



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Eutanázie nebo asistovaná sebevražda? K terminologii české
debaty o legalizaci eutanázie**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **REHABILITACE**

Autor: Zuzana Komárková, DiS.

Vedoucí práce: Ondřej Doskočil Mgr. Et Mgr., Th.D.

České Budějovice 2018

Abstrakt

Má bakalářská práce se zabývá problematikou legalizace eutanazie a nebo asistované sebevraždy. Cílem této práce je bude upozornit na odlišnosti obou pojmů a přispět tak zejména pracovníkům v pomáhajících profesích, ale i širší veřejnosti, k argumentační jasnosti ve veřejné diskuzi a eutanazii a její případné legalizaci.

Teoretická část se věnuje vymezení problematiky. Krátké pozastavení u historie kdy se eutanazie již uvedla v praxi a dopady na celý svět. Pokusy o legalizaci eutanazie na území České republiky jako samostatného státu. Pozastavíme se u problematiky z hlediska právního řádu České republiky. Která odvětví tato problematika zasahuje. Ve stručnosti si představíme dle odpůrců legalizace možná řešení této problematiky.

V analytické části se budeme zabývat kvalitativním výzkumem debaty, která se uskutečnila k návrhu zákona o legalizaci eutanazie a jejího vymezení. Budou zde citováni přednášející, kteří vyjádřili svůj soukromý názor k této otázce. Výsledek rozboru debaty bude zahrnut v závěru debaty. Zde nalezneme argumenty proč legalizovat či nelegalizovat eutanazii. V přílohách budou vyjmenována práva pacienta v ČR, etický kodex lékaře a sestry.

Mou domněnkou je, že vytyčený cíl bude splněn. Výzkumná otázka bude zodpovězena pro jednodušší pochopení této problematiky. Výsledek práce by se mohl využít při otázce legalizování eutanazie. Upozornit na správné definování pojmů a dle tohoto postupovat.

Abstract

My thesis deals with the legalization of euthanasia or assisted suicide. The aim of this paper is to highlight the differences between the two concepts and to contribute especially to workers in the helping professions, but also the wider public, the argumentative clarity in the public debate and eventual euthanasia and its legalization.

The theoretical part defines the issue. Short pause in history where euthanasia has been put in place and the implications for the whole world. Attempts to legalize euthanasia in the Czech Republic as an independent state. We suspend at the issue from the viewpoint of Czech law. Which sectors this issue affects. In brief, we introduce according to opponents of the legalization of possible solutions to this problem.

The analytical part will deal with the qualitative research debate, which was held on the draft law on the legalization of euthanasia and its definition. There will be quoted lecturer who expressed his personal opinion on this issue. Result analysis of the debate will be included at the end of the debate. Here you will find arguments why legalize euthanasia or nelegalizovat. The annexes will be enumerated rights of patients in the Czech Republic, Code of Ethics doctors and nurses.

My assumption is that the set goal is met. The research question will be answered for easier understanding of this issue. The result of the work could be used in the question of legalizing euthanasia. Highlight the correct definition of the terms and in accordance with this act.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem **Eutanázie nebo asistovaná sebevražda? K terminologii české debaty o legalizaci eutanázie** jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové 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 elektronickou 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 bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne

.....

podpis

Poděkování

Velice děkuji vedoucímu práce Ondřejovi Doskočilovi, Mgr. et Mgr. ThD. za velmi cenné připomínky a obrovskou trpělivost se mnou. Dále děkuji rodině za trpělivost za celé mé studium, kdy mi byli všichni oporou.

Obsah

Seznam použitých pojmů.....	9
Cíle.....	12
1. Teoretická část	13
1.1. Pojem eutanázie	13
1.1.1. Rozdělení eutanázie	13
1.1.2. Jiné formy eutanázie	17
1.2. Historie eutanázie	18
1.3. Česká republika a její snahy o uzákonění eutanázie.....	23
1.4. Umírání	25
1.4.1. Proces umírání	25
1.4.2. Základní potřeby umírajících.....	28
1.4.3. Umírání v domácnosti.....	29
1.4.4. Institucionální model umírání	29
1.4.5. Důstojná smrt.....	30
1.4.6. Kvalita života.....	30
1.4.7. Dříve vyslovená přání	31
1.5. Paliativní péče.....	33
1.5.1. Moderní paliativní péče	33
1.5.2. Potřeba paliativní péče.....	34
1.6. Hospicová péče	35
1.6.1. Domácí hospicová péče	35
1.6.2. Lůžková hospicová péče	35
1.6.3. Stacionáře – denní pobyty.....	35
1.7. Právo ČR.....	36
1.7.2. Ústavní zákony a Listina základních práv a svobod.....	39
1.7.3. Úmluva o lidských právech a biomedicíně.....	41
1.7.4. Trestní zákoník.....	41
1.7.5. Občasný zákoník.....	42
1.8. Česká lékařská komora	45

2. PRAKTICKÁ ČÁST	47
2.1. Metodologie	47
2.3. POKUS O ZMĚNU TRESTNÍHO ZÁKONÍKU	48
2.3.1. Návrh zákona z roku 2008	49
2.3.2. Návrh zákona o důstojné smrti z roku 2016	54
2.4. Odborná debata	57
2.4.1. Diskuse o přirozené smrti, marné léčby a zástupného rozhodování.....	57
2.4.2. Debata České lékařské komory o uzákonění eutanázie	61
2.5. Snaha o uzákonění eutanázie z roku 2018	73
2.6. Eutanázie v jiných státech.....	75
2.6.1. Spojené království Velké Británie a Severního Irska.....	75
2.6.2. Holandsko	76
2.6.3. Belgie	77
2.6.4. Lucembursko	78
2.6.5. Švýcarsko.....	79
3. Závěr	82
4. Přílohy.....	83
4.1. Práva pacientů ČR	83
4.2. STAVOVSKÝ PŘEDPIS č. 10 ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY ETICKÝ KODEX ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY	85
4.3. Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester.....	86
4.4. § 36 ze zákona č. 372/2011 - Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).....	87
4.4. Seznam použitých zkratk	89
5. Informační zdroje.....	90
5.1. Literatura:.....	90
5.2. Internetové zdroje	92
5.3. Internetové články.....	93
6. Přílohy.....	95
6.1. Legální statut dobrovolné euthanasie a asistované sebevraždy	96

6.2. Žádost podávaná v Oregonu při povolení eutanázie.....	102
6.3. Adresář poskytovatelů hospicové paliativní péče - členů APHPP - podle krajů	104
Hlavní město Praha.....	104
• Hospic Malovická - L.....	104
Středočeský kraj.....	105
Jihočeský kraj.....	105
• Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. - L.....	105
Plzeňský kraj.....	106
Ústecký kraj.....	106
Karlovarský kraj.....	106
Královéhradecký kraj.....	107
Jihomoravský kraj.....	107
Olomoucký kraj.....	107
Zlínský kraj.....	108
Kraj Vysočina.....	109
6.4. Hoppikratova přísaha.....	109

Seznam použitých pojmů

a) Pacient v terminálním stádiu onemocnění – pacient v konečném stádiu onemocnění, které není slučitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné.

b) Pacient neschopný o sobě rozhodovat – nemocný s poruchou vědomí, který je vzhledem ke svému aktuálnímu zdravotnímu stavu neschopný posouzení situace a rozhodování o své osobě, není schopen vyjádřit informovaný souhlas.

c) Paliativní léčba – léčba, jejímž cílem je zabránění bolesti, strádání či dyskomfortu nevyлéčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta.

d) Marná a neúčelná léčba – léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací.

e) Nezahajování léčby – léčebný postup, který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta, není indikován a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou. Nepřijetí pacienta v konečné fázi jeho onemocnění na pracoviště intenzivní medicíny, kdy již nelze zastavit postup choroby, navrátit zdraví či odvrátit smrt, patří mezi opatření nezahajování léčby.

f) Nepokračování léčby – při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt, není ve stávající marné a neúčelné léčbě pokračováno a tato léčba je ukončena (např. vysazení farmakologické podpory oběhu, ukončení hemodialýzy, ukončení ventilační podpory).

g) Eutanázie – slovo ze Starého Řecka. Je složeno, že dvou slov. Eu -dobrý, tahananatos - smrt. V překladu znamená dobrá smrt. Je usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než

pacientem samým, a to na jeho vlastní žádost. Právní systém České republiky pojem eutanázie nezná. Uvedené jednání by bylo hodnoceno jako trestný čin a je nepřípustné. Nepřípustná a trestná je také pomoc k sebevraždě.

h) Dystanázie - je umělé a násilné prodlužování přirozeného procesu umírání léčbou, jejíž nevýhody z pohledu pacienta nebo jeho blízkých převažují nad jejími výhodami. Dystanázie, neboli zadržaná smrt je nepříjemným důsledkem uplatňování postupů vítězné medicíny v situacích, kdy potřeby umírajícího vyžadují paliativní přístup.

ch) Living will - doslovně znamená *živoucí*, resp. *živá vůle*. Jedná se i písemné vyjádření svobodné vůle nemocného pro futuro, tedy pro případ, kdy pacient nebude pro závažnost stavu schopen ani posoudit svou situaci, ani verbalizovat své přání. Používá se v některých zemích v případě eutanazie.

i) Asistovaná sebevražda - je považována za jednu z forem eutanázie. Smrtelně nemocný pacient, který chce odejít ze života sám a nechce čekat až na smrt. U svého lékaře zažádá o tuto formu eutanazie. Po opakovaném ujištění, že si je plně vědom co nastane. A je ve všech podmínkách způsobilý mu jeho lékař vypíše recept. Po obdržení této látky si jí aplikuje sám pacient. Je to jeho svobodný čin, který aplikuje sám. Role lékaře se odehrává mimo samotný akt sebevraždy.

j) Do not resuscitate - neresuscitovat. Pacient dříve projeví přání a to poté sepíše, že nechce být resuscitován

k) Kluzký svah - je pojem kdy se ze začátku zlegalizovaný pojem vnímán bez velkého vlivu, ale po nějaké době se projeví negativita tohoto rozhodnutí. Např. legalizace interrupcí byla ze začátku pouze lékařskou záležitostí. Dnes se provádějí i sociální interrupce.

Úvod

Tuto práci jsem si vybrala záměrně. Jsem pro uzákonění eutanázie a asistované sebevraždy. Eutanázie a asistovaná sebevražda by v 21. století měla by být jedna z možností nemocných. Jejich svoboda rozhodování a vyslovená přání by měla být pro nás vším a měli bychom se jimi řídit.

Jak jsem se dále prostupovala tímto tématem zjistila jsem, že definovat eutanázii jako takovou není snadné. Našla jsem spoustu definic. Postupem času se definice měnili. Vybrala jsem jednu definici. Pro uzákonění eutanázie potřebujeme jasnou definici se, kterou bude společnost souhlasit.

Teoretickou část jsem zaměřila na přístup právního řádu ČR k této problematice, abych nastínila, kolik zákonů se bude muset změnit, kdybychom eutanázii uzákonili.

Praktická část se rozbor debaty k návrhu zákona z roku 2008 a 2016 k legalizaci eutanázie. Postoj politiků či politických stran k otázce eutanázie a její uzákonění v České republice. V diskuzi z debaty jsem nastínila hlavní důvody pro a proti legalizaci eutanázie.

Nejsem si úplně jista, jestli česká společnost jako taková má výhradně vymezenou tuto problematiku a co se pod ní skrývá. Jaká rizika a přínosy by přineslo její uzákonění.

CÍLE

Analyzovat užívání pojmů eutanázie (aktivní a pasivní) a asistovaná sebevražda ve veřejné diskuzi v souvislosti s pokusy o jejich legalizaci v ČR.

Výzkumná otázka:

Jsou pojmy eutanázie a asistovaná sebevražda ve veřejné diskuzi správně užívány?

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1. Pojem eutanázie

Eutanázie nebo asistovaná sebevražda zasahuje do širokého spektra společnosti. Tyto dva pojmy můžeme posuzovat z hlediska morální stránky společnosti, ze stránky práva. V právním řádu ČR zasahuje do více odvětví. A to do těchto:

- občanské právo,
- trestní právo,
- ústavní právo,
- zdravotní právo.

Na prvním místě práva jako takového nám vystupuje Listina základní práv a svobod (dále jen LZSP).

Problematika uzákonění eutanázie a asistované sebevraždy nám, jak jsme se před chvílí dočetli, zasahuje vlastně do všech oblastí společnosti. Při uzákonění by se muselo změnit několik zákonů, a to je běh na dlouho trať. Jelikož je tolik definic eutanázie a její rozdělení.

1.1.1. Rozdělení eutanázie

1.1.1.1. Aktivní eutanázie

Je forma eutanázie, kterou společnost nazývá strategie přeplněné stříkačky – pacient vyjádří vlastní dobrovolnou žádost, aktivní roli má lékař. (Haškovcová, 2007)

Jde o čin, který lékař vykoná u nevléčitelně nemocného, trpícího nesnesitelnými bolestmi na jeho vlastní žádost. Někdy je tato forma nazývána jako strategie přeplněné stříkačky. (Špinková, Špinka, 2006)

1.1.1.2. Pasivní eutanázie

Můžeme jí nazvat jako strategie odkloněné stříkačky – jedná se o přerušení léčby nebo vynechání léčebných postupů, které už nejsou účinné. (Haškovcová, 2007)

Pojem pasivní eutanázie však v sobě skrývá dva úplně odlišné postupy:

- Úmyslné nepodání léků nebo zanedbání léčby s úmyslem zabít – tento přístup se v podstatě rovná přístupu aktivnímu.
- Ustoupení od určitých léčebných postupů, které už nadměrně zatěžují pacienta, jsou neúčinné a jen prodlužují utrpení a pacient už stejně nemá naději na zlepšení svého stavu. Chybí zde ale úmysl zabít. Na toto jednání má nemocný právo. Tento druhý přístup však není eutanázie. Jedná se o čin, pro který se používá termín „letting die – nechání zemřít“. (Munzarová, 2008b, s. 21)

Pasivní eutanázie, když to vše shrneme strategie, kdy současná medicína a možnosti léčby vyčerpaly všechny prostředky léčby. Při této formě přestaneme nebo přerušíme léčbu na přání pacienta. Přáním pacienta je vlastně neprodlovování života, protože léčba je neúčinná. Pacient chce dožít život kvalitně a se svojí rodinou a ne někde v nemocnici při léčbě, která pouze prodlužuje utrpení. Pasivní eutanázie spočí v tom, že veškeré pochyby o možném uzdravení a úspěšné léčbě jsou objasněny.

Samotné rozhodnutí o přerušení léčby učiní sám pacient. Zde se už medicína soustředí, aby pacient netrpěl bolestí a prožil zbytek života v co největší kvalitě.

1.1.1.3. Dobrovolná eutanázie

Eutanázie dobrovolná by se měla provádět pouze na základě žádosti pacienta. (Špínková, Špínka, 2006)

1.1.1.4. Nedobrovolná eutanázie

Eutanazie nedobrovolná se děje většinou na základě žádost rodin pacientů, kteří sami nemohou učinit toto rozhodnutí, a z přesvědčení lékaře o tom, že život pacienta již není hoden toho, aby byl dále žit. Tato nedobrovolná eutanazie by tak mohla být i eutanazií nevyžádanou nebo snad i nechtěnou. (Haškovcová, 2006)

1.1.1.5. Přímá eutanázie

O eutanazii jako takové by se mělo hovořit pouze v tomto případě, kde je cílem jednání urychlení nebo navození smrti jiného člověka.

