

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra pedagogiky

Bakalářská práce

EUTANÁZIE V ČESKÉ REPUBLICE A VE ŠVÝCARSKU

Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Veber, Th.D.

Autor práce: Petra Cherlotte

Studijní obor: PVČK

Ročník: 3.

2014

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamů citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských prací a systémem na odhalování plagiátů.

Dne 14. 3. 2014

.....
Petra Cherlotte

Poděkování:

Děkuji vedoucímu bakalářské práce Mgr. Tomáši Vebrovi, Th.D. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

Obsah

Úvod	6
1. Smrt a umírání.....	8
2. Lidská důstojnost.....	9
2.1 Lidská důstojnost v dokumentech.....	10
3. Svědomí lékaře	11
4. Hippokratova přísaha.....	12
5. Co je eutanazie	13
5.1 Pojmy, související s eutanázií.....	13
6. Eutanazie v České republice	15
6.1 Argumenty pro eutanázií	16
6.2 Argumenty proti eutanázií	18
6.3 Dříve vyslovené přání.....	20
6.4 Negativní revers.....	21
6.5 Divoká eutanazie v ČR	22
7. Paliativní péče v ČR.....	22
7.1 Paliativní péče obecná a specializovaná	24
7.2 Hospicová péče	25
7.3 Tři formy hospicové péče	26
7.4 Zákon o paliativní péči	28
7.5 Financování paliativní péče	29
8. Švýcarsko.....	30
8.1 Švýcarská legislativa a organizace Exit.....	30
8.2 Organizace Dignitas.....	31
8.3 Statistiky asistované sebevraždy ve Švýcarsku	32
8.4 Tři pilíře švýcarského zdravotnictví	33
8.5 Modely zdravotních plánů	34
8.6 Paliativní péče v oblasti dlouhodobé péči.....	35
8.7 Paliativní péče v dlouhodobé péči	36
8.8 Systém Spitex	36
9. Komparace českého a švýcarského systému	37
Závěr	40

Seznam použitých zdrojů	42
Abstrakt	46
Abstract.....	47

Úvod

Rozmach medicíny ve 20. století přinesl velký rozvoj nových technologií, léčebných postupů a léků. Začala se prodlužovat délka života. Negativním produktem naší vyspělé medicíny se stala i délka umírání. Smrt a umírání jsou součástí lidského života. Díky novým vymoženostem naší medicíny jakoby člověk nabyl pocitu své nesmrtelnosti. Smrt se začala vytěšňovat na okraj společnosti, jako by neexistovala. Nemocní lidé jsou léčeni ve zdravotnických zařízeních a zde také ve většině případů umírají. Do našeho podvědomí se vkrádá obava z oddalování smrti, strach z protahované bolesti a strach ze ztráty důstojnosti v nás vyvolává myšlenku na eutanázii. Eutanázie je v naší společnosti velmi diskutované téma.

Ve své práci bych chtěla nastínit pohled na eutanázii v České republice a ve Švýcarsku a pokusím se zjistit důvody, které vedou k podpoře eutanázie a které jsou proti ní. Cílem mé bakalářské práce je zjistit, zda eutanázie má mít místo v našem životě. Pokusím se analyzovat zdravotní systém v těchto zemích a zhodnotit úroveň paliativní péče v České republice a ve Švýcarsku. Bakalářská práce se skládá ze dvou částí. První část se bude věnovat smrti a umírání, lidské důstojnosti, která je spjatá s právy nemocných a jeho ochranou v řadě dokumentů. Budu se věnovat úkolům lékaře a důležitosti dodržování etických kodexů a lékařských slibů. Chtěla bych poukázat na svědomí lékaře, které pomáhá v jeho rozhodování.

Vymezím definici eutanázie a pojmů, které s eutanázií souvisejí. Hlavní část bakalářské práce je věnována eutanázii z hlediska zákona v České republice. Pokusím se vymezit argumenty pro a proti eutanázii. Dalším bodem je zákon o zdravotních službách, ve kterém je zakotven paragraf dříve splněné přání a možnost pacienta uplatnit revers, pokud s léčbou nesouhlasí. Dalším důležitým bodem mé práce bude paliativní a hospicová péče v České republice, zákon o paliativní péči a její financování.

Ve druhé části práce se budu věnovat Švýcarsku a problematice asistované sebevraždy, která je zde povolena. Chtěla bych nastínit švýcarskou legislativu spojenou s asistovanou sebevraždou a organizacemi Exit a Dignitas, na kterých je možno asistované suicidium provozovat. Chtěla bych přiblížit švýcarské zdravotnictví, její tři pilíře a modely zdravotních plánů. Dále se budu zabývat paliativní péčí, dlouhodobou péčí a péčí ve stacionárním zařízení. Velkou úlohu má ve Švýcarsku ambulantní služba Spitex, která se zaměřuje na pomoc a péči v domácím prostředí. V závěru práce se pokusím o komparaci českého a švýcarského systému.

Ve své práci se budu opírat o literaturu a čerpat hlavně od autorů Haškovcová¹, Heřmanová², Kutnohorská³, Matochová⁴, Munzarová⁵, Skřivanová⁶, Svatošová⁷, Pollard⁸. Dále budu využívat větší množství elektronických zdrojů.

¹ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Gallen, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.

² HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H. ed al. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.

³ KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.

⁴ MATOCHOVÁ, S. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-4757-0.

⁵ MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.

⁶ SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, V. *Eutanazie, nebo „Komfort“ pro pacienty?* Repromedia, 2007. ISBN 987-80-260-2989-2.

⁷ SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1995. ISBN není uvedeno.

⁸ POLLARD, B. *Eutanazie ano či ne?* Praha: Dita, 1996. 28. Publikace. ISBN 80-85926-07-5.

1. Smrt a umírání

K životu patří neoddělitelně smrt. Jediné co máme všichni v životě společné a zároveň jisté je smrt. Dříve byla smrt součástí běžného lidského života. Umírající byl doma se svojí rodinou a se svými blízkými, kteří se o něj starali, povídali si s ním a podporovali ho. Jeho rodina se učila o umírajícího starat, pečovat o něj a on měl možnost se s blízkými rozloučit a dát své věci do pořádku. Tato péče se předávala z generace na generaci a smrt byla něčím, co k životu neodmyslitelně patří. Lidé měli možnost vidět umírání a byli součástí tohoto procesu. Byli po boku umírajícího a tím mu ulehčovali odchod z jeho života. Tento způsob umírání se nazývá ritualizovaný. „*Smrt byla blízká a důvěrná, byla součástí života, nebyla odosobněná, prostě zkrocená...Byla rituálem, který končil život. Byla rituálem, který se týkal celé rodiny, přátel, známých a byla společenskou povinností dostavit se k lůžku umírajícího a rozloučit se s ním.*“⁹

Druhým způsobem je umírání institucionální. Těžce nemocný a umírající člověk je převezen do nemocnice a zde se mu dostává odborné, profesionální péče. Problémem je, že umírající je sám, osamělý a čekající na svou smrt. I když blízcí za ním chodí na návštěvy, nemůže to vynahradit možnost zemřít v kruhu rodinném, obklopen svými nejbližšími na své poslední a konečné cestě.¹⁰ V dnešní době je smrt tabuizovaná, vytlačovaná na okraj a je na ní pohlíženo jako na něco, o čem se moc nemluví. Péče o umírajícího je dnes ztížená i tím, že člověk v této uspěchané době nemá tolik času nebo z finančních důvodů si nemůže ani dovolit být doma a o umírajícího se celodenně starat. Začínají se prosazovat nové možnosti, nové alternativy, jako jsou hospicové, paliativní péče, aby člověk nebyl na své poslední cestě sám v nemocnici nebo domově důchodců. Je důležité, aby smrt nabyla znovu hodnotu, jakou měla dříve a nebyla stavěna do světla zapovězeného, ve kterém se o ní nemluví, protože smrt je součástí života a patří k životu.

Nemoci vždy byly, jsou a budou. Rozvoj vědy a techniky se promítl do našich životů. Nemoci, které dříve nebylo možné vyléčit, nemoci na které se dříve umíralo, jsou dnes léčitelné. Existují nové léky, nové přístroje, které lékařům pomáhají v jejich práci. Samozřejmě ne všechny nemoci se dají vyléčit, ale některé se dají alespoň pozastavit a tím i smrt oddálit. Medicína udělala velký krok kupředu a lidský věk se

⁹ KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*, s. 75.

¹⁰ Srov. tamtéž, s. 76.

prodlužuje. Bohužel je mnoho případů, kdy ani lékař není všemocný. Nedokáže nemoc ani vyléčit ani pozastavit. Samozřejmě, že existují léky, které bolesti dokáží zmírnit a ulevit. A tak se díky rozvoji medicíny na jedné straně prodlužuje lidský život a na straně druhé se u těžce nemocného oddaluje smrt. „*Dystanázie neboli zadržovaná smrt je nezamýšleným vedlejším a bolestným efektem obdivuhodné moderní medicíny a dělá starost všem zainteresovaným.*“¹¹

Na lékaře se pohlíželo jako na někoho, kdo nám v nemoci může pomoci. Vzhlíželo se k němu a dodnes vzhlíží s úctou. Je to uznávaná autorita a jsou na něj kladeny veliké nároky. Již od pradávna lékaři skládali různé sliby, přísahy, doporučení a modlitby, ve kterých se zavazovali k zodpovědnosti při vykonávání svého povolání a k tomu, že nebudou porušeny práva nemocných ani jejich důstojnost. Každý člověk chce mít zachovanou vlastní důstojnost, zejména v době, kdy je nemocný odkázaný na pomoc druhých.

2. Lidská důstojnost

Na lidskou důstojnost se můžeme podívat dvojím pohledem. První pohled je důstojnost inherentní, ontologická. Je dána člověku již před narozením, je dána každému člověku a je součástí jeho osobnosti, je jeho hodnotou vrozenou. Druhým pohledem je důstojnost sociální, ta není vrozená, ale získaná. To znamená, že je založená na zásluhách člověka. Jedná se o postavení ve společnosti, na jakém společenském žebříčku stojí, zda se jedná o obyčejného dělníka či vysokoškolského profesora. Takto společensky připisovaná hodnota není součástí lidského bytí již před narozením, ale je získaná v průběhu života.¹²

Nejdříve musíme pochopit, co znamená lidská důstojnost, a potom můžeme být schopni poskytnout péči a služby. Odborná literatura nám poskytuje čtyři aspekty lidské důstojnosti:

- 1. důstojnost mravní síly:** vychází z chování člověka, jak se člověk chová nejen k sobě, ale i k druhým, jde o schopnost žít v souladu s mravními zákony, tyto zákony dodržovat, aby člověk neztratil svou úctu a tím neztratil svou důstojnost

¹¹ PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kolektiv. *Eutanazie pro a proti*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-247-4659-3, s. 24.

¹² Srov. HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H. ed al. *Etika v ošetrovatelské praxi*, s. 72.

2. **důstojnost zásluh:** souvisí s postavením člověka ve společnosti, s jeho společenským statutem, jak je společností uznáván a je-li pro společnost přínosem
3. **důstojnost osobní identity:** zásah do osobní identity může způsobit citovou, fyzickou či duševní újmu. Může dojít k popáleninám nebo může přijít závažné onemocnění, kdy je člověk odkázaný na pomoc druhých. Potom může dojít k ztrátě sebedůvěry a ke ztrátě vlastní důstojnosti. Důstojnost osobní identity tedy souvisí se vztahy k druhým lidem i se zařazením do společnosti
4. **Menschenwürde:** tento německý výraz je chápán jako všeobecná lidská důstojnost, bez ohledu na tělesný, duševní či sociální stav, bez ohledu na kvalitu života, je to určitý mravní požadavek úcty, která je přisuzovaná všem lidským bytostem a nemůže o ni přijít po celý svůj život.¹³

2.1 Lidská důstojnost v dokumentech

S lidskou důstojností se setkáváme po celý život a je spjata s právy nemocných i s povinnostmi, které mají vůči lidem a lidskému životu lékaři, sestry, celý zdravotnický personál. Tyto principy jsou zakotveny v různých dokumentech, jako je:

Listina základní práv a svobod (ústavní zákon č. 23/1991 Sb.)

Čl. 1

„Lidé jsou svobodní a rovni v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezczizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.

Čl. 6

(1) Každý má právo na život. Lidský život je hoden ochrany již před narozením.

(2) Nikdo nesmí být zbaven života.

