UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

Problematika euthanasie: eticko-právní otázky

Katarína Slivarichová

Katedra:	Teologie a filozofie
Vedoucí práce:	ThLic. Ing. René Milfait, Th.D.
Studijní program:	Sociální práce
Studijní obor:	Pastorační a sociální práce, B7508

Praha 2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Problematika euthanasie: eticko-právní otázky napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.
Souhlasím s tím, aby práce byla zveřejněna pro účely výzkumu a soukromého studia.

V Praze dne 30. října 2009 Katarína Slivarichová

Bibliografická citace

Problematika euthanasie: eticko-právní otázky [rukopis]: bakalářská práce / Katarína Slivarichová; vedoucí práce: ThLic. Ing. René Milfait, Th.D. Praha, 2009. 64s.

Anotace

Snahou této práce je najít odpovědi na otázky a přimět čtenáře k zamyšlení nad touto, dnes velmi diskutovanou, problematikou. Předkládaný text poukazuje na různé aspekty, které je nutné brát v úvahu. Například lidská důstojnost, autonomie člověka, historické souvislosti spojené s tímto tématem, ale také legislativní úpravu a mnoho dalších.

Práce se zbývá problematikou euthanasie především v kontextu evropských zemí a to jak z pohledu legislativního a etického, tak z pohledu náboženského a otevírá otázku, zda se zákonem chráněným právem na život nejde ruku v ruce i právo na důstojnou smrt.

Práce se snaží umístit celou problematiku do řady souvislostí. Jednou z nich je například lékařská péče, především paliativní, která je se smrtí a umíráním maximálně spojena. Práce má vyvolat diskusi ve společnosti, která musí nutně přehodnotit svůj postoj ke smrti a umírání ze všech možných úhlů pohledu.

Klíčová slova:

Euthanasie, lidská důstojnost, autonomie člověka, lidská práva, lékařský étos, paliativní péče

Summary

Endeavour of this work is to find responses and provoke reader to think about this so discussed topic nowadays. Presenting text advert to different aspects which are necessary look at. For example, human dignity, human autonomy, historical contexts involved in this topic, or legislative adjustment as well and the others.

This text is about problematic of euthanasia in particular context European countries with the view of legislative and ethic, also religious, and opening question whether trade-marked the right for the existence is going hand in hand with the right for human dignity.

The text makes efforts to locate the problematic in a set of contexts. One of them is for example medical care, especially palliative car, which is linked maximally with dying and death. The text has to invoke a discussion in a society, which has urgently revalue stance to dying and death from all possible views.

Keywords:

Euthanasia, human dignity, human autonomy, common rights, medical ethos, paliative care

Poděkování

Ráda bych poděkovala ThLic. Ing. René Milfaitovi, Th.D. za veškerou pomoc a velkou trpělivost, dále svým přátelům, Ing. Haně Kotoučové a budoucímu lékaři Jiřímu Jahodovi, za podnětné diskuse.

Obsah

Úvod ... 8
1. Historické souvislosti ... 9
1.1. Od antiky k osvícenství ... 9
1.2. Hitlerova rasa ... 11
1.3. Současné pojetí pojmu euthanasie ... 13
2. Terminologie ... 16
2.1. Euthanasie ... 16
2.2. Aktivní a pasivní ... 16
2.3. Přímá a nepřímá ... 17
2.4. Dobrovolná a nedobrovolná ... 18
2.5. Omezení či ukončení terapie ... 18
2.6. Lékařsky asistované sebezabití ... 19
3. Příklady ze světa ... 21
3.1. Velká Británie - případ paní Pretty ... 21
3.2. Austrálie – případ Christiana Rossitera ... 25
3.3. Itálie ... 26
3.4. Francie ... 27
3.5. Holandsko ... 28
3.6. Belgie ... 29
3.7. Lucembursko ... 30
3.8. Švýcarsko ... 31
3.9. Německo ... 31
3.10. Česká republika ... 32
4. Lidsko – právní rámec ... 35
4.1. Právo každého na život je chráněno zákonem ... 35
4.2. Ochrana důstojnosti a lidských práv ... 37
5. Kontext étosu povolání ... 41
5.1. Lékařský étos ... 41
5.2. Étos sociálních pracovníků ... 47
6. Hlas církví a náboženských společností ... 49
7. Etické argumenty pro a proti ... 50
7.1. Lidská důstojnost ... 51
7.2. Autonomie člověka ... 52
7.3. Důstojnost přiznaná na základě podmínek? ... 54
7.4. Šikmá plocha ... 55

8. Paliativní péče 57
8.1. Pojem paliativní péče 57
8.2. Krátce k historii paliativní péče 58
8.3. Postoj ke smrti 60
8.4. Moderní paliativní péče 61
Závěr 64
Seznam literatury 66
Přílohy 70

Úvod

Cílem mé práce je představit a konfrontovat současně eticko-právní argumenty ve stále aktuální problematice euthanasie. Chtěla bych tak přispět, nejen sociálním pracovníkům, k věcné diskusi ve společnosti a zákonodárných snahách, aby se hledalo humánní řešení, které odpovídá důstojnosti každého člověka.

Dále ukážu, že legalizace euthanasie by znamenala obrovský zásah do lidských práv a lékařského étosu, což by mohlo znamenat ukvapené řešení, které by pominulo možnost paliativní péče.

Důležitým aspektem této práce bude učinit pořádek v pojmech, které s touto problematikou souvisí. Za nutný pokládám také historický vhled tohoto tématu, protože je potřeba znát souvislosti spojené právě pro správné používání daných termínů.

V jedné z kapitol se budu snažit představit některé právní úpravy, týkající se euthanasie, a také uvést mediálně nejznámější případy, které se staly ve světě.

Nedílnou součástí této práce bude představení dokumentů týkajících se ochrany lidských práv a důstojnosti, stejně tak dokumenty týkající se lékařského étosu a étosu sociální pracovníků.

Neopomenutelný bude také hlas církve, který má velkou váhu. Nedílnou součástí této práce bude také představení etických argumentů. V samém závěru své práce se budu snažit předložit návrh řešení.

1. Historické souvislosti

1.1. Od antiky k osvícenství

Původní význam slova euthanasie pochází z řeckého slova „euthanasia“, které znamená dobrou, případně krásnou smrt. Přitom se již v antice názory na to, co je dobrá smrt rozcházely, ale důležitá byla představa o tom, jaká smrt je dobrá. A ta vycházela z toho, co bylo pokládáno za dobrý život, *eu-zein*.

V antice byla za euthanasii považována rychlá smrt bez většího utrpení, hrdinská smrt. Později to byla především smrt z rukou nepřátel při obraně vlasti nebo záchraně blízkých a přátel. V křesťanství to potom byla smrt mučednická. Dobrá smrt ale nemusí být nutně provázena hrdinstvím. Naopak, svědčí o tom, že jí člověk přijímá s důstojností a vnitřní vyrovnaností. To znamená, že si člověk během života osvojil sílu, kterou nezlomí bolest a utrpení spojené s umíráním. Jako příklad mohu uvést Sókratovu smrt, kterou vylíčil Platón. Tato smrt se stala vzorem zejména pro stoické pojetí dobré smrti. Stoici chápali euthanasii jako právo na dobrovolný odchod ze života, když nemoc, staroba nebo jiné okolnosti už nedovolovaly důstojný život. Proto byla číše bolehlavu v Řecku uznávaným prostředkem.

Ve středověku, jak již bylo řečeno, to byla smrt mučednická, ale nejen to. Středověká kultura byla ryze křesťanská a počítala s posmrtným životem. Zdůrazňovala význam smrti jako okamžik přechodu do věčnosti. Samozřejmě, že měla pochopení a soucit s umírajícími, ale také si dobře uvědomovala, že k okamžiku, kdy se odehrává jedno z největších tajemství lidstva, musí přistupovat s úctou a velkou citlivostí. Projevem tohoto přístupu byla pomoc nést tíhu utrpení, zároveň však bylo potřeba uvědomit si omezené možnosti z vědomí něčeho co nás, lidi, přesahuje.

V novověku se poprvé objevil pojem euthanasie tak, jak ho vnímáme dnes. Velký význam v tomto ohledu mají dva myslitelé, Thomas Moore a Francis Bacon. Moore ve své „Utopii“ hovoří o otázce euthanasie takto: *„O nemocné, jak jsem řekl, pečují s velikou láskou a neopomíjejí ničeho, aby je navrátili zdraví, ať jde o vhodnou léčbu či náležitou životosprávu. ...Jde-li však o nemoc nejenom nevyléčitelnou, ale i takovou, která chorého ustavičně mučí a týrá, tu ho kněží a úředníci vybízejí, když již vlastně přežívá svou smrt, bez schopnosti k životním úkonům, jiným jsa na obtíž a sobě samému břemenem, aby se rozhodl déle neživiti morovou nákazu a neváhal zemříti, poněvadž mu je život jen mučivou útrapou: naopak, aby se toho trpkého života, jakožto žaláře a mučidla, s dobrou nadějí buď sám zbavil, anebo se ho dal od jiných se svým souhlasem zbaviti.“*[1]

Bacon řeší otázku, do jaké míry a jakým způsobem může nově se formující lékařská věda pomoci i v takových situacích, jako je umírání.[2] Snaží se ukázat, že je potřeba využít všech prostředků, které medicína k tišení bolesti a dalších symptomů má. Tyto prostředky jsou podstatné pro „vnější euthanasii“, která neznehodnocuje tu „vnitřní“, kterou chápe jako celoživotní přípravu člověka na smrt. Tuto pak musí každý vykonat sám za sebe bez pomoci farmakologických prostředků. Dalo by se tedy říci, že Baconovo pojetí euthanasie stojí někde mezi antickým a středověkým pojetím na jedné straně a na straně druhé euthanasií v moderním pojetí. Je ale potřeba říci, že se nejedená o urychlení smrti, nýbrž o zmírnění utrpení, které sebou umírání přináší. Nakonec je tedy Bacon v přesvědčení, že dobrá smrt by především měla být prosta utrpení.

Na rozdíl od některých východních náboženství, je evropský novověk přesvědčen, že utrpení nemá smysl a je potřeba ho z lidského života odstranit.

---

[1] T. More; Utopie, str. 90
[2] Š. Špinka, M. Špinková; Euthanasie – víme, o čem mluvíme?, str. 7

Vše co bylo nyní o novověku řečeno, souvisí s jeho chápáním křesťanství. Už se neklade důraz na tajemství a význam utrpení a smrti.

V době osvícenství bylo důležité zdůraznění autonomie člověka. Velmi důležitou roli zastával sociální darwinismus, který navázal na starší novověké utopické tradice. V druhé polovině devatenáctého století byl podstatný v otázkách rasové hygieny a stál také u zrodu extremních podob euthanasie, které známe z nacistického Německa.

1.2. Hitlerova rasa

Podívejme se nyní do roku 1930. V tomto roce již byl Adolf Hitler oceňován jako první politik, který zabudoval rasovou hygienu do státní politiky. Měl tak velký úspěch, že se lékaři začali přidávat k nacistické straně dřív než jiné profese. Už v roce 1929 byla založena Lékařská liga národního socialismu, kde tito lékaři působili.

Na německých univerzitách byly postupně zakládány ústavy, věnující se rasové hygieně. Zdejší genetické registry byly později velmi dobře využity v „zátahu“ na Židy a na nežádoucí kategorie obyvatelstva. Tento obor se vyučoval již před nástupem Hitlera k moci, ten ho dovedl náležitě ocenit a využít ve svůj prospěch. Praktickým vyústěním všeho výše popsaného byly zákony o sterilizaci duševně nemocných, Norimberské zákony a „Akce Eutanazie“.

Případ, který vše urychlil, se odehrál v roce 1939, kdy otec dítěte, které se narodilo tělesně postižené, požádal Hitlera, aby jej dítěte zbavil. Na základě této události vznikl „dětský program eutanazie“. Hitler pověřil svého osobního lékaře Karla Brandta a vysokého nacistického funkcionáře Filipa Bouhlera, aby i v dalších případech postupovali podobně.

V tomto smyslu pojem euthanasie označuje systematické vraždění duševně nemocných a jinak postižených pacientů v německých ústavech. „Některé z těchto dětí byly vybrány a převáženy na „speciální dětské kliniky“, kde byly buď odsouzeny ke smrti hladem, nebo jim byla podána smrtící injekce, anebo zemřely následkem nemocí, způsobených podvýživou.“ [3] Odhaduje se, že během války takto přišlo o život 5000 dětí.

Bohužel tímto Hitlerovo **„řádění“** neskončilo. Program euthanasie se nevztahoval jen na děti, ale i na dospělé. U dospělých měl ale dost odlišnou podobu, hlavně z hlediska jejího vzniku a organizace. Již zmiňovaný doktor Filip Bouhler prohlásil, že účelem euthanasie dospělých není jen zbavit se životů nehodných („lebensunwerten Leben“), a tím bojovat proti genetickým chorobám, ale také uvolnit lůžka v nemocnicích v počínající válce.

Toto všechno bylo velmi pečlivě připravováno, ale začátek akce byl stanoven až na dobu po zahájení války. Hlavním důvodem byla společnost, která potom tento fakt lépe přijala. Plán byl tedy hotov, akce spuštěna. A aby bylo vše pojištěno proti negativním ohlasům, byl uvedený účel převeden na ekonomickou rovinu. Při této akci byli lidé zabíjeni hlavně plynem. Protože se ale stále častěji ozývaly hlasy, nejčastěji z řad církevních představitelů, byl tento program (v nacistické byrokracii nazýván T4) v srpnu 1941 ukončen. Do té doby bylo zabito přes sedmdesát tisíc lidí, hlavně s mentálním postižením.

Po skončení této akce však nadále probíhala „skrytá“ nebo „divoká“ euthanasie pomocí vyhladovění a léků. V následujících čtyřech letech, tedy do konce války, takto zahynulo další sedmdesát tisíc obětí. Díky „Akci eutanazie“ se také dospělo ke konečnému řešení židovské otázky. Plynové komory byly rozmontovány a převezeny na východ, například do Osvětimi, kam za nimi putovali i lékaři, sestry a techničtí pracovníci, kteří je uváděli do provozu. Dále

[3] M. Munzarová; Proč Ne eutanazii aneb Být, či nebýt?, str. 33-34

již víme, jak vše pokračovalo a není tedy třeba podrobněji popisovat, jak probíhalo vyhlazování Židů.

1.3. Současné pojetí pojmu euthanasie

Dnes samozřejmě celou tuto situaci hodnotíme jako zcela nepřípustnou, zaznívají slova jako genocida nebo dokonce zvěrstva páchaná na nevinných lidech. Toto je nepochybně pravdou a nelze popírat skutečnosti, které se udály. Dnešní zastánci euthanasie však mohou namítat, že to, co se stalo během druhé světové války, je nesrovnatelné s ideou euthanasie, kterou představují.

Zdůrazňují, že cílem není vyhladit žádný národ nebo jinou skupinu lidí. Cílem má být svobodné rozhodnutí jedince o svém vlastním životě. Velkou roli, podle nich, hraje autonomie člověka. A právě zde narážíme na velmi zásadní problém. V minulé kapitole jsem psala, že program euthanasie dospělých se týkal zpočátku mentálně postižených lidí. Tato skupina lidí je součástí i našeho dnešního života. Víme přeci, že někteří mentálně postižení lidé žijí v ústavech, kde jim je poskytována patřičná péče.

Pokud bychom ale dali zapravdu zastáncům euthanasie, kdy tvrzení, že člověk by měl být autonomní bytostí a měl by mít právo rozhodovat o svém životě, vznikne problém. Lidé s mentálním postižením jsou často soudem zbavováni svéprávnosti a veškeré právní úkony spojené s běžným denním životem jsou přeneseny na jejich opatrovníky. Už zde tedy narážíme na problém autonomie. Člověk s mentálním postižením, zbavený svéprávnosti, nemůže rozhodnout o svém životě a požádat tedy o ukončení svého života. Stejně tak to nemůže udělat jeho opatrovník, protože v dnešní české legislativě je takové jednání nezákonné. Navíc by se jednalo o rozhodnutí opatrovníka a

ne dané osoby. Na tomto příkladu jsme si jasně ukázali, že autonomie člověka není tak jednoznačná, jak by se zdála.

Další skupinou, která by mohla žádat o euthanasii, jsou senioři. V úvodu své práce jsem psala o historických změnách v procesu umírání. Dříve tedy lidé umírali doma v kruhu svých nejbližších, s jejich podporou. Tohoto procesu se účastnila celá rodina. Dnes mohou mít senioři pocit, že jsou „odkládání“ do ústavní péče, ať už se jedná o domovy důchodců nebo různá pečovatelská zařízení. Samozřejmě nemůžeme zpochybňovat, že jejich kvalita neustále roste, ale pro zastánce euthanasie je stále nedostatečná. Senioři jsou zde odkázáni na pomoc cizích lidí, ne zřídkakdy mívají chuť do takového života a raději by volili „důstojnější smrt“. Pokud pomineme možnost sebevraždy, tak zákon toto neumožňuje.

