnimedicina.cz/tag/media/>

KDU-ČSL. *Euthanasie ano či ne?* [online] ČT 27.5.2016 [cit. 2017-09-24] Dostupné na WWW: <http://www.kdu.cz/aktualne/archiv/2016/eutanazie-ano-ci-ne>

KLUSÁKOVÁ, Petra. *Hospicová péče – standard nebo luxus?* [online] 28.10.2012 [cit. 2017-09-24] Dostupné na WWW: <https://www.paliativnimedicina.cz/hospicova-pece-standard-nebo-luxus/>

KOPECKÁ, Ester. *Eutanázie v kontextu lidských práv.* [online] Sestra+, Mladá fronta, 15.10.2012 [cit. 2017-09-24] Dostupné na WWW: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/eutanazie-v-kontextu-lidskych-prav-467086>

KOUBOVÁ, Michaela. *Dříve vyslovená přání: první krůček k tomu, aby závěr života vypadal podle našich představ.* [online] Zdravotnický deník, 28.6.2015 [cit. 2017-09-24] Dostupné na WWW: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/06/drive-vyslovena-prani-prvni-krucek-k-tomu-aby-zaver-zivota-vypadal-podle-nasich-predstav/>

KOUBOVÁ, Michaela. *Hospice trápí problematické financování, žádají lepší legislativní ukotvení.* [online] Zdravotnický deník, 2.4.2016 [cit. 2017-09-24] Dostupné na WWW: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2016/04/hospice-trapi-problematicke-financovani-zadaji-lepsi-legislativni-ukotveni/>

LOUČKA, Martin. *Nemocniční paliativní péče v ČR zkušenosti z pilotního programu.* [online] Praha, 2017 [cit. 2017-05-15] Dostupné na WWW: <http://www.uzis.cz/system/files/2017-01-19-Paliativni-pece-MZ-07-Loucka-Nemocnicni-paliativni-pece.pdf>

Mendelova Univerzita v Brně. *Lidská práva.* [online] Brno, 2017 [cit. 2017-04-02] Dostupné na WWW: https://is.mendelu.cz/eknihovna/opory/zobraz_cast.pl?cast=65425

MERTOVIÁ, Simona. *Artikulace veřejné politiky k eutanazii.* [online] Praha, 2016 [cit. 2017-05-02] Dostupné na WWW: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/138068/>

MISCONIOVÁ, Blanka. *Systém domácí péče – informace pro klienty.* [online] Domácí péče, 2006 [cit. 2017-09-24] Dostupné na WWW: <http://www.domaci-pece.info/system-domaci-pece-informace-pro-klienty->

Monitora Media, s.r.o. *Monitoring medií, který Vám pomůže dělat Vaši práci.* [online] Monitora Media, s.r.o., 2017 [cit. 2017-09-24] Dostupné na WWW: <https://monitora.cz/monitoring-medii/>

Monitor, svět katolickými očima. *Vatikán: aktualizovaná charta zdravotní péče* [online] Res Claritatis, 15.2.2017 [2017-12-09] Dostupné na WWW: <https://rcmonitor.cz/vatikan/7596-Vatikan-aktualizovana-charta-zdravotni-pece>

Novinky.cz. *Vláda odmítla zákon o eutanazii*. Lidé by se mohli zabíjet pro peníze, bojí se Mládek. [online] Praha, 22.6.2016 [2016-09-05] Dostupné na WWW: <https://www.novinky.cz/domaci/407212-vlada-odmitla-zakon-o-eutanazii-lide-by-se-mohli-zabijet-pro-penize-boji-se-mladek.html>

OBEREIGNER, Vladimír. Dobrem může být i konec trápení. [online] Umírání.cz, 20.3.2009 [cit. 2017-04-02] Dostupné na WWW: <http://www.umirani.cz/clanky/dobrem-muze-byt-i-konec-trapeni>

PECINA, Tomáš. [online] Praha, 2016 [cit. 2017-04-02] Dostupné na WWW: https://iuridictum.pecina.cz/w/Hlavn%C3%AD_strana

PODOGOVÁ, Eva. *Hospicová a paliativní péče*. [online] Evropský sociální fond v ČR, 2015 [cit. 2017-04-02] Dostupné na WWW: www.prerov.eu/filemanager/files/file.php?file=14512

POTŮČEK Martin. PAVLÍK Marek a kolektiv. *Veřejná Politika*. [online] Masarykova Univerzita, Brno, 2015 [cit. 2017-04-02] Dostupné na WWW: https://is.muni.cz/el/1456/podzim2015/BKV_VPTP/um/50929760/verejna_politika_sazba.pdf?lang=cs

Poslanecká sněmovna ČR. *Poslanecká sněmovna Seminář k návrhu zákona O důstojné smrti* [online] Praha, 7.3.2017 [cit. 2017-07-12] Dostupné na WWW: <http://www.parlamentnilisty.cz/zpravy/tiskovezpravy/Poslanecka-snemovna-Seminar-k-navrhu-zakona-O-dustojne-smrti-478446>

Průzkum CVVM. *Tři pětiny Čechů si přejí legalizaci eutanazie*. [online] Novinky.cz, 1.6.2009 [cit.2017-07-12] Dostupné na WWW: <https://www.novinky.cz/domaci/170190-pruzkum-tri-petiny-cechu-si-preji-legalizaci-eutanazie.html>

Senát parlamentu ČR. *Zákon o důstojné smrti – senátní návrh* [online] Praha, 2017 [cit. 2017-08-16] Dostupné na WWW: http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/webNahled?id_doc=47525&id_var=40369

ŠČEPOŇCOVÁ, Sabina. NOVOTNÝ Zdeněk. *Eutanazie vs. nacistický program „Eutanazie“* [online] Praha, 6.11.2013 [cit. 2017-08-16] Dostupné na WWW: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/eutanazie-vs-nacisticky-program-eutanazie-472802>

ŠIMEK, Jiří. *Nesouhlas Etické komise se zněním zákona O důstojné smrti.* [online] Institut pro sociální politiku a výzkum, 28.5.2017 [cit. 2017-09-24] Dostupné na WWW: <https://www.socialpolicy.cz/?p=7189>

ŠILHAVÁ, Jana. *Cesty k důstojné smrti.* [online] Naše Rodina číslo 45 2008 - ročník 40 [cit. 2017-09-24] Dostupné na WWW: <http://www.rodinaonline.cz/article.php?clanek=603>

ŠTYGLEROVÁ, Terezie. *Na co umíráme.* [online] Praha, 2014 [cit. 2017-05-02] Dostupné na WWW: <http://www.statistikaamy.cz/2014/12/na-co-umirame/>

TOMEŠOVÁ, Jana. *Dříve vyslovené přání: předem vyslovený (ne) souhlas s poskytnutím léčby.* [online] Právní prostor, 27.7.2016 [cit. 2017-09-24] Dostupné na WWW: <https://www.pravniprostor.cz/clanky/obcanske-pravo/drive-vyslovene-prani-predem-vysloveny-ne-souhlas-s-poskytnutim-lecby>

UHLÍŘ, Marek. *Jednání o paliativní péči na ministerstvu zdravotnictví.* [online] Cesta Domů. Praha, 10.1.2017 [2017-12-05] Dostupné na WWW: <https://www.cestadomu.cz/aktuality/jednani-o-paliativni-peci-na-ministerstvu-zdravotnictvi>

Umírání.cz. *Paliativní péče.* [online] Praha, 11.5.2016 [2017-02-05] Dostupné na WWW: <http://www.umirani.cz/rady-a-informace/paliativni-pece>

VÁCHA, Marek. *Proč ne euthanasii?* [online] Regionální konference paliativní a hospicové péče, Tábor, 28.4.2015 [2017-02-05] Dostupné na WWW: <http://hospicjordan.cz/data/web/konference-20150428/prednasky/vacha-proc-ne-eutanasii.pdf>

Vláda ČR. *Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011-2015* [online] Praha, 2015 [cit. 2017-07-12] Dostupné na WWW: https://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/.../Strategie-paliativni-pece_schvaleno-RLP.doc

Zdravotnický deník. *Paliativní péče v nemocnicích je u nás zatím výjimkou. Jak ji zlepšit, naznačí pražská konference.* [online] Praha, 29.3.2017 [cit. 2017-07-12] Dostupné na WWW: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2017/03/paliativni-pece-v-nemocnicich-je-u-nas-zatim-vyjimkou-jak-se-zlepsit-naznaci-prazska-konference/>