(3) Trest smrti se nepřipouští.

(4) Porušením práv podle tohoto článku není, jestliže byl někdo zbaven života v souvislosti s jednáním, které podle zákona není trestné.“¹⁴

Úmluva o lidských právech a biomedicině: *„Smluvní strany budou chránit důstojnost a identitu všech lidí a v souvislosti s aplikací biologie a medicíny zaručí každému, bez*

¹³ Srov. Cesta domů. *Respektování lidské důstojnosti*, [online] 2004[cit.

7. března 2014]. Dostupné z: <<http://www.cestadomu.cz/res/data/028/003427.pdf>> s. 12-13.

¹⁴ Zákony – online. *Listina základních práv a svobod (ústavní zákon č. 23/1991 Sb.)*, [online] 2005 [cit. 7. března 2014]. Dostupné z <<http://zakony-online.cz/?s5&q5=all>>.

*diskriminace, respektování jeho integrity, ostatních práv a svobod.*¹⁵ V této úmluvě jsou stanoveny etické hranice při používání moderních technologií ve zdravotnictví, proto aby nedošlo k možnému zneužití.

3. Svědomí lékaře

Úkolem lékaře je léčit a nikdy nezabíjet. Jeho cílem je poskytnout pacientovi veškerou péči a prostředky, které jsou dostupné a potřebné pro jeho léčbu. Vždy je na prvním místě záchrana lidského života, nikoliv jeho ukončení. Důležité je dodržování etických principů a důležité je svědomí lékaře, které mu v jeho léčbě a v jeho rozhodování pomáhá. Svědomí lékaře ovlivňuje jeho rozhodování v rozporuplných situacích, jako je pokračování v intenzivní léčbě nebo zda přejít na léčbu paliativní. Aby lékař léčil, pomohl od bolesti, ale zároveň neprodlužoval umírání.¹⁶ *„Svědomí je tedy usuzovací schopnost rozumu člověka. Spočívá v rozlišování mezi dobrým a špatným v minulých činech, v současných situacích i v posuzování budoucích činů. Oprávnění lékaře posuzovat dilematické situace prostřednictvím svědomí je uznáno v etických i právních dokumentech. Svědomí lékaře je proto klíčovým pojmem lékařské etiky.*¹⁷ Schopnost morálního úsudku není neměnná. Je ovlivněna kulturou, znalostmi, zkušenostmi a tkví v práci na sobě samém, v přemýšlení, vnímání i v otázkách, zda dělám opravdu všechno pro blaho a dobro člověka. Mít na paměti, že lidský život je to nejdůležitější co máme a musíme ho chránit.

¹⁵ HEŘMANOVÁ, J., VÁCH, M., SVOBODOVÁ, H. *ed al. Etika v ošetrovatelské praxi*, s. 77.

¹⁶ Srov. MATOCHOVÁ, S. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*, s. 63.

¹⁷ Tamtéž, s. 63, 76.

4. Hippokratova přísaha

Jedním z nejstarších dokumentů, kde jsou zaznamenány etické principy je sbírka Corpus Hippokratikum. Je to svazek asi šedesáti spisů a její součástí je Hippokratova přísaha. Tato sbírka položila základy pro vznik etických kodexů a lékařských slibů. V Hippokratově přísaze jsou uvedeny tyto etické principy:

- „ochrana pacienta před jakýmkoliv poškozením a křivdou
- ochrana života spočívající v tom, že nikomu nebude podána smrtící látka ani ženě abortivní prostředek
- konat vše pro dobro nemocného
- zdržet se nepravostí, zlomyslností a obzvláště sexuálních vztahů v domě, kam lékař přijde léčit
- důvěrnost všech informací poskytnutých při léčení i mimo léčení“¹⁸

Tyto principy vedly k tomu, aby lékař využíval veškerých prostředků k zachování života. Aby hodnota lidského života stála nade vším a lékař učinil pro dobro a blaho pacienta vše a tím chránil jeho život. Dodržováním této přísahy je chráněn nejen pacient, ale i lékař. Dalo by se říci, že přísaha byla nadčasová a z jejích principů se vychází do dnes.¹⁹

V České republice studenti LFMU po skončení studia obdrží titul doktor medicíny a před jeho udělením skládají doktorský slib, který čte ustanovený promotor v latinském jazyce. V tomto slibu se zavazují České republice a jejímu lidu, že své vědomosti využijí k tomu, aby byly prospěšné člověku, a budou své povolání vykonávat svědomitě ku prospěchu zdravých i nemocných a to, co se dozví nebo uvidí, nebude rozšiřovat dále, aby se informace nedostaly mezi nepovolané osoby. Na mysli budou mít dobro člověka a vše bude vykonávat pro jeho dobro.²⁰

¹⁸ MATOCHOVÁ, S. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*, s. 51.

¹⁹ Srov. tamtéž, s. 51.

²⁰ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky III. Kodexy lékařské etiky a jiná etická doporučení*. Brno: Masarykova univerzita, 2000. ISBN 80-210-1417-8, s. 27.

5. Co je eutanázie

Nejdříve bych chtěla vysvětlit pojem eutanázie. „ Pochází z řeckého slova eu – normální, dobrý a thanatos – smrt. Obsahem pojmu eutanazie by tedy měla být dobrá smrt.“²¹

Definice eutanázie je dle Světové lékařské asociace (World Medical Association, dále jen WMA) „*vědomé a úmyslné provedení činu s jasným záměrem ukončit život jiného člověka informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život za následujících podmínek: subjektem je kompetentní informovaná osoba s nevléčitelnou chorobou, která dobrovolně požádala, aby její život byl ukončen, jednájí ví o stavu této osoby a o jejím přání zemřít a páchá tento skutek s prvořadým úmyslem ukončit život této osoby, a skutek je proveden se soucitem a bez osobního zisku.*“²²

Podle Pollarda je eutanázie: „*(...) záměrné ukončení života motivované soucitem.*“²³

Rozlišuje eutanázii vyžádanou, to znamená, že si člověk žádá eutanázii sám pro sebe, dále nevyžádanou, jedná se o osobu mentálně narušenou nebo nezletilou, ale může jít o osobu, která je způsobilá, ale nikdo se jí neptal. Další možností je eutanázie nedobrovolná, kdy se osoby nikdo neptal, a přesto je eutanázie vykonána.²⁴

5.1 Pojmy, související s eutanázií

Nejčastěji se v literatuře setkáváme s těmito pojmy:

Aktivní eutanázie nebo také smrt z milosti je: „*aktivní čin lékaře na aktivní žádost pacienta.*“²⁵ To znamená, že musí pacient lékaře požádat o ukončení života, o eutanázii, lékař s ní musí souhlasit a vykonat ji. Většinou se k tomuto výkonu používají injekce, první injekce přivede pacienta do spánku a při použití druhé injekce dochází k zástavě srdce.

²¹ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Proč ne eutanazii aneb Být, či nebýt?* Ecce homo, 2008. ISBN 978-80-7195-304-3, s. 19.

²² PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kolektiv. *Eutanazie pro a proti*, s. 32,33.

²³ POLLARD, B. *Eutanazie ano či ne?*, s. 22.

²⁴ Srov. tamtéž, s. 23.

²⁵ VÁCHA, M. KÖNIGOVÁ, R. MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0, s. 234.

Na **pasivní eutanázii** je možné se podívat dvojitým pohledem. Jestliže je pacient smrtelně nemocný, kdy jeho léčba již není účinná, a lékař ji vyhodnotí jako futilní (zbytečnou), může se lékař rozhodnout v takovéto léčbě dál nepokračovat. Protože by tím docházelo jen k prodlužování života a oddalování smrti, která by tak jako tak přišla. Lékař tedy přechází z léčby kurativní na léčbu paliativní. Zajistit *caré* (péči), je pro pacienta povinnost, která mu musí být poskytnuta za všech okolností. Zatímco *cure* (léčba) pokud je vyhodnocena jako kvantitativně nebo kvalitativně futilní, povinná není. V takovém to případě rozhodnutí lékaře není neetické a je správné. Toto jednání není považováno za eutanázii, protože zde nebyl úmysl zabít a takovéto rozhodnutí nevedlo ke smrti. Jedná se tedy o ustoupení smrti. Jiným příkladem je situace, při které by lékař mohl život pacienta zachránit, ale neudělá to. Zde je úmysl lékaře pacienta zabít. Rozdíl mezi pasivní eutanázií a ustoupení smrti je tedy v úmyslu.²⁶

„Rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanázií tedy spočívá v tom, že u aktivní eutanázie je něco aktivně uděláno s úmyslem ukončení života pacienta, u pasivní eutanázie je naopak neuděláno něco, co by jinak mohlo pacientův život prodloužit.“²⁷

Asistované suicidium je „(...) akt úmyslné sebevraždy s asistencí jiného člověka, který vědomě poskytuje znalosti, prostředky, nebo obojí.“²⁸ To znamená, že samotný čin provede nemocný sám, ale jiná osoba mu podá informace o lécích nebo mu je sama poskytne. Tento čin je prováděn za účelem smrti.

Dnes se ustupuje od rozdělování eutanázie na aktivní či pasivní, ale začíná se spíše používat jen termín eutanázie a většina autorů se shoduje s definicí, která je prezentovaná Holandskem a je definována jako „(...) úmyslné ukončení života člověka na jeho vlastní žádost někým jiným, než člověkem samotným, tzn. lékařem, na jeho vlastní žádost. Ukončuje-li pacient sám svůj život pomocí rady lékaře, pak se jedná o asistované suicidium.“²⁹

S eutanázií souvisejí další pojmy, které bych chtěla vysvětlit:

Dystanázii: neboli zadržovaná smrt. Jde o prodlužování nebo udržování života za každou cenu, i když je pacientův stav nezvratný a léčba je již futilní a pacient by mohl dávno v klidu zemřít. S dystanázií je spojován život s přístrojem.

Orthothanasie: odpojení pacienta od přístroje, které vede k jeho smrti, jedná se o ukončení dystanázie.

²⁶ Srov. VÁCHA, M. KÖNIGOVÁ, R. MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*, s. 235.

²⁷ Tamtéž, s. 235

²⁸ Tamtéž, s. 236.

²⁹ PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kolektiv. *Eutanazie pro a proti*, s. 33.

Sociální eutanázie: tento pojem je v České republice málo používaný. Občan České republiky by měl mít takovou péči, která odpovídá špičkové medicíně a moderním poznatkům vědy. Péče poskytnutá všem kdykoli a kdekoli je bohužel ekonomickým problémem, který souvisí s rozdělováním zdrojů do různých sektorů a projektů.³⁰

6. Eutanázie v České Republice

Eutanázie a asistovaná sebevražda v České republice povolena není a je-li prokázáno úmyslné zabití, je tento čin kvalifikován jako vražda a trestná je i spoluúčast na vraždě. V etickém kodexu České lékařské komory (dále jen ČLK) je psáno: „*Lékař u nevyлéčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanázie a asistované suicidium nejsou přípustné*“³¹

Z etického hlediska eutanázie v České republice odporuje jednak Hippokratově přísaze, ale také desateru.

V současnosti je dle trestního zákona úmyslné usmrcení na žádost kvalifikováno jako trestný čin vraždy (pachatel je posuzován stejně jako běžný vrah, bez ohledu na skutkovou podstatu). Právní systém České republiky pojem eutanázie nezná. Asistovaná sebevražda nebo podněcování je podle trestního zákona trestným činem účast na sebevraždě. Ústava České republiky a Listina základních práv a svobod zaručuje člověku ochranu života.³²

V České republice proběhlo již v minulosti několik pokusů o legalizaci eutanázie, případně o zmírnění trestu sazby za její provedení. Ani návrh z roku 1926 o snížení trestu za provedenou eutanázi pod dolní hranici sazby za vraždu, případně upuštění od potrestání ani návrh z roku 1937 nebyl přijat. V roce 1996 se pokusil bývalý ministr spravedlnosti prosadit návrh na zákonné zavedení podmínek, za kterých by mohla být

³⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrt*, s. 122.

³¹ MUNZAROVÁ, M. *Eutanázie, nebo paliativní péče?*, s. 58.