Třetí velkou skupinu tvoří lidé všech věkových kategorií. Jedná se o těžce nemocné a nevyléčitelně pacienty. Zde je potřeba uvědomit si, že sem spadají i děti a mládež do osmnácti let. A narážíme na další velký problém. Kdo za tyto děti rozhodne o jejich životě? Rodiče nebo snad lékaři? Ony samy nemohou, protože podle zákona nejsou plnoletí a tedy zodpovědní k právním úkonům, které se týkají i práva život. Nyní ať už se jedná o dětské nebo dospělé pacienty, je tu další problém. Jakou máme záruku toho, že se stav těchto pacientů nemůže zlepšit, nebo dokonce, že by se mohli vyléčit? I takové situace nastávají a nikdo neví, jak je to možné, když byla pacientovi diagnostikována těžká, nevyléčitelná nemoc. Ukončení života by se v takovém případě rovnalo vraždě.

Z tohoto je patrné, že se slovo euthanasie v současné době používá v daleko užším významu, než tomu bylo v antice nebo ve středověku. Dnes se tedy euthanasií rozumí lékařské jednání, které vede k navození nebo uspíšení smrti druhého člověka. Podstatný rozdíl euthanasie od zabití je skryt v předponě *„eu“*. Euthanasie je na rozdíl od jiného usmrcení vedena dobrým úmyslem. Za

dobré považujeme takové umírání, které umožňuje člověku vyhnout se utrpení. Toto vychází z novověkého přesvědčení, že utrpení nemá smysl a že je možné ho eliminovat. Dalším velmi významným aspektem je role medicíny. Ta si dnes osvojuje stále účinnější prostředky pro tišení bolesti a také přebírá některé role, které dříve neměla a tím v sobě soustřeďuje velkou moc.

Z osobností žijících ve dvacátém století byli velkými zastánci euthanasie Mahatma Ghándhí a Albert Schweitzer. Ghándí tvrdil, že fatalismus má své hranice, a že není třeba se smiřovat s velkým a neplodným fyzickým utrpením. Schweitzer o ceně života napsal, že *„se často zdá, že nevolnické držení se zásady nezabij, slouží hůře ideji soudu než její porušení.“*

K zamyšlení také stojí výrok Kay Blumenthala Barbyho: *„Nikdo nemá na smrt příslušné vzdělání.“*[4]

Velmi významnou postavou dvacátého století byla také bezesporu Matka Tereza. Rozhodla se zasvětit svůj život pomocí druhým. Zapsala se do kurzu pro zdravotní sestry a poté již měla povolení k otevření školy pro chudinu. V roce 1959 byl otevřen první domov pro umírající. Z toho je celkem jasné, že nebyla zastánkyní euthanasie, ale paliativní péče.[5]

[4] P. Šustek; Euthanasie: Věčná otázka: http://medico.juristic.cz/149247
[5] L. Smithová; Smrt konečná stanice, str. 9 – 10

2. Terminologie

V první kapitole jsem psala o historických souvislostech euthanasie. Nyní by bylo vhodné zabývat se terminologií, aby se předešlo nedorozumění ohledně termínů používaných v dalších částech mé práce a také, aby se představily pojmy, které se v této souvislosti používají; tím vším se může přispět k věcné diskusi.

2.1. Euthanasie

Euthanasie doslova znamená „příjemná a snadná smrt“, ale v současnosti se toto slovo používá všeobecně jako lékařské jednání, které vede k navození či uspíšení smrti druhého člověka. I přesto je zapotřebí odlišovat různé významy euthanasie. Používané pojmy si proto představíme a budeme se zabývat také tím, zda je vhodné je takto používat.

2.2. Aktivní a pasivní

Rozdíl mezi těmito dvěma pojmy je rozlišením mezi jednáním a zanecháním jednání nebo nepřistoupení k němu. Aktivní euthanasie je tedy jednání, které má navodit nebo uspíšit smrt druhého člověka. Znamená také vědomé použití takové léčby, která má smrt přivodit dříve, než by k ní došlo za normálních okolností. Je třeba podotknout, že se stále jedná o vědomý záměr ukončit pacientův život, ačkoliv je veden motivem soucitu.

Pasivní euthanasií se rozumí nejednání nebo zřeknutí se určitého jednání, které má za následek uspíšení smrti druhého člověka. To znamená neposkytnutí lékařské péče, která by člověka dočasně zachovala při životě. Pokud se tedy pacientovi nepodají léky či jiná podpůrná opatření, které potřebuje, zkrátí se nevyhnutelný proces umírání. V praxi se s tímto setkáváme u lidí, kteří nejsou schopni samostatného života, kteří jsou napojeni na přístroje nahrazující jejich životní funkce.

Toto rozlišení může být velmi obtížné, protože stále platí, že i nejednání vychází z rozhodnutí člověka, za které musí nést odpovědnost, stejně jako za rozhodnutí jednat. Ve své podstatě nejednat znamená také jednat, a to ve smyslu pokračování již započatého procesu, které člověka drží při životě, ač on sám by bez tohoto jednání zemřel. Zatímco jednat znamená ukončit toto jednání. Etické i právní hodnocení je rozdílné a v souladu s převažujícím trendem v odborné i laické celosvětové diskusi by se mělo o euthanasii jako takové mluvit pouze v případě aktivní euthanasie.

2.3. Přímá a nepřímá

I v tomto případě bychom o euthanasii měli mluvit pouze tam, kde se jedná o přímou euthanasii. Jejím hlavním cílem je uspíšení nebo navození smrti druhého člověka. V opačném případě je smrt či její uspíšení vedlejším, primárně nezamýšleným možným důsledkem jednání, jehož základním cílem je například zbavit nemocného bolesti. Praktickým příkladem je podávání vysokých dávek tišících prostředků v terminálních fázích onemocnění, které mohou, ale nemusí vést ke zkrácení života.

2.4. Dobrovolná a nedobrovolná

Pro pořádek musím uvést, že se nejedná o dobrovolnost nebo nedobrovolnost na straně toho, kdo euthanasii vykonává, ale toho, kdo o ni žádá. Na první pohled to vypadá, že je rozlišení zdánlivě snadné, ale právě zde se ukazují velká etická dilemata.

Dobrovolnou euthanasií se označuje situace, kdy sám pacient dává najevo své přání, aby lékař ukončil jeho život. Za nedobrovolnou potom situace, kdy pacient sám, například pokud je v komatu, není schopen požádat a tuto žádost předkládá lékaři rodina, která je přesvědčena o tom, že umělé udržování jejich blízkého při životě je nedůstojné a on sám by si to nepřál. Proto v některých státech existuje možnost předem písemně stanovit, které zákroky si člověk nepřeje. Jedná se o takzvanou „living will“ nebo přání „DNR“ (do not resuscitate). Tato žádost, tedy neresuscitovat, ale neznamená žádost o ukončení života. Dále je také možné ustanovit druhého člověka, který bude rozhodovat v situacích, kdy svou vůli již nebudeme schopni vyjádřit. Je nutno podotknout, že u nás to zatím není možné.

2.5. Omezení či ukončení terapie

V mnoha případech dochází k situacím, kdy dá lékař přednost pro něj jednoduššímu postupu, a to, podávání utěšujících a život udržujících léků. Lékaři se tak vyhýbají zodpovědnosti za smrt. Také mohou pacientovu smrt chápat jako svou prohru. Toto jim umožňuje jednoduché řešení, protože se tím vyhnou složitému rozhodování o dalším postupu léčby a také komunikaci o těchto otázkách s nemocným a jeho blízkými.

Bohužel právě takový postup není pro pacienta vždy pozitivní, protože právě tímto může trpět více, než kdyby se od léčby ustoupilo. Musíme si uvědomit, že ne vždy měli lékaři k dispozici prostředky moderní medicíny, které prodlužovaly život pacienta.

Velkým diskusním tématem dnešní doby je například dodávání výživy a tekutin nebo také udržování pacienta při životě pomocí přístrojů nahrazujících životní funkce. Je toto vždy přínosem pro pacienta? Nebo se jedná o výše zmiňovaný „jednodušší postup“ lékaře, který má obavy ze smrti pacienta? Jistě by se o tomto tématu dalo dlouho polemizovat a řekla bych, že toto je spíše otázka etiky, ale abychom měli představu o této problematice, bylo nutné ji nastínit. Závěrem je třeba říci, že ne vždy je pro pacienta prospěšné umělé udržování při životě.

2.6. Lékařsky asistované sebezabití

Situace, kdy lékař poskytne nemocnému jed nebo jiný smrtící prostředek, který si však aplikuje nemocný sám. Velkou otázkou ovšem zůstává, jaký vliv by to mělo na lékaře samotné. Vztah lékaře a pacienta by měl být především léčebný. Tento vztah je asymetrický, na jedné straně je zranitelný nemocný a na straně druhé lékař, jemuž je pacient svěřen a důvěřuje mu. V každém případě by měly být zachovány zásady lékařské mravnosti, proto by neměla být uzákoněna.[6]

[6] Š. Špinka, M. Špinková; Euthanasie – víme, o čem mluvíme?, str. 11-17

V této kapitole jsem se snažila ukázat, jak je možné chápat euthanasii. Pro mou další práci ale budu euthanasií výhradně rozumět usmrcení výlučně lékařem, protože například v Holandsku, kde je euthanasie legalizována, je usmrcení ne-lékařem trestným činem s maximální sazbou odnětí svobody na dvanáct let. V následující kapitole ukážu některé právní úpravy a příklady ze světa, ale i z České republiky.

3. Příklady ze světa

Rychlý vývoj v oblasti lidských práv spolu s rozvojem lékařské vědy s sebou v posledních letech přinesl stále více diskutovanou otázku euthanasie. Názory na možnost jejího provádění se ale značně liší a nelze hovořit o převaze stoupenců nebo odpůrců. Shoda panuje v potřebě zaujmout stanovisko a zhodnotit její potřebnost nebo nebezpečí. Velmi zajímavým okamžikem je, že diskuse o euthanasii probíhá v kruzích lékařských a náboženských, nikoliv tolik v řadách právníků, přestože její legalizace leží právě v jejich rukou.

3.1. Velká Británie - případ paní Pretty

Paní Diana Pretty byla ve svých 43 letech postižena progresivním nervově degenerativním onemocněním motorických buněk centrálního nervového systému. Nemoc je provázena vzrůstající svalovou slabostí zasahující příčně pruhované svalstvo. Jejím výsledkem je ochabování svalstva na rukou a nohou a také svalů umožňujících dýchání. Smrt poté nastává jako důsledek oslabení dýchacích svalů. Bohužel žádná péče neumožňuje zabránění rozvoje nemoci. V roce 2002, kdy byl vynesen rozsudek, byla nemoc v pokročilém stádiu a stěžovatelka byla již ochrnuta od krku dolů. Prakticky nemohla vůbec srozumitelně mluvit a byla vyživována pomocí sondy. Zbývalo jí jen několik týdnů nebo měsíců života.

Jejím přáním bylo ukončit svůj život, který považovala za již nedůstojný a útrapy za pomoci manžela, pro kterého žádala beztrestnost. Ten byl ochoten pro ni tuto službu vykonat, ale britské právo to vylučuje.

Paní Pretty se obrátila na Evropský soud pro lidská práva ve Štrasburku s tvrzením, že Spojené království porušilo články 2, 3, 8, 9 a 14 **Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod**[7], a to tím, že nezaručilo jejímu manželovi beztrestnost, jestliže jí pomůže spáchat sebevraždu.

Článek 2 Úmluvy: „Právo každého na život je chráněno zákonem."

Tvrdila, že umožnění sebevraždy by nebylo v rozporu s čl. 2 Úmluvy, protože by jinak státy, které dovolují asistovanou sebevraždu, porušovaly toto ustanovení. Článek 2 chrání právo na život, ale i to zda pokračovat v žití nebo ne. Podstatou je ochrana práva na život, nikoli života samotného. Soud se zde odvolává na Doporučení Rady Evropy č. 1418/ 1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících."

Zde je potřeba poukázat na neúplnost citace článku. Stěžovatelka uvedla pouze to, že **„Právo každého na život je chráněno zákonem."** Toto by bylo v pořádku, ale čl. 2 úmluvy dále hovoří o podstatě tohoto výroku. A to, že: **„Nikdo nesmí být zbaven života kromě soudem uloženého trestu…"** Dále je potřeba říci, že se jedná o právo na život a ne o právo na smrt. Bylo řečeno, že se soud odvolal na Doporučení Rady Evropy č. 1418/ 1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících." Zde se soud odkazuje na bod 9c, kde se hovoří o zachování předpisu, zakazujícím úmyslné usmrcení nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob.[8]

---

[7] Úmluva o ochraně lidských práv a svobod ve znění protokolů č. 3, 5 a 8, www.novatrixprint.cz

[8] Doporučení rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.", viz příloha č. 1

Článek 3 Úmluvy: „Nikdo nesmí být mučen nebo podroben nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestu.“

Ohledně čl. 3 je stěžovatelce upíráno právo být chráněna před ponižujícím zacházením, kterému čelí utrpením, a to tím, že byla zamítnuta žádost o beztrestnou pomoc jejího manžela při sebevraždě. Zde soud žalobu zamítnul s odůvodněním, že by bolest způsobená přirozeně vzniklou nemocí mohla spadat do čl. 3 pouze v případě, pokud by byla způsobena podmínkami ve vězení, vypovězením nebo jiným jednáním, za které by byla odpovědná veřejná moc. V tomto případě vláda nezpůsobila špatné zacházení a ani sama stěžovatelka neuvedla, že by se jí nedostalo odpovídající péče ze strany lékařů.

Opět nelze jinak, než souhlasit s rozhodnutím soudu. Stěžovatelka nebyla podrobena nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestu ze strany lékařů. A i v případě, že by se tak stalo, jednalo by se o porušení zákona ze strany lékařů, kteří by pak na základě stížnosti byli souzeni. Ani v takovém případě by nevzniknul nárok, který stěžovatelka požadovala.

Článek 8 Úmluvy: „Každý má právo na respektování svého soukromého a rodinného života, obydlí a korespondence.“

V čl. 8 je nejvýrazněji vyjádřeno a zaručeno právo na sebeurčení. Toto právo zahrnuje činit rozhodnutí o vlastním těle a o tom co se s ním má stát, tedy i to jak zemřít. I v tomto případě soud odmítnul s odůvodněním, že by se jednalo o zásah do soukromí. Již by to nebylo sebeurčujícím rozhodnutím paní Pretty, ale jejího manžela.

Zde soud otevřel otázku autonomie člověka. Správně podotknul, že by se již nejednalo o sebeurčující rozhodnutí stěžovatelky, ale jejího manžela. V jedné z následujících kapitol se budu věnovat autonomii člověka jako takové. Zde

bych jen ráda uvedla, že autonomie člověka není absolutní, má své hranice. Proto soud zamítnul stížnost k tomuto článku.

Článek 9 Úmluvy: „Každý má právo na svobodu myšlení, svědomí a náboženského vyznání."

Soud dále nezpochybňoval stálost názorů žadatelky ohledně asistované sebevraždy, ale podotknul, že se ne všechny názory a přesvědčení zakládají na vyznání ve smyslu chráněném čl. 9 Úmluvy, proto k jeho porušení nedošlo.

Článek 9 Úmluvy se zabývá právem na svobodu myšlení, svědomí a náboženského vyznání. I když stěžovatelka opakovaně žádala o ukončení svého života, nemá právo žádat o takovou pomoc druhého, protože tento druhý člověk, by mohl být jiného názoru než ona. V tomto případě žádala o pomoc manžela, který s jejím přesvědčením sice souhlasil, ale soud opět tuto žádost odmítnul. Zde bych opět odkazovala na autonomii jedince, protože stejně jako v čl. 8 by se i zde jednalo o zásah do autonomie druhé osoby. Navíc stížnost stěžovatelky se nezakládá na žádném náboženském vyznání nebo přesvědčení, které je tímto článkem chráněno.

Článek 14 Úmluvy: „Užívání práv a svobod přiznaných touto Úmluvou musí být zajištěno bez diskriminace založené na jakémkoliv důvodu, jako je pohlaví, rasa, barva pleti, jazyk, náboženství, politické nebo jiné smýšlení, národnostní nebo sociální původ, příslušnost k národnostní menšině, majetek, rod nebo jiné postavení."

V tomto článku žadatelka hovořila o diskriminaci, ve smyslu, kdy vnitrostátní právo dovoluje tělesně nepostiženým osobám, aby spáchali sebevraždu, ale tělesně neschopné osobě brání, aby při spáchání sebevraždy

přijala pomoc. Soud se držel názoru, že by nebylo spravedlivé ani rozumné rozlišovat mezi zdravým a nemocným, pokud jde o možnost vzít si život. Ustanovení trestních zákonů mají především chránit slabé a bezbranné a případné výjimky by s sebou nesly značná rizika.[9]

Soud správně ukázal, že není možné rozlišovat mezi zdravým a nemocným žadatelem. K tomuto bych pouze dodala, že paní Pretty patřila mezi tělesně postižené a tedy samostatně neschopné spáchat sebevraždu. To ovšem nečinilo nárok na její požadavek, aby tento čin mohl beztrestně provést její manžel. Je potřeba si uvědomit, že existují nevyléčitelně nemocní lidé, kteří by byli schopni sebevraždu spáchat, a přesto nežádají o pomoc zemřít. Soud zde poukázal na potřebu chránit slabé a bezbranné. V případě vyhovění stěžovatelce by mohlo dojít k velkému riziku zneužívání moci dané do rukou vykonavatelům takovýchto žádostí.

Tento případ byl do té doby jediným případem řešeným na mezinárodní úrovni. Soud musel přihlížet k zákonům příslušné země, v tomto případě Velké Británie, a to proto, že je signatářem Úmluvy, která je závazná.