Zákony

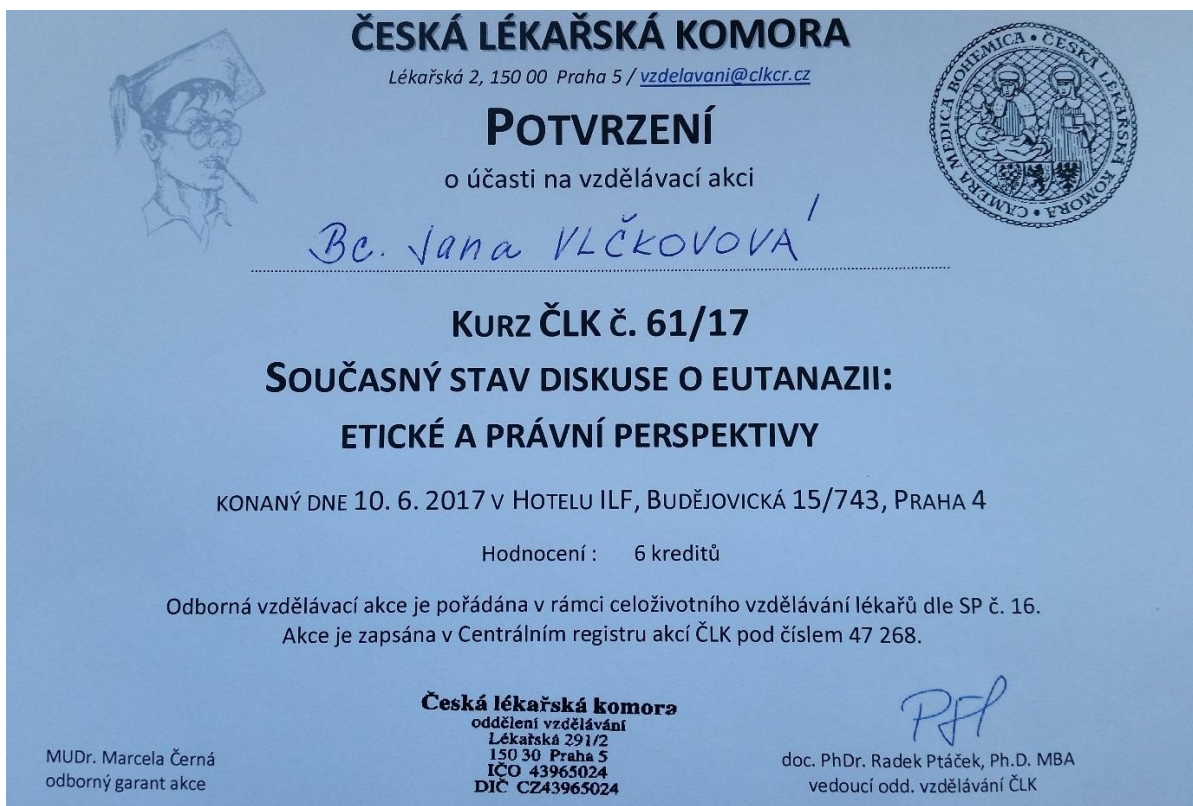
Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)* [online] Praha, 2012 [2016-09-05] Dostupné na WWW: http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html

Trestní zákon č. 140/1961 Sb. *Účast na sebevraždě, § 230* [online] KurzyCZ, 2017 [cit. 2017-04-02] Dostupné na WWW: <http://zakony.kurzy.cz/140-1961-trestni-zakon/paragraf-230/>


Zákony pro lidi.cz. *Zákon o přestupcích č. 200/1990 Sb. Zákon České národní rady o přestupcích* [online] 2016 [2016-09-05] Dostupné na WWW: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1990-2>

14. PŘÍLOHY DIPLOMOVÉ PRÁCE

Příloha č. 1 – Vzdělávací kurz na téma eutanazie z pohledu právního a etického



ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA
Lékařská 2, 150 00 Praha 5 / vzdelavani@clkcr.cz



POTVRZENÍ
o účasti na vzdělávací akci

Be. Jana VLČKOVÁ

KURZ ČLK č. 61/17
SOUČASNÝ STAV DISKUSE O EUTANAZII:
ETICKÉ A PRÁVNÍ PERSPEKTIVY

KONANÝ DNE 10. 6. 2017 V HOTELU ILF, BUDĚJOVICKÁ 15/743, PRAHA 4

Hodnocení : 6 kreditů

Odborná vzdělávací akce je pořádána v rámci celoživotního vzdělávání lékařů dle SP č. 16.
Akce je zapsána v Centrálním registru akcí ČLK pod číslem 47 268.

Česká lékařská komora
oddělení vzdělávání
Lékařská 291/2
150 30 Praha 5
IČO 43965024
DIČ CZ43965024

MUDr. Marcela Černá
odborný garant akce

PP
doc. PhDr. Radek Ptáček, Ph.D. MBA
vedoucí odd. vzdělávání ČLK

Zdroj: Vlastní

Příloha č. 2 – Otázky k rozhovoru s panem Pavlem Eybertem

Připravila jsem téma k diskuzi a okruhy témat, které jsou uvedeny v příloze č. 2.

Dobrý den, jmenuji se Jana Vlčková, jsem studentkou druhého ročníku FSV, obor: Veřejná a sociální politika. Ráda bych Vám položila několik otázek, týkající se ukotvení eutanazie v českém zákoně a její komparace s paliativní péčí a problematiky obou termínů na poli veřejné politiky. Vaše odpovědi a názory budou použity pro moji diplomovou práci týkající se obou témat.

1. Jaký je Váš názor coby jednoho z aktérů na ukotvení eutanazie v českém zákoně? Jste odpůrcem nebo zastáncem legalizace eutanazie v České republice?
2. Považujete paliativní péči za alternativu eutanazie?
3. Považujete ukončení léčby, která by pacienta jen zatěžovala a nevedla k jeho uzdravení za skrytou eutanazii?
4. Myslíte si, že je správné uvažovat o legalizaci eutanazie v českém zákoně nebo nejdříve dát prostor pro paliativní péči a její možnosti?
5. Jaké důvody Vás vedou k přesvědčení o vhodnosti či nevhodnosti uzákonění eutanazie v našem státě?
6. Z jakého důvodu se v médiích častěji objevuje otázka týkající se problematiky eutanazie a nikoliv otázka týkající se paliativní péče?
7. Co vede podle Vás aktéry v české politice k úvahám nad legalizací eutanazie a otázku paliativní péče vytlačit na okraj?
8. Domníváte se, že problematika eutanazie se opět dostala na pole veřejné politiky z důvodu nastávajících voleb?
9. Navrhovaný zákon o uzákonění eutanazie se na poli veřejné politiky objevil již v roce 2008. Proč si myslíte, že ani nyní nedošlo k ukotvení eutanazie do českého zákona?
10. V okrese Tábor je pouze jeden hospic. Proč nedochází k aktivní výstavbě hospiců a zařízení specializující se na paliativní péči ve vašem okrese?

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha č. 3 – Otázky k rozhovoru s profesorem Zlatuškou

1. Proč se domníváte, že zákon o důstojné smrti je nutný v ČR?
2. Z jakého důvodu s vaším návrhem někteří zákonodárci nesouhlasí?
3. Zdá se otázka eutanazie pro Vás kontroverzní téma?
4. Umíte si skutečně legalizaci eutanazie v ČR představit?
5. Co Vás přímo přimělo k zamyšlení se a zároveň vytvoření „ zákona o důstojné smrti“?
6. Za jakých okolností a podmínek by se dle Vás určovalo, že se přeruší tzv. kurativní léčba nebo, že ani paliativní léčba není východisko?
7. Jste autorem zákona, v roce 2008 podobné znění zákona představila senátorka Domšová. Zákon tenkrát vládou neprošel. Ani znění vašeho zákona nebylo politicky průchodné. Co si o tom všem myslíte?
8. Někteří lékaři a jiní aktéři, např. Ministerstvo zdravotnictví se přiklání k legislativně ošetřené a především bezplatné paliativní péči. Domníváte se, že tento termín je v naší zemi na dostatečně vysoké úrovni?
9. Není eutanazie v rozporu s lékařskou etikou?
10. Kde jste našel inspiraci k předložení vašeho zákona?

Zdroj: Vlastní zpracování

Příloha č. 4 – Otázky k rozhovoru s lékaři:

Dobrý den, vážení lékaři, ráda bych vás seznámila se svým projektem, týkající se moji diplomové práce. Jsem studentkou FSV UK, obor: Veřejná a sociální politika a jako téma diplomové práce jsem si zvolila problematiku legalizace eutanazie v ČR. Ráda bych vám položila okruhy otázek, jejichž odpovědi budou analyzovány v rámci kvalitativního výzkumu.