³² Srov. *Ústava České republiky. Listina základních práv a svobod*. Ostrava: Sagit, 2005. ISBN 80-7208-525-5.

eutanázie provedena lékařem. Ani tento návrh nebyl přijat. Návrh vyvolal vlny emocí a bouřlivou diskusi mezi laickou a odbornou veřejností.³³

V roce 2005 Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky schválila novelu trestního zákona. Eutanázie i v této novele zákona byla považována za trestný čin, ale s výrazně nižší trestní sazbou. Novela obsahovala i beztrestnost. Návrh novely byl při projednávání senátu vrácen Poslanecké sněmovně České republiky k novému projednání. Snížení trestní sazby bylo z novelizace nakonec úplně odstraněno.³⁴

V roce 2008 podala senátorka Václava Domšová návrh zákona „o důstojné smrti“. Zákon umožňoval asistovanou sebevraždu a aktivní eutanázii. Eutanázie by dle návrhu zákona byla možné u pacientů ve stavu nezměnitelného bezvědomí po jejich předchozí žádosti. Eutanázii by bylo možno provést u pouze u lidí, jejichž zdravotní stav je beznadějný, nacházejí se ve stavu trvalého fyzického a psychického utrpení, které je výsledkem závažné nevléčitelné nemoci. Návrh neprošel ani horní komorou parlamentu.³⁵

Podle Sobotky je toto tématem pro diskusi nejen mezi odborníky, ale i pro laickou veřejnost a toto téma je u nás teprve v začátcích. Rakušan odmítá komukoliv vzít život, podle něj by byli lékaři ve funkci popravčích. Ostatní senátoři vyzdvihovali důležitost hospiců a paliativní péče.³⁶

6.1 Argumenty pro eutanázii

Názory na eutanázii v České republice jsou různé, ať se jedná o odborníky nebo širokou laickou veřejnost. Lidé se rozdělují na dva tábory. Jeden tábor by s eutanázií souhlasil a podporoval její uzákonění a druhý tábor jí odsuzuje. Co nás vede k tomu, že jsme ochotni připustit myšlenku na legalizaci eutanázie? Hlavním důvodem je strach. Strach, že se bude naše umírání protahovat a tím se bude protahovat i utrpení. Co je tedy utrpení? „*Utrpení je specifickým stavem velkých těžkostí, způsobených ztrátou integrity, neporušenosti, soudržnosti nebo celosti osoby, anebo hrozbou (v níž věří), která povede*

³³ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanalogie. Nauka o umírání a smrti*, s. 133-133.

³⁴ Srov. tamtéž.

³⁵ Srov. NĚMCOVÁ, B. *Eutanázie v Česku zůstává nelegální, Senát změny zamítl*. Dostupný z: <http://zpravy.idnes.cz/eutanazie-v-cesku-zustava-nelegalni-senat-zmenyzamitl->

³⁶ Srov. tyden.cz. *Eutanázie uzákoněna nebude, Senát návrh zamítl*, [online] [cit. 24. února 2014]. Dostupné z: <http://tyden.cz/rubriky/domaci/eutanazie-uzakonena-nebude-senat-navrh-zamitl_81331.html#.UveNEPI5NqU>.

*ke zrušení integrity člověka. Utrpení trvá tak dlouho, dokud integrita není zrestaurována nebo dokud hrozba nepomine.*³⁷

Zastánci eutanazie se odvolávají na to, že každý má právo na život, ale zároveň by měl mít právo i na smrt. Odvolávají se na důstojnost člověka a na důstojné umírání. Pokud člověk nemůže vést plnohodnotný život, měl by mít právo ho ukončit. Zdůrazňují právo na autonomii, to znamená právo volby, samostatné rozhodování. Znamenalo by to tedy, že si mohu dělat, co chci? Právě téma autonomie bývá překrucováno. „*Skutečná autonomie znamená nejen právo volby, ale také odpovědnost volit v určitých mezích. Čili nespočívá hlavně v kladení požadavků, ale v jejich povaze a okolnostech. Skutečná autonomie zavazuje druhé, aby se přizpůsobili.*“³⁸ V neposlední řadě je také jedním z argumentů finanční stránka léčby pacienta. Ekonomicky je mnohem výhodnější poskytnout pacientovi jednu injekci s jedem nebo jen přestat v podávání drahých léků než pokračovat dlouhou dobu s nákladnou péčí.

Ptáček a Bartůněk ve své knize Eutanazie – pro a proti uvádí pět argumentů pro eutanazii:

1. *„Prodlužování života za každou cenu se stává obsesí moderní medicíny a lékaři by měli přijmout odpovědnost za vznik technologií, které umožňují prodlužování života dál a dál. K této odpovědnosti patří i uzákonění možnosti eutanazie.*
2. *Důraz na autonomii pacienta. Tato skupina argumentů by mohla být formulována například takto: Můj život mi patří jako jakákoliv jiná věc, mohu si s ním činit, co se mi zlíbí, a je mým právem rozhodnout, kdy, kde a za jakých okolností zemřu. Moje svoboda končí tam, kde začíná svoboda druhého – ale až tam. Ve svém prostoru svobody si mohu činit, co chci, a pokud nijak neohrozím prostor svobod ostatních, nelze mi v mých rozhodnutích bránit. Každý člověk ví sám pro sebe, jaké utrpení je pro něj ještě snesitelné a jaké již ne. Můj život je mou věcí.*
3. *Strach ze ztráty důstojnosti či zbytečně protahované bolesti. Tato skupina argumentů by mohla být formulována takto: Strach ze ztráty kontroly nad sebou, strach ze ztráty důstojnosti, strach ze života příliš dlouhého. Existuje dobré umírání i špatné umírání. Pokud nastává varianta špatného umírání, měl by pacient mít právo je aktivně zkrátit. V každém případě platí, že pokud po smrti není nic, nemá jedinec pozdější odpovědnost za své činy.*

³⁷ MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*, Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2. s. 75.

³⁸ POLLARD, B. *Eutanazie ano či ne?*, s. 91.

4. *Eutanazie tu vždy byla, je proto lépe ji regulovat zákonem.*
5. *V některých zemích může být tentýž občan souzen v případě, že neukráti život trpícímu zvířeti, a naopak že ukráti život trpícímu člověku. Mezi člověkem a zvířetem ale existuje toliko kvantitativní rozdílnost, nikoli kvalitativní. Pokud tedy neexistuje významnější rozdílnost mezi mimolidskými zvířaty (*nonhuma animals*) a lidskými zvířaty (*human animals*), nebylo by správné kráti život i trpícímu člověku, zejména, je-li to jeho přání? „³⁹*

6.2 Argumenty proti

Jedním z hlavních důvodů, proč nepovolit eutanázii, je bezesporu Listina základních práv a svobod, která všem lidem deklaruje právo na život. Dále je to jisté zakořeněné křesťanství a s ním spojené Desatera ve středoevropské kultuře. Dalším velice silným argumentem je Hippokratova přísaha, dle které je povinností lékaře zachraňovat pacienty před smrtí nikoliv jim život brát.

Odpůrci eutanázie také argumentují tím, že nelze stanovit přesná pravidla, dle kterých by se dalo určit, kdy už lze přistoupit k eutanázii a kdy ještě ne. Také je tu velké riziko zneužití eutanázie jak samotnými příbuznými pacientů, tak i lékaři a zdravotními pojišťovny. Eutanazie by pro ně byla ekonomicky výhodnější než nákladná léčba.

Dalším velmi důležitým rizikem povolení eutanázie je ztráta důvěry v medicínu, respektive lékaře.

Předseda vládní bioetické komise Spojených států amerických Edmund Pellegrino řadil důvody proti asistované sebevraždě do deseti bodů:

1. *„Právo na eutanazii není právem, které by vycházelo z právní vědy. Takové právo by pošlapávalo skutečné právo na život a hrubým způsobem by narušovalo integritu jak nemocného, tak lékaře.*
2. *I kdyby právo na eutanazii bylo prohlášeno za legální a kdyby se ústava změnila, vždy by zůstalo nemorálním. Mravnost nestojí na zákonodárství ani na výsledcích referenda.*
3. *Každý důležitý lékařský problém zahrnuje i složku mravní. Nejedná se jen o jakýsi výběr, ale volby dotyčného. Je povinností lékařské profese, aby zaručil dokonalý*

³⁹ PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kolektiv. *Eutanazie pro a proti*, s. 120-121.

odborný přístup k nemocným a k umírajícím – a eutanazie se stane zbytečnou. Na druhé straně by měl mít nemocný právo, mravní i legální, přemíru léčby, která vede jen k protahovanému umírání, odmítnutí.

- 4. Eutanazie není autonomním výběrem. Nemocní jsou v pokročilé fázi onemocnění velmi zranitelní a snadno přijímají jakékoliv nápady jiných – o nápadech lékařů ani nemluvě. Cítí se již být odcizeni vůči zdravým, vinni tím, že jsou zátěží pro ostatní, zahanbeni pro své těžkosti a slabosti, plní nejrozličnějších strachů a velmi citliví vůči různým návrhům. Stačí pozorně sledovat holandské televizní programy, jež dělají eutanazii reklamou. Stačí pozorovat, jak „svobodné a autonomní“ rozhodnutí nemocného je. Každý vidí, jak je takové rozhodnutí prováděno: nejprve hovory s lékařem, pak se ženou, s příbuznými, s ošetřovatelkou, s jinými nemocnými, s právníky. Pacient, o jehož bytí a nebytí se jedná, se ke slovu ani nedostane.*
- 5. Uzákonění možnosti usmrcovat nemocné by dalo lékařům nesmírnou moc. Není to totiž nemocný, který určuje, že léčba je beznadějná, že utrpení je nesnesitelné a že jej již „připraven“ k eutanazii. Právní zajištění proti jakýmkoliv zneužitím v tomto směru je zcela nereálné. Lékař, stejně tak jako kdokoli jiný, nemůže uniknout svým předsudkům, svým hodnotám, svým představám o životě a smrti, svým představám o tom, kolik utrpení by on sám unesl. Veškerá zkušenost pak učí, že pacienti se rozhodují většinou pod vlivem psychických depresí nebo jiných rozlad, jejich léčba naopak vede ke změně smýšlení, pokud jde o ukončení života.*
- 6. Eutanazie není „smrtí milosrdnou“ ani „smrtí soucitnou“, není provedena vlivem soucitu. Soucit musí být „soutřpením“. Nesmí být jen lítostí.*
- 7. Kluzký svah není pohádkou. Byl jednoznačný jak v akci eutanazie za nacismu, tak i v dnešních akcích moderních. Zabíjení lidí nekompetentních při neustálém vyhlašování respektu k autonomii nemocného je toto důkazem.*
- 8. Eutanazie není smrtí důslednou. Domníváme se snad, že žádat o zabití v důsledku naprosté beznaděje a být zabit svým lékařem je důstojným postupem? Navíc, když víme, že pacient mohl být lépe a účinně ošetřován dobrou paliativní péčí, takže by o zabití ani nežádal?*
- 9. Eutanazie není soukromou záležitostí. Všichni máme vztahy a různá provázání s jinými. Zabíjení má dopad na nás na všechny, je rozvratné pro celou společnost, pro její vnímání nedotknutelnosti a ceny života. Co vypoví násilná smrt rodině, přátelům, všem známým, všem, kteří trpí? Co jim řekne k jejich vlastnímu vyrovnávání se s chorobou a se smrtí? I když se zdá, že někteří s takovým řešením*

souhlasí, jistě jsou otřeseni všichni. Mnozí s ním naopak nesouhlasí a strádají právě díky tomuto řešení. Svoboda jednoho člověka stojí v protikladu k ochraně celé společnosti, jejíž hodnoty rozleptává. Ochrana života byla dosud jednou z nejdůležitějších hodnot naší kultury a naší civilizace. Legalizace eutanázie znehodnocuje cenu životů dlouhodobě nemocných, lidí senilních, lidí narozených s těžkým handicapem.