3.2. Austrálie – případ Christiana Rossitera

V Austrálii byla euthanasie v roce 1997 australským federálním parlamentem zakázána navzdory jejímu dřívějšímu povolení. Velkým posunem v tomto ohledu bylo rozhodnutí soudu ze 14. srpna letošního roku.

Devětačtyřicetiletý Rossiter byl aktivním sportovcem. V roce 2004 byl jako cyklista sražen autem a zůstal ochrnutý, zcela závislý na pomoci svého okolí. U

[9] S. Matochová; Otázka eutanázie z pohledu judikatury evropského soudu pro lidská práva: www.pravo.solen.cz

soudu se dožadoval práva na odmítnutí potravy v ošetřovatelském zařízení v Perthu, kde byl hospitalizován.

„Jsem Christian Rossiter a rád bych zemřel. Jsem vězněm svého těla. Nemohu se hýbat.“ Řekl novinářům před svou smrtí. „Nemám žádné obavy ze smrti, jen z bolesti. Bojím se jen bolesti,“ dodal.

Soud jeho žádosti vyhověl a ochrnutý muž tak mohl dobrovolně ukončit svůj život. Protože sám by nebyl schopen akt provést, soud rozhodl, že personál nemocnice, kde poslední roky přežíval, nebude trestně stíhán za neposkytnutí pomoci, neboť Rossitter měl podle soudu právo rozhodnout o své léčbě.[10] Případ Christiana Rossitera se tak stal prvním precedentním případem v historii.

3.3. Itálie

Nejen v Austrálii, ale také v Itálii byl zaznamenán případ žádost o euthanasii. Jednalo se o šedesátiletého muže, který od mládí trpěl svalovou dystrofií a od roku 1997 byl upoután na lůžko. Živila ho sonda a komunikaci zajišťoval hlasový syntetizér. Několik let žádal soud o možnost ukončení svého života, ale ten jeho žádosti nikdy nevyhověl. K smrti mu dopomohl až jeho lékař, který mu odpojil respirátor a podal léky proti bolesti. V silně katolické Itálii je euthanasie nelegální a Vatikán takovou praxi ani nepřipouští. I proto média píší, že by tento lékař mohl být odsouzen až na patnáct let vězení.[11]

Druhým velkým, médii velmi sledovaným, případem byl případ Eluany. Dívky, která ve svých třiadvaceti letech po automobilové nehodě upadla do hlubokého komatu. Po třech letech, tedy v jejích šestadvaceti letech, byla konstatována i nekróza mozku, což jednoznačně poukazovalo na nezvratný

[10] iDnes, Ochrnutý Australan zemřel poté, co mu to povolil soud: http://zpravy.idnes.cz
[11] iDnes, Nemocný Ital dosáhl eutanázie i přes soudní zákaz: http://zpravy.idnes.cz

proces a tedy nemožnost vrátit se do „normálního“ života. Její otec se více než patnáct let soudil za možnost odpojení od přístrojů. Považoval takový „život“ za nedůstojný. Zároveň se snažil prosadit Eluaninu vůli, kterou zřetelně zformulovala ještě v době před svou nehodou. Koncem roku 2008 mu Nejvyšší soud dal za pravdu a Eluana směla být odpojena od přístrojů. To zvedlo velkou vlnu nevole v katolické církvi, která jak jsem již naznačila, má v Itálii velmi silné postavení. Konali se protestní akce. Otec Eluany byl označován za vraha. Protestující stáli před nemocnicí s fotografií Eluany, ovšem té třiadvacetileté.[12]

V tomto bych si dovolila souhlasit s rozhodnutím Nejvyššího soudu, protože se podle mého názoru nejednalo o euthanasii ve smyslu, v jakém jsme si ji vyložili v minulé kapitole, nýbrž o ukončení terapie, která nenaplňovala prvky lidské důstojnosti.

3.4. Francie

I ve Francii je euthanasie nezákonná a i zde byl jeden mediálně známý případ o její povolení. Jednalo se o mladého muže, který trpěl degenerativním onemocněním od svých šesti let. Svou žádost předložil francouzskému prezidentovi Nicolasi Sarkozymu, který jeho žádosti nevyhověl.[13]

Bohužel článek příliš nemluví o aktuálním zdravotním stavu mladíka, ale z dostupných informací můžeme usuzovat, že byl stále schopen komunikovat s okolním světem. Z tohoto důvodu je pro mě nepochopitelné, proč žádal o euthanasii, pokud byl sám schopen ukončit svůj život, což nakonec udělal. Předávkoval se léky. Již v roce 1999 se neúspěšně pokusila tohoto mladíka neúspěšně usmrtit jeho zoufalá matka, která za tento čin byla také stíhána, ale

[12] V. Bělohradský; Doba Ratzingerova: www.novinky.cz

[13] iDnes; Vážně nemocný Francouz se zabil poté, co mu Sarkozy zakázal eutanazii: http://zpravy.idnes.cz

případ byl nakonec odložen. Sama samozřejmě nejsem zastáncem sebevražd, ale i tak nechápu, proč žádal o euthanasii. Proč žádal stát, respektive lékaře o pomoc s ukončením svého života. V následujících kapitolách se budu zabývat lidskými právy, lidskou důstojností a autonomií člověka, kde podrobněji vysvětlím postoj vůči tomuto případu.

3.5. Holandsko

Tato země se k legalizaci euthanasie začala veřejně dostávat již od 70. let, kdy nizozemské soudy ve výjimečných případech a za určitých podmínek zbavovaly lékaře odpovědnosti za usmrcení pacienta na jeho žádost. V osmdesátých letech pokročil vývoj k akceptování „dobré smrti“. Ta byla tolerována jak liberálními soudy a vládou tak i Královskou holandskou lékařskou asociací.

13. 4. 2001 senát schválil uzákonění euthanasie a Nizozemsko se tak stalo první zemí na světě, kde mohou lékaři beztrestně zkrátit trpícímu a nevyléčitelně nemocnému pacientovi život. První zemí byla Austrálie, která měla podobná opatření od roku 1996, ale po několika měsících byla zrušena.

Nad uzákoněním euthanasie v Holandsku jistě zajásali lékaři, kteří podle vládních údajů prováděli ročně na dva tisíce případů asistovaných sebevražd. Nikdy ale nebyli stíhání, protože v zemi byla tato praxe již několik let „tolerována“.

S uzákoněním byly nastaveny určité podmínky, za nichž může být euthanasie uskutečněna:

- Nevyléčitelně nemocný pacient musí trpět nesnesitelnými a neustávajícími bolestmi.

- Pacient musí být informován i o dalších lékařských stanoviscích, pohledech a profesionálních posudcích, na které musí být brán zřetel.
- Musí opakovaně, dobrovolně, bez nátlaku a při plném vědomí požádat o ukončení svého utrpení pomocí euthanasie. Nemocný může učinit i písemnou žádost, v níž dá lékařům právo rozhodnout o euthanasii v případě, že by on sám byl později neschopen vlastního úsudku.
- Rozhodnutí lékaře o provedení euthanasie, které musí být učiněno na základě několika profesionálních posudků, posuzuje komise tvořená lékaři a právníky.
- Do věku 16 let dítěte mohou žádat o euthanasii jeho rodiče.
- Ukončení života musí být učiněno humánním a lékařsky vhodným způsobem.
- Prostřednictvím euthanasie nemůže být v Nizozemsku ukončen život pacienta z jiného státu.[14]

3.6. Belgie

Belgie se přímo inspirovala od sousedního Holandska. Od roku 2002 je tam osvobozena od trestu aktivní euthanasie prostřednictvím lékařů. Stejně jako v Holandsku musí odpovídat určitým kritériím, ačkoliv belgická legislativa je daleko liberálnější. Umožňuje totiž euthanasii u chronicky nemocných, jejichž život není bezprostředně ohrožen. Zvláštností také je, že euthanasie je za určitých podmínek poskytována i nezletilým, kteří jsou pro tuto příležitost zplnoletěni. Podmínkou ale je minimální věk 15 let.

[14] R. Milfait; Souvislost s biomedicínckou etikou pro problematiku eutanazie, terapie, studijní materiály TE, IS, Jabok 2009

Nejdůležitější podmínkou je opakovaný projev vůle před svědky. Musí se tedy zakládat na svobodném rozhodnutí pacienta. Dalšími kritérii jsou:

- Trvale beznadějný stav pacienta.
- Úkon se smí provést nejdříve čtyři týdny po podání žádosti.
- Dva, na sobě nezávislý, lékaři musí potvrdit, že se skutečně jedná o beznadějný stav.
- Lékař, který euthanasii provádí, musí svůj postup ohlásit příslušné komisi, která posoudí, zda nedošlo k pochybení.
- Důvodem nesmí být stáří nebo bezmocnost.[15]

3.7. Lucembursko

Na konci roku 2008 schválil tamní parlament těsnou většinou zákon o euthanasii. Lucembursko se tak stalo osmou zemí na světě (třetí v Evropské unii), která euthanasii legalizovala. Přijatá právní norma umožňuje takzvanou asistovanou sebevraždu za přísně stanovených podmínek.

Asistovaná sebevražda je umožněna pouze pacientům se smrtelnou nemocí v terminálním stádiu po opakované žádosti. Další podmínkou je souhlas dvou na sobě nezávislých lékařů a panelu odborníků[16]

.

[15] R. Milfait; Souvislost s biomedicínckou etikou pro problematiku eutanazie, terapie, studijní materiály TE, IS, Jabok 2009

[16] R. Milfait; Souvislost s biomedicínckou etikou pro problematiku eutanazie, terapie, studijní materiály TE, IS, Jabok 2009,

3.8. Švýcarsko

Švýcarsko se v tomto ohledu stalo známým díky liberálnímu přístupu k asistovaným sebevraždám. Lékař sám usmrcení neprovádí pomocí smrtící látky, ale předepíše pacientovi roztok s jedem, který způsobí jeho smrt. Podmínkou tedy zůstává, aby tento roztok vypil pacient sám, jinak by se jednalo o klasické usmrcení, což by bylo trestným činem. Asistovanou sebevraždou se zde zabývají soukromé kliniky.

Tuto službu mohou využívat i cizinci, proto se také často mluví o tzv. turistice sebevrahů. Zatímco v roce 2000 ukončili v jedné švýcarské organizaci tři cizinci, v roce 2005 jich bylo na devět desítek. I proto přišla švýcarská vláda se dvěma návrhy na omezení možnosti asistovaných sebevražd.[17]

3.9. Německo

V první kapitole jsem psala o euthanasii v nacistickém Německu. Po roce 1945 němečtí lékaři zločiny nacistů tabuizovali a dlouhé roky se vyhýbali jakékoliv diskusi na toto téma. Dnes se na téma euthanasie diskutuje, ale v souvislosti s touto problematikou se používá pojem „Sterbenhilfe“ (pomoc při umírání). I v Německu se diskuse koncentruje na odborné kruhy a církev, veřejnost nemá jednoznačný postoj. Stejně tak média nepovažují euthanasii za lukrativní téma nejen v souvislosti se složitostí, ale především s ohledem na nacistickou minulost. V Německu existuje největší společnost pro důstojné umírání – Deutsche Gessellschaft für humanes Sterben, v anglickém ekvivalentu German Society for Dying with Dignity, která byla založena v roce 1980.

[17] Zdravotnické noviny; Švýcarsko reguluje eutanázii: www.zdravky.cz

Právní úprava zde v současné době neexistuje. Německé trestní právo aktivní a pasivní euthanasii rozlišuje. Legální zůstává pasivní euthanasie. V praxi to znamená, že lékař není povinen rozhodovat se na základě technicky možného, ale je povinen respektovat lidský život v jeho důstojnosti.[18]

3.10. Česká republika

V České republice euthanasie povolená není. Ovšem i u nás se ozývají hlasy jejích stoupenců. V roce 2007, poslanec za ODS, Boris Šťastný jako první přišel s návrhem zákona o euthanasii. Cílem tohoto zákona bylo posílit svobodu a jistoty jedince, vnést pravidla do této vysoce citlivé a privátní oblasti a zvážit důvěru mezi pacienty, lékaři, příbuznými a státními orgány. Tento návrh ale nebyl oficiálně předložen a poslanec později sám uznal, že na samostatný zákon není ta správná doba.

20. července 2008 oficiálně předložila návrh na uzákonění euthanasie senátorka za SNK ED Václava Domšová. Proti tomuto návrhu se postavil i již zmiňovaný poslanec Boris Šťastný. Na předloze mu vadilo, že by euthanasie měla být prováděna lékařem. Senátorka počítá s tím, že by se euthanasie týkala jen pacientů, jejichž stav je beznadějný. Podmínkou by byla předchozí písemná žádost pacienta. Zákon by měl umožňovat jak asistované sebezabití tak aktivní euthanasii. [19]

Proti tomuto návrhu se ostře postavila i ministryně pro lidská práva Džamila Stehlíková. Sama prosazuje zlepšení hospicové péče. Respektive by se mělo jednat o mobilní hospicovou péči, kdy by tým složený z lékařů a ošetřovatelů byl k dispozici rodině umírajícího. Její představou je docílit toho, aby většina

[18] P. Šustek; Euthanasie: Německá tragédie: http://medico.juristic.cz/149248/

[19] iDnes.cz; Senátorka oficiálně předložila návrh na uzákonění eutanazie; http://zpravy.idnes.cz

lidí umírala doma mezi svými blízkými, ale za současných podmínek je pro řadu příbuzných neúnosné dlouhodobě se starat o nemocného člověka. Hovoří zde ale o seniorech, kterých by se její návrh týkal. [20]

S novým návrhem pro uzákonění euthanasie přišla také „LiRA“, reformní strana Liberálové ČR. Inspirovala se právní úpravou, která je již zavedená v Belgii. Již po prvním přečtení tohoto návrhu jsem nabyla dojmu, že ho psal někdo, kdo celé problematice vůbec nerozumí. Hned na začátku důvodové zprávy, v obecné části, pisatel ukazuje, že se vůbec nejedná o důstojnost člověka.

„Návrh zákona o důstojné smrti se snaží vyřešit mnohdy neúnosnou situaci pacienta, který trpí vážnou chorobou a jeho život je v terminální fázi. I když český právní řád nijak nepostihuje spáchání sebevraždy, zdá se, že důstojnější pro řešení shora zmíněných situací by bylo zakotvení podrobně upravené a kontrolovatelné možnosti ukončit život člověka (nacházejícího se ve vážném a neřešitelném zdravotním stavu) na základě jeho dobrovolného rozhodnutí.“[21]

Správně zde píše, že český právní řád nijak nepostihuje spáchání sebevraždy. Ovšem z dalšího textu bych jako laik mohla vysledovat to, že by za konec mého života odpovídal někdo jiný. Pokud je někdo schopný spáchat sebevraždu, proč by měl mít možnost převést odpovědnost za konec svého života na někoho jiného, v tomto případě na lékaře? Samozřejmě neobhajuji fakt, že by lidé měli páchat sebevraždy, nicméně převedením odpovědnosti na někoho jiného se situace zcela jistě nevyřeší. Dále bych si pokládala otázku, oč důstojnější je zvolit smrt rukou druhého nad smrtí rukou vlastní.

Nyní bych se ráda zastavila u §7 vlastního návrhu. V odstavci b) se píše: *Ošetřující lékař musí prodiskutovat s pacientem jeho žádost o nápomoc k*

---

[20] iDnes.cz; Zapomeňme na eutanazii, zlepšeme hospice, navrhuje Stehlíková; http://zpravy.idnes.cz

[21] Důvodová zpráva a návrh zákona o důstojné smrti: www.eutanazie-dobrasmrt.cz , celé znění viz příloha č. 2

důstojné smrti a musí nabýt přesvědčení, že vzhledem ke všem okolnostem neexistuje žádné jiné rozumné řešení situace pacienta a že žádost pacienta je zcela dobrovolná.

Nuže vzhledem k závažnosti problému by asi nebylo na místě říci, že je toto směšné, ale bohužel tomu tak je. Jak může lékař, který je vázán slibem, nabýt přesvědčení, že neexistuje žádné jiné rozumné řešení situace pacienta? Navrhovatelé zákona zde úplně opominuli možnost paliativní péče a přímo vkládají lékaři do rukou nástroj k usmrcení pacienta.

Dále bych se ještě chtěla vyjádřit k právní odpovědnosti lékaře. V návrhu zákona se hovoří o splnění podmínek při nápomoci k důstojné smrti, kdy lékař má povinnost konzultovat s pacientem a dalšími lékaři a zprávu o výkonu má poté předat komisi, která ji přezkoumá. Komise musí poté vydat rozhodnutí, zda byly splněny podmínky tohoto zákona a v případě, že tomu tak nebylo je vyvázána slibem a postoupí případ příslušnému státnímu zastupitelství. Najde-li se tedy lékař, který by byl ochoten být nápomocen k důstojné smrti, bude žít v napětí, zda komise jeho postup uzná a nevzniknou žádné pochybnosti. Osobně si myslím, že vystavit lékaře takové odpovědnosti za život jiného člověka je samo o sobě nezodpovědné.

V této kapitole jsme si ukázali pár příkladů právních úprav několika evropských i mimoevropských zemí a také několik praktických případů, které se ve světě objevily a vzbudily velké diskuse na toto téma.

Nyní je potřeba říci si něco o lidských právech, která jsou velmi podstatná pro pochopení celého tohoto tématu. Dále je také potřeba se také věnovat étosu lékařů a sociálních pracovníků, abychom alespoň částečně porozuměli dané problematice z jejich pohledu na danou problematiku.