1.1.1.6. Nepřímá eutanázie

Podstatou nepřímé eutanazie je zbavit nemocného utrpení (např. bolesti) a smrt nebo urychlení smrti je necíleným důsledkem jednání!!

Typickým příkladem „nepřímé eutanazie“ je podávání vysokých dávek léků proti bolesti v období umírání, které mohou, ale i nemusí svými vedlejšími účinky život člověka zkrátit. (Špinková, Špinko, 2006)

1.1.1.7. Asistovaná sebevražda

Je jednou z forem eutanazie, kdy pacient projeví přání zemřít, jelikož má nesnesitelné bolesti a o pomoc žádá lékaře. Samotné ukončení života však neprovádí lékař, ale pacient sám. (Haškovcová, 2007)

Po schválení žádosti se pacientovi vystaví recept na daný smrtící prostředek.

Pacient si může vybrat kde, kdy, s kým ukončí svůj život. Daný smrtící prostředek si aplikuje sám.

V této formě eutanázie je vlastně pacient sebevrah s pomocí. Pomoc mu poskytne lékař skrze vypsání receptu na smrtící prostředek.

Je zde podmínka, že pacient musí vykonat sám aplikaci smrtícího prostředku. Pokud by mu někdo jiný aplikoval "smrtící injekci" vystavuje se tržestnému stíhání.

O asistovanou sebevraždu může požádat pacient, jenž trpí nevy léčitelnou chorobou, kterou nelze dostupnými léčebnými prostředky vyléčit. U většiny těchto nevléčitelných nemocí trpí nemocní nesmrtelnými bolestmi a to dle mého názoru nejčastější důvod pro eutanázii nemocní vyžadují.

1.1.1.8. Dystanazie

Dystanází rozumíme stav kdy už je smrt brzká a neodvratitelná. I zde se medicína snaží smrt zvrátit v život za použití všech dostupných lékařských možností léčby. Můžeme to nazvat i zdržením nebo pozdržením smrti a bude jen otázkou času kdy tělo pacienta opět tzv. selže a medicína opět bude bojovat o pozdržení smrti.

Díky obrovskému pokroku medicíny, stále se rozvíjející technice a lékařských technologií, dochází k zápasu s chorobou ve snaze učinit tělo za každou cenu nesmrtelným. (Haškovcová, 2000)

Bohužel v těchto případech dokází k prodlužování utrpení jak psychického tak fyzického jak pro samotného pacienta tak i pro jeho rodinu. Musíme ale mít i na paměti postoj samotných lékařů, kteří sice mají zachránit lidský život, ale ne za každou cenu. V některých lékařských literaturách se objevuje pojem overtreatment. Tento pojem můžeme brát za zakladatele eutanázie. Overtreatment = marná léčba toto samo o sobě vše říká. Marná léčba pouze a jen prodlužuje život pacienta a tak jeho utrpení.

1.1.2. Jiné formy eutanázie

1.1.2.1. Prenatální eutanázie

Někteří lidé označují tímto pojmenováním interrupci. Interrupce je umělé přerušení těhotenství. V našem případě, ale jde o přerušení kvůli jiným než zdravotním důvodům. Jiné důvody mohou být: věk matky, sociální podmínky, apod. Prenatální interrupci někteří odborníci zcela odmítají, jelikož nejde o usmrcení na přání plodu, ale jeho matky. V drtivě většině případů interrupcí je plod zdravý, netrpí žádnými bolestmi.

Jde o výhradní přání matky, která se nechce stát matkou a je pro ní nepřínosné být gravidní. Je odpíráno základní právo a to právo na život, které naše společnost toleruje. Interrupce má samozřejmě i své odpůrce. Nejčastější argumenty proti jsou: právo na život a ochrana práv nenarozeného dítěte.

1.1.2.2. Sociální eutanázie

Jedná se o spíše demografickou a sociální problematiku. Jiná lékařská péče bude zajištěna v České republice a jiná bude zajištěna např. : v Peru či Ghaně. Jedná se o rozdíly skrze demografii, sociální podmínky, vyspělost státu, financování zdravotnictví, dostupnost zdravotnictví, vzdělanost obyvatelstva , apod.

Zde musí vzdělaný lékař, který je v rámci studia a dalšího profesního působení seznámen s možnostmi léčby ve světě, ale bohužel je limitován skrze finanční stránku a další faktory. Lékař léčí dle "lege artis", ale je limitován a tak léčí pouze jak je mu umožňuje. Díky těmto rozdílům jsou u nás stanoveny tzv. Standardy kvality, které zajišťují stejnou péči všem v rámci Evropské unie.

1.2. Historie eutanázie

Problematika eutanázie se řeší od "začátku lidstva". Z archeologických průzkumů je možné dokázat, že se naši předci "zbavovali" svých neschopných členů (např. : nemocní, zranění, nestačili tempu tlupy a jiné). Ze psaných a dochovaných informací z historie řešili i tuto otázku myslitelé, básníci, lékaři a filozofové antického Řecka a Říma. I když sama antická společnost neměla na tzv. "dobrou smrt" jak se eutanázii přezdívá vyhraněný názor. Pro někoho byla dobrá smrt – zemřít na v boji, obraně rodiny. Zemřít jako hrdina. Pro jiného dobrá smrt znamenala zemřít vyrovnaný. Jak pro psychické strážce, ale také s vyřešenými problémy a "odejít" ze světa bez starostí.

Sokrates

On přitovnal smrt ke spánku. V tomto spánku se zemřelý setkal se svými milovanými. Vlastně bychom se měli na smrt těšit. Dle Sokrata není důvod proč se bát smrti pokud jste byl dobrý člověk. Odsuzuje lidi, kteří projeví strach ze smrti.

Platon

V Platonově učení se dozvídáme, že duše je jednoduchá ač složená věc. Při smrti jedince se odpoutá od těla. Ztratí tak svoji fyzickou část. Po oddělení se může zbytek duše zabývat vědou a získat tak odpovědi na všechny své otázky. Ve své knize *Faidon* popisuje odpor vůči sebevraždě. Jestliže nemocný trpěl šílenými bolestmi, které ho dovedly do agónie a smrt byla nevyhnutelná. Jen tehdy Platon schvaloval sebevraždu jako prostředek řešení.

V dalším díle *Spis Popliteia* odmítá názor, že člověk vděčí za život bohům a že tedy nemá právo takto ukončit utrpení. Dokonce váže a podřizuje hodnotu jedince a jeho schopnosti i ostatním – státu. Platon by tedy schvaloval chtěnou eutanázii

nevléčitelně nemocných a nezpůsobilých i na základě utilitaristických přístupů: člověk s těžkou chronickou chorobou je neúčinný jak pro sebe, tak pro stát (MUNZAROVÁ, 2005)

Aristoteles

Pro něho je sebevražda zrada. Občané mají být produktivní pro stát co nejdéle to jde. Nemocný by se měl postavit smrti čelem a počkat až sama přijde. Eutanázii považuje za zbabělost. Dle Aristotela pouze a jen vyjíměční- ryzí lidé čelí smrti beze strachu a uchýlení se k sebevraždě.

Hippokrates

Už ve starověku se k této problematice vyjádřil sám velký Hippokrates (460-377 př. Kr.), který byl proti eutanázii „Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne o to kdokoli požádal, a nikomu také nebudu radit (jak zemřít). Žádné ženě nedám prostředek k vyhnání plodu“(GAVORÁ,1996)

Stoicismus

Celý tento filozofický směr schvaluje eutanázii. Jestliže život nebo spíše kvalita života byla závažně ovlivněna (např.: neutišitelná bolest, malformace a jiné). Přihlíží se k vnímání sebe sama a pokud to jedinci nevyhovovalo a nějak trpěl. Tak stoicismus jeho rozhodnutí pro sebevraždu schvaloval pokud byla smysluplná.

Stoicismus si jako první vytyčil dvě podmínky:

- nesmí být impulzivní,ale promyšlené rozhodnutí
- důvod pro eutanázii musel být závažný
- přihlédlo se i na ostatní (např.: rodina)

Křesťanství

Křesťanství odsuzuje sebevraždu jako akt největšího zla. Křesťané mají 10 Božích přikázání podle nichž mají žít svůj život na Zemi a pokud jej povedou dobře tak odměna bude nebe. Sebevrah porušil jedno ze svatých přijímání a to " Nezabiješ", i když se jedná o jeho samotného. Život je dar, jenž byl člověku propůjčen na pouť po zemi a jeho sobecké plýtvání je v rozporu s vírou. Tělo sebevraha nesmí býti pohřbeno na hřbitově – "svatá půda",. Duše sebevraha skončila v pekle. Těla sebevrahů se pohřbívala buď za hřbitovní zedí a nebo v křižovatkách, jenž působí jako kříž a tak mají vyvést duši na světlo boží a nechat ďábla v pekle.

Jednotnou formu skrze počínání se sebevrahy ujasnily koncily a to 553 v Orleánu a 693 v Toledu. Zde se odsouhlasilo, že sebevrahové budou vyjmuti z řad věřících a nebudou pohřbeni jako křesťani. Tomáš Akvinský označil sebevraždu za zvrácenost vůči Bohu, ale tak i přírodě. Jeden z nejužitejších pudů je pud přežití a sebevrazi jej ignorují.

Renesance

Zde již tak přísná potrestání pro sebevrahy nejsou. Tento postoj je s vysokou preděpodobností ovlivněn morovou nákazou, jenž téměř vymítla Evropu. V knize Utopia z roku 1516 jejímž autorem je lord kancléř Thomas More napsal „, jde-li však o nemoc nejenom nevléčitelnou, ale i takovou, která chorého ústavičně 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 nemnožit morovou nákazu a neváhal zemřít (MORE,1978)

Přelom 19. - 20. století

Skrze Dawrinově teorii druhů a jejich přežití. Se ve společnosti objevuje pojem eugenika. Je to učení Francise Galtona, který pravil, že díky darwinově teorii víme, že v

přírodě zvítězí pouze silný a zdravý jedinec. Eugenika je nauka o genetické výbavě lidstva a jejímu vylepšování. Vylepšování genomu lidstva docházelo výchovou, sledováním věku rodičů, volbou "správných" rodičů. Měli se rodit jen ti "lepší" jedinci. Žádné genetické mutace, malformace,psychické,tělesné a jiné vady.

Teprve v roce 1895 vychází v Německu kniha Adolfa Jorsta – Právo zemřít. Kniha nezbudila velký zájem, a tak upadla v zapomnění. Další kniha zabývající se eutanázií vychází též v Německu. V roce 1920 jedná se o knihu dvou autorů. Právnicka Karla Bindiga a lékaře – psychiatra Alfreda Hoche.

Tato kniha se jmenovala Poskytnutí souhlasu k zničení života, který žití není hoděn. Bohužel sloužila nacistickému vůdci a jeho následovníkům k ospravedlnění jimi páchaných zverstev na lidech. Eutanázie se zneužila jako prostředek pro „vylepšení“ sociální situace. Jelikož postižení lidé byli na obtíž. Nepracovali a většina z nich byla umístěna v ústavech byl rozpočet po 1. světové válce napjatý.

Při používáním eutanázie se finanční stránka, jenž postižení potřebovali od státu snižovala. Eutanázie nebyla nejdříve zaměřena na určité rasy. Až s postupem války se eutanázie zaměřila na Židy a ostatní. Nejdříve se důvody pro eutanázii využívaly jako nesnesitelná bolest, mentální retardace.

Od roku 1939 samotný Hitler uzákonil eutanázii pro děti. Jakékoliv dítě, které vyhovovalo normám pro „ariskou rasu“ bylo odstraněno. Odvezeno od svých rodičů a umístěno do nějakého ústavu kde následně zemřelo. U dětí se ale nejednalo o rychlou smrt. Jsou doložené případy kdy byly vyhladověny,zemřeli na nemoce nebo v nejlepším případě nějakým prostředkem. Pro obhájení svého jednání si nacisté vymyslely obnovu a zlepšení genetické stránky národa.

Po roce 1940 se eutanázie již zaměřila i na válečné veterány a starší obyvatelstvo. Program, který se zabýval usmrcením dospělých lidí se nazýval T4. I zde bylo jeho kladná stránka – finanční úspora státu pro nepotřebné. Jeho Za vlády nacistů v Evropě se eutanázie rozšířila do takové éry, že bychom ji mohli označit za jasný nástroj v genocidě. Eutanázie jim naskytla obrovskou šanci, jak je odstranit.

Po válce s nacisty nalezené dokumenty pomohly usvědčit v tzv. Norimberských procesech spousty německých důstojníků a dalších co se na této genocidě podíleli. Byla

to nejhorší zkušenost pro svět s eutanázií a jejím možným zneužitím. Díky historii se tomuto můžeme vyvarovat. Na dlouhá léta se díky těmto procesům se debaty na toto téma odmlčely. Státy se legalizací eutanázie zabývaly jednotlivě.

1.3. České republika a její snahy o uzákonění eutanázie

První snaha o uzákonění eutanázie přišla již v roce 1926. Profesorská osnova, která pouze specifikovala čin vraždy a zabití.

„§ 271 odst. 2 osnovy nadto upravoval privilegovanou skutkovou podstatu usmrcení z útrpnosti. Podle tohoto ustanovení mělo u pachatelů, kteří usmrtili osobu trpící bolestí, dojít k mimořádnému snížení trestní sazby nebo se mělo od potrestání úplně upustit. Diskutováno bylo, zda-li by v zákoně nemělo být ustanovení o usmrcení z útrpnosti podmíněno naléhavou žádostí, popřípadě úředním svolením. Takové ustanovení však nebylo do osnovy umístěno, protože podle dobových názorů by se mohlo stát, že v určitých případech by takový souhlas nemohl být fakticky udělen.“ (ŠVÁBENSKÝ, 1932)

Další pokus se uskutečnil v roce 1937. Kdy tento pokus obsahovala tzv. „Ministerská unifikační osnova z roku 1937 už do svého obsahu trestný čin usmrcení na žádost zahrnuje. Osnova ve svém § 285 stanovila, že žádost musela být výslovná a musela usmrcení přímo předcházet. Podle § 285 odst. 2 osnovy bylo dále stanoveno, že pachatel tohoto trestného činu (osoba, která usmrtila jiného trpícího bolestmi, u něhož je smrt neodvratitelná, ze soucitu a na jeho žádost) bude potrestán tuhým žalářem (formálně se tedy jednalo o přečin) v délce tří měsíců až pěti let. Kontroverze vznikly především okolo výslovné žádosti. Odpůrci namítali, že v určitých případech taková výslovná žádost nemůže být projevna. Na základě těchto diskuzí se dospělo ke konsenzu, že za výslovný souhlas by bylo možné považovat i jen např. mimický úkon, ze kterého by ovšem šla žádost pacienta jasně dovodit.“ (ŠÁMAL,2007)

Od roku 1990 kdy vzniká samostatný československý stát, až do rozdělení v roce 1997 neprobíhala jakákoliv debata na poli politickém, ale i veřejném.

Po rozdělení Československé federativní republiky v roce 1997 a vzniku samostatného Českého státu se začínají objevovat první náznaky debat. O změnu trestního zákoníku a o zařazení pojmu eutanázie neboli asistované sebevraždy.

První oficiální návrh a debata k němu se uskutečňuje v roce 2004.