1. Jak vnímáte debatu o diskuzi o legalizaci eutanazie v naší zemi? Minulý rok předložila skupina poslanců v čele s profesorem Zlatuškou znění zákona „*Zákon o důstojné smrti*“.
2. Souhlasíte na základě vašich praktických zkušeností s tím, že paliativní péče bývá označována za alternativu eutanazie?
3. Souvisí debata o eutanazii více s politickým prostředím nebo by se nejvíce měla řešit mezi lékaři? Myšleno, že debaty a diskuze o jejím uzákonění by měly být směřovány ze stran lékařů nikoliv politiků
4. Vnímáte debatu o eutanazii v loňském roce jako souvislost s blížícími se volbami nebo spíše ji dáváte do souvislosti s určitou změnou společnosti, že by člověk měl mít právo rozhodnout o svém životě v případě, např. nevyléčitelné nemoci?
5. Odpůrci eutanazie se často v debatě o ní ohrazují, že naše společnost není natolik vyspělá, aby se nemohlo v případě legalizace často jednat o její zneužití. Máte také takový názor?
6. Dle vašich zkušeností z praxe, kdy se setkáváte s nevyléčitelnými nemocnými, máte dojem, že kdyby mohli, tak volí eutanazii? Dle výzkumů veřejného mínění je pro legalizaci eutanazie až 60 % občanů?
7. Byl by jste jako lékař/ka schopen/na provést eutanazii?
8. Domníváte se, že léčba bolesti je v našich podmínkách dostatečně léčena? Nebo není, a právě proto lidé vyjadřují souhlas s legalizací, jelikož se bojí bolesti při umírání?
9. Myslíte si, že uzákonění eutanazie by mělo patřit mezi základní práva občanů?
10. Patříte mezi služebně starší lékaře. Jak se díváte na tyto diskuze? Vzpomínáte si, že např. v době, kdy jste začal/a pracovat, otázka eutanazie byla tabu nebo právě naopak,

ale nikdo o ní nahlas nemluvil?

11. Je podle vás správné, že se téma dostává do politického a následovně lékařského prostředí?

12. Je podle Vás lékaře/ky podvědomí o paliativní péči ve společnosti dost vysoké? Myslíte si, že nynější vzrůstající se zájem o uzákonění eutanazie v naší zemi může souviset částečně i s nízkou nebo žádnou informovaností o možnostech paliativní péče?

Zdroj: Vlastní zpracování

**Příloha č. 5 – Seznam kódů v rámci zpracování rozhovorů s liniovými pracovníky a
tabulka**

kód č. 1: pozitivní vnímání diskuze o eutanazii

kód č. 2: souhlas s legalizací eutanazie

kód č. 3: eutanazie = základní lidská práva

kód č. 4: informovanost a možnosti paliativní péče v ČR (vysoká (a) / nízká úroveň(b))

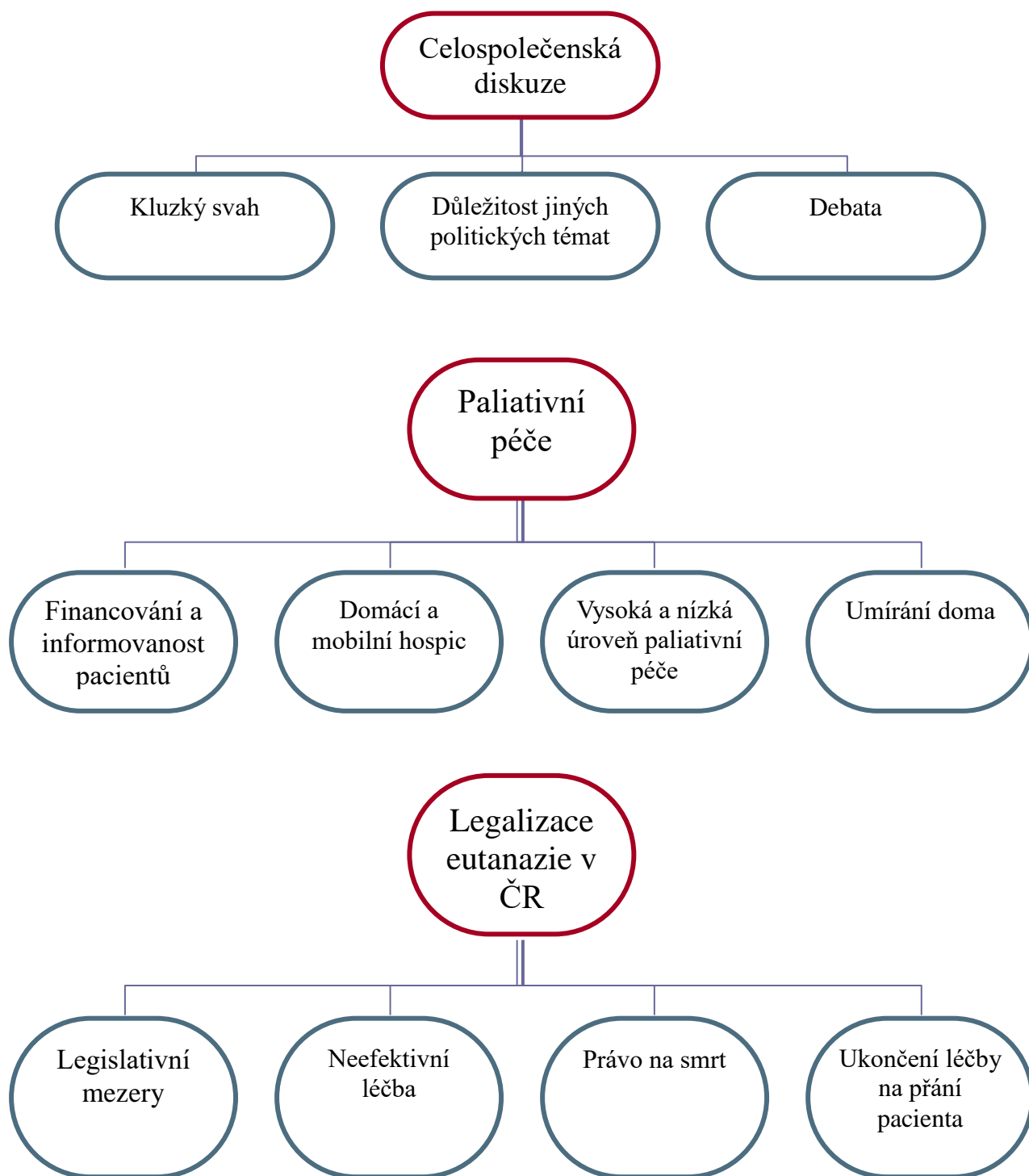
kód č. 5: volba eutanazie je téma lékařské (a) / politické (b)

Tabulka č. 1 – zpracování kódů

Název kódu	Tábor A, B, C, D	Tábor E, F, G	Praha A, B, C, D, E	Praha F, G, H, I
Kód č. 1	A, B, C,	G	A, B, C	I
Kód č. 2	A	G		
Kód č. 3	A	G		
Kód č. 4a	A, B, C	E, F	A, B, C, D	F, H, I
Kód č. 4b	D		E	
Kód č. 5a	A		A, B, D, E	F, G, I
Kód č. 5b	B, C	E, F, G	C	G

Zdroj: vlastní zpracování

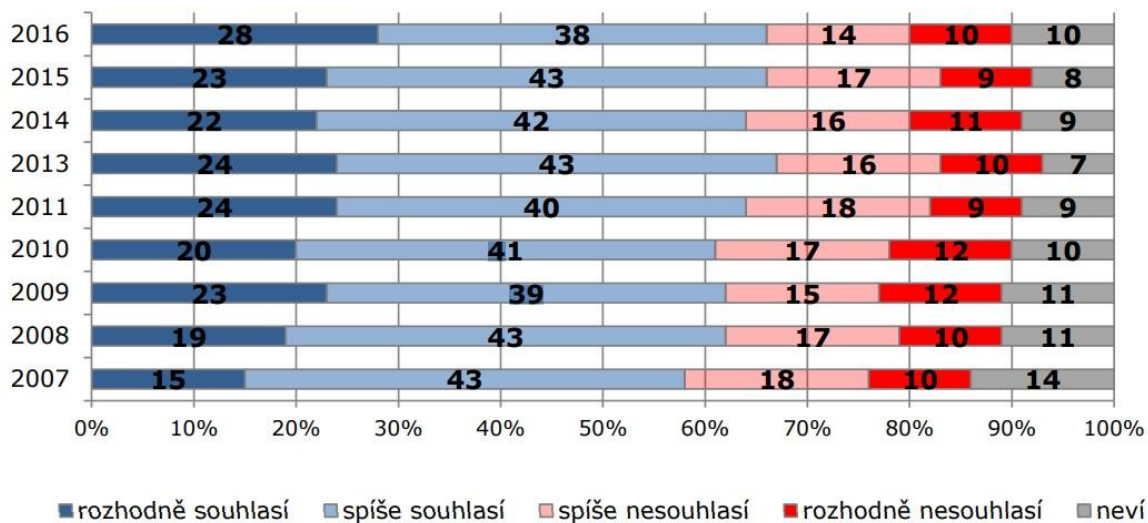
Příloha č. 6 – Kategorizovaný dokument



Zdroj: vlastní zpracování

Příloha č. 7 – Graf:

Graf 2: Názory na eutanazii: časové srovnání 2007 - 2016 (v %)



Zdroj: CVVM SOÚ AV ČR, v.v.i., Naše společnost 3. – 20. 6. 2016, 1005 respondentů starších 15 let, osobní rozhovor

Příloha č. 8 – Dříve vyslovený přání. Manuál pro lékaře.