10. Eutanázie je v přímém protikladu s náplní lékařství. Již od doby Hippokratovy přísahy bylo vždy lékařství spojováno i se závazkem mravním, s důkazem na to, aby život a umění byly v souladu. Zabíjení nemocných by bylo k rozkladu lékařovi integrity a samozřejmě i k podkopání důvěry v lékaře a lékařství vůbec.⁴⁰

6.3 Dříve vyslovené přání

Dne prvního dubna 2012 nabyl účinnosti zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a je zde zakotven § 36 institut dříve vysloveného přání. Pacient tak písemně může vyjádřit svou vůli „(...)pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit (dále jen „dříve vyslovené přání“).“⁴¹ Dříve vyslovené přání musí být v písemné formě a musí mít notářsky ověřený podpis. Pacient má možnost uplatnit dříve vyslovené přání při přijetí do péče poskytovatele i v průběhu jeho péče. V takovémto případě musí být vše zaznamenáno v dokumentaci pacienta, tento záznam musí podepsat pacient, zdravotní pracovník a svědek. Dříve vyslovené přání nelze uplatnit v případě, že by pacient nutil lékaře k léčebným metodám, které se neslučují s výkonem lékařského povolání, nebo je lékař tlačěn k výkonu aktivní eutanázie. Takto sepsaný dokument měl platnost po dobu pěti let. Doba platnosti se stala předmětem kritiky a tak Ústavní soud toto ustanovení zrušil nálezem Pl. ÚS 1/12 ze dne 27. listopadu 2012. U pacienta, který je zbaven právní způsobilosti a u nezletilého pacienta dříve vyslovené přání nelze uplatnit.⁴²

⁴⁰ MUNZAROVÁ, M. *Proč NE eutanazii aneb Být, či nebýt?*, s. 58 – 60.

⁴¹ Dříve vyslovené přání - Umírání.cz., [online] 2012 [cit. 9. února 2014]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/drive-vyslovene-prani.html>.

⁴² Srov. *Dříve vyslovená přání – závěť do nemocnice?* epravo.cz., [online] 25. 4. 2013 [cit. 9. února 2014], dostupné z: < <http://epravo.cz/top/clanky/drive-vyslovena-prani-zavet-do-nemocnice-90987.html>>.

6.4 Negativní revers

Pacient musí být informován o svém zdravotním stavu, o možnostech další léčby a má právo ji odmítnout, i když může dojít ke zhoršení jeho stavu nebo ke smrti. K tomu slouží negativní revers (informovaný nesouhlas) § 23 odst. 2 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který pacient podepíše. Revers může podepsat osoba, která je zletilá a způsobilá k právním úkonům nebo jejich zákonný zástupce. V tomto dokumentu musí být zaznamenán zdravotní stav pacienta, a jaký zákrok odmítá a jaké to může mít následky. Písemně prohlásí, že byl se vším obeznámen a i přesto léčbu odmítá. Nesmí chybět podpis, datum a místo. Revers se uplatňuje ve dvou případech. Pacient je hospitalizován s lehkou formou nemoci, například prodělal otřes mozku a již se cítí lépe a přeje si odejít domů, tak využije tuto možnost a revers podepíše. V druhém případě, kdy může být revers použit je, když je pacient nemocný natolik, že se necítí zákrok podstoupit, nebo již nemá sílu další léčbu podstupovat, i když ví, že to může vést k jeho smrti. Lékař je v tomto případě povinen toto přání respektovat a zároveň není odpovědný za to, že neléčil a nekonal svou povinnost.⁴³

⁴³ Srov. ŠUSTEK, P. *Vademecum pacienta*, [online] [citováno 7. března 2014]. Dostupné z: <http://pravapacientu.poradna-prava.cz/folder05/Vademecum_pacienta.pdf>. s. 35-36.

6.5 Divoká eutanázie v České republice

Je veřejným tajemstvím, že se divoká eutanázie provádí v České republice, jak přiznává Zdeněk Kalvach.⁴⁴ Divoká eutanázie znamená, že lékař vede vědomě léčbu pacienta ke smrti. Cílem je ukončit utrpení nemocného. Například u nemocného rakovinou se podá vyšší dávka morfia. Rozdíl mezi paliativní medicínou a divokou eutanázií je, že se u paliativního léčení používají opiáty na tišení bolesti, a když přestávají bolest tišit, tak se dávka zvýší. U divoké eutanázie se dávky zvyšují, aniž by se zkoumalo, zda na bolest zabraly, jde o to, aby bylo ukončeno utrpení nemocného.⁴⁵

7. Paliativní péče v České republice

„Paliativní péče je aktivní a na kvalitu života orientovaná péče o nevléčitelně nemocné a jejich blízké. Jejím základem je holistický přístup k nevléčitelně nemocným pacientům, který zohledňuje tělesnou, psychologickou, sociální a spirituální dimenzi člověka.“⁴⁶

Moderní paliativní péče uvádí:

- *„neodvrací se od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu života*
- *dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stadií nevléčitelných a ke smrti směřujících onemocnění,*
- *je založena na interdisciplinární spolupráci a integruje v sobě lékařské, psychologické, sociální, existenciální a spirituální aspekty,*
- *vychází důsledně z individuálních přání a potřeb pacientů, respektuje jejich hodnotové priority a chrání právo pacienta na sebeurčení,*
- *zdůrazňuje význam rodiny a nejbližších přátel nemocných, nevytrhává nemocné z jejich přirozených sociálních vazeb, ale umožňuje jim, aby poslední období života prožili v důstojném a vlídném prostředí a ve společnosti svých blízkých,*

⁴⁴ Srov. DOKTORKA.cz. *České zákony nepovolují eutanazii, v nemocnicích se dělá*, [online] 2007 [cit. 9. února 2014]. Dostupné z: < <http://zdravi.doktorka.cz/ceske-zakony-nepovoluji-eutanazi--v-nemocnicich-se-dela>>.

⁴⁵ Srov. tamtéž.

⁴⁶ Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011-2015. 2.1 Definice paliativní péče - Vláda ČR, [online] [cit. 9. února 2014]. Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/cinnost-rady/zasedani-rady/Strategie-paliativni-pecce_schvaleno-RLP.doc., s. 5.

- nabízí všestrannou účinnou oporu příbuzným a přátelům umírajících a pomáhá jim zvládat jejich zármutek i po smrti blízkého člověka,
- vychází ze zkušenosti, že existuje zásadní rozdíl mezi špatnou a kvalitní péčí o umírající a že umírání nemusí být provázeno strachem, nesnesitelnou bolestí a nesmyslným utrpením.⁴⁷

Cílem paliativní léčby není prodlužování života, nýbrž kvalita života. Cílem je dále provádět integrovanou komplexní péči, která předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení nemocného. Obvykle se jedná o chronicky nemocné nebo nemocné v terminální fázi života.

Paliativní péče smrt ničím neurychluje ani neoddaluje, mírní bolest a jiné symptomy, začleňuje do komplexní péče i psychologický, sociální a duchovní aspekt. Paliativní péče zahrnuje i péči o rodinu nemocného, a to v období pre finem, in finem, i post finem.⁴⁸

Cílovou skupinu paliativní péče tvoří pacienti v pokročilých a konečných stádiích nevyléčitelných chorob. Onemocnění a stavy, které v pokročilých stádiích vyžadují paliativní péči, jsou onkologická onemocnění, neurodegenerativní onemocnění typu roztroušené sklerózy, Parkinsonovy nemoci, demence, konečná stadia chronických orgánových onemocnění: chronické srdeční, ledvinové nebo jaterní selhání, CHOPN, AIDS, polymorbidní geriatrickí pacienti, některé vrozené pediatrické syndromy a onemocnění (například cystická fibróza), kriticky nemocní pacienti s nevratným multiorgánovým selháváním v prostředí intenzivní péče.⁴⁹

⁴⁷ SLÁMA, O., ŠPINKA, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR. Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi.* ISBN 80-239-4330-8, s. 10.

⁴⁸Srov. hospice.cz. *O důstojném životě terminálně nemocných*, [online] [Cit. 9. února 2014]. Dostupné z: <http://www.Hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>

⁴⁹ Srov. SLÁMA, O., ŠPINKA, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR. Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*, s. 23.

7.1 Paliativní péče obecná a specializovaná

Paliativní péči dělíme na obecnou a specializovanou podle toho, jak komplexní péči je třeba vynaložit k udržení kvalitní života.

Obecná paliativní péče

Obecnou paliativní péčí „rozumíme dobrou klinickou praxi v situaci pokročilého onemocnění, která je poskytována zdravotníky a pracovníky sociálních služeb v rámci rutinní činnosti.“⁵⁰ Poskytnout by ji měli umět všichni zdravotníci.

Její součástí je základní léčba symptomů, podpůrná komunikace s pacientem a jeho rodinou a přiměřené organizační zajištění péče zohledňující specifika pokročilého onemocnění.

Specializovaná paliativní péče

„Specializovaná paliativní péče je aktivní interdisciplinární péče poskytovaná týmem odborníků, kteří jsou v otázkách paliativní péče speciálně vzděláni.“⁵¹

Tým odborníků tvoří lékař, zdravotní sestry, sociální pracovník, psycholog, fyzioterapeut, pastorační pracovník a dle potřeby další odborníci. Poskytování paliativní péče a konziliární činnost je hlavní pracovní náplní tohoto týmu.

Specializovaná paliativní péče slouží k zajištění péče u těch nemocných, kde intenzita a dynamika obtíží přesahuje možnosti řešení v rámci obecné paliativní péče.

Specializovaná paliativní péče může mít různé organizační formy: například mobilní specializovanou paliativní péči, lůžkový hospic, oddělení paliativní péče v rámci nemocnice, ambulance, konziliární tým paliativní péče.⁵²

⁵⁰ SLÁMA, O., ŠPINKA, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR*, s. 23.

⁵¹ Srov. tamtéž, s. 24-25.

⁵² Srov. tamtéž.

7.2 Hospicová péče

Hospicová péče je taková péče, která nabízí těžce nemocným (většinou v terminálním stavu) a jejich blízkým účinnou pomoc, kdy už jsou prostředky klasické medicíny, síly a schopnosti nejbližšího okolí pečovat o nemocného nedostačující.

Hospicová péče je „*forma paliativní péče, kterou tvoří souhrn lékařských, ošetrovatelských a rehabilitačně-ošetrovatelských činností, poskytovaných preterminálně a terminálně nemocným, u kterých byly vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba symptomatická s cílem minimalizovat bolest a zmírnit všechny obtíže vyplývající ze základní diagnózy i jejich komplikací a zohledňující bio-psycho-spirito-sociální potřeby nemocného.*“⁵³

Z definic institucí a organizací vyplývá, že hospicová péče je zaměřená na vytvoření služeb a péče, které budou respektovat individuální potřeby nejen nemocného umírajícího, ale i jeho blízkých. To znamená, že je třeba zajistit takové podmínky, aby mohl nemocný strávit své poslední dny života v kruhu svých blízkých a známých bez duševní a fyzické bolesti a bez zbytečného utrpení. Je důležité, vytvořit takové podmínky, aby mohl prožít kvalitně závěr života tak, jak chce či může. Hospicová péče není zaměřená na to vyhrát nad nemocí, ale zaměřuje se především na to, aby umírajícímu pomohla prožít zbytek života kvalitně, aby měl možnost a prostor smířit se a vyrovnat se smrtí. Vymezená délka života šesti měsíci je spíše orientační. Slouží k tomu, aby byla odlišena hospicová péče od péče pro dlouhodobě nemocné.⁵⁴

Hospicová péče je určena výhradně těžce nemocným, kteří jsou v terminálním stadiu života. Jde o to, aby nemocnému bylo umožněno kvalitně a důstojně dožít své dny. Umožnit mu, aby se cítili dobře po stránce psychické, aby cítili, že ho rodina i blízcí mají rádi a nikomu není na obtíž. Péče vede ke smíření se smrtí a k pokojnému a důstojnému odchodu ze života.⁵⁵

Rozdíl mezi nemocničním zařízením a hospicem je v tom, že v nemocnicích se lékaři zaměřují na léčení nemoci. Stanovují diagnózu, zjišťují příčinu a nasazují léčbu. Pacient je zde opuštěný, osamocený a odkázaný pouze na návštěvy svých blízkých.

⁵³ Hospice, o důstojném životě terminálně nemocných: Slovník pojmů. Hospice.cz., [online] [cit. 9. února 2014]. Dostupné z: <<http://hospice.cz/slovník-pojmu/>>.

⁵⁴ Srov. Osobní asistence. Co je hospicová péče?, [online] [cit. 9. února 2014]. Dostupné z: <<http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1>>.

⁵⁵ Srov., Srov. MUNZAROVÁ, M. Proč ne eutanazii aneb Být, či nebýt?, s. 42, 43.