Vymezení eutanázie do Českého právního řádu byl pokus JUDr. Pavlem Šámallem. Jím navržený nový trestní zákoník, který se dostal do prvního čtení ve Sněmovně v roce 2004. Definoval eutanázii takto:

„§ 118 Usmrcení na žádost:

(1) Kdo ze soucitu usmrtí nevléčitelně nemocnou osobu, která trpí somatickou nemocí, na její vážně míněnou a naléhavou žádost, bude potrestán odnětím svobody až na šest let.

(2) Vážně míněnou a naléhavou žádostí se rozumí svobodný a určitý projev vůle osoby starší osmnácti let, která není zbavena ani omezena ve způsobilosti k právním úkonům a není stížena duševní poruchou, jednoznačně a důrazně směřující k jejímu vlastnímu usmrcení.“(1)

Dalším pokusem o legalizaci eutanázie byl návrh zákona „Důstojná smrt“. Debata k tomuto zákonu se vedla dne 11. března v roce 2008, byla pod záštitou Liberální reformní strany. Za tuto stranu zastupovala paní senátorka Václava Domšová. Jejím spoluorganizátorem a také spoluautorem zákona byl pan Mgr. Milan Hamerský.

Debaty se zúčastnilo 29 přednášejících, kteří uvedli svoje důvody proč legalizovat či nelegalizovat eutanázii. Této debaty se účastnili jak významní lékaři, tak etici, právníci, učitelé, studenti anebo ti co měli se smrtí už zkušenost.

Z debaty však vyplynuly mnohé důvody, proč by se eutanázie neměla legalizovat. Vznikly nesrovnalosti v návrhu zákona a několik přednášejících s definicí pojmu nesouhlasilo. Návrh neprošel a tím se ukončila snaha o uzákonění eutanázie.

Poslední pokus o uzákonění se uskutečnil v roce 2016. Kdy se návrh o uzákonění eutanázie prosadil do projednání Senátu české republiky.

1.4. Umírání

Za našich praprababiček a prapradědeček bylo naprosto zřejmé, že proces umírání a samotné úmrtí dohraje v jejich domě. Kde většinou se narodili tak i zemřeli za přítomnosti celé své rodiny. Odešli smíření jak s Bohem, sebe sebou samým a i s okolím.

Postupem času a hlavně vlivem společnosti se smrt přemístila do různých institucí a celkově smrti a umírání se přestalo mluvit. Většina lidí zemřela v nějaké instituci a jen prostému procentu se "podařilo" zemřít doma.

Až dnes postupem času a hlavně možnostmi léčby a přístupem společnosti se daří hovořit o smrti a procesu umírání a navracet tak nemocné zpět domů a nechat je zemřít v kruhu rodiny a smíření.

Na smrt po biologické stránce lze definovat takto:

1. Smrt klinická – zástava krevního oběhu a dýchání.
2. Smrt biologická – zánik činnosti buněk orgánů.
3. Smrt mozku – zánik činnosti mozkových buněk, ostatní životně důležité funkce by však mohly být uměle udržovány. (Ulrichová, 2009)

1.4.1. Proces umírání

Umírání je velmi složitý proces, který zasáhne nejen umírajícího, ale i jeho nejbližší. Umírání se nedá časově ohraničit. Je to velice individuální záležitost. U někoho může trvat hodiny, u jiného dny a jindy i týdny.

Naší povinností je zajistit při umírání v jakékoli jeho části co nejvyšší možnou kvalitu života umírajícího. Nejdůležitější jen bezbolestnost po celé toto období.

Fáze umírání:

1. **Negace** – "bezprostřední reakcí na zjištění život ohrožující choroby je šok. Šok se může projevovat tak, že je člověk zmatený, nechápe, co se s ním děje, není schopen ani přijímat ani třídit informace. Je to prudká reakce, která rychle odeznívá a přechází do fáze popření.

V tomto období přijímá nemocný informace výběrově. Tedy to, co nezapadá do jeho představ a co se neslučuje s jeho nadějemi, to „neslyší“ (nepřijímá). Často sám sebe přesvědčuje, že jde o omyl, který se nějak vysvětlí. Nepamatuje si nic z toho, co mu vysvětloval lékař. Tvrdí, že s ním o jeho nemoci nikdo nemluvil. Postupně se člověk stahuje do ústraní. Přeje si být sám, aby se mohl sám se svým osudem vyrovnat.

Nemocného je třeba vyslechnout, vše klidně a nejspíše opakovaně vysvětlovat, trpělivě odpovídat na jeho otázky. Podporu v této době potřebují umírající i doprovázející osoby."(1)

2. **Agrese** - "nemocný je plný negativních emocí, které velmi těžko ovládá. Je plný zmatku a protestu, nechápe, proč zrovna on musel takhle onemocnět, vynořují se pocity viny, snaží se přijít na to, co ve svém životě udělal špatně, za co nyní musí pykat. Zmítá se v pocitech křivdy, zlobí se na celé své okolí. Nic mu není vhod. Přitom si v koutku duše uvědomuje, že ti lidé, na kterých si vylévá zlost, za jeho onemocnění nemohou. Cítí se zahanbeně, ale nemůže si pomoci.
Není řešením odpovídat na agresivní výpady nemocného všechápajícím úsměvem ani výčitkami. To by měli vědět zejména příbuzní. Ti jsou často zatíženi pocitem viny, že se chtěli k umírajícímu pěkně chovat, ale reagují na jeho agresi svými negativními emocemi. Rodina by měla vědět, že se jedná o fázi umírání, která je přechodná, zákonitá, není to žádný naschvál nemocného a že je přirozené, když na nespokojenost a rozmrzelost nemocného reaguje svými emocemi.

Pokud nemocný má zájem, umožníme mu mluvit o jeho emocích. O vzteku, strachu, úzkostech a pocitech nespravedlnosti, o bezmoci, zoufalství, rezignaci, o smutku nad zmrzačeným tělem. Hněvivé výroky na adresu zdravých chápeme v kontextu jeho touhy žít a jeho zklamání, že nastala situace, která tolik změnila jeho život. Nesmíme to brát osobně."(2)

3. **Smlouvání** - "V této fázi nemocný již ví, že situace je jasně dána chorobou. Uvažuje o smyslu života, přemýšlí, jak naplnit čas, který ještě zbývá, zamýšlí se nad tím, co by ještě rád zažil. Smlouvá o čas. Častým přáním je dožít se promoce dítěte, svatby vnuka, apod.

Ten, kdo provází ve fázi smlouvání, má významný úkol pomáhat nemocnému vytvářet krátkodobé cíle a každý sebemenší splněný cíl ocenit. Cíl by měl být obsahový, nikoli časový. Ptá-li se nemocný, jestli se může dožít nějaké události za tři, čtyři roky, nikdy neříkáme „to sotva“. Mluvíme o tom, proč je to pro něj důležité a také o tom, že je to možné, ale že nikdo nemáme „záruční list“ na další den.

V této době je nemocný nejvíce otevřený nabídkám zázračných léků a léčitelů. Je třeba pečlivě zvažovat, za co je dobré platit penězi i časem."(3)

4. **Deprese** – "Zdravotní stav nemocného se zhoršuje, stále zřetelněji je konfrontován se skutečností, že směřuje ke smrti a že není vyhnutí. Je unavený zmařenou nadějí, vyčerpaný nepohodou těla a často psychicky zesláblý. Přichází hluboký smutek nad ztrátou zdraví, nových možností a další budoucnosti.

Ve fázi deprese mají své místo antidepresiva, ale nejlépe pomáhá přítomnost člověka, který je s nemocným, naslouchá mu a provází jej těžkým obdobím na konci života. Pro umírajícího je důležité, aby měl s kým hovořit o strachu ze smrti a o všem, co mu jde hlavou. Dostane-li se mu podpory a pochopení, fáze deprese nemusí být dlouhá.

Trpělivě naslouchejte, co nemocného trápí. Pravděpodobně bude chtít urovnat si vztahy se svými blízkými. Pomozte mu s tím jako i s hledáním dalších řešení jeho problémů a úzkostí."(4)

5. **Smíření** – "Poslední fází je smíření, přijetí pravdy. Nemocný akceptuje svůj zdravotní stav a situaci, v níž se nalézá. Snaží se o co nejlepší způsob života v rámci daných podmínek. Do stavu vnitřního míru, klidu a vyrovnanosti se zdaleka nemusí dostat každý. U nemocného může dojít k rezignaci, beznaději.

Místo slov může často pomoci mlčenlivá lidská přítomnost, držení za ruku, utírání slz.! (5)

To, že jsou popsány fáze umírání neznamena, že jimi projde každý umírající. Umírající si může projít několikrát stejnými fázemi. Je to silně individuální. Tyto fáze může také prožívat jeho rodina.

1.4.2. Základní potřeby umírajících

- nebýt sám,
- mít soukromí,
- mít pravdivé informace o svém zdravotním stavu,
- možnost vyjádřit své obavy ze smrti, svou úzkost a bolest,
- v případě, že má nezaopatřené děti, vědět, že o ně bude postaráno,
- připravit se na smrt,
- zachovat své rituály – u věřících např. modlitby (Haškovcová,2007)

Musíme si uvědomit, že umírajícímu člověku se převrátil svět. Jeho dosavadní život, jeho touhy a sny jsou minulostí. Už ví, že umírá a je to jen pouze otázka nějakého

časkového úseku. Přehodnotí svoje priority a snaží si uspořádat věci, aby mohl odejít s mírem v duši.

1.4.3. Umírání v domácnosti

Dříve bylo běžné, že člověk umíral doma v kruhu své rodiny. Rozloučil se s nimi a kněz mu poskytl svátost nemocných. Ve výjimečných případech byl volán lékař, který měl za úkol tišit morfiem silné bolesti. Při umírání doma každý znal svou roli.

Umírající věděl, že se blíží jeho smrt, příbuzní věděli, že mu musí být na blízku a oporou. Pro ně byla oporou jejich víra, kněz a někdy i sousedé. Dříve se také každý se smrtí blízkého setkal a věděl, jak o nemocného pečovat. Dnes tyto zkušenosti lidé často nemají, myslí si, že umírající člověk patří výhradně do péče zdravotníků, a ze smrti mají nepřiměřený strach. (Haškovcová, 2007)

1.4.4. Institucionální model umírání

Tento model umírání se vyvíjel postupně. Nejdříve byli nemocní umístováni do azylových domů, později do nemocnic. O rozvoj moderního ošetřovatelství se zasloužila Angličanka Florence Nightingalová. V roce 1874 byla v Rakousku–Uhersku otevřena Česká ošetřovatelská škola a tradiční péče se měnila v péči s odbornými znalostmi.

Soukromí pacientů zajišťovala zpočátku jen bílá plenta, později byl umírající uložen ve zvláštním pokoji. Začal převládat názor, že umírající potřebuje především klid, který mu bude zajištěn, když bude sám. Proto návštěvy nebyly povolovány denně a došlo to tak daleko, že člověk umírá sice s vynikající zdravotnickou péčí, ale sám. (Haškovcová, 2007)

1.4.5. Důstojná smrt

O důstojné smrti se hovoří v souvislosti s estetickou stránkou umírání. Pokud se člověk už sám o sebe nedokáže postarat, mohlo by se zdát, že se již nejedná o lidskou důstojnost. Nesmíme ale zapomínat, že i umírající člověk byl dříve plný fyzických i duševních sil, a musíme se snažit ho tak vidět. Důležitým atributem důstojné smrti je přítomnost blízkého člověka. „Nikdo se nerodí sám a nikdo by neměl umírat sám.“ (Haškovcová, 2007)

1.4.6. Kvalita života

Co můžeme rozumět pod tímto pojmem. Je spousta definic a nám všem známá je tzv. Maslowa pyramida potřeb. Zde jsou vyjmenovány základní potřeby pro spokojený a kvalitní život člověka. Jedná se o potřeby z rovin psychických a fyzických. Kvalita života má dva úhly pohledu a to: vnější a vnitřní. Vnější úhel pohledu znamená, že ošetřující personál nebo rodina nemocného či umírajícího hodnotí jeho stav ze svého pohledu zdraví a domnívají se, že kvalita jeho života je malá, nebo dokonce žádná. Usoudí, že jeho život už nemá cenu, a doufají, že jeho utrpení už skončí. Vnitřní úhel pohledu znamená subjektivní názor pacienta. (Haškovcová, 2007)

V pracech paní Haškovcové jde o to, aby nemocný člověk žil co nejlepší život. Každá nemoc nese sebou omezení, která se snažíme minimalizovat a nebo je nějak nahradit. Cílem je pro nemocného "získat" co nejhodnostnější život.

Kvalita života se nedá jednoznačně specifikovat. Každý nemocný má své nárokya potřeby, aby vedl spokojený život. Snažíme se co nejvíce plnit přání a potřeby všemi možnými dostupnými prostředky.

1.4.7. Dříve vyslovená přání

Jedním z možností nemocného, který by chtěl podstoupit eutanázii, ale nemá možnost. Náš právní řád nabízí tuto možnost. Tato možnost je možná až se schválením zákona č. 372/2011 o Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

1) "Pacient může 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“).

(2) Poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas. Bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s níž dříve vyslovené přání souvisí.

(3) Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí dříve vysloveného přání je písemné poučení podle odstavce 2.

(4) Pacient může učinit dříve vyslovené přání též při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek; v tomto případě se nepostupuje podle odstavce 3.

(5) Dříve vyslovené přání

a) není třeba respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně

předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím; rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi,

b) nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti,

c) nelze respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby,

d) nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.

(6) Dříve vyslovené přání nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty s omezenou svéprávností." (*ČESKO,2011*)

Samo vyslovení je ověřeno notářským zápisem a pacient jej musí mít u sebe. Jak vidíme dané přání nelze jen tak určitě, i když je popsáno v zákoně. I sám zákon ukazuje jaké možnosti by mohli při "aplikaci" tohoto přání nastat. A jsou i zde i omluvy pro zdravotnický personál, který neuposlechl přání pacient, jenž buď o něm nevěděl a nebo by to vedlo ke sporné události.

1.5. Paliativní péče

„Paliativní péče je přístup zlepšující kvalitu života pacientů a jejich rodin, kteří čelí problémům spojeným s život ohrožující nemocí, prostřednictvím předcházení a zmírňování utrpení pomocí včasného zjištění, vyhodnocení a řešení bolesti a dalších fyzických, psychosociálních a duchovních potíží.“ (WHO, 2002)

Je forma medicíny, která respektuje člověka takového jaký je. Léčí pouze pacienty s nemožností na vyléčení. Tento pohled na člověka, který jsme znali a pak oslnění možnostmi medicíny pozapomněli, upomíná na to, že umírání a smrt do našeho života nejen patří, ale může na něj také zpětně vrhat světlo, pomoci nalézt jeho smysl a završit jej.

Čas na konci života, pokud jej nepřijmeme, nemusí být tedy děsivý, ale důležitý a přinášející smíření a vyrovnanost. Mnozí lidé, kteří touto zkušeností díky péči o těžce nemocné prošli, stáli pak s velikým nadšením u zrodu hospicového hnutí všude ve světě. Péče o umírající jim pomohla proměnit pohled na jejich vlastní život. Paliativní péče není primárně alternativou k euthanasii, je však odpovědí na stejnou situaci (ŠPINKOVÁ, 2006)

1.5.1. Moderní paliativní péče

- se neodvrací od nevléčitelně nemocných, ale chrání jejich důstojnost a klade hlavní důraz na kvalitu života dokáže úspěšně zvládat bolest a další průvodní jevy závěrečných stadií smrtelných onemocnění
- je založena na interdisciplinární spolupráci a na celostním pohledu na nemocného člověka, a zahrnuje proto 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
- 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“ (6).