Další informace
Dříve vyslovené přání je nástrojem, který pomáhá výrazně projasnit situaci, kdy není zřejmé, jaký má být další postup péče o pacienta.
Jsme si vědomi, že tento text nemůže postihnout všechny otázky, které v souvislostech s dříve vysloveným přáním vznikají.

Další informace zejména o právních souvislostech lze nalézt v letáku *Dříve vyslovené přání - manuál nejen pro pacienty*.

Tento leták je dobrý mít připadně pro pacienty a jejich rodiny k dispozici. Je možné jej nabízet také svým registrovaným pacientům, které aktuálně neohrožuje žádná vážná nemoc. Zároveň je dobré sledovat informace na internetu, neboť zkušenost s touto problematikou budou růst a budou cenné.

Cesta domů poskytuje své služby mimo jiné díky finanční podpoře nadací, měst Prahy, některých státních institucí a díky darům sponzorů a mnoha velkorysých a obětivých lidí.



Text odraží výhradně názory autora a MPSV ČR nenese zodpovědnost za žádné užší informace zde obsažených.

Autoři: MUDr. Jaromír Matějak, Ph.D., Th.D. Ústav etiky
3. LFUK a MUDr. Irena Závadová, Cesta domů

Vydala Cesta domů, Bolešlavská 16, 130 00 Praha 3

☎ 283 850 949

✉ info@cestadomuz.cz

🌐 www.cestadomuz.cz

Bankovní spojení: 2801033970/2010 Fio banka

Grafická úprava a sazba Studio Designly

Tisk Tiskárna Flora

© Cesta domů, 2. vydání, 2015

Další informace najdete na www.umirani.cz

Dříve vyslovené přání
Je níže podsestavení/podsestavená r. č.
pro případ, že bych se dostal/a do takového zdravotního stavu, ve kterém nebudu schopen/schopna vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, vyslovuji následující dříve vyslovené přání dle § 38 zákona č. 372/2001 Sb., resp. předcházející prohlášení dle § 38 zákona 89/2012 Sb., o zdravotních službách:

- Článek I.**
Pro případ, že
1. má schopnost vnímat a chápat okolí bude podstatným způsobem narušena tak, že budu i v blízkých každodenních úkonech závislý/á na pomoci jiné osoby,
2. můj stav bude vyžadovat přístrojovou podporu životních funkcí včetně umělé výživy a hydratace,
3. se budu nacházet v terminální fázi nevyléčelného onemocnění nebo v jiném medietnicky nadále neovlivitelném nepřiznivém stavu bez naděje na jeho zlepšení apod.,
souhlasím s tím, aby mi byla poskytována péče ... (např. *tišení obětí, tedy bolest, neklid, strach, dušnost nebo nevolnost, podávání antibiotik, umělé výživy, dýchací aparát*), a tuto péči požádám, a **nesouhlasím** s péčí ... (např. *nanogastrologická sonda, EEG sonda, umělá plícní ventilace, antibiotika atd.*), a tuto péči odmítám.

Článek II.
Součástí tohoto dříve vysloveného přání je i písemně poučeným mým lékařem v obou MUDr., o následcích mého rozhodnutí.

Článek III.
Státní přím dříve vysloveným přáním byl/a seslán/a krasý/á je přes informován/á o všech právních, postojích podstatných pro vydání mého dříve vysloveného přání.
Pro případ, že by nastala situace nepřehledná v tomto mém dříve vysloveném přání či by nastaly pochybnosti o aplikovatelnosti tohoto dříve vysloveného přání, činím dle § 38 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, předcházející prohlášení v tom smyslu, že si přeji, aby v případě mé neschopnosti rozhodovat o své další zdravotní péči rozhodl/a o této péči v intencích tohoto mého dříve vysloveného přání r. č.

Článek IV.
Toto dříve vyslovené přání platí od a bylo sepsáno ve vyhotovených, kdy jedno vyhotovení je součástí mé zdravotnické dokumentace a zbylá jsou uložena

V dne

(Grafický podpis)

svědek (vč. identifikačních údajů) svědek (vč. identifikačních údajů)

V dne

podpis lékaře, který provedl poučení

3.11. Jáký je pacientův vztah k eventuální hospitalizaci?

3.11.1. Odmítá hospitalizaci ve výše popsané situaci?

3.11.2. Svoluje či nesvoluje k hospitalizaci, pokud má hospitalizace sloužit k lepšímu řešení obětí, které nelze dobře zvládnout v domácí (hospicové) péči?

3.11.3. Kam by si pacient přál být v rozhodné situaci převezen? Je to dohodnuto a s kým (kontakty)?

3.12. Přeje si pacient zůstat doma a mít zajištěnou adekvátní péči tam?

3.12.1. Kdo, případně která organizace by tuto péči měla zajišťovat? Je to s ní dohodnuto? A s kým konkrétně (kontakty)?

3.13. Bere pacient na vědomí, že některé jeho volby mu mohou zkrátit život?

Jaké by měly být výstupy z diskuse s pacientem?

Na základě odpovědí na výše položené otázky je vhodné připravit strukturovaný, jasný a přehledný text, ze kterého bude patrné, v jaké situaci se má pacientovo dříve vyslovené přání naplňovat a co přesně pacient odmítá nebo co si pro sebe v té situaci přeje.

Je také nezbytné, aby tento dokument byl součástí dokumentace pacienta, a to i při eventuálních převozech do různých zařízení nebo míst pobytu. Je důležité, aby všichni, kdo o pacienta aktuálně pečují, přesně věděli, kde je dokument uložen a co obsahuje.
V závěru toho, o čem by měli zdravotníci s pacienty diskutovat, je také poučení o stávající české právní situaci ve vztahu k etanazii a k asistované sebevraždě. Protože etanazie není v ČR legální, považovalo by se zřejmě její provedení za vraždu nebo zabití. Asistovanou sebevraždu by český právní řád považoval za trestný čin účasti na sebevraždě. Etický kodex České lékařské komory považuje etanazii a asistovanou sebevraždu za nepřijatelné.

Jak sepsat dříve vyslovené přání?

Dříve vyslovené přání je samozřejmě vysoce individualizovaný dokument, proto je velmi těžké poskytnout univerzální formulář, který by vyhovoval všem, kdo chtějí její vyslovené přání sepsat. Jen pro představu, jak lze dříve vyslovené přání a předcházející prohlášení o zvolení si zástupce sepsat, uvádíme tuto šablonu:

Náš právní systém nyní nabízí možnost sepsat svá přání a představy, jak chceme nebo nechceme být léčeni v době, kdy o nás budou rozhodovat jiní. Součástí tohoto dřívě vysloveného přání, které si člověk/pacient sepisuje, může být také vyjádření lékaře. Budou se na Vás proto v této věci obracet Vaši pacienti, kteří jsou závažně nemocní, ale mohou se na Vás obrátit i lidé, které zatím vážná nemoc nepotkala. Je dobré být připraveni, abyste jim mohli poradit a provázet je poučeně v jejich rozhodování. Následující text je malým rádčem praktickým lékařům (ale nejen jim) pro tyto situace.

Pacient, 78 let, léčen pro karcinom jícnu s metastázami. Před několika měsíci byl pacientovi s jeho souhlasem zaveden PEG pro polykací obtíže způsobené progresí nádoru. Protinádorová léčba byla ukončena. Počáto k rozvoji četných mozkových příhod pacient ochrnil na levou polovinu těla a zcela ztratil schopnost komunikovat. Byl převezen do hospice. Rodina nemocného (dětí a manželka) sdělily ošetrujícímu personálu, že pacient dřívě mluvil opakovaně o tom, že při zhoršení stavu, když by si již nemohl užívat života a rodiny, nechtěl by být jakkoliv „uměle udržován při životě“.

Personál hospice se ptá, jak nyní s celou situací naložit? Lze výživu do PEG sondy zrušit (ne technicky, ale eticky)? A nebylo by dobře, kdyby i tento pacient měl sepsáno své dřívě vyslovené přání?

Co dřívě vyslovené přání je?