4. Lidsko – právní rámec

Z historického pohledu existuje řada dokumentů týkajících se péče o nemocné a umírající osoby. Jedná se o etické kodexy, které vstoupily do jisté míry v platnost, jsou závazné. Až ve dvacátém století spatřily světlo světa dokumenty, které zavazují k ochraně důstojnosti a svébytnosti lidských bytostí.

4.1. Právo každého na život je chráněno zákonem

Mezi základními dokumenty, představujícími pozitivní úpravu ochrany lidských práv patří *Mezinárodní pakt o občanských a politických právech* a také již výše zmiňovaná evropská *Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod.* Dalším je *Všeobecná deklarace lidských práv*, která je právně nezávazná.

Ať už se jedná o jakýkoliv z výše zmíněných dokumentů, vždy je na čelním místě formulováno právo na život. Proto se toto právo dá považovat za významnější, než kterékoliv jiné. Jednodušeji řečeno, pokud by tomu tak nebylo, neměla by ochrana ostatních práv žádný význam. Je to právo neredukovatelné, protože není možné se od něj odchýlit. Avšak ani toto právo není absolutní.

Přestože vývoj směřuje k zákazu trestu smrti, v mnoha zemích světa je stále praktikován a je jednou z výjimek, které prolamují právě charakter práva na život. Mediálně nejznámější jsou tresty smrti ve Spojených státech amerických. Slovy „Dead man walking“ (mrtvý muž přichází)[22] je označován vězeň

[22] G. Virt; Žít až do konce, str. 63

přicházející na místo popravy. Lékař je k tomuto úkonu povolán, aby odsouzenému aplikoval injekci smrtícího jedu a také proto, aby konstatoval smrt. Na tomto příkladu je vidět, že tamní společnost schvaluje účast lékařů na zabíjení jiných lidí, pokud se jedná například o popravu vraha. Stále zřetelněji se vynořuje názor, že trest smrti je proti lidské důstojnosti, i když se jedná o zločince. Já osobně jsem proti trestu smrti a myslím si, že daleko větší trestem pro pachatele je doživotní vězení, kde je pachatel hnán k odpovědnosti za čin, který spáchal. Navíc trest smrti bere odsouzenému možnost resocializace, na což poukazují hlavně duchovní.

Ale vraťme se nyní zpět k lékařům, kteří jsou účastni výkonu trestu smrti. Americká společnost ho schvaluje. Proč tomu tak je? Jedná se zde o soubor emocí spojené proti pachateli a veřejnost se domnívá, že je po zásluze potrestán. Ale, jak již bylo řečeno, jedná se o čin proti lidské důstojnosti, za který je považována i euthanasie.

Ještě jednou bych se právě zde chtěla vrátit k *Úmluvě o ochraně lidských práv a základních svobod.* I přestože v Evropě, kde je tato úmluva platná, není trest smrti povolen se v čl. 2, hlavy 1 se píše:

„Právo každého na život je chráněno zákonem. Nikdo nesmí být úmyslně zbaven života kromě výkonu soudem uloženého trestu následujícího po uznání viny za spáchání trestného činu, pro který zákon ukládá tento trest.“[23]

Z tohoto textu vyplývá, že by bylo možné trest smrti aplikovat, ale evropské země jsou považovány za vyspělé, které chrání právo na život za všech okolností.

[23] Úmluva o ochraně lidských práv a svobod ve znění protokolů č. 3, 5 a 8, www.novatrixprint.cz

4.2. Ochrana důstojnosti a lidských práv

V této části kapitoly bych ráda představila dokument zvaný: *Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“*

Text tohoto Doporučení byl přijat parlamentním shromážděním 25. června roku 1999 na jeho 24. zasedání převážnou většinou hlasů. Je to jeden z nejdůležitějších dokumentů týkajících se práv umírajících. Na toto Doporučení se také odvolává Evropský soud pro lidská práva v případu paní Pretty, který jsem popsala v předchozí kapitole.

Hned v úvodu se píše, že posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit. Dále se hovoří o pokroku medicíny a jejím důsledku na kvalitu péče, proto se i zde, podobně jako v etickém kodexu ČLK, o kterém budu hovořit později, klade důraz na s tímto spojená nebezpečí.

Stěžejními body tohoto *„Doporučení“* jsou:

1) **Základní práva odvozená z lidské důstojnosti, která jsou ohrožena mnoha faktory, ale nejvíce:**

   - ➔ Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti
   - ➔ Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby
   - ➔ Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti

2) **Lidská důstojnost, která má být nedotknutelná ve všech obdobích života jedince a tudíž i v procesu umírání. Proto by mělo být zabráněno:**

   - ➔ Umírání s nesnesitelnými symptomy

- ➔ Umírání o samotě a v zanedbání
- ➔ Umírání se strachem být sociální zátěží
- ➔ Omezováním život udržující léčby z ekonomických důvodů
- ➔ Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou péči terminálně nemocných nebo umírajících.

Shromáždění proto doporučuje, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím, že zajistí:

a) Komplexnost paliativní péče by měla být zaručena. Členské státy by měly přijmout příslušná opatření, a to především:

- ➔ aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- ➔ aby byl všem nevyléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- ➔ aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevyléčitelně nemocné nebo umírající
- ➔ aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) Právo na sebeurčení, které by mělo být chráněno a hlavně zaručeno:

- ➔ aby se prosadilo právo nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím

zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován

- ➔ aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle *(living will)*, v „pořízení“ nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů *(advance directives)*, ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení.

c) Nepřipuštění možnosti úmyslného usmrcení a zároveň uznají:

- ➔ že právo na život, zejména ve vztahu k nevyléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu

s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“

- *Zde opět odkaz na kapitolu 3.1 Velká Británie - Případ paní Pretty*

➔ že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby.[24]

[24] Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“, viz příloha č. 1

5. Kontext étosu povolání

Zde je potřeba zmínit hlas *Světové lékařské asociace*, dále jen WMA. Cílem této organizace je propagovat nejvyšší možné standarty medicínské etiky. Dále také poskytuje etické průvodce a to především pomocí deklarací, rezolucí a sdělení týkajících se mnoha oblastí, ale pro mou práci jsou nejdůležitější ty, které se týkají euthanasie.

5.1. Lékařský étos

V druhé kapitole jsem již napsala, co se skrývá pod pojmem lékařsky asistované sebezabití, proto není potřeba se opakovat. V této kapitole bych se chtěla zabývat především vztahem, pacient – lékař, lékařským étosem a etickými otázkami této problematiky.

Samo slovo lékař říká, že je jeho posláním léčit, uzdravovat, pomáhat. Vztah mezi lékařem a pacientem by měl být důvěrný a lékař by měl být pro pacienta důvěryhodný. To znamená, že by se na něj mohl kdykoliv obrátit s jakýmkoliv problémem, který má. Jak by ale měl reagovat lékař, kterého pacient požádá o euthanasii? Lékař je, stejně jako každý jiný, člověk, který má city a soucítí se svým pacientem. Zároveň se musí řídit etickým kodexem a zákony. Pokud by se tedy lékař uvolil k vykonání euthanasie, byl by stále důvěryhodným pro jiné pacienty? A co pacient, který tuto prosbu vyslovil? Je vůbec možné tuto prosbu brát vážně?

Další otázkou je, zda existuje právo na smrt. V lékařské etice existuje skutečně právo zemřít. Vztahuje se k právu člověka na péči spojenou s procesem umírání. V konečném důsledku to znamená, že by se člověku

neměl za každou cenu prodlužovat život, pokud je to v jeho zájmu. Tedy v případě, že neexistuje žádná naděje na uzdravení. Zde si musíme dát pozor na význam slov, aby nedošlo k mylnému pochopení práva na smrt. Právo zemřít má každý člověk a mělo by se tak dít v souladu s lidskou důstojností. Nikde ale není psáno, že by to mělo být rukou druhé osoby, lékaře. Pokud by se toto stalo právem pacienta, znamenalo by to povinnost lékaře reagovat kladně a to i v případě, že by sám lékař byl proti asistovanému zabití.

V souvislosti s euthanasií se běžně setkáváme s tím, že je samozřejmostí, aby ji vykonával lékař. Proč by to ale nemohl být příbuzný nebo přítel rodiny? Lékař sám má přeci z povahy svého povolání úplně jinou úlohu. A to léčit. Zastánci euthanasie by mohli namítat tím, že lékař je ten, kdo je pacientovi „nejblíže“, zná jeho zdravotní a duševní stav, léčebné postupy. Ví, zda jde o nevyléčitelně nemocného člověka, je tím, kdo vystavuje úmrtní list. Také jsou to lékaři, kteří vědí, co by mělo být obsahem „smrtící injekce“.

Podle mého názoru je přisuzování této role lékařům přinejmenším zvrácená. Jak již bylo řečeno, úkolem lékaře je léčit a poskytovat potřebnou péči pacientům, ať už se jedná o pacienty léčitelné nebo nevyléčitelné. Pokud bychom jim dali do rukou moc usmrcovat, nemohli bychom už o nich hovořit jako o lékařích ve smyslu, jaký známe dnes. A dále by to také poznamenalo právě lékařův charakter. Kdyby dostal do rukou tuto moc, uznal by tím automaticky, že pacientův život nemá žádnou kvalitu a tedy ani hodnotu, stejně jako to je naznačeno v rozporuplném návrhu zákona *O důstojné smrti*, který předložila LiRA v České republice. To by bylo v přímém rozporu s dispozicemi, které k lékařskému povolání patří, a to ochotně a dobrovolně poskytovat, co je potřeba, každému pacientovi na základě jeho vlastní lidské důstojnosti.

Lékař, který by takto usmrtil některé pacienty, by se mohl stát hrozbou pro jiné, protože by si v sobě mohl vypěstovat sklon k usmrcování pacientů, o kterých by soudil, že jejich život již nemá hodnotu. Toto tedy dává odpověď na otázku v úvodu této kapitoly, zda by lékař byl důvěryhodným pro jiné pacienty.

I proto je daleko přínosnější přemýšlet o tom, jak zkvalitnit péči o pacienty v terminálním stádiu, než hledat cestu k uzákonění euthanasie.

5.1.1. Přísaha Hippokratova

Datuje se do 5. století před Kristem. Jedná se o přísahu řeckým bohům, kdy se lékaři zavazují, že budou dodržovat její obsah.

Přísahám při Apollonovi, bohu lékařství, při Aeskulapovi, Hygiei a Panacei i při všech bozích a bohyních a dovolávám se jejich svědectví, že podle svých sil a svědomí budu tuto přísahu a tyto závazky řádně zachovávat. Svého učitele v tomto umění budu ctít stejně jako své rodiče a vděčně mu poskytnu všechno nutné, ukáže-li se toho potřeba; také jeho potomky budu pokládat za bratry a budou-li se chtít naučit tomuto umění, vzdělám je v něm bez nároku na odměnu a jakékoliv závazky. Rovněž umožním jak svým synům a dětem svého učitele, tak žákům, kteří se slavnostně zavázali lékařskou přísahou, aby se podíleli na výuce a přednáškách i celé vědě, jinému však nikomu. Způsob svého života zasvětím podle svých sil a svědomí prospěchu nemocných a budu je chránit před každou úhonou a bezprávím. **Ani prosbami se nedám pohnout k podání smrtícího léku, ani sám k tomu nedám nikdy podnět. Stejně tak neposkytnu žádné ženě prostředek k vyhnání plodu; zachovám vždy svůj život i své umění čisté a prosté každé viny.** Neprovedu řez u žádného nemocného, který trpí kameny, ale odevzdám ho mužům v tomto oboru

zkušeným. Ať přijdu do kteréhokoliv domu, vejdu tam jen ve snaze pomoci nemocným vyhýbaje se všemu podezření z bezpráví nebo z jakéhokoliv ublížení. Stejně tak budu vzdálen touhy po smyslových požitcích se ženami a muži, jak se svobodnými tak s otroky. Uvidím-li nebo uslyším-li při své lékařské praxi nebo v soukromém životě lidí něco, co by mělo být utajeno, pomlčím o tom a zachovám to jako tajemství.

Budu-li tuto přísahu zachovávat a řádně plnit, nechť je mi dopřáno žít navždy šťastně, požívat úcty u všech lidí a těšit se z plodů svého umění. Jestliže ji však poruším a poskvrním, staniž se mi pravý opak.

Z této přísahy je zcela jasný závazek lékařů. Pro účel mé práce jsem zvýraznila část, kde se hovoří o podání smrtícího léku, ať už na žádost pacienta nebo z vlastního popudu. Touto přísahou se řídili lékaři po celá staletí.

Obdobou této přísahy byla Asafova přísaha z 6. století po Kristu: *„...dejte pozor, abyste nezabili žádného člověka šťávou z kořene; a nepřipravíte a nepodáte ženě s dítětem...lektvar, jímž byste způsobili potrat... Nebudete připravovat jedy pro muže nebo pro ženu, aby s ním zabili svého přítele; ani neodhalíte, které kořeny jsou jedovaté, a ani je nedáte do ruky nikoho, a nedáte se přimět ke konání zla.“*

Na rozdíl od přísahy Hippokratovy, tato dále rozvíjí potřebu uvědomit si, jak nebezpečné vědomosti má lékař. Proto upozorňuje na nutnost uchování lékařského tajemství a to nejen ve vztahu k pacientovi, ale i ke svým schopnostem.

5.1.2. Doktorská sponze fakulty lékařství Univerzity Karlovy v Praze

Skončili jste svá studia na fakultě lékařství University Karlovy a vykonali jste s úspěchem všechny zkoušky předepsané pro ty, kdož chtějí dosáhnout titulu doktorů medicíny.
Žádáte nás, aby Vám byl v tomto slavnostním shromáždění tento titul udělen. Dříve však musíte složit slib, že se vždy budete chovat tak, jak to vyžaduje titul, který máte obdržet.

SLÍBITE TEDY České republice a jejímu lidu:

především, že si budete vědomi poslání vědy pro společnost a že své vědomosti a svou činnost zaměříte ku prospěchu všeho lidu a své povinnosti budete konat řádně, svědomitě a ochotně s plným vědomím své odpovědnosti a budete stále prohlubovat vědecké poznání a v něm pokračovat;

dále, že budete podle svého nejlepšího svědomí řídit život zdravých i nemocných vždy jen k jejich prospěchu. Dále, že zachováte svůj život a své lékařské umění čisté a že při každém jednání se zdravým a nemocným budete mít na mysli jen dobro člověka, že to, co uvidíte v životě lidí nebo uslyšíte při provádění svého povolání nebo mimo ně, nebudete dále rozšiřovat a zamlčíte všem nepovolaným;

konečně, že vždy uchováte ve věčné paměti Universitu Karlovu a fakultu všeobecného lékařství, na které jste vystudovali.

Jste hotovi složit tento slavný slib jsouce si vědomi jeho závaznosti?

DOCTORANDI (složí slib na žezlo): Ano, slibuji

PROMOTOR: Když jste se veřejně tímto slibem zavázali, již nic nebrání tomu, abyste titulu dosáhli.

PROTO JÁ, ŘÁDNĚ USTANOVENÝ PROMOTOR, PROHLAŠUJI VÁS DOKTORY MEDICÍNY, SVĚŘUJI VÁM PRÁVA A ZAVAZUJI VÁS POVINNOSTMI, KTERÉ S TÍMTO TITULEM SOUVISÍ. NA DUKAZ TOHO ODEVZDÁVÁM DO VAŠICH RUKOU DOKTORSKÉ DIPLOMY OPATŘENÉ UNIVERSITNÍ PEČETÍ.

Doktorská sponze stejně jako přísaha Hippokratova a Asafova zavazuje lékaře k tomu, aby řídili život zdravých i nemocných vždy jen k jejich prospěchu. Zde se ovšem můžeme nalézt problém. V celé sponzi se nepíše nic o tom, že lékař nepodá pacientovi smrtící látku a tím mu dopomůže k ukončení života. V další větě se sice píše, že mají zachovat své lékařské umění čisté a že budou mít na mysli jen dobro člověka, ale co je tímto dobrem myšleno? Z pohledu stoupenců euthanasie by se dalo říci, že je to velmi sporné, protože dobrem pro člověka může být smrt, kterou sám žádá. Lékařské umění má zůstat čisté, ale co se touto čistotou myslí? Toto opět podle mého názoru nahrává propagátorům euthanasie, protože tato čistota se může vztahovat k lékařskému tajemství, o kterém se sponze zmiňuje v pokračující větě. Ovšem toto je spíše právnický problém, do kterého bych se nerada pouštěla. Jen jsem chtěla poukázat na možnost argumentace zastánců euthanasie.

5.1.3. Etický kodex ČLK

Etický Kodex ČLK, který nabyl účinnosti dne 1. 1. 1996, se již podrobněji zabývá etickými otázkami. Hned v první části, v obecných zásadách, se

zmiňuje o úkolu lékaře chránit zdraví a život pacienta. Dále je zde jasně řečeno, že je povinností lékaře péče o pacienta s ohledem na jeho důstojnost.