1.5.2. Potřeba paliativní péče

"K hospicové paliativní péči je indikován pacient, který trpí pokročilým nevyлéčitelným onemocněním působícím mu tělesné či psychické obtíže a kauzální léčba (směřující k vyléčení nemoci) byla ukončena. Toto rozhodnutí je v kompetenci ošetřujících lékařů všech odborností. Ošetřující lékař by měl pacienta přiměřeným způsobem informovat o dalším předpokládaném průběhu onemocnění a společně s ním stanovit cíle další léčby a péče." (ČESKO, 2011)

1.6. Hospicová péče

Jsou součástí paliativní medicíny. Zde se vytváří profesionální tým složený z lékařů, sester, pečovatелů, rehabilitačních pracovníků. Do tohoto týmu můžeme započítat i kněze, psychologa, ale i rodinu. Tito pracovníci pracují s lidmi na pokraji života. To znamená pouze léčbu následků nemoci (např.: bolest, fyzická nesoběstačnost, atd.). Tato péče má svá odvětví.

1.6.1. Domácí hospicová péče

„Je pro nemocného zpravidla ideální, ale ne vždy dostačující. Předpokládá určitou úroveň rodinného zázemí, které často schází, nebo se dlouhou službou nemocnému unaví a vyčerpá, nebo je ošetřování touto formou příliš náročné pro rodinné příslušníky. Pečující rodině pomáhají kvalifikovaní pracovníci“ (6, HOSPICE, 2005).

1.6.2. Lůžková hospicová péče

„Je aktuální zejména tehdy, když předchozí dvě formy nestačí, nebo nejsou vůbec k dispozici. V případě, že je i možnost výše uvedených dvou forem, po zlepšení zdravotního stavu nemocného, nebo zotavení jeho rodiny, se může vrátit do domácí péče“ (6, HOSPICE, 2005).

1.6.3. Stacionáře – denní pobyty

„Stacionář je obvykle součástí hospice. Pacient je v tomto případě přijat ráno a odpoledne, nebo večer se vrací domů. Tenhle způsob připadá do úvahy u nemocných z blízkého okolí hospice, pokud u nich nestačí domácí péče“ (6, HOSPICE, 2005).

1.7. Právo ČR

První snaha o uzákonění eutanázie přišla již v roce 1926. Profesorská osnova, která pouze specifikovala čin vraždy a zabití.

„§ 271 odst. 2 osnovy nadto upravoval privilegovanou skutkovou podstatu usmrcení z útrpnosti. Podle tohoto ustanovení mělo u pachatelů, kteří usmrtili osobu trpící bolestí, dojít k mimořádnému snížení trestní sazby nebo se mělo od potrestání úplně upustit. Diskutováno bylo, zda-li by v zákoně nemělo být ustanovení o usmrcení z útrpnosti podmíněno naléhavou žádostí, popřípadě úředním svolením. Takové ustanovení však nebylo do osnovy umístěno, protože podle dobových názorů by se mohlo stát, že v určitých případech by takový souhlas nemohl být fakticky udělen.

Další pokus se uskutečnil v roce 1937. Kdy tento pokus obsahovala tzv. „Ministerská unifikační osnova z roku 1937 už do svého obsahu trestný čin usmrcení na žádost zahrnula. Osnova ve svém § 285 stanovila, že žádost musela být výslovná a musela usmrcení přímo předcházet. Podle § 285 odst. 2 osnovy bylo dále stanoveno, že pachatel tohoto trestného činu (osoba, která usmrtila jiného trpícího bolestmi, u něhož je smrt neodvratitelná, ze soucitu a na jeho žádost) bude potrestán tuhým žalářem (formálně se tedy jednalo o přečin) v délce tří měsíců až pěti let. Kontroverze vznikly především okolo výslovné žádosti. Odpůrci namítali, že v určitých případech taková výslovná žádost nemůže být projevena. Na základě těchto diskuzí se dospělo ke konsenzu, že za výslovný souhlas by bylo možné považovat i jen např. mimický úkon, ze kterého by ovšem šla žádost pacienta jasně dovodit." (ŠÁMAL,2007)

Od roku 1990 kdy vzniká samostatný československý stát, až do rozdělení v roce 1997 neprobíhala jakákoliv debata na poli politickém, ale i veřejném.

Po rozdělení Československé federativní republiky v roce 1997 a vzniku samostatného Českého státu se začínají objevovat první náznaky debat. O změnu trestního zákoníku a o zařazení pojmu eutanázie neboli asistované sebevraždy.

První oficiální návrh a debata k němu se uskutečňuje v roce 2004.

Vymezení eutanázie do Českého právního řádu byl pokus JUDr. Pavlem

Šámalem. Jím navržený nový trestní zákoník, který se dostal do prvního čtení ve Sněmovně v roce 2004. Definoval eutanázii takto:

„§ 118 Usmrcení na žádost:

Kdo ze soucitu usmrtí nevléčitelně nemocnou osobu, která trpí somatickou nemocí, na její vážně míněnou a naléhavou žádost, bude potrestán odnětím svobody až na šest let.

Vážně míněnou a naléhavou žádostí se rozumí svobodný a určitý projev vůle osoby starší osmnácti let, která není zbavena ani omezena ve způsobilosti k právním úkonům a není stížena duševní poruchou, jednoznačně a důrazně směřující k jejímu vlastnímu usmrcení.“(ŠÁMAL,2007)

Dalším pokusem o legalizaci eutanázie byl návrh zákona „Důstojná smrt“. Debata k tomuto zákonu se vedla dne 11. března v roce 2008, byla pod záštitou Liberální reformní strany. Za tuto stranu zastupovala paní senátorka Václava Domšová. Jejím spoluorganizátorem a také spoluautorem zákona byl pan Mgr. Milan Hamerský.

Debaty se zúčastnilo 29 přednášejících, kteří uvedli svoje důvody proč legalizovat či nelegalizovat eutanázii. Této debaty se účastnili jak významní lékaři, tak etici, právníci, učitelé, studenti anebo ti co měli se smrtí už zkušenost.

Z debaty však vyplynuly mnohé důvody, proč by se eutanázie neměla legalizovat. Vznikly nesrovnalosti v návrhu zákona a několik přednášejících s definicí pojmu nesouhlasilo. Návrh neprošel a tím se ukončila snaha o uzákonění eutanázie.

Poslední pokus o uzákonění se uskutečnil v roce 2016. Kdy se návrh o uzákonění eutanázie prosadil do projednání Senátu české republiky. Neprobírá prozatím ani žádná debata. Pouze se o vtisku objevila o této snaze zmínka.(7)

1.7.1. Český právní řád

Česká republika je součástí EU a z tohoto důvodu se náš právní řád musí podříditi veškerým zákonům, vyhláškám, nařízením atd. plynoucích z právního řádu EU.

Proto jakákoliv snaha o uzákonění je velmi složitá věc.

Český právní řád je soubor zákonů, norem a vyhlášek, které se navzájem doplňují, podporují anebo posilují. Při uzákonění eutanázie by se musela řada z nich změnit, aby akceptovala tuto problematiku. Když jsem se snažila nalézt trestní odpovědnost za vykonání eutanázie, tak jsem ji nenalezla. Český právní řád tento pojem nezná. Není definován. Eutanázie je v ČR nepřipustná.

U asistované sebevraždy už je jiná situace. V právní řádu vyvstává hned několik možností.

Diskuze o eutanázii se v České republice objevuje ve vlnách, v souvislosti s konkrétním medicínským případem. Rozprava je však vedena neuspořádaně, bez srozumitelných a ucelených výstupů, které jsou dílem věcně zaměřených odborníků. Má-li být diskuze o eutanázii, v právní rovině, smysluplná, musí být položeno několik zásadních otázek. První, zcela zásadní otázka, se týká majoritního společenského konsensu. Většina společnosti si dokáže představit milosrdnou smrt z rukou jiné osoby za naprosto srozumitelnou a přijatelnou. Ale při definování obecných kritérií pro usmrcení z milosrdenství by tápali a odkazovali by na rozhodnutí právníků.

Zákonodárce však potřebuje jasná zadání, které by poté mohl upravit do srozumitelných právních formulací. Dojde-li ke společenskému konsensu v názoru na problematiku eutanázie, můžeme si položit další otázku, zda ústavní pořádek České republiky umožňuje bez pochybných otázek eutanázii legislativně zakotvit (PRUDIL 2012).

Česká společnost si stanovila Práva pacientů. Pacient, má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud.

Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří

musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony (14).

V reakci na tuto skutečnost. Česká lékařská asociace sepsala Etický kodex lékaře. Lékař, nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí. Lékař u nevléčitelně 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. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné (13).

S přijetím nového zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. Se v § 36 věnuje a dává právní hodnotu Dříve vysloveným přáním.

1.7.2. Ústavní zákony a Listina základních práv a svobod

Prvním zákonem, který by se musel změnit je Listina základních práv a svobod. Každému člověku zaručuje určitá práva, která se v civilizovaném světě dodržují. A pokud se nedodržují, může se jich člověk domáhat právní cestou. Český právní řád má v sobě zakotven LZSP. V ústavním zákoně č. 2/1993 Sb. je lidským právům a jejich ochraně věnována Hlava Druhá, oddíl první.

Podíváme-li se na lidská práva a svobody jsou pro lidstvo základní a neměnná. Jsou vždy vyjmenována buď na prvním anebo druhém místě v právních řádech. Jejich nedotknutelnost je pro nás vším.

Ve článku č. 6 se píše toto:

1. Každý má právo na život. Lidský život je hoděn 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.(8)

Když se zaměříme na každý bod. Nalezneme ihned rozpor s prvním bodem. Pokud je každý život hoděn ochrany před narozením. Jak je tedy možné, že jsou

legalizovány interrupce. Ta samá otázka vyplývá i v druhém bodě. Ve čtvrtém bodě se nám naskýtá možnost jistého protiprávního jednání. Ale pokud budou splněny všechny podmínky pro možnost „podstoupení“ eutanázie tak by se jednalo o schválené ukončení života. Vždy s informovaným souhlasem pacienta.

V článku č. 7 se píše o:

„Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena. Omezena může být jen v případech stanovených zákonem. Nikdo nesmí být mučen ani podroben krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu.“(9)

V tomto článku nám vyplývá možnost pro legalizaci eutanázie nebo asistované sebevraždy. Umírání je velmi bolestivé a v mnoha případech i ponižující ze strany nemoci.

Ve článku č. 8 se píše toto:

1. „Osobní svoboda je zaručena.“(10)

Pokud vyslovíme přání s ukončením či nenasazením léčby a po podepsání informovaného souhlasu s takovýmto postupem. Splnili jsme všechny zákonné podmínky a dále se o nás jako pacienta, jenž odmítl léčbu, právní řád nezajímá.

„Jako subjekt práva na život má každý právo o svém životě rozhodovat. Toto právo je však nezcizitelné a nezadatelné a nemůže být přeneseno na někoho jiného, aby o něm rozhodoval nebo se podílel na odnětí života. Souvisí s tím nedovolení euthanasie a trestnost účasti na sebevraždě“ (PAVLÍČEK,1997)

V článku č. 10 se píše toto:

1. „Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno.“(11)

Na všech vyjmenovaných bodech si lidé velmi zakládají. Jednotlivé body, a nejen tyto nás oddělují od zvířat. Nejsm si úplně jistá, jestli je zachována lidská důstojnost při odkázání na úplnou pomoc druhé osoby. Ta pečuje o jeho osobní hygienu,

příjem potravy, pokud nemůže jíst. Pacient může přijímat potravu několika způsoby např.: výživou do žíly, sondou či PEGem.

Je to otázka etiky. Je etické nechat trpět pacienta bolestmi, popřením osobnosti, fyzickou a psychickou bolestí jak pro pacienta, tak pro rodinu.

Ano bolest dokážeme léčit. Ale doopravdy ji zvládneme léčit? Člověk v terminálním stádiu života, jenž není při vědomí, nám bohužel těžko sdělí, zda ho něco bolí či nikoliv. Jaká je zde kvalita života. Netrpí tímto postupem lidská důstojnost?

1.7.3. Úmluva o lidských právech a biomedicině

Článek 2 formuje práva takto: „Nadřazenost lidské bytosti Zájmy a blaho lidské bytosti jsou nadřazený zájmům společnosti nebo vědy.“ (12)

Článek 9 formuje postup při uplatňování Dříve vyslovených přání. "Dříve vyslovená přání Bude brán zřetel na dříve vyslovená přání pacienta ohledně lékařského zákroku, pokud pacient v době zákroku není ve stavu, kdy může vyjádřit své přání."

1.7.4. Trestní zákoník

Eutanázie není specifikována jako samostatný trestný čin. Výjimka je u asistované sebevraždy. Ta sice není také specifikována, ale je zde sebevraždám věnován celý jeden paragraf.

Eutanázie budou soudy posuzovat dle § 140 a nebo § 141.

§ 140 popisuje pojem vraždu.

1. „Kdo jiného úmyslně usmrtí, bude potrestán odnětím svobody na deset až osmnáct let. Kdo jiného úmyslně usmrtí s rozmyslem nebo po předchozím uvážení, bude potrestán odnětím svobody na dvanáct až dvacet let.

2. Odnětím svobody na patnáct až dvacet let nebo výjimečným trestem bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2." (ČESKO,2009)

§ 141 popisuje pojem zabití.

1. „Kdo jiného úmyslně usmrtí v silném rozrušení ze strachu, úleku, zmatku nebo jiného omluvitelného hnutí mysli anebo v důsledku předchozího zavrženíhodného jednání poškozeného, bude potrestán trestem odnětí svobody na tři léta až deset let.
2. Odnětím svobody na pět až patnáct let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1."(ČESKO,2009)

Asistovaná sebevražda sice není specifikována, ale jsou specifikované jiné možnosti. Těmito možnostmi se zabývá:

§ 144 ten popisuje:

1. „Kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá bude potrestán, došlo-li alespoň k pokusu sebevraždy, odnětím svobody až na tři léta.
2. Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 na dítěti nebo na těhotné ženě.
3. Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 na dítěti mladším patnácti let nebo na osobě stížené duševní poruchou.“ (ČESKO,2009)

1.7.5. Občasný zákoník

Nejdůležitějším bodem OZ je ochrana osobnosti a svobody rozhodování o svém životě. Má - li toto rozhodnutí za následek úmrtí občana. Mělo by být rozhodnutí v OZ akceptováno. Mělo by nám pomáhat s rozvíjením LZPS.

§ 81 nám zaručuje toto:

1. „Chráněna je osobnost člověka včetně všech jeho přirozených práv. Každý je povinen ctít svobodné rozhodnutí člověka žít podle svého.
2. Ochrany požívají zejména život a důstojnost člověka, jeho zdraví a právo žít v příznivém životním prostředí, jeho vážnost, čest, soukromí a jeho projevy osobní povahy." (ČESKO,2012)

Je-li toto v zákonech ČR ustanoveno, nabízí se nám otázka. Jaká je kvalita života umírajících lidí? Argumenty pro legalizaci eutanázie jsou:

- **Fyzické utrpení**

- neztížitelné bolesti. Léčba bolesti je sice na vysoké úrovni, ale za jakou cenu. Pokud jste u konce života, tak dávky opiátů jsou tak vysoké, že se nedá mluvit o slušné kvalitě života. Opiáty nám ovlivňují mozek a na podkladě tohoto ovlivněný je pacient ve svém světě.