Pokud tedy dojde k situaci, že nemocný člověk již o sobě a své léčbě není schopen rozhodovat z důvodu svého nepřítomného zdravotního stavu sám, musejí o jeho záležitostech rozhodovat jiní. Ti pak mohou zohlednit jeho vůli a spravovat jeho záležitosti včetně léčebných postupů podle jeho dřívě vysloveného přání.

Dřívě vyslovené přání je termín, kterým se označuje projev vůle osoby starší 18 let ohledně toho, jakou léčbu si do budoucna přeje a jakou nepřije.

V tomto leťáku nabízíme několik obecných úvah a několik konkrétních doporučení, která se týkají poučení pacientů v souvislosti s dřívě vysloveným přáním.

Co s pacientem projednat?

Odstavec 2 § 36 zákona o zdravotních službách říká, že „bude respektováno jen takové dřívě vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetrujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s nímž dřívě vyslovené přání souvisí.“

To, co je pacientovi zapotřebí doplnit jako první, je dostatek času na promyšlení toho, co by chtěl nebo nechťel, co pro sebe považuje za ještě přirozené a již nepřirozené, příjemné, nebo už extrémní a proč, a to v situacích, kdy již nebude schopen o péči o sebe rozhodovat nebo se k ní vyjadřovat.

Proč doba na rozmýšlení?

Doba na rozmýšlení má umožnit pacientovi nejen vnitřní reflexi, ale také otevřené rozhovory s jeho rodinou, s jeho lékařem, případně právníkem, duchovním, psychologem. Především pro rodinu to může být velmi významné období, kdy se otvírají otázky týkající se konce života. Vstupuje-li dnes v naši zemi rodina do rozhodování o pacientovi, měla by znát důsledky pacientova přání a měla by být s těmito důsledky seznámena.

Proč a jak informovat i rodinu pacienta?

Otevřenou a vášnivou komunikaci s pacientem a případně i jeho blízkými lze alespoň částečně omezit nepřijemná překvapení, nedorozumění a následně komunikačně extrémně náročné a konfliktní situace.

Bylo by vhodné informovat rodinu nejen o zdravotních, nýbrž i právních souvislostech dřívě vysloveného přání pacienta (viz dále bod 1.3). Lze to však učinit pouze s předchozím a výslovným souhlasem pacienta.

Co by mělo být konkrétním obsahem diskuse o dřívě vysloveném přání?

1. Právní (a etický) rámec dřívě vysloveného přání

1.1. Pacient by měl vědět, že podobně jako u informovaného souhlasu, i v souvislostech s dřívě vysloveným přáním je právní i eticky opáven rozhodovat o tom, co se s ním bude dít. Že on je tou poslední instancí, která rozhodne. Jde především o princip respektu k autonomii pacienta.

1.2. Pacient by měl být poučen o článku 9 Úmluvy o biomedicíně, kde se pojednává o tom, že na dřívě vyslovené přání pacienta bude brán zřetel při rozhodování o terapii. Je také vhodné zdůraznit, že tato smlouva je již od roku 2001 nadnárodním českou právní normou, tedy že dřívě vyslovené přání nejsou ani v ČR žádnou novinkou.

1.3. Pacientovi by měly být vysvětleny právní souvislosti. Především by měl být seznámen se zněním § 36 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (vždy v platném znění) přílohu § 34 téhož zákona.

1.4. Je také třeba vědět, že žádný pacient nesmí být k sepsání dřívě vysloveného přání nucen. Rovněž není možné podmiňovat pobyt ve zdravotnickém zařízení sepsáním dřívě vysloveného přání.

Je vhodné otevřeně pacientovi sdělit, že s převratným vynaháněním přání dřívě vysloveného přání jsou v ČR zatím jen minimální zkušenosti. Bylo by však chybou kvůli tomu přímo nebo skrytě pacienta od sepsání jeho dřívě vysloveného přání nějak odrazovat. Je totiž eminentním zájmem zdravotníka, aby se předem dobře zorientoval v tom, co pacient pro sebe v budoucnu chce, nebo nechce. Jedná se o důležitý dokument, který umožňují pacientovi a jeho okolí přemýšlet předem nad zdravotní péčí, která mu bude v budoucnu poskytována.

2. Co nejpřesnější popis situace, ve které se má dřívě vyslovené přání pacienta plnit

2.1. Je třeba co nejpřesněji popsat situaci, ve které má být dřívě vyslovené přání pacienta plněno, aby zdravotník s co největší jistotou věděl, nebo odhadl, že konkrétní situace již nastala.

2.2. V literatuře nalezneme podobné formulace, jako jsou tyto: „Budou-li například šest měsíců v hlubo-

kém bezvědomí nebo v permanentním vegetativním stavu (ve stavu hluboké demence), kdy není rozumná naděje na zlepšení, pak...“ Nebo „V situacích bezprostředního umrtění nebo v konečné fázi léčebně již neovlivnitelné nemoci nařizují následující...“

2.3. Český právní řád tuto okolnost nijak blíže neurčuje.

3. Vyjádření pacienta ke konkrétním medicínským opatřením

3.1. Mají se lékařská opatření zaměřit na úšlechť, tedy bolesti, neklid, strachu, důlnosti nebo nevolnosti, a to i tehdy, když nelze vyloučit, že příjímá opatření mohou vést ke zkrácení života? 3.2. Jaký má pacient v předjímané situaci postoj k umělému podávání výživy (nasogastrická sonda, PEG sonda, intravenózní přístup apod.)? Přeje si umělé podávání výživy, nebo ne? Přeje si dopomoc s přirozeným (per os - ústy) příjmem potravy, nebo ne?

Pokud si pacient nebude přát umělé podávání výživy a nebude efektivní ani dopomoc s přirozeným (per os - ústy) podáváním potravy, bude podávání výživy zcela přerušeno. Jak pacient nahlíží na to, že by tak přestal úplně přijímat potravu?

3.3. Jaký je pacientův postoj k umělému podávání tekutin? Přeje si umělé podávání tekutin (nasogastrická sonda, PEG sonda, parenterální přístup), či nikoliv? Případný pocit žízn by byl pak tišen buď pomocí přirozeného (per os) podávání tekutin nebo vrhčováním sliznice dutiny ústní.

3.4. Přeje si pacient oživovací pokusy (umělé dýchání, stimulace srdce) v případě dechové a srdeční zástavy?

3.5. Přeje si pacient dechovou podporu? Přeje si pacient zavazet dechovou podporu ukončit?

3.6. Jaký má pacient postoj k případné vasoaktivní podpoře?

3.7. Přeje si pacient dialýzu? Pokud ne, má se již zavazet dialýzu ukončit?

3.8. Přeje si pacient podávání antibiotik?

3.9. Jak postupovat vzhledem k eventuelnímu vypnutí kardiosimulátoru nebo implantabilního kardiovertent? Přeje si pacient jeho vypnutí, či nikoliv?

3.10. Jak se pacient staví k paliativní sedaci?

Příloha č. 9 – Seznam článků vybraných pro mediálně odbornou analýzu

Časopis lékařů českých

1.

TI: Paliativní péče v ČR v roce 2016

AU: Sláma, Ondřej, 1969- – Kabelka, Ladislav, 1972- – Loučka, Martin, 1985-

AD: Masarykův onkologický ústav, Brno

CI: Časopis lékařů českých. 2016, roč. 155, č. 8, s. 445-450. ISSN: 0008-7335; 1805-4420 (elektronická verze).

LA: cze

RT: články

PT: přehledy

DE: následná péče ; smrt ; kontinuální vzdělávání lékařů ; domovy pro seniory ; lidé ; paliativní péče (klasifikace, zákonodárství a právo) ;

Česká republika ; domácí ošetřovatelství ; hospicová a paliativní péče

AB: V České republice potřebuje každoročně paliativní péči více než 70 tisíc pacientů s chronickým nevléčitelným onemocněním. U 50 tisíc z nich

jsou potřeby paliativní péče zvládnutelné v rámci obecné paliativní péče,

20 tisíc pacientů by významně profitovalo ze specializované paliativní

péče. Většina chronicky nemocných (> 60 %) umírá v lůžkových

zdravotnických zařízeních akutní nebo následné péče. Zde je dostupnost

kvalitní paliativní péče velmi různá. V lůžkových hospicích prožívá závěr

života a umírá méně než 3 tisíce nemocných. Ambulantní a mobilní

specializovaná paliativní péče jsou dostupné pouze několika stovkám

pacientů. Paliativní péči na náležitě odborné úrovni (lege artis) nelze v

roce 2016 považovat za běžně dostupnou a garantovanou zdravotní a sociální

službu. V ČR je naléhavá potřeba koncepčního rozvoje obecné a

specializované paliativní péče, a to na úrovni vzdělávání, organizace

zdravotní péče a rozvoje nových zdravotních a sociálních služeb.

SG: NLK: B 1 ; neváz. 1068

LI: <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2016-60048> - Meditorial

AN: bmc17003863

DT: 201701

2.