V druhé části se v pátém odstavci píše o tom, že lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí. Zde bych si dovolila menší polemiku k danému tématu. Pokud je tedy lékař přesvědčen o tom, že euthanasie je proti jeho svědomí, není zde celkem co řešit. Ale co se stane, pokud to proti jeho svědomí není? Takový lékař samozřejmě ví, že je euthanasie u nás trestným činem a v konečném důsledku by tedy jednal sám proti sobě. Tedy v případě pokud by došlo k šetření smrti pacienta. Ovšem jak by se v takovém případě, kdy by ho pacient žádal o ukončení života, zachoval? Zde se opět otevírá prostor pro zastánce euthanasie, kteří by mohli tvrdit, že jednání lékaře v takovém případě, kdy lékařský výkon není proti jeho svědomí, není špatný naopak ve své podstatě přijatelný.

Velmi podstatný pro mou práci je sedmý článek z druhé části, kde se píše o nevyléčitelně nemocných a umírajících pacientech. Těmto pacientům je povinen podávat tišící prostředky a šetřit jeho lidskou důstojnost. Pacienti, u nichž je neodvratitelná a bezprostředně očekávaná smrt, by lékař neměl za každou cenu prodlužovat život. Euthanasie a asistované siucidum nejsou přípustné. Z toho vyplývá, že by námitka zastánců euthanasie k pátému článku byla nepřípustná.

5.2. Étos sociálních pracovníků

Nejen lékařů, ale i sociálních pracovníků se týká toto velké téma. Právě oni mají velký podíl při péči o terminálně nemocné a umírající pacienty. Proto je zde vhodné připomenout si, že i oni se řídí určitými pravidly.

Mimo Standardy kvality sociálních služeb, které shrnují to, co se obecně očekává od dobré sociální služby, sem patří i další kodexy. *Ethics in Social Work, Statement of Principles* (Etika v sociální práci, prohlášení principů), označovaný jako Mezinárodní etický kodex sociální práce. Dále *International Federation of Social Workers* (IFSW – Mezinárodní federace sociálních pracovníků) a také *International Association of Schools of Social Work* (IASSW – Mezinárodní asociace vzdělavatelů v sociální práci). Všechny tyto dokumenty jsou mezinárodně uznávané a byly schváleny v australské Adelaide, v říjnu roku 2004.

Signatáři dokumentů vyznávají, že považují etické vědomí za základní část praxe povolání sociálních pracovníků a jejich způsobilost a závazek etiky jednat za podstatný aspekt kvality služby.

Nyní se na chvíli zastavíme v České republice. *Etický kodex sociálních pracovníků České republiky*, schválený Společností sociálních pracovníků v roce 2006, se přímo neodvolává na mezinárodní kodex. Hovoří především o Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv, Úmluvě o právech dítěte a dalších mezinárodních úmluvách, Listině základních práv a svobod, Ústavě ČR a dalších zákonech ČR, které se od těchto dokumentů odvíjejí. Hned v čl. 1 Etické zásady konstatuje, že: *„sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti“, že: „sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých lidí“, že: „takový pracovník svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi pomáhá jednotlivcům, jednotlivým skupinám, komunitám a sdružení občanů při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.“*[25]

[25] Etický kodex sociálních pracovníků České republiky; plné znění viz příloha č. 3

6. Hlas církví a náboženských společností

Když jsem v předchozí kapitole představila étos lékařů a sociálních pracovníků, je také potřeba si říci o postoji církve k této problematice.

Je všeobecně známo, že církev jako taková odmítá euthanasii, ale je otevřená diskusi. Církev je zastáncem paliativní péče a ve svém prohlášení[26] se o ni opírá. Život člověka chápe jako dar od Boha a proces umírání jako součást života. Proto považuje všestrannou pomoc umírajícímu za pomoc životu. Stejně jako v etickém kodexu, i pro církev není udržování života za každou cenu prioritou. Je si vědoma konečnosti lidského života i meze možnosti léčby.

Dále ve svém prohlášení upozorňuje na nebezpečí spojená s uzákoněním euthanasie, a to především s jejím možným zneužitím. Euthanasie není považována za možnost volby ve výjimečných případech, ale jako znevážení lidského života.

Papežská rada pro pastoraci mezi zdravotníky vydala *Chartu pracovníků ve zdravotnictví,* která hovoří o etapách lidského života. Poslední částí knihy je kapitola o umírání, ve které se můžeme dočíst o podstatě tohoto procesu, ale také o pomoci umírajícímu. „První péčí je „láskyplná přítomnost“, kterou je třeba poskytnout umírajícímu.“ [27]

Je zde také kladen důraz na důstojnost člověka a princip přiměřenosti léčby, což je řečeno i ve výše zmíněném prohlášení. Stejně jako zastánci euthanasie i církev hovoří o utrpení. Ale zatímco tito zastánci chtějí člověka tohoto utrpení zbavit pomocí smrtícího prostředku, církev se snaží nalézt v tomto utrpení pochopení a pomoci umírajícímu v jeho poslední cestě životem.

---

[26] Prohlášení k eutanazii a doprovázení umírajících, plné znění viz příloha č. 4

[27] Papežská rada pro pastoraci mezi zdravotníky; Charta pracovníků ve zdravotnictví, str. 84

7. Etické argumenty pro a proti

Život je proces, na jehož počátku je zrození a na konci stojí smrt. Je tedy součástí lidského života. Podle článku 2 Úmluvy je právo každého na život chráněno zákonem. Dá se však z tohoto odvodit, že by i smrt měla být chráněna stejně jako život? Z toho vyplývá další otázka, a to, zda má mít člověk právem chráněnou možnost určit si čas a způsob smrti.

Na začátku je potřeba uvědomit si, že člověk na jedné straně bytost patřící do určitého druhu (homo sapiens) a na straně druhé jako bytost, které příslušejí práva a povinnosti (osoba). Slovo osoba tedy označuje člověka, který je svobodný.[28]

Lidská svoboda se vyznačuje kontrolou nad vlastním životem. Pokud je člověk zdravý, zařizuje si život podle sebe. V okamžiku, kdy onemocní, ztrácí nad sebou vliv. V případě, že pacient žádá o pomoc ke smrti, snaží se i nadále udržet kontrolu nad svým životem, v tomto případě formou prosby o „důstojný konec“.

Zde narážíme na další problém, který jsem popsala v první kapitole, kde jsem hovořila o lidech s mentálním postižením, kteří jsou často soudem zbavováni svéprávnosti, a je jim určen opatrovník. Můžeme tyto lidi považovat pouze za příslušníky určitého druhu a ne za osoby? Stejnou otázku si můžeme pokládat i u člověka v kómatu nebo u lidí s psychickými poruchami, například u schizofreniků.

[28] O. Fischer, R. Milfait a kol.; Etika pro sociální práci, str. 136

7.1. Lidská důstojnost

„Důstojnost člověka je nedotknutelná. Je ji nutno respektovat a chránit.“[29] Tak praví Charta základních práv Evropské unie. Lidská důstojnost se považuje za nejvyšší právní a morální princip, základní kritérium etického jednání. Je nedotknutelná v dokumentech, to znamená, že se jedná o nejvyšší kritérium, za nějž se nelze dále dotazovat. Z toho vyplývá, že každý člověk má absolutní hodnotu, kterou nelze vyvážit jiné, relativní, hodnotě nebo sumě hodnot. Otázkou potom zůstává, jaká společnost musí být akceptována, aby mohly být chráněny naše, lidské, zájmy ohledně přežití, kvality života a respektu. Můžeme tedy říci, že jen život se spravedlivým právem může být životem v důstojnosti. Potom lze uznat každou lidskou bytost bez ohledu na stádium vývoje, stav a vlastnosti. Lidská důstojnost by měla být uznávána jako bezpodmínečná hodnota člověka, protože člověk je obdařen možností rozumu a svobody.

Opět se vrátím do minulosti, nejen do té nacistické, ale celkově do totalit dvacátého století. Co se stalo za války, již dobře víme, ale po válce do některých zemí Evropy přišel komunismus. Totalitní režim založený na absolutní moci vládců. Žádnou výjimkou v těchto dobách nebyly smyšlené procesy, sloužící k zastrašování široké veřejnosti. Příkladem může být, dodnes diskutovaný a sledovaný, případ Milady Horákové. Z výpovědí dodnes žijících lidí, vězněných za komunismu, dostáváme celkem slušný přehled o tom, co se dělo při výsleších. Výjimkou nebylo fyzické ani psychické mučení, nemluvě o odsouzení na dlouhá léta do vězení, v mnoha případech bezdůvodně. Pokud tedy mluvíme o lidské důstojnosti, toto je jasným důkazem, že byla hrubě porušena.

[29] Charta základních práv EU: www.euroskop.cz

Existují různé interpretace pojmu lidské důstojnosti. Je to zapříčiněno tím, že se společnost postupně sekularizovala a právní systémy jednotlivých zemí se pluralizovaly. Každá země si tak utváří své právní principy, kde jsou interpretovány tyto postoje. V každém případě se opírají o dokumenty, které jsem zmiňovala ve čtvrté a páté kapitole, což znamená, že základní principy lidské důstojnosti jsou stejné.

Jistě si všichni pamatujeme, co nám říkávali maminky, když jsme byli malými dětmi. *„Co nechceš, aby ti dělali jiní, nedělej jiným ty sám.“* V té době jsme si toto vztahovali maximálně na běžný dětský svět. Dnes, kdy vnímáme svět v jiných souvislostech, vidíme daleko hlubší význam této věty.

Na závěr bych to shrnula takto: *„lidská důstojnost není vlastností ani schopností člověka, ale myšlenkově logickým důsledkem, který vyplývá z mravní autonomie člověka: nepropůjčuje se, může se jen uznat, ne ale odebrat, ale náleží každému člověku jako člověku.“*[30]

Faktem ovšem zůstává, že pojmem lidská důstojnost a důstojné umírání argumentují oba tábory. Tedy jak odpůrci, tak i zastánci euthanasie, kteří si jí za určitých podmínek dovedou představit.

7.2. Autonomie člověka

Abychom správně pochopili lidskou důstojnost, je potřeba vysvětlit si pojem autonomie člověka. Z etického hlediska autonomie znamená uznat rovnost všech lidských bytostí. Je to nejen právo volby, ale i odpovědnosti volit v určitých mezích. To znamená, že autonomie není absolutním právem člověka rozhodnout se pouze ve svůj prospěch. Autonomie člověka končí tam, kde začíná autonomie druhého člověka. Tedy souhlas s morálním principem, který

[30] R. Milfait; Souvislost s biomedicínckou etikou pro problematiku eutanazie, terapie, studijní materiály TE, IS, Jabok 2009

je závazný pro společnost, ve které žijeme. Právní stát poskytuje občanům co největší prostor svobody pro jejich utváření života, proto by podle zastánců euthanasie mělo být ponecháno rozhodnutí o konci života na každém z nich. To by ale odporovalo tvrzení o konci a začátku autonomie, o kterém jsem hovořila. Stejně jako v případě francouzského mladíka, který žádal o povolení k euthanasii samotného prezidenta Sarkozyho, a o kterém jsem mluvila v třetí kapitole. Na tomto příkladě je jasně zřejmé, že pokud by došlo k povolení euthanasie, došlo by k narušení autonomie jiného člověka, prezidenta Sarkozyho, který byl proti tomuto návrhu. Zastánci euthanasie by mohli namítnout, že by se jistě našel lékař, který by byl ochoten žádosti pacienta vyhovět, což ale přesně odpovídá přenesení odpovědnosti života na jinou osobu. V případě euthanasie, na lékaře.

Pokud bychom respektovali autonomii člověka v plné míře, tedy za předpokladu vyloučení jejích hranic, museli bychom respektovat rozhodnutí člověka ukončit svůj život. Jaké by to ale mělo následky? Troufám si tvrdit, že nedozírné. V případě, že by se stalo skutečným akceptování takovéto autonomie, mohli bychom zavřít všechny léčebny pro pacienty se sebevražednými sklony. Sama záchrana lidského života by v danou chvíli byla porušením autonomie člověka a jeho rozhodnutí ukončit svůj život. V takovém případě by bylo jednání lékaře neetické.

Ať už jsou důvody sebevraha jakékoliv, např. špatné rodinné nebo sociální zázemí, pracovní problémy atd., lékaři se vždy snaží o záchranu tohoto lidského života, jak jim předepisuje etický kodex. Na tomto příkladu je tedy patrné, že není možné chápat autonomii člověka jako absolutní, ale s ohledem na její hranice.

7.3. Důstojnost přiznaná na základě podmínek?

Podle Petera Singera člověk není osobou pro pouhou příslušnost k lidskému druhu, ale stává se jí díky charakteristickým vlastnostem jako sebeuvědomění, sebekontrola, schopnost navazovat kontakty a další. Proto nebere usmrcení poškozeného kojence nebo nevyléčitelně nemocného člověka v bezvědomí jako usmrcení osoby a tudíž by se nejednalo o protiprávní čin.[31] Pokud bychom mu dali za pravdu, zachovali bychom se stejně jako nacisté za války, o nichž jsem psala v první kapitole.

Musíme ale brát v potaz fakt, že z bioetického hlediska se člověk stává člověkem ještě v okamžiku, kdy není na světě. V okamžiku, kdy je v děloze matky. Samozřejmě, že existují dohady, od jakého okamžiku se stává člověkem, ale tyto dohady ponechme jiným. Pro nás je zde podstatným faktem to, že vnímáme osobu člověka již před jeho narozením, a proto není možné souhlasit se Singerem a jeho chápáním lidské bytosti.

Günter Virt ve své knize *Žít až do konce* cituje báseň Ericha Frieda, který vyjadřuje charakteristiku lidství takto:

„Pes, který umírá,
a který ví,
že umírá jako pes,
a umí říci,
že ví, že umírá jako pes,
je člověk.“[32]

[31] G. Virt; Žít až do konce, str. 23
[32] G. Virt; Žít až do konce, str: 13

Podle Sigmunda Freuda, člověk, který přemýšlí jen o vlastní smrti, nepochopil její propastnost. Člověk může pochopit smrt jen tehdy, pokud se s ní setká tváří v tvář. To se stává nejen v okamžiku vlastní smrti, ale především při ztrátě milované osoby. Je to proto, že člověk, jako jediný tvor, dokáže chápat sebe sama, uvědomovat si svébytnost.

7.4. Šikmá plocha

Šikmá plocha nebo také *kluzký svah*. Sám název naznačuje, o jakou situaci se jedná. Ale pro připomenutí. Jdeme-li po takové ploše nebo svahu, zákon gravitace působí na každého a na vše. Dovolíme-li dělat něco, co bychom neměli, časem se objeví něco jiného, daleko závažnějšího. V tomto případě se jedná o euthanasii prováděnou se souhlasem pacienta na základě nesnesitelných bolestí a utrpení. Pokud by tedy byla uzákoněna a považovalo by se za dobré ukončit život takového člověka, proč by nebylo možné ukončit život člověka ještě dříve? Nebo u lidí, kteří pro svůj stav nejsou schopni dát souhlas? A takto bych mohla pokračovat dále. Zde bych si dovolila použít úryvek z knihy *Schindlerův seznam*: „Jestliže vražda není ničím jiným než návštěvou toalety či pouhým monotónním gestem, jímž se podpisují formuláře, bude se asi muset smířit se skutečností – ať už s jakkoli velkým zoufalstvím – že smrt je rutinní záležitostí.“[33]

Zastánci euthanasie tento fakt opomíjejí a pokoušejí se ho skrýt. Neustále se odvolávají na autonomii člověka, na jeho právo na důstojnou smrt, ale bohužel si neuvědomují důsledky, které by povolení euthanasie mohlo přinést.

[33] T. Keneally; Schindlerův seznam, str. 175

V této kapitole jsem se pokusila nastínit problematiku argumentů obou táborů, odpůrců i zastánců. Je potřeba říci, že obě strany argumentují stejnými argumenty, jen každá si je vykládá a ohajuje po svém. Za sebe mohu říci, že se stavím na stranu odpůrců euthanasie a přikládám velkou váhu paliativní péči, o které budu hovořit v následující kapitole.

8. Paliativní péče

V této poslední kapitole se budu zabývat paliativní péčí. Ráda bych zde ukázala, že paliativní péče je jediným možným východiskem pro těžce nemocné a umírající. Jestliže argumentace ukázala jasné ne euthanasii, je třeba navrhnout alternativu, za kterou je považována právě paliativní péče.

8.1. Pojem paliativní péče

Termín pochází z latinského *pallium* (maska, zakrytí pláštěm). Podstatou je tedy maskovat účinky „neléčitelné“ choroby a zakrýt pláštěm ty trpící, kterým nemohlo být pomoženo léčbou kurativní. Nejzákladnějším cílem kurativních zákroků je rehabilitovat nemocného tak, aby se docílilo co nejvyšší kvality jeho života.

V roce 1990 definovala Světová zdravotnická organizace (WHO) paliativní péči jako „aktivní celkovou péči o nemocné, jejichž choroba neodpovídá na léčbu kurativní. Prvořadým úkolem je kontrola bolesti nebo jiných symptomů a psychických, sociálních a spirituálních problémů.“

Novější definice WHO z roku 2002 klade větší důraz na prevenci utrpení: „Paliativní péče je takový přístup, který zlepšuje kvalitu života nemocných, jejich rodin a který čelí problémům spojených s život-ohrožujícími chorobami pomocí prevence a úlevy utrpení; a to jeho časným zjištěním, dokonalým zhodnocením a léčbou bolesti a ostatních problémů fyzických, psychosociálních a spirituálních.“[34]

[34] M. Munzarová; Eutanazie nebo paliativní péče, str. 62

Z výše uvedené definice vyplývá, že paliativní péče se nedá vztahovat pouze k ústavům určitého typu. Jde spíše o jistý druh filosofie, který lze aplikovat v jakémkoliv prostředí, tj. nejen v hospicích, ale i v nemocničních zařízeních nebo v domácím prostředí.