- **Psychické utrpení**

- odpůrci namítají, že jde pouze pocit osamělosti. Od tohoto pocitu se můžeme odprosit na základě přítomnosti druhé osoby. Ne každý je schopen být s člověkem, který umírá. Přitom ani přítomnost jiného člověka pocit osamění nemusí odstranit. Nezabýváme se, ale lidmi, co trpí deprese. Ti, co mají deprese jako diagnózu. Říkají, že při záchvatu deprese zažívá takovou bolest, které se fyzická nikdy nevyrovná. A mnoho lidí s depresemi raději ukončili vlastní život než, aby trpěli dál. Opět je tu otázka léčby deprese. Představa dalších lékařských vyšetření a léčby, která, než nabude svůj účinek, může trvat i 3 - 4 týdny. Toto mi u terminálního stavu nemoci nepřipadá jako ochrana osobnosti a jejího zdraví.

V § 93 se nám naskytuje možnost aplikace pasivní eutanázie. Přeci jen přerušení či nenasazení léčby je zásah, který postupem času způsobí úmrtí. Ale přesto je toto řešení již dnes možné. „Mimo případ stanovený zákonem nesmí nikdo zasáhnout do integrity jiného člověka bez jeho souhlasu uděleného s vědomím o povaze zásahu a o

jeho možných následcích. Souhlasí-li někdo, aby mu byla způsobena závažná újma, nepřihlíží se k tomu; to neplatí, je-li zásah podle všech okolností nutný v zájmu života nebo zdraví dotčeného."(ČESKO,2012)

§ 98, v odstavci 2 se nám vyskytla možnost obhajoby vysloveného přání před nemocí či úrazem. Co když je mým přáním dále netrpět? Neměl by stát tomuto přání vyhovět? Ze zákona máme právo na ochranu slušného života. „Při zákroku i při udělení souhlasu se vezme zřetel na dříve vyslovená známá přání člověka, do jehož integrity má být zasazeno." (ČESKO,2012)

1.8. Česká lékařská komora

Tato organizace zaštituje všechny lékaře působící v ČR. V roce 1996 vydala soubor pravidel tzv. Etický kodex lékaře. Podle těchto dohonutých pravidel by se měl lékař řídit v dané situaci. Naše situace nahlíží do několika bodů. Tyto body musí být v souladu s legislativou ČR, ale zároveň popisují situace, které nejsou popsány v zákoně.

Např: Zákon č. 220/1991 Sb. popisuje, " že úkolem komor je dbát, aby členové komory vykonávali své povolání odborně, v souladu s jeho etikou a způsobem stanovenými zákony a řády komor"(ČESKO,1991).

Zde musíme dát pozor na rozporuplnost zákona a kodexu. Mohou nastat výjimky kdy by měl lékař jednat proti své vůli. Proto může uposlechnout kodex, jenž je podřízen zákonu.

Naši situaci popisuje předpis č. 10: „Lékař u nevléčitelně 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. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.“ (13)

V roce 2010 vydalo ČLK pro své členy pomocnou ruku ve formě doporučení č. 1/2010 ve kterém, formuluje pomoc pro lékaře, který si není jistý se zahájením léčby. Dilema se zahájením léčby, která bude marná a nebo rovnou doporučit péči paliativní medicíny, jenž může rovnou zahájit vlastní léčbu. „Odborně podložené a náležitě zdokumentované nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními předpisy“ (14)

ČLK při sepisování kodexu byla ovlivněna World Medical Association . WHA už od svého počátku je proti eutanázii a i na dvou svých sjedech a to konkrétně v roce 1987 v Madridu ,2005 ve Francii, v Norsku v roce 2015 přijala Deklaraci proti eutanázii. „Eutanazie, akt záměrného ukončení života pacienta, a to i na vlastní žádost pacienta, nebo na žádost blízkých příbuzných, je neetická. To nebrání lékaři, aby respektoval přání pacienta a aby umožnil přirozený proces smrti v terminální fázi nemoci.“ (15)

ČLK popisuje také dva způsoby léčby nemocného. Od těchto způsobů si můžeme utvořit pohled na postoj lékaři při léčbě nemocného. A to tyto:

- lege artis (podle pravidel umění)
- non lege artis (špatná léčba)

Lege artis

- lékař léčí pacienta všemi možnými dostupnými prostředky a metodami, lékař se musí neustále vzdělávat, aby mohl poskytnout adekvátní léčbu
- první vymezení je v zákoně č. 20/1966 o péči a zdraví lidu
- vylepšením je nový zákon č. 37/2011 o zdravotních službách a tento zákone je novelizován v roce 2016 a to zákonem č. 147/2016

Zde se popisuje § 28 bod č. 2 : "Pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni"(ČESKO, 2011).

2. PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části práce byly využity informace, které byly získány v rámci nastudován odborných podkladů. Na základě těchto informací bylo sestaveno výzkumné šetření, prostřednictvím kterého bude zjišťováno, jaké je povědomí široké veřejnosti ohledně termínů eutanázie a asistovaná sebevražda.

2.1. Metodologie

V rámci volby metody pro výzkumné šetření bylo obecně vybíráno z kvalitativní a kvantitativní metody výzkumného šetření. „Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je porozumět člověku, tedy především chápat jeho vlastní hlediska – jak on vidí věci a posuzuje jednání. Podle zásad kvalitativního výzkumu každý člověk nebo skupina lidí je jedinečná. Má vlastnosti, kterými se podstatně liší od jiného člověka nebo skupin. Má se zkoumat holisticky, vcelku. Kvalitativního výzkumníka zajímá konkrétní případ – konkrétní žák, nebo skupina žáků, nebo skupina učitelů, konkrétní škola, rodina apod. Kvalitativní výzkum je podrobným popisem tohoto případu, a objevením nových souvislostí, které se hromadným výzkumem nedají odhalit“ (GAVORA, 2012)

2.3. POKUS O ZMĚNU TRESTNÍHO ZÁKONÍKU

V tomto trestním zákoníku šlo o změnu pohledu českého práva. Eutanázie by byla uznána jako pojem. Byla zde vytýčena jen jedna forma eutanázie – vyžádaná. Do této doby se na eutanázii pohlíží jako na vraždu. Autorovi šlo o snížení trestu za pomoc při usmrcení žadatele. Minimální trest za vraždu činí 10 let odnětí svobody. Při prosazení tohoto zákoníku se trest za pomoc při eutanázii pohyboval na hranici 6 let odnětí svobody.

Návrh se dostal pouze do prvního čtení. Dle odpůrců bylo v návrhu x desítek nesrovnalostí, které by v zákoníku neměly být.

V našem zájmu byl pouze.

§ 118 Usmrcení na žádost.

Pro některé poslance byla otázka eutanázie nepřijatelná. Naše společnost není na takovou legalizaci připravena. Dle jiných zde narážíme na otázku náboženství. Ochrana a celkově život se bere v náboženství, hlavně v křesťanství jako neopakovatelný dar, který bychom měli chránit a otázka eutanázie je naprosto nepřijatelná. Několik poslanců narazilo na otázku času, kdy se bude více a více objevovat otázka legalizace jakékoliv formy eutanázie.

V českém zdravotnictví se vyskytla pomoc pro umírající v rámci paliativní medicíny, která na podkladě pečovatelských postupů a léčbě analgetiky se umírajícímu dostává plná péče, která ho zbavuje bolesti, a přitom je jeho důstojnost zachována. Od roku 1994 jsou na našem území dostupná pomoc ve formě Hospiců. Hospicová síť se musí dle některých rozvíjet, abychom poskytli pro umírající více možností na výběr. Zda budou chtít co nejdéle žít doma za pomoci mobilního hospicu či rovnou zvolí hospic a v poslední možnost by byla časem eutanázie.

Narážíme zde na problematiku etiky jako takové. Pro člověka je život dar a ten je potřeba chránit. Pro některé lidi je otázka eutanázie naprosto nepřijatelná, a pro jiné je otázka legalizace eutanázie pouze otázkou času. V českém státě, ale před návrhem tohoto zákoníku však neproběhla žádná debata na tuto problematiku, proto se někteří domnívají, že by bylo lepší debatovat a vytýčit si pojmy a poté začít snahy o legalizaci.

V neposlední řadě musím upozornit, že návrh měl v sobě ukryté rozpory. V jednom paragrafu se hovoří o zvýšené ochraně zdraví a na straně druhé by ten samý zákoník prosazoval eutanázii. Přeci jenom otázka usmrcení člověka potřebuje pořádně promyslet ze všech možných stran a promyslet důsledky tohoto rozhodnutí. Takové důležité rozhodnutí by dle mého názoru mělo dostat vlastní zákon, který bude srozumitelný pro všechny. Každý, kdo se pro tuto cestu rozhodne bude seznámen a plně pochopí důsledek svého rozhodnutí.

2.3.1. Návrh zákona z roku 2008

Návrh zákona o důstojné smrti se snaží vyřešit mnohdy neúnosnou situaci pacienta, který trpí vážnou chorobou, případně se rovněž nachází ve stavu nezměnitelného bezvědomí, a jeho zdravotní stav vyvolává trvalé fyzické nebo psychické utrpení. I když český právní řád nijak nepostihuje spáchání sebevraždy, zdá se, že je 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 (12).

Pro účely české právní úpravy byl zvolen koncept, který na první místo klade možnost, aby pacientovi, který se nachází ve zmíněném stavu trvalého fyzického nebo psychického utrpení, byla poskytnuta součinnost, resp. pomoc k tomu, aby si mohl důstojnou smrt vyvolat za odborné asistence sám. Teprve na druhém místě, pro osoby, které se nacházejí kromě jiného ve stavu nezměnitelného bezvědomí a o důstojnou smrt požádaly předem, stanoví návrh zákona eventualitu vyvolání důstojné smrti lékařem samotným.

Tento koncept neklade dle názoru autorů takovou zátěž na lékaře, neboť ti se v rámci prvně zmiňované varianty nebudou přímo podílet na usmrcení pacienta, nýbrž mu k důstojné smrti poskytnou pouze svoji odbornou součinnost. Pouze u pacienta, který neučinil svoji žádost předem, resp. není ve stavu nezměnitelného bezvědomí a zároveň není schopen si důstojnou smrt vyvolat sám, zákon ponechává možnost vyvolat

důstojnou smrt i tehdy, kdy by v úvahu jinak přicházela pouze pomoc k důstojné smrti (12).

K tomuto návrhu se konala konference 11. března 2008. A to na půdě poslanecké sněmovny, kdy se k této problematice mohli vyjádřit všichni. V této debatě hovořilo 29 lidí.

Rozborem této konference se dozvíme možné důsledky, které by mělo uzákonění eutanazie nebo asistované sebevraždy. Většina hovořících, jenž v této konferenci uzvedli svůj postoj k eutanázii nebo asistované sebevraždě jsou proti uzákonění. Vystává několik hlavních problémů, které se opakovali u některých přednášejících.

Na pokladě této konference uspořádal Sociologický ústav AV ČR vlastní průzkum, kterého se zúčastilo 1000 lidí z různých vrstev společnosti. Sociologický ústav každoročně pořádá průzkum ve společnosti na různá témata. Např.: eutanazie, interrupce a jiné.

Základní otázka z výzkumu o odsouhlasení eutanazie je velmi přímá a vyžaduje jasnou odpověď. Otázka zní: „Souhlasíte s tím, aby náš právní řád umožňoval ukončení života nevyлéčitelně nemocného člověka (tzv. eutanazii)? Rozhodně souhlasíte, spíše souhlasíte, spíše nesouhlasíte, rozhodně nesouhlasíte.“(5)

"Z výsledků je zřejmé, že více než 60% souhlasí (rozhodný souhlas vyjadřuje kolem 15-20%). Nesouhlas vyjadřuje mezi 25-29%. Na otázku pak nedokáže odpovědět přibližně 10% lidí. Výsledky se v průběhu let žádným výrazným způsobem nemění, situace je relativně stabilní. Z výzkumů dále vyplývá, že proti eutanázii jsou spíše lidé věřící a ve věkové skupině nad 60 let. Významně častější nesouhlas je pak u lidí římskokatolického vyznání než u lidí hlásících se k jiným církvím nebo u lidí nevěřících (pravděpodobně vychází ze základních křesťanských hodnot, jak bude vysvětleno v další kapitole). Souhlas pak častěji vyjadřují muži než ženy" (6)

Problémy jsou tyto:

- Základním a trvalým problémem bude to, že život je neopakovatelný dar. V debatě se neustále naráží na neodvolatelnost rozhodnutí pro eutanázii.
- Dalším významným problémem je přesné vymezení pojmů jako takových. Eutanázie a její rozdělení se formou je snad od začátku tohoto pojmu. Existuje několik desítek definic.

Problematika spojená s propojením eutanázií či PAS s interrupcemi je nezádatelná. U obou témat jde o aktivní ukončení života. Jediní v čem je rozdíl, že plody v lůně se nedokážou nijak bránit. Zde je pouze a jen jeden dominantní činitel a to gravidní žena. Pokud se gravidní žena rozhodne pro interrupci tak ji nikdo nepřemlouvá, aby si své rozhodnutí rozmyslela. Má přeci právo jít na interrupci.

U několika vystupujících zazněla obava z vlivu třetí strany a to hlavně rodina, která by mohla mít majetkový záměr. Dědictví není u některých lidí zanedbatelné a lidé se dají vidinou bohatství zaslepit. Ruku v ruce s touto obavou jde i otázka korupce. Je možné zkorumpovat lékaře, aby schválil žádost?

Zastavíme se u finanční stránky věci. Pokud by se rodina ráda postarala o svého umírajícího člena, jestliže patří mezi ekonomicky slabší rodiny. Tak toto přání je nesplnitelné. Finanční náročnost je neuvěřitelná. Umírající člen rodiny potřebuje neustálou péči 24 hodin denně, 7 dní v týdnu. A proto by musel pečující člen vystoupit ze zaměstnání a to v dnešní době nelze. Financování hospiců a jejich další výstavba je také nákladná. Otázka odpovědnosti za svého člena rodiny a jeho umírání můžeme odložit na někoho jiného. Na personál nemocnice či domova pro seniory nebo hospice. Někteří z hovořících toto jednání popřeli, spíše se zastávali rodin finančně slabších, které by se rády postarali o své umírající, ale bohužel nemohou.

Rozvoj paliativní medicíny a hospiců je dost častým argumentem proti legalizaci. Vystává zde názor, že pokud budeme mít vyspělou paliativní medicínu a dostatek hospiců – jak lůžkové, mobilní, ale i stacionáře. Převládá názor u většiny odpůrců, jenž díky rozvinutosti struktury paliativní medicíny lidé od eutanázie upustí.

Názorem mnoha lékařů co jsou proti legalizaci zastávají názor, že bolest a pocit

osamění se lze díky dnešní medicíně bez větších problémů rychle vyřešit. Podáním správných analgetik na bolest. A pocit osamocení vyřešit s větším zájmem o pacienta. Věnovat se mu a nenechávat o samotě. Nebo úpravou psychiatrické medikace.

Další otázkou je: Jaký lékař bude provádět eutanázii? Bude na to speciálně studovat. Bude mít nějakou atestaci či jen akreditovaný kurz? Ze strany diskutujících lékařů se objevila otázka: Každý lékař bude muset provádět eutanázii? Lékař, jenž bude osloven pacientem skrze eutanázii by si své působení měl důkladně rozmyslet. Neměl by být na něj vyvíjen nátlak ze strany pacienta či rodiny. V návrhu je jasně řečeno, že pokud se lékař nebude chtít této záležitosti účastnit. Má na to názor a nehrozí mu za to žádná sankce.