TI: Péče na konci života v České republice

AU: Holmerová, Iva, 1955- – Wija, Petr

AD: Centrum pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče, Fakulta humanitních studií UK, Praha 5

CI: Časopis lékařů českých. 2016, roč. 155, č. 4, s. 43-47. ISSN: 0008-7335; 1805-4420 (elektronická verze).

LA: cze

RT: články

PT: práce podpořená grantem ; přehledy

DE: staří nad 80 let ; staří ; demografie ; zdravotnická zařízení ;

zdravotní péče - plánování ; zdravotní politika ; domovy pro seniory ;

nemocnice pro chronická onemocnění ; lidé ; dlouhodobá péče (organizace a řízení, statistika a číselné údaje) ; mortalita ; paliativní péče

(organizace a řízení, statistika a číselné údaje) ; ubytovací zařízení ;

péče o umírající (organizace a řízení, statistika a číselné údaje) ;

umírající (statistika a číselné údaje) ; mortalita v nemocnicích

AB: Rychle probíhající demografické změny a měnící se spektrum nemocí

ovlivňují i požadavky na systémy zdravotní a sociální péče. Klesající

úmrtnost v jednotlivých věkových kategoriích a rostoucí střední délka

života se odrážejí ve struktuře uživatelů zdravotních služeb, struktuře

příčin úmrtí a samozřejmě také ve věkové struktuře zemřelých osob. Česká

republika patří mezi země s rychle stárnoucí populací. Přestože si většina

lidí přeje nejen žít, ale také zemřít doma, v roce 2012 téměř tři čtvrtiny

lidí zemřely v nemocnici nebo v jiném zdravotnickém a sociálním zařízení.

Přes zhoršující se zdravotní stav obyvatel pobytových zařízení sociálních

služeb a vysoký počet lidí, kteří v nich umírají, je zajištění zdravotní péče v těchto zařízeních u nás zatím problematické. Paliativní a dlouhodobá péče by měly být poskytovány tak, aby byly schopny reagovat na měnící se potřeby naší populace, a to bez ohledu na resort, ve kterém se tato zařízení nacházejí.

IN: Číslo grantové zprávy: NT11325

SG: NLK: B 1 ; neváz. 1068

LI: <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/pece-na-konci-zivota-v-ceske-republice-58603> - Meditorial

AN: bmc16022158 DT: 201608

3.

TI: Dobrá smrt: eutanazie očima studentů medicíny

AU: Kuře, Josef, 1963- – Vaňharová, Michaela

AD: Ústav lékařské etiky, Masarykova univerzita, Brno

CI: Časopis lékařů českých. 2014, roč. 153, č. 3, s. 146-153. ISSN: 0008-7335; 1805-4420 (elektronická verze).

LA: cze RT: články

DE: postoj ke smrti ; eutanazie ; ženské pohlaví ; lidé ; mužské pohlaví ; terminologie jako téma ; průzkumy a dotazníky ; statistika jako téma ; studenti lékařství

AB: V laické i odborné veřejnosti existují velmi diverzní pojmová pojetí eutanazie. Přitom přesné sémantické určení eutanazie je jedním z důležitých předpokladů pro následnou smysluplnou etickou diskuzi eutanazie. Článek analyzuje empirickou studii zkoumající chápání eutanazie studenty medicíny. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké sémantické vymezení eutanazie používají studenti prvního ročníku medicíny.

SG: NLK: B 1 ; neváz. 1068

LI: <http://www.prolekare.cz/casopis-lekaru-ceskych-clanek/dobra-smrt-eutanazie-ocima-studentu-mediciny-48951> - Meditorial

AN: bmc14063006 DT: 201406

Časopis Medical Tribune

1.

TI: Paliativní péči ročně potřebuje 70 000 lidí

CI: Medical tribune : aktuální - nezávislá - mezinárodní. 2017, roč. 13, č. 8, C1, C2. ISSN: 1214-8911.

LA: cze RT: články

PT: novinové články

SG: NLK: B 2365 ; neváz. 1217 b

LI: <http://www.tribune.cz/tituly/mtr> - domovská stránka časopisu

AN: bmc17018065 DT: 201705

2.

TI: Ad Propouštění z nemocnice - a co dál?; Nepřeceňujeme současnou medicínu, myslíme také na smrt; Hospice by měly dostat od příštího roku víc peněz

AU: Bouzek, Petr

CI: Medical tribune : aktuální - nezávislá - mezinárodní. 2017, roč. 13, č. 3, A3. ISSN: 1214-8911.

LA: cze RT: články

PT: komentáře ; novinové články

SG: NLK: B 2365 ; neváz. 1217 b

LI: <http://www.tribune.cz/tituly/mtr> - domovská stránka časopisu

AN: bmc17012597 DT: 201704

3.

TI: Hospice by měly dostat od příštího roku víc peněz
AU: Huneš, Robert, 1968-
AD: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče
CI: Medical tribune : aktuální - nezávislá - mezinárodní. 2017, roč. 13, č. 2, B3. ISSN: 1214-8911.
LA: cze RT: články
PT: novinové články
SG: NLK: B 2365 ; nevá. 1217 b
LI: <http://www.tribune.cz/tituly/mtr> - domovská stránka časopisu
AN: bmcl7012556 DT: 201704

4.

TI: Od dubna se začne zkušebně proplácet péče v devíti mobilních hospicích
CI: Medical tribune : aktuální - nezávislá - mezinárodní. 2015, roč. 11, č. 4, A5. ISSN: 1214-8911.
LA: cze RT: články
PT: novinové články
DE: lidé ; péče v hospici (ekonomika, organizace a řízení) ; pojištění zdravotní všeobecné (ekonomika, organizace a řízení) ; hospicová a paliativní péče (ekonomika, organizace a řízení)
SG: NLK: B 2365 ; nevá. 1217 b
LI: <http://www.tribune.cz/tituly/mtr> - domovská stránka časopisu
AN: bmcl5020629 DT: 201506

5.

TI: Až příliš častá věta: "Předán k symptomatické léčbě praktickému lékaři"
AU: Ondřichová, Lucie
CI: Medical tribune : aktuální - nezávislá - mezinárodní. 2014, roč. 10, č. 11, B4. ISSN: 1214-8911.
LA: cze RT: články
PT: novinové články
DE: onkologická péče - zařízení (využití) ; lidé ; nádory (mortalita, terapie) ; paliativní péče ; onkologické ošetřovatelství (metody) ; průzkumy a dotazníky ; praktičtí lékaři
SG: NLK: B 2365 ; nevá. 1217 b
LI: <http://www.tribune.cz/tituly/mtr> - domovská stránka časopisu
AN: bmcl4068661 DT: 201408

Časopis Zdravotnické noviny

1.

TI: Ministerstvo má plán na rychlou pomoc hospicové péči
AU: Citores, Filip Kůt
CI: Zdravotnické noviny : odborné fórum zdravotnictví a sociální péče. 2017, roč. 66, č. 3, s. 2. ISSN: 0044-1996.
LA: cze RT: články
PT: novinové články
SG: NLK: B 2591 ; nevá. 939
LI: <http://www.zdravky.cz/> - domovská stránka časopisu
AN: bmcl7014684 DT: 201704

2.

TI: Mobilní hospic pro děti je u nás stále převážně nedostupný
AU: Citores, Filip Kůt
CI: Zdravotnické noviny : odborné fórum zdravotnictví a sociální péče.

2016, roč. 65, č. 24, s. 1, 3. ISSN: 0044-1996.
LA: cze RT: články
PT: novinové články
DE: dítě ; služby domácí péče (ekonomika, pracovní síly, organizace a řízení) ; lidé ; hospicová a paliativní péče (ekonomika, pracovní síly, organizace a řízení)
SG: NLK: B 2591 ; nevá. 939
LI: <http://www.zdravky.cz/> - domovská stránka časopisu
AN: bmc17004020 DT: 201701

3.

TI: Paliativní péči se medicí učí okrajově. Jejich povědomí měla zlepšit kampaň

AU: Koubová, Michaela

CI: Zdravotnické noviny : odborné fórum zdravotnictví a sociální péče.

2016, roč. 65, č. 6, s. 7. ISSN: 0044-1996.

LA: cze RT: články

PT: novinové články

DE: studium lékařství ; studium vysokoškolské ; studium ošetřovatelství ; výchova, vzdělávání ; studium lékařství specializační postgraduální ; lidé ; paliativní péče

SG: NLK: B 2591 ; nevá. 939

LI: <http://www.zdravky.cz/> - domovská stránka časopisu

AN: bmc16030888 DT: 201611

4.

TI: Legalizace eutanázie? Nejdříve musíme mít kvalitní paliativní péči a připravené lékaře, říkají odborníci

AU: Koubová, Michaela

CI: Zdravotnické noviny : odborné fórum zdravotnictví a sociální péče.