I možnost návštěv je zde omezená. Lékaři bojují o jeho uzdravení, ale nemocnému zde chybí láska a porozumění, cítí se odstrčeně, osamoceně a na obtíž.⁵⁶

7.3 Tři formy hospicové péče

V historii bylo typické, že se o nemocné a umírající starala rodina. Umírání mělo charakter sociálního aktu, na kterém se podíleli všichni bližní, každý člen rodiny věděl, že nezemře opuštěný. Rodinní příslušníci a jeho blízcí se umírajícímu snažili ulehčit poslední chvíle života. Smrt a umírání byly normální součástí každodenního života. Po roce 1989 vzniká v České republice hnutí za humanizaci péče o terminálně nemocné pacienty. S hospicovou péčí v naší republice je spojeno jméno Marie Svatošové, která se stala zakladatelkou prvního hospice v Červeném Kostelci, který byl v roce 1995 slavnostně otevřen pod názvem hospic Anežky České.⁵⁷

Začali vznikat hospice, agentury domácí péče, které pomáhají v péči o umírající v domácím prostředí a postupně se navrací do našich životů etika v péči o umírající.

Hospicová péče má tři základní formy: v domácím prostředí, ve stacionáři nebo v lůžkovém zařízení.

Domácí hospicová péče

Pro většinu z nás hraje důležitou roli náš domov. Zvláště v době naší nemoci. Starat se o nevyléčitelně nemocného nebo umírajícího člena rodiny v domácím prostředí není v České republice příliš ustálené. Velkou překážkou je nevyrovnanost se smrtí a k umírajícímu. Dalším problémem jsou u smrtelně nemocného různé komplikace a nestabilita stavu, který pečující rodinný příslušník nezvládá. Chybí možnost zavolat mobilní tým paliativní péče a tak je často volána rychlá záchranná služba.⁵⁸

Jedná se tedy o paliativní péči poskytovanou v domácím prostředí za účasti rodiny a přátel. V zahraničí je tato forma běžná. V České republice se teprve rozvíjí. Některé agentury domácí péče se pokoušejí rozšířit nabídku svých služeb o domácí paliativní péči. Tato forma péče je oblíbená a velmi dobře přijímána. Umožňuje nemocnému umírajícímu zůstat v domácím prostředí a jeho kontakt s rodinou a blízkými není omezen. To má pozitivní vliv na jeho psychický stav. Bohužel ne vždy je tato péče

⁵⁶ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 125.

⁵⁷ Srov. SVATOŠOVÁ, Marie, *Hospicová péče v ČR, aneb čeho jsme dosáhli a kam směřujeme? Ošetřovatelství* 2006, č. 1-2, ISSN 1212-723X, s. 9.

⁵⁸ Srov. MATOCHOVÁ, S. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*, s. 177.

možná, důvody jsou různé, například bytové podmínky, nedostatečné rodinné zázemí, nebo může být důvodem vyčerpanost rodiny.⁵⁹

Stacionární hospicová péče (denní pobyty)

Tato forma péče je vhodná pro nemocné, kteří nemají stacionář daleko od svého bydliště. Ráno je nemocný přivezen do stacionáře rodinou nebo hospicem a odpoledne nebo k večeru se vrací domů. Častým důvodem návštěv denních pobytů je odpočinout si od rodiny a rodina od nemocného. Má preventivní účinek před možnými konflikty i vyčerpaním rodiny.⁶⁰

V České republice zatím není tato forma péče rozšířená.

Lůžková hospicová péče

Lůžkový hospic jako samostatně stojící lůžkové zařízení poskytuje specializovanou paliativní péči především pacientům s omezenou očekávanou délkou života (obvyklá délka pobytu je v řádu týdnů). Důraz je kladen na individuální potřeby a přání nemocného a na vytvoření prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými.⁶¹

O přijetí na hospicové lůžko rozhoduje hospicový lékař. Přednost mají lidé, u kterých je možné předpokládat brzkou smrt. V případě, že kapacita lůžek není naplněná, můžou zde být umístěny lidé, kteří sem přicházejí, aby nejen ulevili rodině, ale cítí, že je to dobré pro ně. Přicházejí dobrovolně na krátkodobé někdy i opakované pobyty. Návštěvy jsou zde umožněny dvacet čtyři hodin denně po celý rok. Pobyt v tomto zařízení je umožněn i pro doprovod pacienta. Pokud to dovolí zdravotní stav nemocného, nemusí setrvávat na lůžku a může se volně pohybovat nejen v hospici, ale i mimo něj. O tom, že se bude pohybovat mimo zařízení, musí informovat zdravotnický personál. Nemocný sám rozhoduje o tom, co bude celý den dělat i kdy bude jíst. Prostory jsou bezbariérové a kromě společenských místností je možnost navštívit zahradu nebo kapli.⁶²

Základem hospicové péče je práce multiprofesního týmu, který tvoří lékař, sestry, psycholog, pastorační pracovník a dobrovolníci.

⁵⁹ Srov. SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty III – Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978- 80-247-2270-2, s. 127.

⁶⁰ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 127, 128.

⁶¹ Srov. Tamtéž.

⁶² Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*, s. 129, 130.

7.4 Zákon o paliativní péči v ČR

„V České republice není ze strany tvůrců zdravotní politiky pohlíženo na oblast paliativní péče jako na svébytnou oblast poskytování zdravotní a sociální péče, která vyžaduje koncepční přístup.“⁶³

V zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění byla zakotvena charakteristika a způsob úhrady lůžkové péče ve specializovaných zařízeních hospicového typu. Od 1. 1. 2007 bylo Vyhláškami č. 619/2006 Sb. a č. 620/2006 Sb. definováno minimální personální zajištění a způsob kalkulace úhrady za ošetrovací den na lůžkách hospicového typu.⁶⁴ V roce 2008 proběhla další novelizace Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, kde byla do zvláštní ambulantní péče vložena možnost hrazení paliativní péče poskytované pojištěncům v terminálním stavu v jejich vlastním sociálním prostředí, kdy tato péče je poskytována jako domácí zdravotní péče na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost, nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, nebo na základě doporučení ošetřujícího lékaře, jde-li o paliativní péči o pojištěnce v terminálním stavu. Nová úprava zákona neukládala možnost hrazení specializované paliativní péče, kterou by poskytoval multiprofesní tým v domácím prostředí pacienta.⁶⁵

V zákoně o zdravotních službách č. 372/2011 byla poprvé paliativní péče definována jako samostatná forma zdravotní péče, (...) „*jehož účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí*“.⁶⁶

V roce 2001 došlo ke změně a do sazebníku zdravotních výkonů je zahrnuta práce lékaře, který poskytne paliativní péči v domácím prostředí. Ve vyhlášce č. 411/2011 je zahrnuta kapitola 720 Paliativní medicína, je zde seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Je zde zahrnuta práce a úhrada lékaře specialisty, který poskytuje paliativní péči v domácím prostředí. Současně je vyhláškou definována možnost sdílení výkonů odbornosti 710 Léčba bolesti pro ambulantní pracoviště paliativní medicíny. V roce 2011 došlo také k výrazné změně v oblasti specializačního

⁶³ Česká společnost paliativní medicíny. *Paliativní péče v ČR v roce 2013*, [online] [cit. 9. února 2014]. Dostupné z: < <http://www.paliativnimedicina.cz/aktualita/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2013>>.

⁶⁴ Srov. tamtéž.

⁶⁵ Srov. Medop. *Paliativní péče v ČR*, [online] 2010 [cit. 9. února 2014]. Dostupné z: medop.cz/nemocnice/paliativni-pece-v-cr

⁶⁶ Česká společnost paliativní medicíny. *Paliativní péče v ČR v roce 2013*, [online].

vzdělávání lékařů. Od 1. 1. 2011 existuje samostatný nástavbový obor Paliativní medicína.⁶⁷

7.5 Financování paliativní péče

V zákoně č.48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění je zařazena péče poskytovaná ve zvláštním lůžkovém zařízení hospicového typu a v domácím prostředí, jedná-li se o pacienty v terminálním stádiu života, která je hrazena pojišťovnou. Bohužel se do října 2013 nepodařilo zdravotním pojišťovnám uzavřít smlouvu se žádným poskytovatelem zdravotních služeb s výkony odbornosti 720 (paliativní medicína).⁶⁸

Ze zdravotního pojištění je hrazena domácí ošetrovatelská péče, dle indikací praktického nebo jiného ošetřujícího lékaře. Hrazeny jsou i náklady na léky a materiál. Pokud chce mít pacient nadstandartní vybavení pokoje, jako například televizi nebo internet, musí si to hradit sám. Hrazená je domácí paliativní péče na základě rozhodnutí lékaře o její potřebnosti. Pojišťovna hradí návštěvy lékaře v domácím prostředí podle toho, kolik jich zdravotní stav pacienta vyžaduje. Za vyšetření lékařem a předepsání receptu se platí třicet korun českých a to v rámci ambulantní hospicové péče.

Hospice jsou většinou neziskové organizace a jsou financovány vícezdrojově. Zdravotní složka je plně hrazena zdravotními pojišťovnami, ale náhrada sociální složky zůstává stále nedořešena. Platby zdravotních pojišťoven tvoří přibližně 40 – 60 % celkových nákladů. 20 % pokrývají příspěvky na péči. Zbylé chybějící prostředky tedy 20 – 40 % hospice získávají z dotací Ministerstva práce a sociálních věcí, od soukromých dárců, nadací, fondů a firme. Finanční prostředky poskytují také kraje, obce a ministerstvo zdravotnictví.⁶⁹

⁶⁷ Srov. tamtéž.

⁶⁸ Česká společnost paliativní medicíny. *Paliativní péče v ČR v roce 2013*, [online].

⁶⁹ Srov. tamtéž.

8. Švýcarsko

Švýcarsko je federativní republika a je rozdělaná do dvaceti šesti kantonů, z nichž šest je polokantonů. Každý z nich má svojí vládu, parlament, zákony, ústavu i rozpočet. Švýcarsko nemá předsedu vlády a vláda rozhoduje v konsensu nebo hlasováním. Rozhodnutí je podřízeno parlamentu a lidu.⁷⁰ To znamená, že určité zákony schválené parlamentem a vládou schvalují občané v lidovém referendu a rozhodují o tom, zda zákon bude přijat. Proto snahy vlády zakázat nebo právně upravit asistovanou sebevraždu byly referendem zastaveny. Lidé se obávají toho, že by zákon v praxi ztížil možnost asistované sebevraždy. Švýcarsko patří k zemi, ve které je velká podpora lidu ohledně eutanázie a zároveň je spojená se spory a skandály týkající se asistované sebevraždy. Ve Švýcarsku existují dvě organizace, které poskytují asistovanou sebevraždu. Jedná se o organizaci Exit a Dignitas. Exit pomáhá k dobrovolnému odchodu ze života pouze lidem, kteří mají trvalé bydliště ve Švýcarsku. A je z finančního hlediska levnější. Dignitas pomáhá ke smrti i cizincům.⁷¹

8.1 Švýcarská legislativa a organizace Exit

V roce 1975 a 1979 byly ve Švýcarsku podány návrhy na uzákonění eutanázie, které byly zamítnuty. Paragraf 114 švýcarské trestního zákona zakazuje eutanázii, tedy usmrcení na žádost a to ani ze soucitu ani na přání žadatele. V takovém případě by hrozil trest odnětí svobody až na tři roky. Paragraf 115 a jeho právní výklad vede k tomu, že je asistovaná sebevražda tolerována, pokud se nejedná o zjištěné důvody. Pokud by byly prokázány zjištěné důvody, může dojít k odnětí svobody až na pět let.⁷² Je to jediná země kde může umírajícímu pomoci lékař i laik. Ve Švýcarsku několik desítek let fungují organizace Exit a Dignitas, které poskytují asistovanou sebevraždu. Ve Švýcarsku neexistuje národní zákon, který by problematiku asistované sebevraždy podrobněji upravil. Proto nemocnice a kantony zavádějí vnitřní směrnice. Obě tyto organizace mají sídlo v kantonu Curych. Tomuto kantonu se povedlo upřesnit pravidla související s asistovanou sebevraždou s organizací Exit. Asistovaná sebevražda může být povolena pouze u osob, které kvůli svým zdravotním problémům těžce trpí a z jeho

⁷⁰ Srov. Švýcarsko. Kantony, [online] 2010-2012 [cit. 11. února 2014]. Dostupné z: <http://www.svycarsko.kvalitne.cz/ve_zkratce.html>.

⁷¹ Srov. SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, V. *Eutanázie, nebo „Komfort“ pro pacienty?*, s. 27.