8.2. Krátce k historii paliativní péče

Hospice existovali ji v době Římské říše nebo ve středověku. Jednalo se ale spíše o útulky nebo přístřešky při cestách, kde si mohli odpočinout poutníci, těhotné ženy porodit a nemocní se vyléčit nebo v klidu zemřít.

Moderní hospicové hnutí, s určením pro klidné umírání, vzniklo díky práci Cecilie Saunedrsové v roce 1967, kdy byl založen Hospic sv. Kryštofa v Londýně. Byla to doba velkého pokroku v medicíně, hlavně vývoje nových metod léčby u nejběžnějších onemocnění ohrožujících lidský život, jako jsou rakovina a srdeční choroby. Saundersová tvrdila, že tyto metody pomáhají jen omezeně nebo jsou celkově k ničemu. Naopak mohou být škodlivé pro pacienty těmito chorobami trpícími, protože léčebné postupy zbytečně prodlužují jejich život, pokud jsou již ve fázi neléčitelnosti. V jejím hospici nemocní získávali potřebnou úlevnou léčbu a péči. Zároveň se nejednalo pouze o potíže fyzického rázu, ale i ostatních oblastí lidského bytí. Novinkou také byla možnost konzultací v rámci rodiny, kdy byla možnost řešit různé duchovní problémy nebo napravovat konflikty. Navíc nemocní opět získávali pocit, že jsou milováni oproti pocitu osamělosti nebo pocitu bytí na obtíž. Důležitou roli hráli nejen blízcí, ale také personál, který se stal jejich blízkými. Sama Saundersová shrnula potřeby pacientů takto:

1) přiměřená a detailní pozornost, která zmírní, anebo pokud to lze, odstraní jejich fyzické a emocionální potíže, přičemž se k dosažení

uspokojivého výsledku využije všech vhodných metod a pracovníků, jaké poskytuje moderní medicína

2) vřelá lidská opora
3) přiměřená otevřenost při poskytování nutných informací a rozhodování, čemu dávají pacienti přednost
4) pečovatelé, kteří se snaží jednat podle těchto zvolených přání
5) pozornost širokému spektru osobních přání, včetně duchovních, pokud je jich někomu třeba
6) zahrnutí rodiny mezi ty, kteří potřebují péči a
7) zajištění všech těchto věcí, pokud to je možné, na místě, kde chce pacient být[35]

Pokud se zpětně podíváme na definici paliativní péče WHO z roku 2002, můžeme vidět shodu s principy péče v hospici Cecilie Saundersové.

Dalším velkým „evolučním“ skokem v této problematice bylo založení **Evropské asociace paliativní péče (**dále jen **EAPC)**. Tato organizace vznikla v roce 1988 v Miláně s cílem rozvoje a realizace paliativní péče v evropských zemích na vědecké, klinické a společenské úrovni. Druhým velkým cílem bylo vytvoření mezinárodní sítě pro výměnu informací a odborných znalostí.

EAPC dále operuje s těmito snahami:

- podpora realizace existujících znalostí: školení těch, kdo jsou zapojeni do péče o pacienty a rodiny, podpora studia a výzkumu
- spojit ty, kteří studují a praktikují disciplíny zapojené do péče o pacienty a rodiny ovlivněné pokročilými nemocemi (doktoři, sestry, sociální pracovníci, psychologové a dobrovolníci)
- podpora a sponzorování publikací nebo periodik týkajících se paliativní péče

[35] B. Pollard; Eutanazie – ano či ne?, str. 30

- sjednocení národních organizací paliativní péče a ustanovení mezinárodní sítě pro výměnu informací a odborných znalostí
- zaměření se na etické problémy spojené s péčí o terminálně nemocné pacienty[36]

8.3. Postoj ke smrti

Již na začátku své práce jsem psala o postoji člověka k umírání a smrti, respektive, jak byla smrt chápána v jednotlivých historických etapách. V této kapitole bych se ráda zaměřila na dobu současnou.

Jak již bylo několikrát řečeno, vývoj medicíny byl největší v době po druhé světové válce a celkově v druhé polovině dvacátého století. Toto mělo za příčinu, že se lidé „odnaučili“ umírat. Umírání a smrt se začaly odsouvat do pozadí. Dalo by se také říci, že lidé toto období svého života začali odmítat. Smrt je něco, co nepatří domů, nemluví se o ní a pokud možno, je lepší o ní vůbec nevědět. Největšími hodnotami člověka v dnešní době je zdraví, kariéra, úspěch, peníze a dlouhý bezstarostný život. Toto všechno by přemýšlení o umírání a smrti mohlo tyto hodnoty negativně ovlivnit.

Dr. Elizabeth Kübler-Rossová se setkávala s umírajícími lidmi a ptala se jich, jaký z toho mají pocit. Na základě toho vytvořila definice stádií člověka od okamžiku sdělení diagnózy nevyléčitelné nemoci:

1) **Popírání** – pacient se nedokáže s touto diagnózou smířit. Reakcí bývá víra v omyl lékaře.
2) **Zlost** – víra v omyl přechází v zlost na okolí, nemocniční personál, rodinu i Boha.

[36] www.eapcnet.org

3) **Smlouvání** – po pominutí zlostného období přichází smlouvání. Člověk v tomto stádiu smlouvá s Bohem, snaží se vyměnit své zdraví za cokoliv.
4) **Deprese** – v okamžiku, kdy smlouváním ničeho nedosáhne, začne si uvědomovat, že opravdu umře a upadá do deprese. Tímto obdobím si musí projít a vše si urovnat. Potom se může přesunout do posledního stádia.
5) **Smíření** – toto stádium bývá popisováno jako velký filosofický klid a duchovní světlo.

Je potřeba dodat, že tato stádia nemusí vždy následovat tak, jak jsou zde popsána. Naopak, mohou se navzájem prolínat a člověk se může od jednoho stádia vracet k předchozímu stádiu. [37] Ovšem nelze upřít jejich důležitost, protože jejich podstata tkví v porozumění umírajícímu v souvislosti s jeho autonomií. Ta mu dává prostor pro vyřešení si svých vnitřních otázek.

8.4. Moderní paliativní péče

V současnosti dochází k velkým diskusím ohledně umírání a smrti. Paradoxně je to spíše v souvislosti s legalizací euthanasie, ale i tak je to posun dopředu. Lidé začínají více přemýšlet „o tom co bude“, jak bude jejich život vypadat a jakým směrem se bude ubírat v konečné fázi jejich života.

V této souvislosti je potřeba upozornit na fakt, že zatímco v Anglii (kolébce hospicového hnutí) se prakticky nevyskytují žádosti o eutanazii, v Nizozemí, kde hospicová péče donedávna nebyla rozvinuta, lékaři každoročně zabíjejí

[37] M. Scott Peck; Odmítnutí duše, str. 165

tisíce pacientů.[38] Ano, to je pravda. Právní úprava těchto dvou zemí, kterou jsem popsala v třetí kapitole, to dokazuje. Proto je velmi důležité, aby byla rozvinuta „dokonalá“ paliativní péče. Přesně proto, aby nedocházelo k tak vysokým počtům žádostí o euthanasii.

V dnešní době existuje mnoho nedostatků této péče. Nedostupnost paliativní péče se jeví jako palčivý problém. Souvisí to s nedostatkem lůžek. Lékaři v nemocnicích přijímají některé pacienty k léčení a bohužel si neuvědomují, že právě tito někteří pacienti již léčbu „nepotřebují“. Místo toho by bylo třeba si uvědomit, že tito pacienti nepotřebují přelíčit, ale dostat se ke kvalitní paliativní péči. Tedy takové, kdy pacient dostává prostředky tišící bolest, ale zároveň je udržován při vědomí a má možnost komunikovat jak s lékaři, tak i se svými příbuznými a svůj konec života prožít v klidu.

Obrovským problémem je také výrazná neznalost potřeb umírajících lidí, a to hlavně u personálu v běžných nemocnicích. Dalším velkým nedostatkem zdravotnických zařízení je nedostatek soukromí. Pacienti kolikrát leží na pokojích s jinými a nejsou nijak odděleni, například závěsy. Toto je velkým problémem nejen u umírajících, ale i u běžných vyléčitelných pacientů. „Pouhý“ závěs by totiž řada pacientů mohla vnímat jako prostor ohrazený pro své soukromí, například při vyšetřování lékařem nebo při rozmluvě s ním či členy rodiny. Takovouto praxi „závěsů“ můžeme vidět například v Americe, ale bohužel ne až v tak velké míře u nás.

Proto je důležité vytvářet moderní přístup a vzdělávat se v oboru paliativní péče, aby bylo možno poskytovat co možná nejkvalitnější paliativní péči, ať už se bude jednat o běžná nemocniční zařízení nebo hospice. Na smrt by se totiž nemělo pohlížet jako na selhání lékaře, ale jako na etapu lidského života, která by se měla prožít stejně kvalitně jako každá jiná.

[38] M. Munzarová, Eutanazie, nebo paliativní péče?, str. 70

Stejně jako C. Saundersová i my bychom se dnes měli snažit o co nejcitlivější přístup k umírajícím lidem, protože i my se jednou do této fáze života dostaneme a budeme očekávat přítomnost lidí, kteří nás budou chápat jako živého člověka, kteří budou citliví a jednat s námi s respektem a láskou.

Závěrem bych si dovolila citovat Senecu: „V průběhu celého života se člověk musí stále učit, jak žít, a co vás překvapí ještě více, drazí přátelé, v průběhu života se člověk musí stále učit, jak umřít.“[39]

[39] M. Scott Peck; Odmítnutí duše, str. 171

Závěr

V závěru této práce bych ráda obhájila cíle, které jsem si stanovila v úvodu. V první řadě to bylo představení spojené s danou problematikou. Pod termínem euthanasie jsme si v celé práci představovali lékařské jednání, které vede k navození či uspíšení smrti druhého člověka, aby nadále nedocházelo k nedorozuměním. Toto bylo důležité i proto, že jsem se snažila přiblížit historický pohled na toto téma, protože v minulosti se tento termín používal jinak.

V průběhu práce jsem se snažila představit některé právní úpravy a případy ze světa. Za velmi důležité jsem pokládala zastavit se u případu paní Pretty, který byl prvním řešeným na mezinárodním poli a který veřejně opět otevřel diskuse na toto téma. Podstatné pro mou práci byly dokumenty spojené s ochranou lidských práv, hlavně Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících“, které také hrálo velkou roli v procesu s paní Pretty a je stěžejní pro celou práci, protože se dotýká všech aspektů této problematiky. Hlavně tedy lidské důstojnosti a autonomie, které jsou podrobněji popsány v sedmé kapitole.

Ačkoliv jsem vyslovila souhlas s rozhodnutím soudu v případě italské slečny Eluany (tento případ jsem podrobně popsala ve třetí kapitole), rozhodě nemohu tvrdit, že bych byla zastáncem euthanasie, nebo jak ji někteří nazývají, důstojné smrti. S tímto pojmem jsme se mohli setkat též v třetí kapitole, a to u právní úpravy ČR, jako s návrhem zákona o důstojné smrti, který považuji za naprostý nesmysl. Domnívám se, že není možné, respektive z etického hlediska zcela nepřijatelné, dát někomu (v našem případě lékařům) do rukou moc zabít člověka, i kdyby to mělo být na jeho vlastní žádost. Navíc pacient má právo

odmítnout jakoukoliv léčbu, proto si myslím, že není třeba, aby měl mít zákonnou možnost žádat lékaře o ukončení života.

Určitě je na místě diskuse o zkvalitnění paliativní péče, která je dle mého názoru jedinou možnou alternativou, respektive řešením, k euthanasii. Další možným řešením, ovšem ne alternativou, by mohla být tzv. living will, ve které by měl každý člověk právo uvést, které zákroky si za určitých okolností nepřeje vykonat, čímž by se některá rizika přesunula z lékaře na pacienta. Toto by ale vyžadovalo změnu stávajícího zákona o péči a zdraví lidu, který nabyl platnost v roce 1966 a po rozpadu federace platí po řadě novelizací v ČR dodnes.

Seznam literatury

Monografie

Bible: Písmo svaté Starého a Nového zákona: český ekumenický překlad, 14.vyd. Praha: Biblická společnost, 2008

Ekumenická Akademie Praha, *Krásná smrt?,* Praha: JOB Publishing s.r.o., 1999

Fischer, O., Milfait, R. a kol., *Etika pro sociální práci,* Praha: JABOK – Vyšší odborná škola sociálně pedagogická a teologická, 2008

Freiová, M., *Euthanasie mezi námi,* Praha: Občanský institut, 1996

Keneally, T., *Schindlerův seznam,* Praha: Svoboda a.s., 1194

Moore, T., *Utopie,* Praha: Mladá Fronta, 1978

Munzarová, M., *Eutanazie, nebo paliativní péče?,* Praha: Grada Publishing a.s., 2005

Munzarová, M., *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?,* Kostelní vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2008

Papežská rada pro pastoraci mezi zdravotníky, *Charta pracovníků ve zdravotnictví,* Praha: Zvon, české katolické nakladatelství, 1996

Peck, Scott M., *Odmítnutí duše,* Praha: Pragma, 2001
Pollard, B., *Eutanazaie ano či ne?,* Praha: Nakladatelství Dita, 1996

Rotter, H., *Důstojnost lidského života,* Praha: Vyšehrad, 1999

Smithová, L., *Smrt konečná stanice,* Praha: Portál, 1994

Špinková, M., Špinka, Š., *Euthanasie. Víme, o čem mluvíme?,* Praha: Hospicové občanské sdružení Cesta domů, 2006

Vürt, G., *Žít až do konce,* Praha: Vyšehrad, 2000

Články

MUDr. Kalvach, Z, Nedostatky v paliativní péči na standardních odděleních, in: Euthanasie nebo paliativní péče versus práva nevyléčitelně nemocných, Benešov u Prahy: o. s. TŘI, 2007

Elektronické zdroje

Bělohradský, V., *Doba Ratzingerova* [online]. 21. 10. 2009 (cit. 22. 10. 2009). URL: http://www.novinky.cz/kultura/salon/182051-vaclav-belohradsky-doba-ratzingerova.html

EAPC, *About the EACP* [online]. 7. 8. 2009 (cit. 25. 10. 2009). URL: http://www.eapcnet.org/download/forAbout/EAPCLeaflet2009August.pdf

Charta základních práv EU. 8. 8. 2007 (cit. 10. 9. 2009). URL: http://www.euroskop.cz/gallery/6/2090-charta_zakladnich_prav_1.pdf

iDnes, *Ochrnutý Australan zemřel poté, co mu to povolil soud* [online]. 21. 9. 2009 (cit. 25. 9. 2009). URL: http://zpravy.idnes.cz/ochrnuty-australan-ktery-si-u-soudu-vymohl-pravo-na-smrt-zemrel-pxo-/zahranicni.asp?c=A090921_104412_zahranicni_ipl

iDnes, *Nemocný Ital dosáhl eutanázie i přes soudní zákaz* [online]. 21. 12. 2006 (cit. 25. 9. 2009). URL: http://zpravy.idnes.cz/nemocny-ital-dosahl-eutanazie-i-pres-soudni-zakaz-fvd-/zahranicni.asp?c=A061221_151513_zahranicni_anv

iDnes, *Vážně nemocný Francouz se zabil poté, co mu Sarkozy zakázal eutanazii* [online]. 15. 8. 2008 (cit. 25. 9. 2009). URL: http://zpravy.idnes.cz/vazne-nemocny-francouz-se-zabil-pote-co-mu-sarkozy-zakazal-eutanazii-120-/zahranicni.asp?c=A080815_121904_zahranicni_pje

iDnes.cz, *Zapomeňme na eutanazii, zlepšeme hospice, navrhuje Stehlíková* [online]. 23. 7. 2008 (cit. 26. 8. 2009). URL: http://zpravy.idnes.cz/zapomenme-na-eutanazii-zlepseme-hospice-navrhuje-stehlikova-pto-/domaci.asp?c=A080723_082850_domaci_pje

iDnes, *Senátorka oficiálně předložila návrh na uzákonění eutanazie* [online]. 20. 7. 2008 (cit. 26. 8. 2009). URL: http://zpravy.idnes.cz/senatorka-oficialne-predlozila-navrh-na-uzakoneni-eutanazie-p5q-/domaci.asp?c=A080720_110449_domaci_klu

Matochová, S., *Otázka eutanázie z pohledu judikatury evropského soudu pro lidská práva* [online]. 2006 (cit. 6. 10. 2009). URL: http://www.pravo.solen.cz/pdfs/pra/2006/02/01.pdf

Milfait, R., *Souvislost s biomedicínckou etikou pro problematiku eutanazie, terapie, studijní materiály TE, IS, Jabok* [online]. 27. – 28. 3. 2009, URL: https://is.jabok.cz/auth/el/JA10/leto2009/RJ3372/um/Biomedicinsko-eticke_vyzvy_spojene_s2koncem_lidskeho_zivota.txt?fakulta=JA10;obdobi=39;kod=RJ3372

Šustek, P., *Euthanasie: Věčná otázka* [online]. 11. 4. 2002 (cit. 27. 4. 2009). URL: http://medico.juristic.cz/149247

Šustek, P., *Euthanasie: Německá tragédie* [online]. 11. 4. 2002 (cit. 27. 9. 2009). URL: http://medico.juristic.cz/149248/

Zdravotnické noviny, *Švýcarsko reguluje eutanázii* [online]. 29. 10. 2009 (cit. 29. 10. 2009). URL: http://www.zdravky.cz/zpravodajstvi/ze-zahranici/svycarsko-reguluje-eutanazii#SlideFrame_2

Úmluva o ochraně lidských práv a svobod ve znění protokolů č. 3, 5 a 8 [online]. (cit. 6. 10. 2009). URL: http://www.novatrixprint.cz/umluva-o-ochrane-lidskych-prav-a-svobod.html

Přílohy

1. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“

2. Důvodová zpráva k návrhu zákona o důstojné smrti a Návrh zákona

3. Etický kodex sociálních pracovníků

4. Prohlášení církví a náboženských společností v ČR k problematice eutanazie a doprovázení umírajících

1. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999 „O ochraně lidských práv a důstojnosti nevyléčitelně nemocných a umírajících.“ („Charta práv umírajících“)

1. Posláním Rady Evropy je chránit důstojnost všech lidí a práva, která z ní lze odvodit.

2. Pokrok medicíny umožňuje v současné době léčit mnohé dosud neléčitelné nebo smrtelné choroby, zlepšení lékařských metod a rozvoj resuscitačních technik dovolují prodlužování života lidského jedince a odsouvání okamžiku jeho smrti. V důsledku toho se však často **nebere ohled na kvalitu života umírajícího člověka a na osamělost a utrpení jak pacienta, tak jeho blízkých a těch, kdo o něj pečují.**

3. V roce 1976 v rezoluci č. 613 deklarovalo Parlamentní shromáždění, „že umírající nemocný si nejvíce ze všeho přeje zemřít v klidu a důstojně, pokud možno v komfortu a za podpory jeho rodiny a přátel.“ V Doporučení číslo 779 z roku 1976 k tomu dodalo, že „prodloužení života by nemělo být jediným cílem medicínské praxe, která se musí současně zabývat i úlevou od utrpení.“

4. Konvence o ochraně lidských práv a lidské důstojnosti s ohledem na aplikaci biologie a medicíny od té doby vyjádřila důležité zásady a připravila cestu, aniž se explicitně věnovala specifickým potřebám nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí.