2016, roč. 65, č. 3, s. 7. ISSN: 0044-1996.

LA: cze RT: články

PT: novinové články

DE: eutanázie (zákonodárství a právo, psychologie, etika) ; lidé ; paliativní péče (zákonodárství a právo, pracovní síly, organizace a řízení)

SG: NLK: B 2591 ; nevá. 939

LI: <http://www.zdravky.cz/> - domovská stránka časopisu

AN: bmc16025210 DT: 201609

Časopis Tempus medicorum

1.

TI: Eutanázie - pro a proti : Mimořádná konference České lékařské komory

AU: Ptáček, Radek, 1975-

CI: Tempus medicorum : časopis České lékařské komory. 2015, roč. 24, č. 6, s. 7. ISSN: 1214-7524.

LA: cze RT: články

DE: kongresy jako téma ; eutanázie

SG: NLK: B 1857 ; nevá. 1246 b

LI: <http://www.lkcr.cz/tempus-medicorum-353.html> - domovská stránka časopisu

AN: bmc15039446 DT: 201512

Časopis Zdravotnictví a medicína

1.

TI: Dětská paliativní péče je v ČR obtížně dostupná

AU: Skálová, Andrea
CI: Zdravotnictví a medicína : čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii. 2016, roč. 2016, č. 12, s. 4-5. ISSN: 2336-2987.
LA: cze RT: články
PT: novinové články
DE: dítě ; lidé ; paliativní péče (organizace a řízení) ; péče o umírající (organizace a řízení)
SG: NLK: B 2694 ; neváz. 940
LI: <http://zdravi.euro.cz/archiv/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/covers> - domovská stránka časopisu
AN: bmc17010265 DT: 201703

2.

TI: Domácí dětská paliativní péče není dostupná
CI: Zdravotnictví a medicína : čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii. 2016, roč. 2016, č. 6, s. 37. ISSN: 2336-2987.
LA: cze RT: články
PT: zprávy ; novinové články
SG: NLK: B 2694 ; neváz. 940
LI: <http://zdravi.euro.cz/archiv/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/covers> - domovská stránka časopisu
AN: bmc16030800 DT: 201610

3.

TI: Eutanazie - pro a proti
CI: Zdravotnictví a medicína : čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii. 2015, roč. 2015, č. 6, s. 43. ISSN: 2336-2987.
LA: cze RT: články
PT: novinové články
DE: kongresy jako téma ; eutanazie
SG: NLK: B 2694 ; neváz. 940
LI: <http://zdravi.euro.cz/archiv/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/covers> - domovská stránka časopisu
AN: bmc15024427 DT: 201507

4.

TI: Vztah ke smrti a umírání vypovídá o kultuře společnosti
AU: Klusáková, Petra
CI: Zdravotnictví a medicína : čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii. 2015, roč. 2015, č. 3, s. 1-3. ISSN: 2336-2987.
LA: cze RT: články
PT: novinové články
DE: postoj ke smrti ; kongresy jako téma ; smrt ; studium lékařství pregraduální ; lidé ; role lékaře ; paliativní péče ; dříve vyslovené přání ; umírající
SG: NLK: B 2694 ; neváz. 940
LI: <http://zdravi.euro.cz/archiv/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/covers> - domovská stránka časopisu
AN: bmc15024145 DT: 201507

5.

TI: Nádorová anorexie a kachexie u nemocných v programu paliativní onkologické péče
AU: Slováček, Ladislav, 1971-
AD: Ambulance paliativní onkologické péče, Klinika onkologie a radioterapie LF UK a FN, Hradec Králové
CI: Zdravotnictví a medicína : čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii. 2014, roč. 2014, č. 19, s. 36-37. ISSN: 2336-2987.
LA: cze RT: články
PT: práce podpořená grantem

DE: hormony kůry nadledvin (aplikace a dávkování, farmakologie, terapeutické užití) ; nechutenství (prevence a kontrola, terapie) ; antidepressiva (aplikace a dávkování, farmakologie, terapeutické užití) ; benzodiazepiny (aplikace a dávkování, farmakologie, terapeutické užití) ; kachexie (prevence a kontrola, terapie) ; poradenství ; enterální výživa (klasifikace, metody, využití) ; hormony (aplikace a dávkování, farmakologie, terapeutické užití) ; lidé ; lékařská onkologie (pracovní síly, metody, organizace a řízení, trendy, etika) ; paliativní péče ; onkologické ošetřovatelství ; parenterální výživa (klasifikace, metody, využití) ; kvalita života ; antipsychotika (aplikace a dávkování, farmakologie, terapeutické užití) ; péče o umírající (metody, psychologie, etika) ; Karnofského skóre ; progrese nemoci ; chuťová stimulancia (terapeutické užití) ; nutriční terapie (využití)
SG: NLK: B 2694 ; neváz. 940
LI: <http://zdravi.euro.cz/archiv/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/covers> - domovská stránka časopisu
AN: bmc15015775 DT: 201504

6.
TI: Belgie legalizovala eutanazii u dětí
CI: Zdravotnictví a medicína : čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii. 2014, roč. 2014, č. 4, s. 10. ISSN: 2336-2987.
LA: cze RT: články
PT: novinové články
SG: NLK: B 2694 ; neváz. 940
LI: <http://zdravi.euro.cz/archiv/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/covers> - domovská stránka časopisu
AN: bmc14050103 DT: 201403

Časopis Florence

1.
TI: Paliativní péče byla tématem podzimní konference Plzeňského regionu ČAS
AU: Krocová, Jitka
AD: FZS ZČU Plzeň
CI: Florence : časopis moderního ošetřovatelství. 2016, roč. 12, č. 12, s. 38. ISSN: 1801-464X.
LA: cze RT: články
PT: zprávy
DE: kongresy jako téma ; paliativní péče
SG: NLK: B 2389 ; neváz. 669 a
LI: <http://www.florence.cz/> - domovská stránka časopisu
AN: bmc17012349 DT: 201704

2.
TI: Vybrané aspekty kvality života pacientů s pokročilou formou chronického srdečního selhání v paliativní péči z dotazníku WHOQOL-OLD - blízké vztahy, naplnění, smrt a umírání
AU: Novotná, Helena - Kala, Miroslav, 1958-
AD: Fakulta zdravotnických věd, Univerzita Palackého v Olomouci, Nemocnice Tábor, a. s.
CI: Florence : časopis moderního ošetřovatelství. 2016, roč. 12, č. 1-2, s. 25-27. ISSN: 1801-464X.
LA: cze RT: články
DE: staří nad 80 let ; staří ; ženské pohlaví ; srdeční selhání ; lidé ; interpersonální vztahy ; mužské pohlaví ; paliativní péče ; průzkumy a dotazníky ; statistika jako téma ; kvalita života ; stupeň závažnosti nemoci ; umírající

AB: Adaptace na nevyhléditelné onemocnění znamená změnu hodnotových žebříčků, priorit i očekávání od života. Představa pacienta o dobré kvalitě života a jeho hodnocení aktuální kvality života je důležité z hlediska plánování lékařských, ošetrovatelských, psychologických i sociálních intervencí. Příspěvek prezentuje dílčí část výzkumu zaměřenou na subjektivní vnímání kvality života pacientů s pokročilým chronickým srdečním selháním, kterým je poskytována obecná paliativní péče.

SG: NLK: B 2389 ; nevá. 669 a

LI: <http://www.florence.cz/> - domovská stránka časopisu

AN: bmcl6008357 DT: 201603

3.

TI: Důstojný život do poslední chvíle

AU: Borková, Klára - Kratochvílová, Martina

AD: Anesteziologicko-resuscitační oddělení, Nemocnice Most, o. z.

CI: Florence : časopis moderního ošetrovatelství. 2015, roč. 11, č. 6, s. 5. ISSN: 1801-464X.

LA: cze RT: články

DE: hospice ; lidé ; pojištění zdravotní všeobecné ; hospicová a paliativní péče (ekonomika, zákonodárství a právo, metody)

SG: NLK: B 2389 ; nevá. 669 a

LI: <http://www.florence.cz/> - domovská stránka časopisu

AN: bmcl5026036 DT: 201508

4.

TI: Hospic očima veřejnosti

AU: Lešková, Ludmila

CI: Florence : časopis moderního ošetrovatelství. 2015, roč. 11, č. 11, s. 26-27. ISSN: 1801-464X.

LA: cze RT: články

DE: postoj ; stupeň vzdělání ; výchova, vzdělávání ; rodina ; hospice (pracovní síly, organizace a řízení, trendy, etika) ; lidé ; věkové skupiny ; brožury ; průzkumy a dotazníky (využití) ; výzkum (klasifikace, výchova, pracovní síly, organizace a řízení, statistika a číselné údaje) ; internet ; informace pro uživatele zdravotní péče

SG: NLK: B 2389 ; nevá. 669 a

LI: <http://www.florence.cz/> - domovská stránka časopisu

AN: bmcl5038287 DT: 201512

5.