Legalizací bychom museli změnit řadu zákonů a vyhlášek. Téměř všem, kteří vyslovili obavu ze změny českého práva a nejen jednoho zákonu, ale několika zákonů v různých právních odvětvích vyjádřilo své obavy o chybném výkladu práva a tak možnosti zneužití. Tak také dlouhého časového rozmezí mezi, kterými by byly zákony schváleny a tak pravomocnými. Právě v tomto mezidobí mají strach. Zde by v tomto chaosu by se otázka eutanázie či asistované sebebraždy mohla vymknout kontrole. Jen pár řečníků navrhlo před vlastním uzákoněním a tedy i pokusů a omylů. Vypozorovat podmínky a celkově právní úpravu ve státech kde je eutanázie legální.

Dalším často diskutovaným problémem byla celkem dobře ovlivnitelná společnost. Uvědomte si, že staří a nemocní lidé jsou snadno ovlivnitelní. Proto by se žádost měla několikrát opakovat a žadatel musí být seznámen s veškerými riziky co tato žádost obnáší. Vystává zde problematika položení a směrování otázky k jednoznačné odpovědi, kterou chce daný jedinec slyšet. Vliv známých osobností a jejich postoj k legalizaci. Musíme se vyvarovat rizika poklesu morálky celé společnosti, která místo ochrany života. Tak život ukončuje na přání nemocných bez jakéhokoliv řádu a pravidel.

Dalším z mnoha překážek se objevilo právo na svobodu při rozhodování o svém životě. A přesto je eutanázie trestná. Svobodu máme, ale jen v určité míře. Díky uzákonění nového zákona o zdravotních službách mají naše vyslovená přání již právní sílu a musíme se jimi řídit. Můžeme odstoupit z léčby nebo jí vůbec nenasadit. Pro

možnost úrazu zde máme právo tzv. do not resuscitace – neresuscitovat. Při vyslovení tohoto přání musíme u sebe nosit notářsky ověřenou kopii. Záleží jen na nás, jestli podepíšeme informovaný souhlas s léčbou či nikoliv. Není tohle vlastně takové právo na smrt?

Další z otázek vůči návrhu je časová prodleva mezi podanými žádostmi. Jak dlouho má nemocný čekat než bude moci podat druhou a další žádost od podstoupení této záležitosti. Vystává zde otázka psychiky nemocného. Dle některých není nemocný schopný rozhodovat sám o sobě je pod vlivem nemoci. A měl by se dát tzv. vyšetřit psychologem či psychiatrem. Není to spíše jen odsouvání konečného rozhodnutí smrti. Kdy pacient zemře dříve, než se může vůbec eutanazie uskutečnit.

Kdo bude o žádosti a jejím schválení rozhodovat? Pokud to bude komise. V návrhu zákona je rozhodování až po vykonání. V debatě je tento bod nejvíce diskutovaný. Jak z řad lékařů tak i laické veřejnosti. Eutanazie se nedá odvolat. Komise by měla rozhodnout před samotným výkonem. Jak dlouho, ale bude nemocný čekat? Žádost může podat až v konečném stádiu nemoci.

Historie nás upozorňuje na možnost zneužití. kdy nacisté zneužili eutanázii pro genocidu všech lidí co nebyli tzv. nordickým typem. Obavy osob se jakýmkoliv postižených jsou pochopitelné, ale přeci jen žijeme v 21. století. V době internetu, svobody slova a mediálnosti. Možnost utajení takových činů by byl dnes již nemožné.

Všichni debatující se shodli na tom, že tento návrh zákona není dokonalý. Potřebuje přepsat a odpovědět na všechny otázky, který vyvstaly o debatě. Po té s přihlédnutím na některé diskutující. To znamená po poradě se státy, které mají již s eutanázií nějakou zkušenost, aby nám v začátcích pomohli. A naše společnost se tak vyvarovaly různých chyb.

Debata mezi senátory také vypadala jednoznačně proti uzákonění návrhu zákona o důstojné smrti. "Většina senátorů, kteří se vyjádřili k návrhu Domšové, pak souhlasili s nutností diskuze, většinou však byli proti zavedení eutanazie. Tehdejší předseda a dnešní místopředseda senátu Přemysl Sobotka poukázal, že zákon má mnoho chyb a členové parlamentu ČR nejsou připraveni na jednání o paragrafovém znění tohoto

zákona. Bývalý místopředseda Jan Rakušan pak upozornil na zneužitelnost a vyjádřil obavu, že by se někdy lékaři měli stát soudci a popravčími. O možnosti zneužití hovořil i tehdejší ministr zdravotnictví Julínek, který eutanazii nazval módou, o které se diskuze naopak vést nemusí. Mnoho senátorů se pak vyjádřilo ve prospěch hospicových zařízení a paliativní péče, na které je třeba pracovat a dále ji rozvíjet. Senátor Vítězslav Vavroušek upozornil, že nelze hovořit o eutanazii, dokud nejsme schopni zajistit kvalitní komplexní péči." (BICKOVÁ, 2016)

Spoluautor návrhu zákona z roku 2008 Mgr Milan Hamerský již v několika debatách zmiňuje stránku utrpení nemocných i rodiny. Pokud by rodina či samotný nemocný chtěl podstoupit eutanázii v jiné zemi musel by mít dostatečnou finanční hotovost a vyřešenou dopravu svých ostatků na území ČR. „Jsem přesvědčen, že občané České republiky by měli mít i jinou možnost než odjet do Švýcarska, zaplatit více než sto tisíc korun a složitým způsobem v cizí zemi ukončit své utrpení,“ (7)

2.3.2. Návrh zákona o důstojné smrti z roku 2016

Návrh téměř shodně kopíruje návrh z roku 2008. Rozdíl mezi těmito návrhy spočívá v tom, že nový návrh umožňuje tzv. přát si pro budoucnost. Tuto možnost budou moci „využít“ pacienti, kteří splní vyjmenované podmínky.

Podmínky jsou tyto:

- pacient musí trpět nevléčitelnou nemocí
- je v nezměněném bezvědomí
- jeho zdravotní stav nelze nijak zvrátit

I tento návrh se setkává s tou samou problematikou jako jeho předchůdce z roku 2008. Uběhlo 8 let od snahy paní senátorky Domšové o uzákonění eutanázie a společnost se zas tak velké debatě, kterou navrhovala většina hovořících v debatě k

návrhu zákona v roce 2008 nevěnovala. Ti, co si mohli návrh přečíst k němu mají ty samé připomínky jako v roce 2008. Debaty na toto se objevují zporadicky a téměř je to pouze debata o moderátorovi a jednom hostovi, který obhájí svůj postoj, který skrze pořad hlásá světu. Nikoliv velká debata na úrovni návrhu zákona 2008 se již nekonala.

Je zde obrovská šance na korupci ze strany rodiny, lékaře ale i samotného umírajícího. Otázka hospiců a paliativní péče se o roku 2008 rozvinula. Jejich síť a možnost využívání mobilního hospice je na vysoké úrovni. Mobilní hospice mohou plnit přání zemřít doma v kruhu své rodiny a přitom důstojně bez bolestí. Mohou starat o více potřebných. Jsou zdokonalené postupy a našly se i nové postupy.

Finanční stránka pro rodinu se nezměnila. Péče o umírajícího člena v domácnosti se pro spoustu lidí i přes pomoc státu stává nemyslitelné a neřešitelná.

Bohužel se otázka legalizace také stala otázkou volební. Je zde možnost při prosazování legalizace eutanázie tak politická strana přijde o své voliče. Naše politická scéna je složena z několik a politických stran, které spolu vládou a ty se nemusí shodnout na legalizaci této otázky anebo už tuto otázku mají již ochráněnou v koaliční smlouvě. Pokud to tak je tak většinou jde o zamítavé stanovisko a sebelepší návrh přes tuto smlouvu neprojde.

V otázce náboženství a jeho postoje k této problematice zůstává neustále stejný.

Dokonce i právnické fakulty vypsalí soutěž na toto téma a kdo z bakalářských či magisterských oborů a jejich studentů napíše nejlepší práci pro uzákonění či neuzákonění eutanázie.

Postavení lékaře je neotřesitelné. Musí být součástí a musí se řídit přáním pacienta, který i přes veškeré možnosti naší medicíny žádá odejít z tohoto světa. Lékař nesmí být nikdy nucen, aby se tohoto procesu musel zúčastnit.

I samotná politická scéna není vyhraněná skrze otázku eutanázie u vlastních členů různých politických stran. U bývalé vlády byl do roku 2017 dohodnut v koaliční smlouvě bod, že otázka eutanázie a její projednávání je nemožné. Nebude o ni ani debatováno. Skrze zájem voličů. Prý by to negativní vliv na volby, přičemž je 60% dotazovaných pro uzákonění eutanázie. Jediná strana, která je proti eutanázii je KDU-

ČSL, jenž má v koaliční smlouvě bod: „Neumožníme žádné opatření v rozporu s ochranou života od početí do přirozeného konce (ne aktivní euthanasii).“ (7)

2.4. Odborná debata

2.4.1. Diskuse o přirozené smrti, marné léčby a zástupného rozhodování.

Komplexní reflexe eutanázie a dystanásie je ke vztahu k rozhodování v rámci konceptu pojmu přirozené smrti.

Eutanázie je pojem, který provází lékařskou etiku již dlouhá léta. Nejen v novodobé historii České Republiky, ale i před rokem 1989 za totalitního režimu.

Téma eutanázie v sobě ať v odborné lékařské obci či široké veřejnosti nabízí nepřehledné množství od čisté teorie problémů vztahu svobody a utrpení, vztahům etiky a práva. Diskuse k eutanázii se vedou vždy a jsou tím vázány. Pokud se objeví snaha k jejímu zanesení do právní formy a následné legalizaci. Témata všech debat, které se uskutečnili od roku 1993 po vzniku samostatné České Republiky naráží dokola na ty samé aspekty vztah svobody a utrpení, etika a právo, rozhodování o okamžiku, místě a způsobu smrti.

Zneužitelnost s pojmem eutanázie se projednává v těchto debatách i příbuzný význam a to je asistovaná sebevražda. Na tu nalezneme však odlišné názory než na pojem eutanázie v tomto případě však vzniká otázka, jestli žádost o eutanázii není vlastně svého druhu sebevraždou. Poté by ale vznikla otázka zda zachraňovat a léčit sebevrahy jejichž čin je projevem svobodné vůle. Nikdo nemá právo tato kritéria zkoumat.

Další kritérium debat je vázáno na: smysluplnost terapie kvality života, kdo má právo rozhodovat jestli lékař, pacient či rodina. Problematika kvality života. Kdo posoudí: pacient nebo nezainteresovaná osoba.

Jmenované otázky se týkají především starších lidí, obvykle s onkologickým či jiným chronickým onemocněním. Tyto otázky si však můžeme klást již od novorozeneckého věku člověka. Zde vzniká otázka tzn. nejlepšímu zájmu dítěte a

problematiku eutanázie můžeme vnímat v širších souvislostech. Jestli bude mít dopad na chápání pojmu lékař – pacient ve společnosti. Bude lékař tím kdo léčí a zmírňuje utrpení pacienta, nebo bude tím kdo respektuje autonomii pacienta takovou jak vychází z konkrétního stavu svobody.

Další aspekty jsou ekonomické: v Českém zdravotnictví slýcháváme: Lékař musí šetřit peníze, které se ve zdravotnickém systému nacházejí. Tyto aspekty se sebou všechny nepřímo souvisejí a jak česká veřejnost, tak lékařská obec dochází k názoru, že legalizace eutanázie se tyto problémy vyřeší, protože spolu souvisejí.

Byť by se mohlo zdát, že jsou debaty o eutanázii nebo asistované sebevraždě v plném proudu, bohužel tomu tak není. Proběhlo pouze pár z posledních větších debat se uskutečňuje na konferencích České Lékařské Komory v roce 2012.

Většina účastníků vnímá eutanázii jako pojem aktivní zabití pacienta na vlastní žádost. Jen někteří se zabývali terminologií pojmů eutanázie. Z tohoto důvodu vyzval prof. Pafka k jasně zřetelné definici tohoto pojmu, které velmi precizně rozšiřuje paní Marta Munzarová ve své knize z roku 2005 s názvem Eutanázie, nebo pasivní péče.

Tato debata na půdě Lékařské Komory díky této výzvě měla za následek rozdělení pojmů a jasnou definici. Kromě eutanázie dobrovolné se rozliší na eutanázie – nonvoluntární a involunární.

První je aktivním činem lékaře – pokud pacient není schopen rozhodnout (věk, koma atd.). Lékař provede eutanázii sám. Involunární znamená, že lékař usmrtí pacienta, který sice je schopen svá přání artikulovat, ale o eutanázii nežádá. Nebo nebyl problém s pacientem otevřen.

V pojmu diskuse lze toto pojmovit jako úmyslné a neúmyslné. Což debaty činí velmi obtížnými. Tedy pokud jde o involunární tedy vlastně vraždě. To co se však nediskutuje, je dobrovolnost. Žádost trpícího o eutanázii vztah utrpení a svobody: žádal by pacient, kdyby netrpěl?

Tuto debatu vedl V. Vácha, M. Königová a R. Mauer v Praze roku 2012. V tématu eutanázie pro a proti. V souvislosti se základy moderní lékařské etiky.

Mgr. Hamerský 8.3. 2017 debata k eutanázii

(prof. Pafko, Mudr. Payne, Judr Doležal)

Na této debatě bylo zmíněno jednání z roku 2007 podpora veřejnosti a její nárůst. Judr Doležal již v úvodu podotknul problematiku práva a dohodu etického dopadu. Uvedl, že by měla předcházet debata k tomuto návrhu a to po delší dobu. Jako tomu bylo ve státech, které eutanázii již zavedly. Zavedení nižší trestné sazby o usmrcení na žádost nebo nulovou sazbu.

Problém vidí v tom, že v ČR jde o nový zákon bez úpravy stávajícího trestního zákoníku. Na rozdíl od Belgie, která zavedla eutanázii v roce 2002 po debatách již od 70 let. I s tím, že byla zřízena vládní komise. Mudr Payne: poukazuje v první části debaty na etiku, kodexy a problematiku kdo by rozhodoval, že není žádný precedens a o tom, že tyto situace řešit neumíme.

Představa o uzákonění je irelevantní a nejde uzákonit eutanázii. Uvádí i příklady omezenosti v Belgii a Nizozemsku. Uvádí, že z etického hlediska nejde rozlišit eutanázii dobrovolnou nebo nikoliv. Zmiňuje se o tom, že sice chce právní úpravu v České Republice, ale na základě jiných kritérií. Veřejně přiznává, že v České Republice dokonce proběhne až 5 000 eutanázií lékařem, když uzákoněná není. Ať již záměnou léků či vysazením medikamentů. Aby pacientovi ulehčili utrpení. A v tomto případě souhlasí úpravou zákona, aby byly dána jasná pravidla a zamezilo se určité formě anarchie.