5. Povinnost respektovat a chránit důstojnost všech nevyléčitelně nemocných a umírajících osob je odvozena z nedotknutelnosti lidské důstojnosti ve všech obdobích života. Respekt a ochrana nacházejí svůj výraz v poskytnutí přiměřeného prostředí, umožňujícího člověku důstojné umírání.

6. Jak v minulosti i v současnosti ukázaly mnohé zkušenosti s utrpením, je třeba tato opatření uskutečňovat zvláště v zájmu nejzranitelnějších členů společnosti. Tak jako lidská bytost začíná svůj život ve slabosti a závislosti, stejně tak potřebuje ochranu a podporu, když umírá.

7. Základní práva odvozená z důstojnosti nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob jsou dnes ohrožena mnoha faktory:

- **Nedostatečnou dostupností paliativní péče a dobré léčby bolesti**
- **Častým zanedbáváním léčby fyzického utrpení a nebráním zřetele na psychologické, sociální a spirituální potřeby**
- Umělým prodlužováním procesu umírání buď nepřiměřeným používáním medicínských postupů, nebo pokračováním v léčbě bez souhlasu nemocného
- Nedostatečným kontinuálním vzděláváním a malou psychologickou podporou ošetřujícího personálu činného v paliativní péči
- Nedostatečnou péčí a podporou příbuzných a přátel terminálně nemocných či umírajících osob, kteří by jinak mohli přispět ke zmírnění lidského utrpení v jeho různých dimenzích
- Obavami nemocného ze ztráty autonomie, že bude závislým na rodině i institucích a stane se pro ně zátěží
- Chybějícím nebo nevhodným sociálním i institucionálním prostředím, které by mu umožňovalo pokojné rozloučení s příbuznými a přáteli
- Nedostatečnou alokací prostředků a zdrojů pro péči a podporu nevyléčitelně nemocných nebo umírajících
- **Sociální diskriminací, která je vlastní umírání a smrti**

8**. Shromáždění vyzývá členské státy, aby ve svých zákonech stanovily nezbytnou legislativní i sociální ochranu, aby se zabránilo těmto nebezpečím a obavám, se kterými mohou terminálně nemocní nebo umírající lidé být v právním řádu konfrontováni, a to zejména:**

- **Umírání s nesnesitelnými symptomy (například bolesti, dušení, atd.)**
- **Prodlužováním umírání terminálně nemocného nebo umírajícího člověka proti jeho vůli**
- **Umírání o samotě a v zanedbání**
- **Umírání se strachem, že jsem sociální zátěží**
- **Omezováním život udržující léčby (life-sustaining) z ekonomických důvodů**
- **Nedostatečným zajištěním financí a zdrojů pro adekvátní podpůrnou** péči terminálně nemocných nebo umírajících

9. **Shromáždění proto doporučuje**, aby Výbor ministrů vyzval členské státy Rady Evropy, aby ve všech ohledech respektovaly a chránily důstojnost nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím:

a) že uznají a budou hájit nárok nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí na komplexní paliativní péči a že přijmou příslušná opatření:

- aby zajistily, že paliativní péče bude uznána za zákonný nárok individua ve všech členských státech
- aby byl všem nevyléčitelně nemocným nebo umírajícím osobám dopřán rovný přístup k přiměřené paliativní péči
- aby byli příbuzní a přátelé povzbuzováni, aby doprovázeli nevyléčitelně nemocné a umírající a aby jejich snaha byla profesionálně podporována. Pokud se ukáže, že rodinná nebo soukromá péče nestačí nebo je přetěžována, musejí být k dispozici alternativní nebo doplňkové formy lékařské péče
- aby ustavily ambulantní týmy a síť pro poskytování paliativní péče, které by zajišťovaly domácí péči vždy, pokud je možné pečovat o nevyléčitelně nemocné nebo umírající ambulantně
- aby zajistily spolupráci všech osob podílejících se na péči o nevyléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta
- aby vyvinuly a vyhlásily kvalitativní normy pro péči o nevyléčitelně nemocné nebo umírající
- aby zajistily, že nevyléčitelně nemocné a umírající osoby, pokud si nebudou přát jinak, dostanou přiměřenou paliativní péči a tišení bolestí, i kdyby tato léčba mohla mít u příslušného jedince jako nežádoucí (vedlejší) účinek léčby za následek zkrácení života jedince
- aby zajistily, že ošetřující personál bude vyškolen a veden tak, aby mohl každému nevyléčitelně nemocnému nebo umírajícímu člověku poskytnout v koordinované týmové spolupráci lékařskou, ošetřovatelskou a psychologickou péči v souladu s nejvyššími možnými standardy
- aby založily další a rozšířily stávající výzkumná, výuková a doškolovací centra pro obor paliativní medicíny a péče, stejně jako pro interdisciplinární thanatologii

- aby zajistily alespoň ve větších nemocnicích vybudování specializovaných oddělení paliativní péče a thanatologických klinik, které by mohly nabídnout paliativní medicínu a péči jako integrální součást každé lékařské činnosti
- aby zajistily, že bude paliativní medicína a péče ukotvena ve veřejném vědomí jako důležitý cíl medicíny

b) tím, že budou chránit právo nevyléčitelně nemocných a umírajících osob na sebeurčení a že pro to přijmou nutná opatření:

- aby se prosadilo právo nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby na pravdivou, úplnou, ale citlivě podanou informaci o jejím zdravotním stavu a aby přitom bylo respektováno přání jedince, který nechce být informován
- aby měla každá nevyléčitelně nemocná nebo umírající osoba možnost konzultovat ještě jiné lékaře než svého pravidelného ošetřujícího
- aby bylo zajištěno, že žádná nevyléčitelně nemocná nebo umírající osoba nebude ošetřována a léčena proti své vůli, že při svém rozhodování nebude ovlivňována nikým jiným a že na ni nebude nikým činěn nátlak. Musejí být zvážena taková opatření, aby takové rozhodnutí nebylo učiněno pod ekonomickým tlakem
- aby bylo zajištěno, že bude respektováno odmítnutí určitého léčebného postupu, vyjádřené v písemném projevu vůle *(living will)*, v „pořízení“ nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby, která již nebude aktuálně schopná se vyjádřit. Dále musí být zajištěno, aby byla stanovena kritéria platnosti takových prohlášení, pokud jde o rozsah předem vyjádřených pokynů *(advance directives)*, ale i pokud jde o jmenování zmocněnců a rozsah jejich pravomocí. Rovněž musí být zajištěno, že rozhodnutí, učiněná zmocněncem v zastoupení nemocného neschopného se vyjádřit, a která se opírají o předchozí vyjádření vůle nebo o předpokládanou vůli nemocného, budou uznána jen tehdy, když v nastalé akutní situaci nemocný sám svou vůli nijak neprojeví nebo když ji není možno poznat. V takovém případě musí být jasná souvislost s tím, co příslušná osoba říkala v době krátce před okamžikem rozhodování, nebo přesněji, krátce než začala umírat, a to v odpovídající situaci, bez cizího ovlivnění a nátlaku, a ještě při zachovaných duševních schopnostech. Konečně má být zajištěno, aby

nebyla respektována zástupná rozhodnutí, jež se opírají jen o všeobecné hodnotové soudy platné v příslušné společnosti a aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení

- aby bylo zajištěno, že výslovná přání nevyléčitelně nemocné nebo umírající osoby týkající se určitých léčebných postupů budou respektována bez ohledu na zásadní terapeutickou odpovědnost lékaře, pokud nejsou v rozporu s lidskou důstojností
- aby bylo zajištěno, že v případě, kdy není k dispozici předchozí vyjádření vůle pacienta či pacientky, nebude porušeno jeho právo na život. Musí být vytvořen katalog léčebných úkonů, které musejí být poskytnuty za všech okolností a jež nesmí být zanedbány

c) že zachovají předpis, zakazující úmyslné usmrcení nevyléčitelně nemocných nebo umírajících osob a že zároveň:

- uznají, že právo na život, zejména ve vztahu k nevyléčitelně nemocným a umírajícím osobám, je členskými státy garantováno v souladu s článkem 2 Evropské úmluvy o lidských právech, který říká, že „nikdo nemá být úmyslně zbaven života“
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby
- uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt

2. Nový návrh zákona, který bude v nejbližších týdnech konzultován s experty a následně předložen politikům k projednání a veřejnosti k vyjádření.

Obecná část

Návrh zákona o důstojné smrti se snaží vyřešit mnohdy neúnosnou situaci pacienta, který trpí vážnou chorobou a jeho život je v terminální fázi. I když český právní řád nijak nepostihuje spáchání sebevraždy, zdá se, že důstojnější pro řešení shora zmíněných situací by bylo zakotvení podrobně upravené a kontrolovatelné možnosti ukončit život člověka (nacházejícího se ve vážném a neřešitelném zdravotním stavu) na základě jeho dobrovolného rozhodnutí.

K této možnosti již přikročilo nemálo států, za všechny jmenujme například Nizozemí, Belgii, Oregon či Švýcarsko. Další státy důstojnou smrt neřeší jako takovou zvláštní právní úpravou, její vyvolání však za určitých podmínek nepostihují podle předpisů trestního práva, které by se jinak v dané situaci uplatnily.

Pro účely české právní úpravy byl zvolen koncept, který na první místo klade možnost, aby pacientovi, který se nachází ve zmíněném stavu, byla poskytnuta součinnost, resp. pomoc k tomu, aby si mohl důstojnou smrt vyvolat za odborné asistence sám. Tato možnost je návrhem zákona stanovena jako jediná, tj. návrh zákona nepočítá s tím, že by lékař aktivně smrt pacienta vyvolal. Tento koncept neklade dle názoru autorů takovou zátěž na lékaře, neboť ti se v rámci tohoto postupu nebudou přímo podílet na usmrcení pacienta, nýbrž mu k důstojné smrti poskytnou pouze svoji odbornou součinnost.

Závěrem je třeba konstatovat, že návrh zákona o důstojné smrti 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, neboť výdaje se dotknou pouze zřízení komise pro posuzování případů, kdy došlo k nápomoci k důstojné smrti. K tomu je však nutno dodat, že odměny členů komise nebudou mít na státní rozpočet žádný zásadní dopad.

Zvláštní část

K §1

Návrh zákona v § 1 obsahuje definici důstojné smrti a definuje rovněž některé zásadní pojmy, které jsou v rámci návrhu zákona používány.

K § 2

Zákon zde vyjímá lékaře, resp. farmaceuta, který dopomůže k důstojné smrti z působnosti trestních předpisů, a to pouze za předpokladu, že jsou dodrženy podmínky zákona. Zákon rovněž svěřuje pomoc k důstojné smrti pouze lékaři (resp. farmaceutovi – pokud jde o přípravu smrtící látky), zároveň však stanoví, že k pomoci k důstojné smrti nemůže být žádný lékař (farmaceut) nucen. Je tak ponecháno vždy na konkrétní osobě, zda svoji součinnost v daném případě poskytne či nikoliv.

K § 3

Tento paragraf návrhu zákona o důstojné smrti obsahuje podrobnou úpravu žádosti pacienta. V této souvislosti bylo využito úpravy občanského zákoníku vztahující se na vyhotovení žádosti. Vzhledem k tomu, že zmíněná úprava občanského zákoníku poměrně zevrubně řeší nejrůznější případy, kdy je fyzická osoba při vyhotovování příslušného právního úkonu určitým způsobem znevýhodněná, tj. je například nevidomá, nemůže číst nebo psát, byla ustanovení občanského zákoníku použita i na žádost o důstojnou smrt, neboť je v souvislosti s ní do značné míry pravděpodobné, že žádost bude vyhotovovat právě fyzická osoba zdravotně určitým způsobem postižená. Přitom byla zohledněna změna zákonné úpravy týkající se komunikačních systému osob neslyšících a hluchoslepých.

K § 4

V tomto případě se jedná o poměrně běžné ustanovení, výslovně stanovující možnost pacienta se svojí žádostí o důstojnou smrt libovolně nakládat, což zahrnuje i případné zpětvzetí žádosti.

K § 5

K tomu, aby bylo možné prokázat, že pacient žádost o důstojnou smrt skutečně sestavil, návrh zákona stanoví, že žádost se vždy zakládá do zdravotnické dokumentace pacienta, případně je z ní po jejím zpětvzetí okamžitě vyňata a zničena.

K § 6

Toto ustanovení návrhu zákona poněkud omezuje pomoc k důstojné smrti nebo její vyvolání. Předně z možnosti takto ukončit lidský život vyjímá osoby staré nebo bezmocné, které jinak nesplňují podmínky předpokládané tímto zákonem. Dále potom přesně definuje stav pacienta, u něhož je možné napomoci k důstojné smrti. Konečně zákon pamatuje i na to, že vzhledem ke stanoveným procedurám je nutný určitý čas, a proto určuje, že k důstojné smrti nelze dopomoci dříve než 4 týdny od vyhotovení žádosti.

K § 7

Zákon zde stanoví podmínky, jejichž současné splnění je nutnou podmínkou pro pomoc k důstojné smrti nebo její vyvolání.

K § 8

Aby bylo zabezpečeno co možná nejobjektivnější posouzení konkrétní situace, je třeba dle tohoto ustanovení zákona konzultovat dalšího lékaře, který splňuje podmínky stanovené prováděcím předpisem (konkrétně nezávislost je v tomto kontextu chápána i jako nutnost nepracovat na témže pracovišti jako ošetřující lékař pacienta) a který ke každému konkrétnímu pacientovi poskytne svoje stanovisko. Pro případ, že konzultovaný lékař vyjádřil o důstojné smrti pacienta pochyby, zákon stanoví, že musí být konzultován další lékař. V případě pochybností i z jeho strany je pak třeba stanovený postup s odstupem čtyř týdnů opakovat. Teprve po vyloučení všech pochybností je možné přistoupit k nápomoci k důstojné smrti.

K § 9

Vzhledem k vysoké odbornosti lékařských postupů byla konkrétní procedura nápomoci k důstojné smrti ponechána na odborně zpracovaném prováděcím předpise.

K § 10

K tomu, aby bylo možné tuto citlivou záležitost podrobit patřičné kontrole, je stanoveno, že po nápomoci k důstojné smrti má lékař, který k důstojné smrti dopomohl, povinnost vyplnit formulář a zároveň se určuje, jaké údaje musí formulář obsahovat.

K § 11

K přezkoumání postupu při nápomoci k důstojné smrti, resp. dodržení podmínek navrhovaného zákona je zřízena komise, která na základě údajů uvedených ve formuláři rozhodne, zda při pomoci k důstojné smrti v konkrétním případě byly či nebyly splněny podmínky tohoto zákona. Tato komise by měla být složena z lékařů, právníků a odborníků na oblast důstojné

smrti, tj. například psychologů aj. a měla by fungovat při Veřejném ochránci práv.

K § 12

Výsledkem rozhodování komise je rozhodnutí, jež je komise povinna vydat do dvou měsíců od doručení formuláře. Je tak zajištěna jistota lékaře, že při nápomoci k důstojné smrti dodržel veškeré podmínky stanovené tímto zákonem.