TI: Dlouhodobá péče a péče v poslední fázi života ve Velké Británii

AU: Wasserburgerová, Lenka

AD: Habrovanský zámek p.o., Domov pro zdravotně postižené, Domov pro seniory

CI: Florence : časopis moderního ošetrovatelství. 2014, roč. 10, č. 10, s. 28-29. ISSN: 1801-464X. Literatura

LA: cze RT: články

DE: Spojené království ; lidé ; dlouhodobá péče (pracovní síly) ; zdravotní sestry v klinické praxi ; ošetrovatelská péče ; péče o umírající ; hospicová a paliativní péče

SG: NLK: B 2389 ; nevá. 669 a

LI: <http://www.florence.cz/> - domovská stránka časopisu

AN: bmcl5021593 DT: 201506

6.

TI: Nemylme se v paliativní péči

AU: Kaňová, Michaela

CI: Florence : časopis moderního ošetrovatelství. 2014, roč. 10, č. 3, s. 36-37. ISSN: 1801-464X. Literatura

LA: cze RT: články
DE: lidé ; péče o umírající (využití) ; hospicová a paliativní péče
SG: NLK: B 2389 ; neváz. 669 a
LI: <http://www.florence.cz/> - domovská stránka časopisu
AN: bmcl4062180 DT: 201406

Časopis Sestra

1.

TI: Psychologicko-etické aspekty bolesti a utrpenia
AU: Ondriová, Iveta – Fertaľová, Terézia – Hadašová, Lívia
AD: Katedra ošetrovateľstva Fakulty zdravotníckych odborov PU v Prešove
CI: Zdravotníctví a medicína : čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotníctví a farmácii. 2016, roč. 2016, č. 11 (Sestra), s. 19-20. ISSN: 2336-2987.
CI: Sestra : odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry. 2016, s. 19-20. ISSN: 1210-0404.

LA: slo RT: články
DE: ošetrovateľská péče (etika) ; bolest (psychologie) ; vztah sestry-pacient (etika) ; kvalita života (psychologie) ; práva pacientů ; chronická bolest ; akutní bolest ; hospicová a paliativní péče
SG: NLK: B 2694 ; neváz. 940
AN: bmcl7001661 DT: 201701

2.

TI: Ritualizované vs. institucionalizované umírání pohledem sestry lůžkového hospice
AU: Chovanová, Martina
AD: Hospic Chrudim
CI: Zdravotníctví a medicína : čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotníctví a farmácii. 2016, roč. 2016, č. 4 (Sestra), s. 32. ISSN: 2336-2987.
CI: Sestra : odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry. 2016, s. 32. ISSN: 1210-0404.

LA: cze RT: články
DE: postoj ke smrti ; zdravotnický personál (výchova, etika) ; nemocnice (pracovní síly, normy, využití) ; dějiny ošetrovateľství ; domácí ošetrování (metody, využití) ; hospice (dějiny, pracovní síly, metody, etika) ; lidé ; ošetrovateľská péče ; paliativní péče ; náboženství ; péče o umírající ; návštěvy pacientů
SG: NLK: B 2694 ; neváz. 940
AN: bmcl6016095 DT: 201606

3.

TI: Postoj studentů medicíny k eutanazii s ohledem na otázku víry
AU: Vašková, Barbora
AD: Vyšší odborná škola zdravotnické, Zlín
CI: Zdravotníctví a medicína : čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotníctví a farmácii. 2015, roč. 2015, č. 5 (Sestra), s. 31. ISSN: 2336-2987.
CI: Sestra : odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry. 2015, s. 31. ISSN: 1210-0404.

LA: cze RT: články
DE: postoj ke smrti ; eutanazie ; lidé ; průzkumy a dotazníky ; náboženství ; náboženství a lékařství ; studenti lékařství
SG: NLK: B 2694 ; neváz. 940
AN: bmcl5024323 DT: 201507

4.

TI: Léčebná rehabilitace v paliativní medicíně
AU: Košťál, Jiří, 1945-
AD: Hospic Chrudim

CI: Zdravotnictví a medicína : čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii. 2015, roč. 2015, č. 1 (Sestra), s. 30. ISSN: 2336-2987.
CI: Sestra : odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry. 2015, s. 30. ISSN: 1210-0404.

LA: cze RT: články
DE: lidé ; paliativní péče (metody) ; rehabilitace (metody) ; hospicová a paliativní péče
SG: NLK: B 2694 ; nevá. 940
AN: bmcl5024117 DT: 201507

5.

TI: Lidská důstojnost u terminálně nemocných
AU: Domanská, Petra – Sedláková, Markéta
AD: Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
CI: Zdravotnictví a medicína : čtrnáctideník pro odborníky ve zdravotnictví a farmacii. 2014, roč. 2014, č. 14 (Sestra), s. 24-25. ISSN: 2336-2987.
CI: Sestra : odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry. 2014, s. 24-25. ISSN: 1210-0404.

LA: cze RT: články
DE: komunikace ; sběr dat ; rodina (psychologie) ; nemocnice pro chronická onemocnění (pracovní síly, organizace a řízení, normy, využití, statistika a číselné údaje) ; hospice (pracovní síly, metody, organizace a řízení, normy, trendy, využití, statistika a číselné údaje, etika) ; lidé ; pacienti hospitalizovaní ; výsledky a postupy - zhodnocení (zdravotní péče) ; vztah sestra-pacient ; paliativní péče (pracovní síly, metody, organizace a řízení, využití, statistika a číselné údaje, etika) ; průzkumy a dotazníky ; kvalita života ; péče o umírající (pracovní síly, metody, psychologie, etika) ; umírající (psychologie, statistika a číselné údaje) ; reforma zdravotní péče ; důstojnost lidského života
SG: NLK: B 2694 ; nevá. 940
AN: bmcl4081165 DT: 201412

6.

TI: Lze na odděleních LDN poskytovat paliativní péči?
AU: Stichová, Věra
AD: LDN, Svitavská nemocnice
CI: Sestra : odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry. 2014, roč. 24, č. 5, s. 35-37. ISSN: 1210-0404. Literatura
LA: cze RT: články
DE: komunikace ; rodina ; nemocnice pro chronická onemocnění (organizace a řízení, využití) ; lidé ; paliativní péče (pracovní síly, organizace a řízení, psychologie) ; péče o umírající (metody)
AB: Důstojné prožití posledních dnů ůživota, nejlépe v kruhu svých blízkých, je práním a určitě i právem každého umírajícího. Často jsou tyto termíny spojovány s hospicovou péčí. Na našem oddělení se snažíme lidskost a důstojnost převést do podmínek a prostředí LDN.
SG: NLK: B 1775 ; nevá. 674 a
LI: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers> - domovská stránka časopisu
AN: bmcl4063055 DT: 201406

7.

TI: Paliativní péče z pohledu studentů ošetrovatelství
AU: Cinová, Jana – Ondriová, Iveta
AD: Katedra ošetrovatelstva, Fakulta zdravotníckých odborov, Prešovská univerzita v Prešove, Prešov
CI: Sestra : odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry. 2014, roč. 24, č. 2, s. 35-36. ISSN: 1210-0404. Literatura
LA: cze RT: články
DE: lidé ; paliativní péče ; průzkumy a dotazníky ; studenti ošetrovatelství ; péče o umírající ; směrnice jako téma

AB: Je nezpochybnitelnou skutečností, že provázení umírajících pacientů si od každého člena multidisciplinárního týmu, nevyjímaje ani studenty lékařských a nelékařských oborů, vyžaduje aspekt zodpovědnosti a lidskosti. Příspěvek poukazuje na výsledky průzkumu zaměřeného na postoj studentů oboru ošetrovatelství k poskytování paliativní ošetrovatelské péče umírajícím pacientům.

SG: NLK: B 1775 ; neváž. 674 a

LI: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers> - domovská stránka časopisu

AN: bmcl4057904 DT: 201405

8.

TI: Nejpodstatnější humanitární aktivitou je provozování hospiců

AU: Němec, Vladimír

AD: Velká rada Českého velkobailiviku ŘS JL; o. s. Hospic Štrasburk

CI: Sestra : odborný dvouměsíčník pro zdravotní sestry. 2014, roč. 24, č. 3, s. 41. ISSN: 1210-0404.

LA: cze RT: články

PT: komentáře

SG: NLK: B 1775 ; neváž. 674 a

LI: <http://zdravi.euro.cz/archiv/sestra/covers> - domovská stránka časopisu

AN: bmcl4058073 DT: 201405