Bohužel má každý účastník diskuse pouze 10 minut k vyjádření se k tématu na toto reaguje profesor Pafko poukazuje na fiziofickou otázku co je pro nás přednější jestli život nebo svoboda rozhodování. Uvádí příklad Jana Palacha, který si dobrovolně vzal život za nás ostatní. A je oslavován, zatímco stará babička či dědeček trpící bolestmi jsou v očích veřejnosti pouhými sebevrahy. Poukazuje, že je to pozůstatek křesťanství na rozdíl od mudr Payna si myslí, že uzákonit eutanázii lze. Již díky EU o autonomii o informovaném souhlasu tu stejně pasivní eutanázii máme. Od odmítnutí resuscitace atd.. Dále se vyjadřuje k občankému zákoníku na jedné straně se uvádí, že

od roku 2007 debaty jsou a na druhé straně chybí. Názor veřejnosti a její informovanost je podle něj dostačující. K občanskému zákoníku nevidí problém ke změně. K definici smrt je třeba nehoda, dobrá smrt je pomoc od bolestí a utrpení člověka. Na to reaguje mgr. Hamerský, že si je vědom chyb, které měl návrh z roku 2007 a změny byly upraveny. Zmiňuje Holandsko a hlavně Belgii, kde co se týká eutanázie je zákon moc tvrdý.

Co se týká opětovného souhlasu, že trpící musí čekat 40 dní a znovu podat žádost. Podotýká, že je to nepřijatelné vůči trpícímu člověku. Pozastavuje se nad voláním lékařů: nechceme zákon o eutanázii, ale zákon určující pravidla. Což zas potvrzuje, že jsou v České Republice eutanázie prováděny, aniž by byla uvedena v platnost právní úprava zákonů. Čímž se vlastně vystavují lékaři stíhání za vraždu. Protože čeká legislativa nemá pojem eutanázie zanesených v právním řádu. Na to reaguje mudr. Payne s uzákoněním pravidel. A definici, že lékař je od slova léčit. A že je potřeba udělat výběr. Kritéria o povědomí pacienta dospět ke kompromisu. A to v případě eutanázie nejde určit zákon o kritériích eutanázie. Závěr od judr. Doležela je takový, že by muselo být povýšena práva jedince a jeho autonomie nad život. A dle judikatury mezinárodního soudu pro lidská práva dle rozsudku týkajícího se anglického páru. Je právo na autonomii samozřejmé, ale netýká se smrti. Jde o filozofické debaty a strach ze zneužití tohoto navrhovaného zákona, že eutanázie je krok nezvratný.

Uvedená skutečnost je taková, že lékaři vyhodnotí léčbu. Nebo se vše dá do rukou anesteziologa, dle prof. Pafka je zákon navrhovaný s hrozbou sankce trestu pro lékaře nepřijatelný. Jediné na čem se strany shodují je výzkum a snahy k minimalizaci zneužití a vyškrtnutí případného trestu pro lékaře. Z této debaty vyplývá najevo, že zatím většina poslanců je proti eutanázii. Ale proti argumentaci jsou zcela zcestné, protože pasivní eutanázie je v České Republice součástí lidského života. Je potřeba dle prof. Pafka rozlišovat nezměnný stav. Nelze třeba ukončit život člověka na základě bolesti, protože každý jedinec cítí bolest jinak.

Například z dostupných statistik, které je povinna o asistovaných sebevraždách vést vláda státu Oregon vyplývá, že asi 30 % pacientů, kteří žádají o euthanasii, zemře dříve, než k euthanasii dojde, asi 45 % pacientů, kterým je poskytnuta náležitá paliativní

péče se nakonec rozhodne zemřít přirozeným způsobem a přibližně jen pětina lékařů je ochotna předepsat smrtící medikaci (19).

Debaty se mimo jiné účastnili: p. Hladík (novinář), poslanec Úsvitu přímé demokracie. Ostatní politické strany neměli zájem se účastnit.

Závěr debaty :

Návrhy od roku 1993 jsou si podobné. Debaty k eutanázii jsou se stejnými argumenty a jejich konec je bezvýsledný. Zatím vítězí ego diskutujících a loby farmaceutických firem. Nejprve je potřeba zkvalitnit hospicovou péči a i tu domácí. Teprve poté obnovit diskusi o zavedení eutanázie.

2.4.2. Debata České lékařské komory o uzákonění eutanázie

Tato debata se nazývala: Důstojné umírání – důstojný závěr života s nevyléčitelnou nemocí. Byla první mezioborovou debatou na půdě lékařské komory, která se věnuje takto velkému a těžkému tématu jako eutanázie a její uzákonění v ČR.

Této debatě se zúčastnili odborníci z mnoha odvětví, které se každý den zabývá pomoci umírajícím a jejich rodinám. První otázkou, která se objevila ihned na začátku debaty je: Nepochopitelnost eutanázie v jakékoliv oblasti. Debaty sice ano byly, ale nebylo jich tolik a vždy se objevovaly jen nahodile, když se někdo o eutanázii zmínil a snažil se jí dostat do popředí. Eutanázie a její možnosti jsou velkou neznámou ve společnosti naší země. Kdo se o tuto otázku zajímá má pouze kusé informace a pár debat, které se uskutečnily, ale pokud někdo chce mít dostatečný pohled na tuto otázku musí čerpat hlavně ze zahraničních zdrojů. Tak jako čerpají někteří obhájitelé či odpůrci.

Eutanázie je také otázka politické scény. Vždy bude mít své podporovatele a své odpůrce. A tak se většina politických stran si nedovolí zmínit veřejně.

V dnešní době a možnostech paliativní medicíny jak pro umírajícího tak pro jeho rodinu se bohužel nedostane všem pacientům včas tak jak by bylo potřeba. Paliativní

péče je již v dnešní době na vysoké úrovni, ale bohužel není tak rozšířená do všech krajů. Paliativní péče by měla všem kdo jí potřebují poskytnout kvalitní a důstojný závěr života a bezbolestné umírání.

V této debatě se také narazilo na problematiku v oblastech práva, sociálního a zdravotního zabezpečení, ale i zdravotnictví. Ve zdravotnictví pracují odborníci, ale dostanou se ke všem umírajícím tito odborníci? Celkově jak naše společnost vnímá otázku umírání. Otázka smrtelnosti je pro každého z nás velice okrajová, protože my sami si jí nechceme připustit.

Debatující:

1. **JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře**

Ve svém bloku nastínil problematiku KPR (kardiopulmonální resuscitace) u terminálních stádií nemoci. Otázka kdy a již nezahajovat KPR je pouze a jen otázkou na lékaře a ošetrovatelský personál. Při této problematice by jsme měli vyhovět přání nemocného. Nikdo nepopírá automačnosti KPR kdy je potřeba, ale pokud vím dopředu o tzv. Dříve vyslovené přání pacienta (DNR) neresuscitovat musíme se jím řídit.

Z etického kodexu lékařů je zřejmé, že lékař nesmí prodlužovat život pacienta, když je patrné, že pacient umírá a pouze se očekává smrt. Cituje z doporučení č. 1/2010 kdy strádání a utrpení nemocného při dané léčbě v rozporu s Chartou práv umírajících.

Nikdo nesmí nutit lékaře či umírajícího k neefektivní léčbě, kterou by započal a nebo v ní pokračoval. Měli bychom bojovat proti utrpení. Hlavním naším cílem je respektovat osobnost člověka a zajistit mu důstojný zbytek života. Samozřejmostí je i léčba analgetiky i za cenu zvýšení rizika předávkování a tak i smrti pacienta. Pozor zde si nesmíme vyvodit, že léčba vysokými (smrtnými) dávkami analgetik je schválená. To ne. Analgetika jsou použita pouze a jen k tišení bolestí.

2. **Doc. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D., Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR v Praze**

Pan docent překládá statistická data z oblasti paliativní péče. "Ročně v ČR umírá

asi 105–110 tis. lidí, přičemž zhruba 64–66 % tvoří pacienti chroničtí, u nichž lze předpokládat potřebu paliativní péče. Jde tedy o velký segment medicíny, který by neměl být opomíjen. Jeho význam dále ještě poroste s rostoucími úspěchy současné medicíny, která postupně prodlužuje přežití i vážně nemocných pacientů, např. s onkologickým onemocněním.

Narůstá tak prevalence dlouhodobě léčených pacientů. Dostupná data ukazují na značnou heterogenitu v organizaci i dostupné kapacitě paliativní péče v regionech ČR. Dlouhodobě asi 66 % pacientů umírá v nemocnicích a z velké části na lůžkách akutní péče. Řešením samozřejmě nemůže být skoková výstavba nových zařízení (např. hospiců) a masivní přesun umírajících. Avšak již nyní dostupná data umožňují plánovitě přizpůsobovat péči v nemocnicích a dalších zdravotnických zařízeních a inkorporovat tak paliativní péči efektivně do stávající infrastruktury. ÚZIS ČR může pro tuto optimalizaci nabídnout zejména data z databáze zemřelých a z Národního registru hospitalizací a jejich analýzu již začal zpřístupňovat on-line na zcela novém portálu www.paliativnidata.cz. " Skrze tento web budou veřejnosti přístupná potřebná data skrze poskytovanou paliativní péči. Bude to v ČR první plnohodnotný web skrze paliativní medicínu.

3. **MUDr. Marie Svatošová**

Ve svém bloku se paní doktorka soustředila na problematiku Milosrdné lži. Pro koho je vlastně tato lež milosrdná? Každý umírající má právo na to znát pravdu. Musí se připravit na konec, který nastane. Měl by si projít všemi fázemi umírání. "Podmínkou klidného a důstojného umírání je akceptace pacientem i jeho rodinou. Vážná nemoc není jen zlem, je také příležitostí k osobnímu a osobnostnímu růstu a zrání. Takzvaná „milosrdná lež“ je ve skutečnosti tvrdě nemilosrdná, protože nemocnému bere čas, a najednou je pozdě. Rozlišujeme pravdu diagnostickou a pravdu prognostickou. Ne vždy je nutné závažnou nemoc pojmenovat, ale vždy je nutný individuální citlivý přístup. Nikdy neslibovat nemožné a důsledně rozlišovat pojmy: léčitelný a vyléčitelný!

Proč lže nemocnému ošetřující lékař? Není vyrovnán se svou vlastní smrtelností. Je neobratný v komunikaci. Podlehne tlaku pacientovy rodiny. Preferuje obložnost. Proč lže nemocnému jeho vlastní rodina? Pod záminkou chránit nemocného chrání sama sebe. Věří, že je to tak lepší. Nikdo ji včas nepoučil. Nezvládá komunikaci. Nejčastější záludnosti tzv. „milosrdné lži“: Pokračování v zatěžující, ale marné léčbě. Zatěžování pacienta nesmyslným i invazivním vyšetřením krátce před smrtí. Promarnění vzácného času – pak je pozdě na podstatné: odpuštění, poděkování, rozloučení, závěť, zabezpečení rodiny. Falešná naděje a její důsledky: pacientovo zklamání, nedůvěra, rezignace, deprese, izolace, někdy i agrese a oprávněné stížnosti. Bolestný pocit zrady od nejbližších, kterým celý život důvěřoval.

Hrubé narušení vztahů uvnitř rodiny a často dlouholeté výčitky svědomí pozůstalých. Ochuzení všech zúčastněných, promarněná příležitost osobnostního růstu a zrání. "(2)

4. **Prof.PhDr.RNDr. Helena Haškovcová, Csc.,Fakulta humatních studií UK**

Paní proferoska je dle mého názoru velkou odbornicí v oblasti paliativní péče a umírání. Čerpala ze zkušeností z jiných zemí, které mají s paliativní péčí již své dlouholeté zkušenosti. Paliativní medicína má svých 5 stežejných zásad. Díky těmto zásadám se paliativní péče se rozvíjí a poskytuje plnohodnotnou péči. V ČR nejsou v praxi uvedena všechna pravidla. "Zbývá především realizovat implementaci paliativních strategií do současného zdravotnického systému (nemocnic) a rozšířit kvalitní vzdělání v paliativní a hospicové péči. Etické souvislosti byly zdůrazněny citáty z knihy Atula Gawandeho: Nežijeme věčně aneb Medicína a poslední věci člověka. "

5. **MUDr. Lucie Hrdličková, Klinika dětské hematologie a onkologie FN Motol**

Ve svém bloku se paní doktorka věnuje paliativní péči pro děti. Co se týče tak specifické oblasti jako je dětská paliativní péče tak se nejedná jen o umírající děti, ale i o děti, které jsou ohrožené na životě či mají nějaké onemocnění, které jim nedovoluje žít plnohodnotný život. Takto specializovaná péče není dostupná úplně všude. Pouze a

jen v některých krajích a to hlavně v domácím prostředí (domácí hospic). "V ČR neexistují paliativní týmy v nemocnicích, naše země nedisponuje dostatkem zařízení pro respitní pobyty, není vytvořena síť terénních pracovníků, kteří by zajišťovali dětskou paliativní péči napříč republikou. V současné době není systematicky řešeno pregraduální ani postgraduální vzdělávání lékařů v paliativní medicíně zaměřené na dětské pacienty a jejich rodiny. Nejpalčivějším problémem je v ČR nedostatek validních informačních zdrojů a relevantních dat o této problematice, které by nám pomohly zmapovat reálnou potřebu dětské paliativní péče v ČR. Třetí ročník programu NF Avast určeného pro rozvoj nemocniční paliativní péče podpořil i rozvoj dětské paliativní péče, a to ve Fakultní nemocnici v Motole a v Nemocnici Hořovice." (3) Až v roce 2015 byla sestavena První skupina paliativní péče a byla i uznána Českou společností paliativní medicíny.

6. **Prof.MUDr. Pavel Ševčík,CSc.,KARIM FN Ostrava a LF Ostravské univerzity**

Pan profesor ve svém bloku naráží na otázku zda je naše společnost již tolik vyspělá vůbec na tolik, aby mohla vést diskuze skrze uzákonění eutanázie? Eutanázie je problémem nejen české republiky, ale celkově západního světa. Nastinuje zde i pokus pana profesora Zlatušky, jenž v červnu 2016 předal návrh o uzákonění eutanázie a určitých podmínek. Názorem pana profesora Ševčíka je, že naše společnost na takovou debatu a celkově i uzákonění eutanázie nedozrála a potřebuje ještě čas.

"Problematika eutanázie, tedy „usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samým, a to na jeho vlastní žádost“, se týká jiných pacientů, než charakterizuje Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. Například u těžce postižených s nezvratně progredujícími a nedůstojně invalidizujícími neléčitelnými neurologickými nemocemi, ale i nemocných s některými pokročilými nádorovými chorobami. Týká se pacientů, kteří trpí dlouhodobě, prošli postupně a lopotně všemi stadii zpracování tragické zprávy, u nichž se totálně

převrátil hodnotový žebříček a jejichž mysl posléze v tomto novém stavu zakotvila. Kriticky nemocným pacientům v intenzivní péči zpravidla selhávají vitální funkce a v těch případech, kde usoudíme, že léčba je marná, je pouze přestaneme podporovat či nahrazovat – necháme volný průchod přirozeným závěrečným procesům. Problematika eutanazie se týká převážně těch nemocných, u nichž vitální funkce nadále neochvějně fungují a dlouhou dobu fungovat budou, ale ostatní projevy života jsou k nežítí. Přes veškerou podporu paliativní medicíny někteří pacienti trpí způsobem, který je, eufemisticky řečeno, nezáviděníhodný. A vědí, že jsou, i při sebelepší péči, v naprosto bezvýchodné situaci. Zásadním způsobem se změnila věková struktura a způsob stonání. Před 100 lety se stonalo krátce a umíralo rychle, nyní se stoná dlouze a umírá pomalu. Kontext pohledu na umírání se tedy mění též, mění se i role utrpení v naší výrazně hédonisticky nasměrované společnosti."(4)

7. MUDr.Ondřej Sláma,Ph.D., předseda České společnosti paliativní medicíny

Pan doktor ve svém bloku naráží na dvě otázky.A to jaké rozdíly jsou mezi mobilní paliativní péčí a domácí péčí a také na problematiku léčby "lege artis" či standardizace u umírajících pacientů.