K § 13

Zde se jedná o odlišení nápomoci k důstojné smrti za podmínek stanovených návrhem zákona, které je vyjmuto z působnosti trestních předpisů, od potenciálního spáchání trestného činu při nedodržení podmínek zákona.

K § 14

Technicko – organizační ustanovení, které pouze klade důraz na důležitost přijímání rozhodnutí komise, tudíž pro její usnášeníschopnost stanovuje podmínku účasti alespoň dvou třetin jejích členů.

K § 15

Vzhledem k citlivosti záležitosti, jakou důstojná smrt jistě je, a k ochraně osobních údajů zde zákon výslovně na členy komise klade povinnost mlčenlivosti a ochrany osobních údajů.

K § 16

Jde o zmocňovací ustanovení, které se vztahuje na případy, u nichž návrh zákona počítá s prováděcím předpisem.

N á v r h

ZÁKONA

ze dne …….. 2009,

o důstojné smrti

§ 1

(1) Důstojnou smrtí se pro účely tohoto zákona rozumí ukončení života osoby (pacienta) na její vlastní žádost s vědomou, odbornou pomocí jiné osoby za podmínek stanovených tímto zákonem.

(2) Pro účely tohoto zákona se rozumí

a) pacientem osoba, která se nachází v terminálním stádiu života;

b) smrtící látkou chemická látka nebo jejich kombinace, která – podána ve stanovené koncentraci – vyvolá smrt pacienta. Složení a koncentrace smrtících látek, jejichž užití je dovoleno při nápomoci k důstojné smrti stanoví vyhláškou Ministerstvo zdravotnictví;

c) lékařem osoba se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání lékaře dle příslušných právních předpisů a s minimální praxí pět let;

d) farmaceutem osoba se způsobilostí k výkonu zdravotnického povolání farmaceuta dle příslušných právních předpisů a s minimální praxí pět let.

§ 2

(1) Důstojné smrti podle tohoto zákona může být nápomocen pouze lékař a na přípravě smrtící látky se může podílet pouze farmaceut, a to za podmínek stanovených tímto zákonem a prováděcími předpisy.

(2) Osoba uvedená v odst. 1, která je nápomocna ve stanoveném rozsahu důstojné smrti (připraví smrtící látku), není odpovědná za tento skutek podle předpisů trestního práva, pokud splní podmínky tohoto zákona a prováděcích předpisů a postupuje v souladu s postupy v nich stanovenými.

(3) Žádná z osob uvedených v odst. 1 nemůže být k nápomoci k důstojné smrti nucena a může tuto kdykoliv odmítnout.

Žádost pacienta

§ 3

(1) V době vyhotovení žádosti o nápomoc k důstojné smrti musí být pacient plně způsobilý k právním úkonům a musí být plně při vědomí. Žádost musí být vyhotovena písemně a musí z ní být nade všechnu pochybnost zřejmé, že pacient dobrovolně a po náležitém zvážení žádá o nápomoc k důstojné smrti. Pacient musí žádost vlastnoručně sepsat, datovat a podepsat; podpis pacienta musí být úředně ověřen.

(2) Pokud pacient nemůže číst nebo psát, nebo je nevidomý, může svoji žádost o nápomoc k důstojné smrti učinit před třemi současně přítomnými svědky v listině, která musí být hlasitě přečtena a přítomnými svědky podepsána. Přitom pacient musí před svědky potvrdit, že listina obsahuje jeho

žádost o nápomoc k důstojné smrti. Pisatelem a předčitatelem může být i svědek; pisatel však nesmí být zároveň předčitatelem.

(3) V listině podle odst. 2 musí být uvedeno, že pacient nemůže číst nebo psát, kdo listinu napsal a kdo nahlas přečetl a jakým způsobem pacient potvrdil, že listina obsahuje jeho žádost o nápomoc k důstojné smrti. Listinu musí svědci podepsat.

(4) Osoby neslyšící a hluchoslepé, které nemohou číst nebo psát, mohou projevit žádost o nápomoc k důstojné smrti před třemi současně přítomnými svědky, ovládajícími příslušný komunikační systém neslyšících a hluchoslepých osob, a to v listině, která musí být tlumočena prostřednictvím příslušného komunikačního systému neslyšících a hluchoslepých osob.

(5) V listině podle odst. 4 musí být uvedeno, že pacient nemůže číst nebo psát, kdo listinu napsal a kdo nahlas přečetl a jakým způsobem pacient potvrdil, že listina obsahuje jeho žádost o nápomoc k důstojné smrti. Obsah listiny podle odst. 4 musí být po jejím sepsání přetlumočen prostřednictvím příslušného komunikačního systému neslyšících a hluchoslepých osob; i toto musí být v listině uvedeno. Listinu musí svědci podepsat.

(6) Svědky žádostí o nápomoc k důstojné smrti uvedených v tomto paragrafu mohou být pouze osoby, které jsou plně způsobilé k právním úkonům. Svědky nemohou být osoby nevidomé, neslyšící, němé, ty, které neznají jazyk, ve kterém se projev vůle činí, a osoby, které by mohly mít na smrti pacienta jakýkoli materiální zájem.

§ 4

Žádost o nápomoc k důstojné smrti může pacient vzít kdykoliv zpět.

§ 5

Žádost o nápomoc k důstojné smrti se zakládá do zdravotnické dokumentace pacienta vedené ošetřujícím lékařem. V případě jejího zpětvzetí je žádost ze zdravotnické dokumentace okamžitě vyňata a zničena.

§ 6

(1) K důstojné smrti lze na základě jeho žádosti dopomoci pouze u pacienta, který je v situaci, kdy jeho zdravotní stav je beznadějný, a kdy se nachází v terminálním stádiu života, které je výsledkem nahodilé nebo dlouhodobé závažné a nevyléčitelné nemoci. Po vyčerpání léčebných postupů, které by vedly ke zlepšení zdravotního stavu.

(2) K důstojné smrti nelze dopomoci u osoby pouze na základě stáří, úrazu nebo bezmocnosti.

(3) K důstojné smrti nelze dopomoci dříve než 4 týdny od vyhotovení žádosti pacientem a po jejím opakování.

Postup lékaře

§ 7

Pokud pacient požádá o nápomoc k důstojné smrti, musí být před samotnou nápomocí současně splněny následující podmínky:

a) ošetřující lékař musí podrobně seznámit pacienta s jeho zdravotním stavem, možnými léčebnými postupy a utišující léčbou včetně jejích účinků

b) ošetřující lékař musí prodiskutovat s pacientem jeho žádost o nápomoc k důstojné smrti a musí nabýt přesvědčení, že vzhledem ke všem okolnostem neexistuje žádné jiné rozumné řešení situace pacienta a že žádost pacienta je zcela dobrovolná

c) ošetřující lékař musí s pacientem vést o jeho žádosti o nápomoc k důstojné smrti nejméně tři časově přiměřeně oddělené rozhovory za účasti svědka, aby se ujistil o trvání fyzického nebo psychického utrpení pacienta a o jeho opakované vůli.

§ 8

(1) Před nápomocí k důstojné smrti musí ošetřující lékař konzultovat jiného lékaře, kterého zevrubně informuje o zdravotním stavu pacienta. Tento lékař musí být nezávislý ve vztahu k pacientovi i ošetřujícímu lékaři a musí splňovat další podmínky stanovené prováděcím předpisem. Konzultovaný lékař přezkoumá lékařské záznamy a vyšetří pacienta. Konzultovaný lékař vypracuje o svých zjištěních zprávu, se kterou musí ošetřující lékař seznámit pacienta.

(2) Pokud některý z konzultovaných lékařů vyjádří pochybnost o odůvodněnosti žádosti o nápomoc k důstojné smrti, je ošetřující lékař povinen konzultovat postupem dle odst. 1 dalšího nezávislého lékaře. Pokud tento lékař rovněž vyjádří pochybnost o odůvodněnosti žádosti o nápomoc k důstojné smrti, je třeba celý postup dle tohoto paragrafu opakovat, a to nejdříve po uplynutí čtyř týdnů od vyjádření dalšího nezávislého lékaře dle tohoto odstavce.

(3) Při splnění podmínek tohoto paragrafu ošetřující lékař postupuje dále podle § 9.

§ 9

Lékařské postupy pro nápomoc k důstojné smrti stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

§ 10

Lékař, který byl nápomocen k důstojné smrti, musí vyplnit formulář sestavený Ministerstvem zdravotnictví a doručit jej Ministerstvu zdravotnictví do pěti pracovních dnů od nápomoci k důstojné smrti. Ve formuláři musí být uvedeno pohlaví, místo a datum narození pacienta; datum, místo a hodina úmrtí; základní diagnóza, povaha utrpení, které bylo trvalé; důvody, které vedly k přesvědčení, že vzhledem ke všem okolnostem neexistovalo žádné jiné rozumné řešení situace pacienta a že žádost pacienta byla zcela dobrovolná; datum sepsání žádosti o nápomoc k důstojné smrti; data a výsledky konzultací s jinými lékaři, případně se členy ošetřujícího lékařského týmu.

§ 11

Ministerstvo zdravotnictví formulář uvedený v § 10 nejpozději do 3 pracovních dnů postoupí komisi zřízené při Veřejném ochránci práv a složené z lékařů, právníků a expertů na oblast důstojné smrti, která na základě údajů ve formuláři přezkoumá, zda byly v daném případě splněny podmínky tohoto zákona. V případě pochybností si komise může vyžádat od ošetřujícího lékaře údaje ze zdravotní dokumentace pacienta vztahující se k nápomoci k důstojné smrti, zejména zprávy z veškerých konzultací, které byly učiněny v rámci postupu stanoveného tímto zákonem. Ošetřující lékař má povinnost vyžádanou dokumentaci komisi poskytnout.

§ 12

Komise vydává ke každému případu do dvou měsíců od doručení formuláře rozhodnutí o tom, zda byly splněny podmínky tohoto zákona. Na rozhodování komise se přiměřeně použijí ustanovení správního řádu.

§ 13

Pokud komise dospěje v rozhodnutí k názoru, že při nápomoci k důstojné smrti nebyly splněny podmínky stanovené tímto zákonem, postoupí případ místně příslušnému státnímu zastupitelství.

§ 14

Komise je usnášeníschopná, pokud jsou přítomny nejméně dvě třetiny jejích členů.

§ 15

Členové komise jsou povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvědí v souvislosti s činností v komisi. Tím není dotčena povinnost uvedená v § 13. Rovněž ustanovení zvláštních zákonů o zproštění mlčenlivosti touto zásadou nejsou dotčena. Členové komise rovněž důsledně dbají ochrany osobních údajů.

§ 16

Ministerstvo zdravotnictví stanoví prováděcím předpisem bližší podmínky, které musí splňovat lékař konzultovaný v souvislosti se žádostí o důstojnou smrt a sestaví formulář uvedený v § 10 tohoto zákona.

3. Etický kodex sociálních pracovníků České republiky

1. Etické zásady

a) Sociální práce je založena na hodnotách demokracie a lidských práv. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny v Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte. Dále se řídí zákony tohoto státu, které se od těchto kodexů odvíjejí.

b) Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

c) Sociální pracovník respektuje právo každého jednotlivce na seberealizaci v míře, aby současně nedocházelo k omezení takového práva druhých osob.

d) Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a dobrovolným společenským organizacím svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

e) Sociální pracovník musí dávat přednost své profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby, které poskytuje, musí být na nejvyšší odborné úrovni.

2. Pravidla etického chování sociálního pracovníka

Ve vztahu ke klientovi

a) Sociální pracovník vede své klienty k vědomí odpovědnosti sám za sebe.

b) Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.

c) Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům.

Při žádné formě diskriminace nespolupracuje a nezúčastní se jí.

d) Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s

ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty a informuje jej

o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o klientovi neposkytuje bez jeho souhlasu.

Výjimkou jsou osoby s omezenou způsobilostí k právním úkonům nebo jestliže jsou ohroženy

další osoby. V případech správního řízení umožňuje účastníkům tohoto řízení nahlížení do spisů.

e) Sociální pracovník dbá, aby klienti obdrželi všechny služby a dávky sociálního zabezpečení,

na které mají nárok a to nejen od instituce, ve které je zaměstnán, ale i od ostatních příslušných

zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek.

Pomáhá řešit i jiné záležitosti a problémy klienta, týkající se i jiné sféry jeho života.

f) Sociální pracovník hledá možnosti, jak zapojit klienty do procesu řešení jejich problémů.

Ve vztahu ke svému zaměstnavateli

a) Sociální pracovník plní odpovědně své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.

b) V zaměstnavatelské organizaci vytváří takové podmínky, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným, přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.

c) Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaným klientům.

Ve vztahu ke svým kolegům

a) Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytované sociální služby.

b) Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti svých kolegů, ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě a vhodným způsobem.

3. Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

a) Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.

b) Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových

přístupů a metod.

c) Brání tomu, aby odbornou sociální práci prováděl nekvalifikovaný pracovník bez patřičného vzdělání.

d) Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy a dilema.

e) Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.

4. Ve vztahu ke společnosti

a) Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na způsoby, kterými společnost, vláda nebo organizace vytvářejí nebo přispívají k obtížím a utrpení lidí a nesnaží se o jejich ukončení.

b) Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.

c) Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdílení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.

d) Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny lidi, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.

e) Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost s úctou ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.

Základní etické problémové okruhy jsou:

- kdy máme právo vstupovat či zasahovat do života občana a jeho rodiny
- kterým sociálním případům dát přednost a věnovat čas na dlouhodobé sociálně výchovné působení
- kolik pomoci a péče poskytnout, aby stimulovaly klienta ke změně postojů a odpovědnému jednání a nevedly k jejich zneužití
- kdy přestat se sociální terapií a poskytováním služeb a dávek sociální pomoci

Toto znění Etického kodexu sociálních pracovníků České republiky vstoupilo v platnost 1. 1. 1995.

4. Prohlášení církví a náboženských společností v ČR k problematice eutanazie a doprovázení umírajících

Otázka eutanazie a doprovázení umírajících se stává stále více předmětem celospolečenské diskuse. Jsme hluboce přesvědčeni o závažnosti tématu, které se týká kohokoliv z nás, protože každý člověk je ohrožen nemocí, bolestí, opuštěností a smrtí. Proto se k této diskusi chceme připojit i my.

V centru naší pozornosti je člověk a jeho život, který chápeme jako dar od Boha. Tento dar nezpochybňujeme ani ve chvíli nemoci a umírání. Umírání přijímáme jako součást života, proto je všestranná pomoc umírajícímu pomocí životu. Hájíme právo na důstojné umírání. Lidská důstojnost je pro nás zakotvena ve víře v Boha a v božský akt stvoření.

Plně soucítíme s člověkem, který trpí, a vnímáme utrpení jako obtížnou situaci nejen pro umírajícího, ale i pro jeho okolí. Současně však nesouhlasíme se snahou tuto situaci, která s sebou často nese pocity zoufalství, bezmoci a prázdna, odstranit usmrcením nemocného člověka pomocí smrtícího prostředku. To ovšem neznamená, že jsme pro udržování každého života za každou cenu. Uvědomujeme si konečnost lidského života i meze možností léčby.

Chceme upozornit na nebezpečí, která by byla s uzákoněním eutanazie spojena, a sice její provedení proti vůli pacienta či na základě přání vynuceného situací. Dále je nepřípustné, aby byl u někoho vytvářen pocit, že je již jen břemenem, a on se musel sám před sebou či před druhými omlouvat, že ještě vůbec žije. Taková zákonná úprava by také podkopávala důvěru vůči zdravotnímu personálu v nemocnicích, léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v domovech důchodců a dalších zařízeních. Eutanazii nepovažujeme za možnost volby ve výjimečných případech, ale za znevážení lidského života.

Vyzýváme k integrální péči o umírající a o ty, kteří je doprovázejí. Četné studie ze zemí, ve kterých byla eutanazie uzákoněna, zkušenosti zdravotního personálu i dalších asistujících osob ukazují, že lidé žádají takovéto řešení především z obavy ze ztráty důstojnosti a ze závislosti na druhých. Důvody, proč lidé často žádají eutanazii, nejsou pouze lékařské, nýbrž i sociální. V těchto zemích také narůstá počet usmrcení pacientů bez jejich souhlasu. Paliativní medicína je schopna odstranit bolest nebo ji alespoň zmírnit na snesitelnou míru. Proto je třeba pro důstojné umírání zprostředkovat umírajícímu vědomí, že zůstává naším bližním, že není ponechán sám sobě a

není opuštěn. Je důležité vytvořit mu rodinné prostředí, kde se cítí být doma, zasazen do osobních vztahů.

Navrhujeme proto věnovat větší pozornost integrální péči o umírající v nemocnicích, léčebnách pro dlouhodobě nemocné, domovech důchodců a dalších zařízeních. Tuto péči poskytuje nejen zdravotní a ošetřující personál, ale také rodina a další blízké osoby. Cennou zkušeností takového integrálního přístupu je hospicová péče, která se v České republice rozvíjí a potřebuje větší podporu, včetně domácí hospicové péče. Navrhujeme vzdělávání a doprovázení dobrovolníků, kteří jsou ochotni těžce nemocné a umírající doprovázet. Rovněž je třeba poskytnout finanční a legislativní podporu rodinám o umírající pečujícím.

Miloslav kardinál Vlk
Česká biskupská konference

Pavel Černý
Ekumenická rada církví v České republice

Karol Sidon
Vrchní pražský a zemský rabín

Vladimír Sáňka
Ústředí muslimských obcí v České republice