⁷² Srov. Tamtéž, s. 28.

zdravotního stavu vyplývá, že mu už nemůže lékař pomoci. Nesmí být poskytnutá osobě, která je mladší dvaceti pěti let, pokud nemá nesnesitelné fyzické bolesti. Je povoleno použít pouze pentobarbital sodný jako smrtící prostředek.⁷³ Tato organizace bude finančně průkazná „(...) s veřejně známými částkami odměn pro personál, nebude spojena s žádnou komerční firmou, pacient musí nejdříve získat informace o všech možnostech péče (v závěru života), z asistované sebevraždy budou vyloučeny osoby s duševními problémy, diagnóza a prognóza mají být potvrzeny nezávislým lékařem, v určitých situacích má být zajištěn psycholog.“⁷⁴

8.2 Organizace Dignitas

Právník Ludwig A. Minelli založil v roce 1998 organizaci Dignitas, která je neziskovou organizací a zájemce o asistovanou sebevraždu se musí stát nejdříve členem organizace a zaplatit členský poplatek, který není zrovna nízký. Tato organizace je otevřená převážně pro cizince. Asistované sebevraždě ve Švýcarsku se také přezdívá sebevražedná turistika nebo cestování za smrtí. Aby mohl člověk podstoupit asistovanou sebevraždu, musí být u něj vyčerpány všechny možnosti léčby, kdy u něj není již prognóza, že by se jeho stav zlepšil. Pacient musí být v terminálním stádiu života. Duševně nemocnému se neposkytuje asistovaná sebevražda. Ozývají se však názory, že i duševně nemocný člověk je schopný rozlišit, zda chce či nechce žít. A někteří zastánci asistované sebevraždy by jí umožnili i u lidí, které k tomuto činu vedou i jiné důvody než nevléčitelná nemoc a utrpení. Jako argument užívají neúspěch při sebevraždě, která může vést k těžkému poškození zdraví, pokud se nepovede a sebevrahovi je poskytnuta pomoc.⁷⁵ V roce 2007 bylo zahájeno pátrání po českém postiženém muži. Úřady zjistily, že na švýcarské klinice podstoupil asistovanou sebevraždu. V té době byli na seznamu další čtyři lidé, kteří asistovanou sebevraždu chtěli podstoupit.⁷⁶

⁷³ Srov. *Sebevražedná turistika si ve Švýcarsku vynutila změnu pravidel eutanazie*. Ihned.cz., [online]. 2009 [cit. 10. února 2014]. Dostupné z: <http://zpravy.ihned.cz/svet-evropa/c1-37751350-sebevrazedna-turistika-si-ve-svycarsku-vynutila-zmenu-pravidel-eutanazie>>.

⁷⁴ SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, V. *Eutanázie, nebo „Komfort“ pro pacienty?*, s. 29, 30.

⁷⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H., *Thanatologie*, s. 130.

⁷⁶ Srov. Čech, požádal ve Švýcarsku o smrt. [online] [cit. 9. února 2014]. Dostupné z: <http://www.impuls.cz/clanky/2007/08/cech-pozadal-ve-svycarsku-o-smrt/>

Dignitas se potýká s řadou právních problémů a je známá řadou skandálů. V roce 2008 vyzkoušeli v Dignitas podat místo smrtícího pentobarbitalu helium. Helium mělo pacienty uvést do bezvědomí, ale místo toho se zmítali v křečích. Po prozkoumání bylo zjištěno, že pacienti netrpěli, ale tato metoda byla zakázána.⁷⁷ Dalším skandálem, který otrásl Švýcarskem, byly nalezené urny s logem Dignitas na dně jezera. Testy DNA nemohly být udělány, protože urny byly kontaminovány nebo již urny neměly víka a obsah chyběl. Trestní stíhání Minelliho bylo zastaveno pro nedostatek důkazů. Dalším trnem v oku je majetek, který se na kontě Minelliho neustále zvyšuje. I když on tvrdí, že většina peněz pochází z dědictví.⁷⁸

8.3 Statistiky asistované sebevraždy ve Švýcarsku

Experti na právo z curyšské univerzity provedli průzkum a (...) *podle jedné její studie z roku 2008 asistovaly organizace Exit a Dignitas sebevraždu u jedinců ve věku 45 až 84 let, z nichž 38 procent trpělo onkologickým onemocněním a 25 procent neurologickým onemocněním.*⁷⁹

Průzkum, který provedla agentura AFP ve Švýcarsku, za posledních deset let ukazuje, že devadesát procent lidí, kteří zemřeli asistovanou sebevraždou, byli ve věku kolem 55 let. Jedno procento tvořili lidé pod 35 let. 55 procent žadatelů tvořily ženy. Nejvíce bylo lidí, kteří trpěli smrtelnou nemocí, zejména rakovinou a asi 71 lidí trpělo depresemi a slepců bylo 24. Dignitas si vede své statistiky a z informací vyplývá, že od roku 1998 do roku 2011 bylo poskytnuto 1169 cizincům, z nichž 664 byli Němci, 182 Britové a 117 Francouzi.⁸⁰

⁷⁷ Srov. *Eutanazie očima různých oborů*. Umírání.cz., [online]. 2012 [cit. 9. února 2014]. Dostupné z: <<http://www.umirani.cz/detail-clanek/eutanazie-ocima-ruznych-oboru.html?type=print>>.

⁷⁸ Srov. idnes.cz. *Urný v curyšském jezeře zůstanou záhadou. Klinika Dignitas vyvázla*, [online] 2010 [Citace: 14. února 2014]dostpné z: <http://zpravy.idnes.cz/urny-v-curysskem-jezere-zustanou-zahadou-klinika-dignitas-vyvezla-1pv-zahranicni.aspx?c=A100805_122655_zahranicni_stf>.

⁷⁹ SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, V. *Eutanázie, nebo „Komfort“ pro pacienty?*, s. 30.

⁸⁰ Srov. *Asistovaných sebevražd ve Švýcarsku trvale přibývá*, [online] 2012 [cit. 9. února 2014]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/asistovanych-sebevrazd-ve-svycarsku-trvale-pribyva-464062?category=ze-zahranici>>.

8.4 Tři pilíře švýcarského zdravotnictví

Švýcarské zdravotnictví je na velmi vysoké úrovni. Zdravotní pojištění se vztahuje na všechny lidi, kteří zde mají bydliště. Cizinci, kteří pobývají ve Švýcarsku, mají povinnost do třech měsíců se přihlásit k pojištění. Každý kanton má své zákony o zdravotním pojištění, zákon o zdraví, o právech pacientů. Nad zdravotními pojišťovnami má dozor Spolkový úřad pro zdravotnictví, který kontroluje finanční situaci, kontroluje jejich hospodaření, zavádění nových produktů a postupů.⁸¹

Švýcarské zdravotní pojištění je postaveno na třech pilířích:

První pilíř

„První pilíř tvoří státní pojištění a obsahuje důchodové a pozůstalostní pojištění (AH-VS) a pojištění pro případ invalidity (IV-AI). Důchody vyplácené z těchto dvou pojištění jsou určeny ke krytí základních životních potřeb. První pilíř je povinný pro všechny, kdo ve Švýcarsku trvale pobývají nebo vykonávají výdělečnou činnost. Znamená to, že kromě zaměstnanců platí povinnost pojistit se i pro osoby samostatně výdělečně činné a ekonomicky neaktivní. Výjimku tvoří osoby, které podmínky pro povinné pojištění splňují pouze po určitou kratší dobu.

Druhý pilíř

Druhý pilíř, který tvoří zaměstnanecké pojištění na stáří, ve prospěch pozůstalých a pro případ invalidity, doplňuje pilíř první a společně mají zajistit udržení předchozí životní úrovně.

Třetí pilíř

Třetí pilíř obsahuje nepovinné individuální pojištění určené ke krytí dalších individuálních potřeb. Pojistnou smlouvu nebo smlouvu o spoření za účelem pobírání dávek invalidního a starobního důchodu a dávek při úmrtí je možné uzavřít u pojišťovacích společností, bankovních institucí nebo ústavů životního pojištění.“⁸²

⁸¹ GYGALOVÁ, M. *Financování zdravotnictví*. Bakalářská práce, vedoucí bakalářské práce, Radovan, M. Právnická fakulta Masarykovy univerzity. 2009, s. 47.

Dostupné z: http://is.muni.cz/th/238393/pravf_b/?lang=en%E2%80%8E.

⁸² EVROPSKÁ KOMISE. *Vaše práva v oblasti sociálního zabezpečení ve Švýcarsku*, [online] 2012 [cit. 1. března 2014]. Dostupné z:

8.5 Modely zdravotních plánů

Na základě povinného zdravotního pojištění je poskytnuta zdravotní péče a švýcarští pojištěnci mají nárok na základní zdravotní balíček, který jim zajišťuje zdravotní péči v širokém rozsahu. Pojišťovny nabízejí i další alternativy připojištění nad rámec základního balíčku služeb. Ať se již pojištěnec rozhodne pro standartní nebo alternativní model péče, musí vždy obsahovat základní balíček služeb. Švýcarské zdravotní pojišťovny nabízejí v současné době tři modely zdravotních plánů – standartní plán, plán s vysokou spoluúčastí a plány řízené péče.⁸³

Modely zdravotních plánů:

HMO-model (Health Maintenance System)

Jedná se o model řízené péče. Jeho nevýhodou je, že pojištěnec, se musí řídit určitými pravidly a v případě nemoci má omezený výběr zdravotních zařízení i lékařů. Výhodou je nižší neb téměř žádná spoluúčast i výše pojistného.

Model rodinného lékaře (Hausarzt model)

Pojištěnec si musí ze seznamu vybrat lékaře, kterého bude v případě potřeby navštěvovat. A na základě takto zvoleného modelu platí kolem 10 procent nižší pojištění. V případě potřeby, je lékařem poslán ke specialistovi.

Model PPO (Preferred Provided Organisation)

Výběrem tohoto modelu může mít pojištěnec snížené pojistné okolo 10 procent na pojistném. Pokud si vybere ze seznamu lékaře nebo zdravotnické zařízení, které je méně drahé.⁸⁴

Pokud se pojištěnec rozhodne pro model s vysokou spoluúčastí, platí minimální částku na pojištění, ale v případě potřeby zdravotnických služeb musí zaplatit mnohem vyšší částku na spoluúčast, než by obvykle zaplatil. Zároveň musí mít zajištěnou stejnou základní zdravotnickou péči.⁸⁵ Takto nastavené pojištění je dle mého názoru

http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Switzerland_cs.pdf. s. 15, 16.

⁸³ Srov. GYGALOVÁ, M. *Financování zdravotnictví*, s. 47, 48.

⁸⁴ Srov. Tamtéž.

⁸⁵ Srov. ŠTĚPÁNEK, P. *Systém poskytování zdravotní péče ve Švýcarské konfederaci*. Diplomová práce, vedoucí Lešetický, O. Vysoká škola ekonomická v Praze 2011. Dostupné na WWW: file:///C:/Users/OKAY/Downloads/zaverecna_prace.pdf. s. 25.

transparentní nejen pro pojišťovny, ale pojištěnec tak má možnost si vybrat z nabídky programů, které jsou pro něj nejvýhodnější.

8.6 Paliativní péče v oblasti dlouhodobé péče ve Švýcarsku

Definice paliativní péče:

„Paliativní péče zahrnuje péči a ošetřování osob s nevléčitelnými, život ohrožujícími a/nebo chronicky postupujícími nemocemi. Je plánována s ohledem na budoucnost, její těžiště se ale nachází v době, kdy již není léčba nemoci považována za možnou a nepředstavuje primární cíl. Pacientkám a pacientům je zaručena optimální, jejich situaci přizpůsobená kvalita života až do smrti a blízké osoby jsou přiměřeně podporovány. Paliativní péče předchází utrpení a komplikacím. Zahrnuje také lékařské ošetření, ošetrovatelské zákroky spolu s psychologickou, sociální a duševní podporou.“⁸⁶

V rámci dlouhodobé péče v domovech pro seniory, pro postižené, v pečovatelském zařízení jsou ošetřováni lidé nevléčitelně nemocní, lidé s chronicky postupujícími nebo život ohrožujícími nemocemi, jejichž nemoc postupuje pomaleji. Jejich ošetřování a péče je většinou stabilní. Tito pacienti mohou být v rámci základní péče ošetřováni paliativně, proto ošetrovatelé potřebují mít základní paliativní znalosti. Tyto služby jsou hrazeny ze základního pojištění. Pokud dojde k nestabilní fázi nebo se zvýší průběh nemoci, je přivolán do domova mobilní tým paliativní péče nebo je pacient převezen na specializovanou jednotku paliativní péče. Kromě paliativní péče je zde praktikována geriatrická a sociálně pedagogická péče. V zařízeních dlouhodobé péče žijí lidé s odlišnou diagnózou onemocnění a věkově odlišné kategorie. Tito lidé potřebují specifickou péči pro jejich onemocnění a paliativní péče musí být přizpůsobená jejich potřebám. Aby mohli důstojně a kvalitně prožít zbytek svého života. Je jim v rámci paliativní péče vytvořené prostředí, které zajistí sociální, psychické, fyzické i duchovní potřeby. Je jim umožněná neomezená přítomnost rodiny a blízkých.

⁸⁶ KAŠPÁREK, Z. *Dlouhodobá stacionární péče ve Švýcarsku*. Tábor: 2012. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, s. 52.

8.7 Paliativní péče v dlouhodobé stacionární péči

Stacionární dlouhodobá péče se uplatňuje u nemocných v poslední fázi života a cílem je výhradně zmírnění příznaků. Potřeba péče se v terminální fázi zvyšuje. Důležitá je komunikace s nemocným, který v době před smrtí hodnotí svůj život, své prohry, vítězství, zabývá se smyslem života a směřuje se smrtí. V této době je ošetřovatel velmi důležitý, protože mu umírající sděluje své myšlenky a pocity, vynořují se problémy ve vztazích, nevyřešené problémy v rodině či finančních otázkách a tak ošetřovatel v případě potřeby může přivolat odborníky jako je psycholog, terapeutický pracovník nebo duchovní. Dalším úkolem je příbuzné, kteří chtějí umírajícího doprovázet vhodným způsobem zapojit do jednoduchých úkonů a zároveň je psychicky podpořit. V paliativní péči je důležitá komunikace a spolupráce mezi lékaři a ošetřovateli. Důležitou úlohu mají dobrovolníci, kteří pomáhají nejen ošetřovatelům, ale zároveň nemocnému. Pomáhá jim jejich návštěva a přítomnost u lůžka.⁸⁷

8.8 Systém Spitex

„Spitex je k dispozici všem obyvatelům a obyvatelkám každého věku, kteří jsou v důsledku nemoci, nehody, postižení, stáří, mateřství nebo podobných problémů odkázáni na pomoc. K základní nabídce patří péče o zdravé i nemocné, domácí podpora, poradenství i sociální pomoc.“⁸⁸ Jedná se o ambulantní služby, které poskytují pomoc a péči v domácím prostředí. Přihláška se může podat prostřednictvím pobočky Spitex v místě bydliště.

Odborník musí přesně zjistit jakou pomoc nebo péči klient potřebuje. Zákon o nemocenském pojištění (KVG) má stanoven rozsah služeb, který je hrazen pojišťovnou. Tím je zajištěna adekvátní péče klienta, která není ani příliš velká ani příliš malá. Dále zákon KVG ukládá, že takto poskytované služby musí být nejen účinné a účelné, ale zároveň musí být hospodárné. Pokud by tyto služby byly dražší, muselo by se přejít k alternativnímu řešení, kterým je přestup do domova. Kvalita poskytování služeb je pravidelně kontrolována a v případě nutnosti upravována.⁸⁹

⁸⁷ Srov. KAŠPÁREK, Z. *Dlouhodobá stacionární péče ve Švýcarsku*, s. 50, 51, 52.

⁸⁸ Tamtéž.

⁸⁹ Srov. Tamtéž, s. 61.

9. Komparace českého a švýcarského systému

V České republice nejsou reprezentativní data o kvalitě péče a kvalitě života pacientů na konci života. Na základě drobných sond a kazuistik bylo zjištěno, že v primární péči o nemocné nemají lékaři dostatečné vzdělání v paliativní péči. Nejsou ochotni navštěvovat pacienty doma. Většina smrtelně nemocných je odesílána v závěru života do nemocnice. Lékaři by měli být vzděláváni a seznamováni s možností využití paliativní péče. Díky jim by bylo možné lépe využít možnost paliativní péče místo posílání do nemocnice.⁹⁰

Lidé, kteří mají pokročilé stádium nemoci jako je například diabetes, jsou sledováni v odborných ambulancích. I přesto, že byla vybudována síť ambulančí bolesti, dostupnost této péče není dostatečná.

Z veřejně zdravotního pojištění je hrazená služba home Care, která má vybudovanou síť po celé republice a poskytuje ošetrovatelskou péči na základě diagnózy praktického lékaře nebo lékaře specialisty. Tato služba není dostupná celých 24 hodin a sestry nejsou školené v oblasti paliativní péče. Dále je možné využít pečovatelské služby, které se zaměřují na sociální výpomoc. To je nakupování, mytí oken, vaření, osobní asistence. Tuto péči si hradí klient sám.

Zdravotní systém v naší republice nezajišťuje dostatečnou pomoc a podporu nemocným v terminálním stádiu života. A tak na základě doporučení lékaře je pacient odeslán k hospitalizaci na lůžko akutní péče do nemocnice. Většina zařízení akutní, následné a dlouhodobé péče bohužel neposkytuje adekvátní péči pro pacienty v terminálním stádiu života. Tato zařízení nejsou zaměřená na paliativní péči, a proto zde bývá problém v nedostatečné komunikaci s pacientem, nedostatečném tišení bolesti, pacienti jsou umístěni na pokojích s několika dalšími nemocnými a není zde poskytnuta adekvátní péče jejich sociálním, psychickým a spirituálním potřebám. Proto je kladen důraz na rozvoj paliativní péče, který je schopný poskytnout komplexní péči pro smrtelně nemocné.⁹¹

V České republice vzniklo Hospicové občanské sdružení Cesta domů. Toto sdružení založilo domácí hospic v Praze a nabízí pomoc rodinám, které se starají o své smrtelně nemocné doma. Toto sdružení vypracovalo standardy péče a účastní se jednání o vhodném způsobu úhrady za poskytovanou ambulantní péči se státní správou

⁹⁰ Srov. Česká společnost paliativní medicíny, *Paliativní péče v České republice v roce 2013*, [online].

⁹¹ Srov. Česká společnost paliativní medicíny, *Paliativní péče v České republice v roce 2013*, [online].

a Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Projekt Paliativní péče, tohoto sdružení, má vládní podporu a „(...) *usiluje o strukturální, společenské a legislativní změny, které by umožnily rozšířit kvalitní péči o umírající a zlepšit informovanost odborné i laické veřejnosti.*“⁹² V naší zemi dochází k postupnému, i když pomalému rozvoji paliativní péče i hospiců a paradoxně náš zákon pojem hospic nezná.⁹³ Problém vidím v české legislativě, naše zákony jsou nedostačující a vzhleden k rozvoji naší společnosti vidím jako nutnost tyto zákony upravovat a doplňovat. Například § 23, který umožňuje podepsání negativního reversu, je možný si vyložit tak, že nebudu-li souhlasit například s operací, budu s nemocnice vyhoštěn? Dalším příkladem je § 36 dříve vyslovené přání, které musí být sice notářsky ověřené, ale neexistuje žádný registr, který by toto uchovával. Vyslovené přání můžeme podepsat i v nemocnici před svědkem a podepíše ho i lékař, ale není možné i tohoto zneužít? Vidím jako nutnost zákony týkající se záchrany a udržení života zkvalitnit, upravit a doplnit.⁹⁴

Ve Švýcarsku má důležitou úlohu Švýcarská akademie lékařských věd (SAMW). Je zřízená zákonem a spolupracují s ní i významní právníci. Přijímá směrnice a doporučení „(...) *pro různé situace vyskytující se při poskytování zdravotní a navazující péče,*“ které jsou v jakýchkoli situacích vzorem možného řešení a poskytnutí péče. „*SAMW se staly dobrým právním, medicínským a etickým vodítkem*“. V prostorách státních a veřejných nemocnic nebylo povoleno uskutečnit asistovanou sebevraždu. U ošetrovatelských a pečovatelských zařízení se podmínky do určité míry uvolnily. V případě rozhodnutí pacienta podstoupit asistovanou sebevraždu musí zdravotní pracovníci zjistit, že jí nechce podstoupit pod nátlakem nebo z důvodu špatné péče. Dále musí ověřit, že je schopný se sám rozhodovat. SAMW trvá na tom, pokud tomu situace dovoluje, aby se lékař ze zdravotního ústavu neúčastnil ani doprovodu ani sebevraždy a neposkytoval recept na smrtící přípravek. Jestliže to však situace neumožňuje, je možné použít směrnice SAMW jako vodítko pro tuto situaci. To znamená, že pokud by se musel ústavní lékař asistované sebevraždy účastnit, nesmí vystavit potvrzení o úmrtí ani ověřovat příčiny úmrtí. Musí to nahlásit (...) *orgánům činným v trestním řízení jako nepřírozená smrt.*“⁹⁵

⁹² Komfort.linet, *Jak zdravotnická technika zlepšuje péči o pacienta*, [online] [cit. 1. března 2014].

Dostupné z: <file:///C:/Users/OKAY/Downloads/Komfort_3_2005%20(1).pdf>.

⁹³ Srov. Komfort.linet, *Jak zdravotnická technika zlepšuje péči o pacienta*, [online].

⁹⁴ Srov. SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, V. *Eutanázie, nebo komfort pro pacienty?*, s. 36,37.

⁹⁵ Srov. SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, V. *Eutanázie, nebo komfort pro pacienty*, s. 33, 34.

Směrnice je možné použít například i v otázkách týkajících se dříve vyslovených přání, dále se zabývají seniory v dlouhodobých léčebnách, zvýšenými dávkami na bolesti, závěrem života nemocného a podrobně se zabývají kvalitou a etikou péče. Ve švýcarském občanském zákoníku je obsažena povinnost pečovatelských a ošřovatelských ústavů nahlásit osoby, o které se nikdo nestará a jsou osamělé a soud jim zajistí zástupce (...) *pro spolurozhodování o zdravotní péči aj.*“

České republice chybí například takovéto směrnice, chybí zástupci, kteří by hájili zájmy pacientů a ohrány, které by řešily jejich stížnosti a chybí podrobný (...) *právní rámec, pro poskytování kvalitní, dostupné zdravotní a na ni navazující péče s posílením práv pacientů.* Pokud je přijat nějaký zákon, musí být důkladně propracován, doplněn dalšími předpisy a měl by také obsahovat kontrolní mechanismy.⁹⁶

⁹⁶ Srov. Tamtéž, s. 31.

Závěr

Cílem mé práce bylo zjistit, zda má mít eutanázie místo v našem životě, vymezit definici pojmů eutanázie a zhodnotit eutanázii z hlediska zákona v České republice a ve Švýcarsku. Analyzovat paliativní péči v těchto zemích a srovnat jejich úroveň. Dále se pokusit o komparaci českého a švýcarského systému paliativní péče. Myslím si, že se mi podařilo stanovených cílů dosáhnout.

Eutanázie je tématem, které je v popředí zájmu celé naší společnosti a je to velmi diskutované téma. Je potřeba si uvědomit, že smrt patří k našemu životu a neměla by být z našich životů vytlačena. Myslím si, že většina z nás by chtěla zemřít v kruhu rodinném a mezi svými blízkými. Nemocní lidé se léčí ve zdravotnických zařízeních a zde ve většině případů také umírají. Není žádnou neznámou, jakou kvalitu péče poskytuje léčebna dlouhodobě nemocných (LDN) a jaký přístup k pacientům má zdravotnický personál v České republice. Na toto téma proběhlo v médiích mnoho upozornění. Nedostatečná kvalita následné péče by měla být předmětem jednání a zároveň zlepšování úrovně poskytovaných služeb.⁹⁷

Není divu, že v povědomí lidí převažuje strach. Nejen strach z bolesti, ale i strach z osamocení, z toho že neumřeme v důstojných podmínkách za podpory rodiny a svých blízkých. Proč by mě člověk umírat sám, v nemocničním zařízení, kde jsou návštěvy povoleny jen v určitých hodinách? Takovéto povědomí lidí vede k myšlence, která je spojená s eutanázií. Naše společnost potřebuje nový směr, kterým je paliativní péče. Protože nemocný umírající člověk má jiné potřeby než běžně nemocný člověk. Paliativní péče zajišťuje komplexní péči již od doby, kdy bylo diagnostikováno pokročilé stádium nemoci, až po podporu pozůstalých v době jejich zármutku. Klade důraz na zajištění kvality života u smrtelně nemocných. Mírní bolesti, pomáhá zachovat lidskou důstojnost a pomáhá po stránce fyzické i psychické a poskytuje útěchu nejen nemocným, ale i jeho blízkým.⁹⁸

V České republice je vývoj paliativní péče značně opožděn. Je to dáno vývojem naší politické i ekonomické situace, i když došlo v posledním desetiletí k rozvoji paliativní péče, přesto umírající v naší zemi nemají nebo neznají tuto možnost a proto jí ani nevyužívají. Je důležité, aby se informace dostaly do povědomí naší společnosti.

⁹⁷Srov. I dnes.cz. *Za zdmi LDN je pacient nula, zjistil reportér MF DNES*, [online].

⁹⁸Srov. Komfort. linet. *Paliativní péče na vzestupu*, [online] s. 4.

Myslím si, že pokud by se paliativní péče v České republice dostala na úroveň Švýcarska, neskloňovala by se „dobrá smrt“ s eutanázií, ale s paliativní péčí. Paliativní péče by tedy mohla být dobrou prevencí před eutanázií. Systém švýcarského zdravotnictví je na vysoké úrovni a struktura paliativní péče velice dobře funguje. Dle mého názoru by se mělo české zákonodárství motivovat švýcarským systémem.

Seznam použitých zdrojů

Tištěné

- HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. 2. vyd. Praha: Gallen, 2007. ISBN 978-80-7262-471-3.
- GYGALOVÁ, M. *Financování zdravotnictví*. Bakalářská práce, vedoucí bakalářské práce, Radovan, M. Právnická fakulta Masarykovy univerzity. 2009. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/238393/pravf_b/?lang=en%E2%80%8E.
- HEŘMANOVÁ, J., VÁCHA, M., SVOBODOVÁ, H. ed al. *Etika v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3469-9.
- KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
- MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1025-0.
- MATOCHOVÁ, S. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-4757-0.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, *Diskusní materiál k východiskům dlouhodobé péče v České republice*. MPSV, 2010. ISBN 978-80-7421-021-1.
- MUNZAROVÁ, M. *Proč ne eutanazii aneb Být, či nebýt?* Ecce homo, 2008. ISBN 978-80-7195-304-3.
- MUNZAROVÁ, M. *Vybrané kapitoly z lékařské etiky III. Kodexy lékařské etiky a jiná etická doporučení*. Brno: Masarykova univerzita, 2000. ISBN 80-210-1417-8.
- MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1024-2.
- POLLARD, B. *Eutanazie ano či ne?* Praha: Dita, 1996. 28. Publikace. ISBN 80-85926-07-5.
- PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kolektiv. *Eutanazie pro a proti*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-247-4659-3.
- Ústava České republiky. *Listina základních práv a svobod*. Ostrava: Sagit, 2005. ISBN 80-7208-525-5.
- KAŠPÁREK, Z. *Dlouhodobá stacionární péče ve Švýcarsku*. Tábor: 2012. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky.
- SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, V. *Eutanazie, nebo „Komfort“ pro pacienty?* Repromedia, 2007. ISBN 987-80-260-2989-2.

SLÁMA, O., ŠPINKA, Š. *Koncepce paliativní péče v ČR. Pracovní materiál k odborné a veřejné diskusi*. ISBN 80-239-4330-8.

SLEZÁKOVÁ, L. *Ošetřovatelství pro zdravotnické asistenty III – Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. Praha: Grada, a.s., 2007. 220 s. ISBN 978-80-247-2270-2.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. Praha: Ecce homo, 1995. ISBN není uvedeno.

SVATOŠOVÁ, Marie, Hospicová péče v ČR, aneb čeho jsme dosáhli a kam směřujeme? *Ošetřovatelství* 2006, č. 1-2, ISSN 1212-723X.

ŠTĚPÁNEK, P. *Systém poskytování zdravotní péče ve Švýcarské konfederaci*. Diplomová práce, vedoucí Lešetický, O. Vysoká škola ekonomická v Praze 2011. Dostupné na WWW: file:///C:/Users/OKAY/Downloads/zaverecna_prace.pdf.

VÁCHA, M. KÖNIGOVÁ, R. MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-7367-780-0.

Elektronické

Asistovaných sebevražd ve Švýcarsku trvale přibývá, [online] 2012 [cit. 9. února 2014]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/mlada-fronta-zdravotnicke-noviny-zdn/asistovanych-sebevrazd-ve-svycarsku-trvale-pribyva-464062?category=ze-zahranici>>.

Etický kodex České lékařské komory. In: *Bioetika a lékařská etika* [online] § 2 Lékař a výkon povolání, odst. 7. [cit. 9. února 2014]. Dostupné z: <http://bioetika.ktf.cuni.cz/articles.php?lng=cz&pg=6>

Evropská komise. *Vaše práva v oblasti sociálního zabezpečení ve Švýcarsku*, [online] 2012. [cit. 1. března 2014]. Dostupné z: http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20Switzerland_cs.pdf.

Eutanazie očima různých oborů. Umírání.cz. [online] 2012 [cit. 9. února 2014]. Dostupné z: <<http://www.umirani.cz/detail-clanek/eutanazie-ocima-ruznych-oboru.html?type=print>>.

idnes.cz. *Urny v curyšském jezeře zůstanou záhadou. Klinika Dignitas vyvázla*, [online] 2010 [citace: 14. února 2014]. Dostupné z: <http://zpravy.idnes.cz/urny-v-curysskem-jezere-zustanou-zahadou-klinika-dignitas-vyvazla-1pv-/zahranicni.aspx?c=A100805_122655_zahranicni_stf>.

Idnes.cz. *Za zdmi LDN je pacient nula, zjistil reportér MF DNES*, [online] 2008 [cit. 1. března 2014].

Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/za-zdmi-ldn-je-pacient-nula-zjistil-reporter-mf-dnes-fht-/domaci.aspx?c=A080706_225553_domaci_mia.

Cesta domů. *Respektování lidské důstojnosti*. [online] 2004 [cit. 1. března 2014].

Dostupné z: <http://www.cestadomu.cz/res/data/028/003427.pdf>.

Čech požádal ve Švýcarsku o smrt, [online] [cit. 9. února 2014]. Dostupné z:

<http://www.impuls.cz/clanky/2007/08/cech-pozadal-ve-svycarsku-o-smrt/>

Česká společnost paliativní medicíny. *Paliativní péče v ČR v roce 2013*, [online] [cit. 9. února 2014]. Dostupné z: <http://www.paliativnimedicina.cz/aktualita/paliativni-pece-v-cr-v-roce-2013>.

DOKTORKA.cz. *České zákony nepovolují eutanazii, v nemocnicích se dělá*, [online] 2007 [cit. 9. února 2014]. Dostupné z: <http://zdravi.doktorka.cz/ceske-zakony-nepovoluji-eutanazi--v-nemocnicich-se-dela>.

Dříve vyslovené přání - Umírání.cz. [online] 2012 [cit. 9. února 2014]. Dostupné z:

<http://www.umirani.cz/drive-vyslovene-prani.html>.

Epravo.cz. *Dříve vyslovená přání – závěť do nemocnice?* [online] 25. 4. 2013 [cit.

9. února 2014]. Dostupné z: <http://epravo.cz/top/clanky/drive-vyslovena-prani-zavet-do-nemocnice-90987.html>.

hospice.cz. *O důstojném životě terminálně nemocných*, [online] [cit. 9. února 2014].

Dostupné z: <http://www.hospice.cz/otazky-a-odpovedi/co-je-paliativni-lecba-pece-a-medicina/>

Hospice, o důstojném životě terminálně nemocných: Slovník pojmů. Hospice.cz,

[online] [cit. 9. února 2014]. Dostupné z: <http://www.hospice.cz/slovník-pojmu/>.

Idnes.cz. *Za zdmi LDN je pacient nula, zjistil reportér MF DNES*, [online] 2008 [cit. 1. března 2014].

Dostupné z: http://zpravy.idnes.cz/za-zdmi-ldn-je-pacient-nula-zjistil-reporter-mf-dnes-fht-/domaci.aspx?c=A080706_225553_domaci_mia.

Komfort.linnet, *Jak zdravotnická technika zlepšuje péči o pacienta*, [online]

[cit. 1. března 2014].

Dostupné z: [file:///C:/Users/OKAY/Downloads/Komfort_3_2005%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/OKAY/Downloads/Komfort_3_2005%20(1).pdf).

NĚMCOVÁ, B. *Eutanazie v Česku zůstává nelegální, Senát změny zamítl*, [online] 2012 [cit. 9. února 2014].

Dostupné z: <http://zpravy.idnes.cz/eutanazie-v-cesku-zustava-nelegalni-senat-zmenyzamitl->

Osobní asistence. *Co je hospicová péče?* [online] [cit. 9. února 2014]. Dostupné z:

<http://www.osobniasistence.cz/?tema=3&article=1>.

Medop. *Paliativní péče v ČR*, [online] 2010 [cit. 9. února 2014]. Dostupné z: <medop.cz/nemocnice/paliativni-pece-v-cr>.

Sebevražedná turistika si ve Švýcarsku vynutila změnu pravidel eutanazie. Ihned.cz [online] 2009 [cit. 10. února 2014]. Dostupné z: <http://zpravy.ihned.cz/svet-evropa/c1-37751350-sebevrazedna-turistika-si-ve-svycarsku-vynutila-zmenu-pravidel-eutanazie>>.

Strategie rozvoje paliativní péče v České republice na období 2011-2015. 2.1 Definice paliativní péče - Vláda ČR. [online] [cit. 9. února 2014]. Dostupné z: http://www.vlada.cz/assets/ppov/rlp/cinnost-rady/zasedani-rady/Strategie-paliativni-pece_schvaleno-RLP.doc.

ŠUSTEK, P. *Vademecum pacienta*. [online] [cit. 7. března 2014]. Dostupné z: <http://pravapacientu.poradna-prava.cz/folder05/Vademecum_pacienta.pdf>.

Švýcarsko. Kantony, [online] 2010-2012 [cit. 11. února 2014]. Dostupné z: <http://www.svycarsko.kvalitne.cz/ve_zkratce.html>.

tyden.cz. *Eutanazie uzákoněna nebude, Senát návrh zamítl*, [online] [cit. 24. února 2014]. Dostupné z: <http://tyden.cz/rubriky/domaci/eutanazie-uzakonena-nebude-senat-navrh-zamitl_81331.html#.UveNEPI5NqU>.

Zákony – online. *Listina základních práv a svobod (ústavní zákon č. 23/1991 Sb.)* [online] 2005 [cit. 7. března 2014]. Dostupné z: <<http://zakony-online.cz/?s5&q5=all>>.

Absrakt

CHERLOTTE, P. *Eutanázie v České republice a ve Švýcarsku*. České Budějovice, 2014. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra pedagogiky. Vedoucí práce T. Veber.

Klíčová slova: eutanázie, lidská důstojnost, negativní revers paliativní a hospicová péče, asistovaná sebevražda, organizace Exit a Dignitas, zákon o paliativní péči v ČR a švýcarská legislativa.

Práce se zabývá eutanázií v České republice a ve Švýcarsku. Analyzuje zdravotní systém v těchto zemích a jejich úroveň paliativní péče. Zabývá se zákonem o veřejných službách a zaměřuje se na eutanázií z hlediska zákona České republiky. Práce se zabývá problematikou asistované sebevraždy ve Švýcarsku, působením organizací Exit a Dignitas, kde je asistovaná sebevražda provozována její legislativou. Charakterizuje švýcarské zdravotní plány a pilíře a srovnává paliativní péči. Důležitou roli má ambulantní služba Spitex zaměřená na pomoc a péči v domácím prostředí. Závěr práce je komparací českého a švýcarského systému.

Abstract

Euthanasia in the Czech Republic and Switzerland

Key words: euthanasia, human dignity, negative reverse, palliative and hospice care, assisted suicide, organisations Exit and Dignitas, Act on Palliative Care in the Czech Republic and Swiss legislation

The thesis deals with euthanasia in the Czech Republic and in Switzerland. It analyses the health system in these countries and the quality of palliative care there. It concerns with the Act on Public Services and focuses on euthanasia from the Czech legislative point of view.

Next, the thesis deals with the issue of assisted suicide and its legislation in Switzerland and with the activities of organisations Exit and Dignitas, where the assisted suicide is carried out. It characterises Swiss health models and schemes and compares palliative care. An important role is played by ambulatory service provider Spitex specialized in home care. The conclusion of the thesis is the comparison of Czech and Swiss systems.