Paliativní péče a péče o umírající se v nedávne době u nás velice rozšířil.Měli bychom ji brát jako automatickou součást.

"Většina těchto nemocných profituje z dobře vedené takzvané obecné paliativní péče, tedy péče poskytované ošetřujícími lékaři podle základního onemocnění. Část pacientů má potřeby natolik komplexní nebo symptomy natolik obtížně řešitelné, že k jejich zvládnání potřebuje péči specialistů v oboru paliativní péče, paliativní medicínu. Můžeme použít paralelu mezi nemocným s kardiologickým onemocněním na standardním interním oddělení a pacientem, který vyžaduje péči kardiologa, nebo dokonce arytmologa k tomu, aby jeho nemoc či symptomy bylo možné adekvátně kontrolovat. Zvláštní problematiku pak tvoří péče o nevyléčitelně nemocné a umírající pacienty v jejich vlastním sociálním prostředí,

nejčastěji doma. O tyto pacienty se obvykle v závěru jejich života stará praktický lékař, někdy ve spolupráci s agenturou domácí péče (ADP), jež zajišťuje ošetrovatelskou činnost. Opět ale část takových pacientů bude profitovat ze specializované péče mobilních hospiců, pokud jejich cílem bude zůstat v domácím prostředí, dožít doma a vyhnout se terminální hospitalizaci.

Jaké tedy jsou rozdíly mezi agenturou domácí péče a mobilním hospicem (specializovanou mobilní paliativní péčí – MSPP)? Rozdíly jsou v cílové skupině pacientů a cílech péče, odbornosti, dostupnosti a komplexnosti péče. Cílem péče ADP je ošetrovatelská činnost směřovaná k dlouhodobé péči o nemocné bez ohledu na to, zda je jejich nemoc bezprostředně ohrožuje na životě, léčba chronických ran, pravidelná kontrola zdravotního stavu, prevence rozvoje komplikací u chronicky nemocných a polymorbidních atd. – to vše na základě indikace nejčastěji praktického lékaře. Část z těchto nemocných bude profitovat z péče ADP i v období umírání, a bude-li dobře fungovat spolupráce s praktickým lékařem či jiným oborovým specialistou, bude nepochybně jejich umírání bez zbytečného utrpení a v důstojných podmínkách. Menší část umírajících v domácím prostředí bude ale vyžadovat 24hodinový servis nejen zdravotní sestry, ale také lékaře, kteří pružně reagují na rychle se měnící zdravotní stav a akutní symptomy umírajících. Jedině tak bude možné zabránit terminální hospitalizaci. Odbornost v rovině obecné paliativní péče zajišťuje z pohledu lékaře oborový specialista (onkolog, kardiolog, neurolog, neonatolog atd.)."(5)

"Léčba" v domácím prostředí je úzce individuální. Záleží na stavu pacienta a také na vybavení domácnosti. Od docházky od praktického lékaře, po pomoc mobilního hospice až nevyhnutelnost hospitalizace v nemocnici. A po překonání obtíží opět návrat do domácí péči či hospice. Výhoda mobilního hospice je v tom, že musí být komplexní. Musí obsáhnout veškeré informace skrze umírání a pomoci od bolesti po pomoc rodině. Nejedná se nejen o nemocného, ale i jeho rodinu. Je zde potřeba jak po zdravotnické stránce, ale nesmíme opomenout stránku duševní. Psychologickou pomoc jak pro nemocného tak i pro rodinu. Pomoc od sociálních pracovníků až po pomoc náboženskou.

A druhá otázka byla zda lze vytvořit nějaký standard pro léčbu nemocných a léčit je dle "lege artis".

"Standardem léčby a péče o pacienta v závěru života by měly být následující oblasti: pravidelné hodnocení a mírnění diskomfortu, psychosociální a spirituální podpora pacienta („doprovázení“), proaktivní komunikace s rodinou, její podpora a přizvání ke spolupráci na péči, péče o pozůstalé a péče o mrtvé tělo. Systematická práce s individuálním plánem paliativní péče a zavedení standardu péče o pacienta v terminálním stavu jsou velkou aktuální výzvou pro český zdravotní systém."(6)

"Dr. Sláma vyšel z faktu, že v ČR každoročně nastává kolem 105 000 úmrtí. K více než 60 % (> 60 000 pacientů) těchto úmrtí dochází v důsledku progresse nebo komplikace některého chronického onemocnění. Úmrtí je tak u těchto pacientů rámcově očekávatelné vyústění chronického onemocnění. Zdravotníci svými rozhodnutími zásadním způsobem ovlivňují konkrétní průběh závěru života: délku a kvalitu závěru života a také místo úmrtí. „Důstojné umírání“ je důležitou součástí „důstojného života s chronickou nemocí“. Zda budou umírání a smrt důstojné, se ale nerozhoduje až v posledních hodinách a minutách, ale v posledních měsících, týdnech a dnech života. Základním paliativním „nástrojem“ k podpoře důstojného závěru života je individuální plán paliativní péče."(7) Individuální plán by měl být co nejvíce přizpůsoben konečné fázi života umírajícího. Neměli bychom umírajícího nikterak limitovat. Pouze a jen se přizpůsobit.

8. **MUDr.Ladislav Kabelka,Ph.D.,Hospic Rajhrad u Brna**

Pan doktor ve svém bloku naráží na problematiku péče. Za poslední dobu se v naší společnosti prodloužila střední délka života. Tabuizace umírání a péče o umírající. Až za poslední dobu se setkáváme s multidisciplinarnitou v této oblasti. Měli bychom se zaměřit na dobrou komunikaci, abychom eliminovali zbytečné rozbroje.

"To jsou důvody diskriminace křehkých a nevléčitelně nemocných v rámci českého zdravotnictví, sociálního systému i ve společnosti. Polymorbidita vede k závislosti života v nemoci již od středního geriatrického věku na zdravotní péči, která nepropojena s péčí sociální, i z výše uvedených důvodů, nedokáže tomuto trendu

čelit. Základní výzvy geriatrické paliativní péče jsou:

EFEKTIVITA ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

– schopnost časné intervence frailty, souběhu animace a paliace a v případě potřeby včasné indikace paliativní péče a kontinuální zajištění paliativního plánu péče v systému.

KOMUNIKACE A VZDĚLANOST

– vedení řízeného rozhovoru, práce a podpora v emocích a s emocemi, precizní dokumentace, časná diagnostika frailty a symptomů.

PROPOJOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE

– dostatečné personální a finanční zajištění multidisciplinarity, „péče za potřebami“, a ne za místem či typem poskytované péče."(8)

9. PhDr. et Mgr. Robert Huneš, ředitel Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích, prezident Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče

V tomto bloku se setkáme z porovnáním hospice a dalších sociálních služeb.

"Hospic je zdravotně-sociálním zařízením, jež pacientovi při přijetí garantuje, že nebude trpět nesnesitelnou bolestí (= zdravotní péče), za každých okolností zůstane zachována jeho lidská důstojnost (= sociální péče) a v posledních chvílích nezůstane osamocen (= sociální péče). Subjekty, které se prohlašují za „hospic“ či označují své služby za hospicovou péči a neposkytují přitom zdravotnickou registrovanou paliativní léčbu, považuje APHPP za matoucí, nevěrohodné, v některých případech dokonce za podvodné."(8)

"Požadavek WHO i praktické zkušenosti v ČR ukazují potřebnost 5 hospicových lůžek na každých 100 000 obyvatel (tj. potřeba 525 lůžek pro ČR). Stávající kapacita provozovaných lůžek na území ČR je 474, tzn. aktuálně je v ČR provozováno přes 90 % potřebných hospicových lůžek. Lůžka scházejí jen v kraji Karlovarském a na Vysočině.

Vize a cíle APHPP:

A. Lůžkový hospic (LH)

- dosažení stavu alespoň "1 kraj = 1 hospic"
- dostupnost (hustota pokrytí) – 5 lůžek/100 tisíc obyv.
- dojezdová vzdálenost obvykle nečiní víc než 70 km
- každé lůžkové zařízení dodržuje standardy APHPP

B. Domácí hospic (DH)

- domácí hospicovou péči poskytují samostatné týmy
- každé zařízení DH dodržuje standardy APHPP
- klientela = výhradně terminálně nemocní (souběžné působení v režimu běžné domácí péče není přípustné)
- dostupnost – dojezdová vzdálenost DH do domácnosti pacienta obvykle nečiní více než 30 km
- počet poskytovatelů: maximálně 1DH/100 000 obyvatel (maximálně asi 1 DH= 1 okres)
- dostupnost pro každého potřebného pacienta (časová, finanční, odborná)
- dostupnost lékaře, sester i PSS 24/365
- nejméně 2/3 úmrtí nastanou do 3 měsíců
- maximálně 1/3 klientely tvoří překlad do lůžkového zařízení či péče DH (maximálně 6 měsíců)
- vlastní půjčovna pomůcek, včetně přístrojů "(9)

10. PhDr. Martin Loučka, Ph.D., Centrum paliativní péče, z.ú., 3.lékařská fakulta, Univerzita Karlova

V tomto bloku opět narážíme na nedostupnost paliativní péče. Česká síť nemocnic a poskytovatelů paliativní péče je nedostatečný oproti ostatním okolním státům. Již se rozběhl nadační fond Avast, jenž se spoluprací s 18-nácti nemocnicemi snaží tuto situaci zlepšit.

"V České republice, podobně jako v ostatních rozvinutých zemích, umírá většina pacientů v prostředí institucionální péče, zejména nemocničního typu, ročně je to kolem 60–70 procent všech zemřelých. Je proto nezbytné zajistit v nemocnicích dostupnost paliativní péče, a to jak obecné, tak specializované formy. V Německu je přes 250 nemocnic, které mají vlastní paliativní program (buď specializované lůžkové oddělení, nebo paliativní konziliární tým), v Rakousku je to přes 40 nemocnic, v USA má paliativní program 70 procent nemocnic, které mají alespoň 50 lůžek, a všechny nemocnice fakultní. Jako příklad je uvedena univerzitní nemocnice v Mnichově, kde mají desetilůžkovou stanicí paliativní péče, která se za rok postará o asi 220 pacientů, z nichž zhruba 40 procent propouští domů nebo do lůžkového hospice. Pod mnichovskou klinikou mají dále konziliární tým, který provede po ostatních pracovištích nemocnice zhruba 1200 konzilií za rok, a také mobilní specializovaný paliativní tým, který po vzoru našich domácích hospiců nabízí nepřetržitě dostupnou péči multidisciplinárního týmu pro pacienty v domácím ošetřování."(10)

11. MUDr. Irena Pechanová, Ambulance bolesti Nemocnice na Bulovce

Ve svém bloku paní doktorka řeší problematiku onkologicky nemocných u nichž se zahájila aktivní paliativní léčba. Vyvrací názor, že paliativní péče je pouze a jen pro onkologicky nemocné pacienty, ale i s interním onemocněním či neurologickým.

Zde se pouze soustředíme na kvalitu života nemocného a jakýmkoliv prostředky podporujeme individualitu nemocného. "Paliativní péče podporuje život a považuje umírání za normální proces, proto neurychluje ani neoddaluje smrt, neznamena ukončení celkového léčebného procesu, ale zvládání nepříjemných projevů

nevléčitelného onemocnění se zaměřením se na zmírnění bolesti, psychického strádání a zlepšení celkového životního komfortu nemocného i jeho pečujícím. " (11)

Rozděluje paliativní péče na:

- ambulantní skrze jednotlivá pracoviště
- ambulantní skrze paliativní medicínu a léčbu bolesti
- domácí hospicová péče
- kamenné hospice
- lůžkové oddělení, jenž je zaměřeno na umírající

"Správně probíhající paliativní péče „brání“ nemocného před zbytečným prováděním vyšetření, zejména zbytečných „kontrolních“ invazivních vyšetření, nárůstem neúčelné farmakoterapie a snaží se své postupy sladit s přáním a představami nemocného. Dobré načasování zahájení paliativní péče významně zkvalitňuje komfort dožití nemocného.

Tato péče zahrnuje všechny potřeby umírajících: zejména efektivní terapii fyzické a psychické bolesti, emotivní podporu, sociální zázemí i pomoc rodině." (12)

2.5. Snaha o uzákonění eutanázie z roku 2018

O uzákonění eutanázie se zajímá paní poslankyně Věra Procházková za stranu ANO. Paní poslankyně je lékařkou má praxi 30 let na ARO oddělení. Neustále pracuje jako lékařka zdravotnické záchranné služby. Vychází z vlastní profesní zkušenosti. Za dobu své praxe se setkala s nesčetnými žádostmi o ukončení života od jejích pacientů. Dalším důležitým rozhodnutím pro uzákonění eutanázie či asistované sebevraždy je také osobní zkušenost.

„Zároveň mně zemřeli všichni příbuzní, které znám, na rakovinu. Včetně mojí matky, jež zemřela prostřednictvím pasivní eutanázie. Což se mi nelíbilo. Chtěla bych situaci těchto lidí řešit, aby měli svobodnou volbu“ (1)

Vzorem pro nás skrze sestavení zákona a vyloučení jakýkoliv chyb je spolupráce s Nizozemskem. Centrum pro veřejné mínění uvedlo, že celých 67 % česků je pro uzákonění eutanázie.

Avšak se tento pokus opět nedaří prosadit skrze odmítavý postoj jak samotných poslaneckých kolegů paní poslankyně tak i jiných politických stran. Jediný kdo by zákon podpořil se strana Pirátů a několik jednotlivých poslanců.

S návrhem zákona by ráda paní poslankyně založila Registr předem vysloveného přání. "Byl by to registr lidí, kteří si přejí, aby nebyli resuscitováni. Nejen třeba po autonehodě, kdy ten pacient bude v tak špatném stavu, ale také lidí, kteří leží několik týdnů na ARO. Pacient by měl mít právo říct, že to nechce, že si to nepřeje.“ (2)

Prozatím se tento návrh nijak na politické scéně neprojednával. Pouze a jen se k němu vyjádřili poslanci či senátoři, kteří chtěli.

Na stránkách webu Aktuálně.cz vyšel článek zabývající se tematikou eutanázie a její přijímání naší společností. Z jejich výzkumu vyplynulo, že pro uzákonění eutanázie je 67% procent dotázaných. Celých 55% procent dotázaných je i pro trest smrti a jeho znovu uzákonění. Interupci schvaluje celých 71% procent dotázaných. Od roku 2017 vzrostl počet lidí, kteří jsou pro uzákonění eutanázie o 4% procenta. Eutanázii či

asistovanou sebevraždu odmítá celých 23% procent dotázaných.

"Z analýzy dále vyplynulo, že názory na interrupci a eutanazii spolu vzájemně souvisí, uvedli statistici. Ti, kteří zastávají názor, že právo rozhodnout o přerušení vlastního těhotenství má mít žena sama, významně častěji souhlasí s uzákoněním eutanazie. Podpora uzákonění trestu smrti vzrostla meziročně o dva procentní body, loni byla ale nejnižší od začátku průzkumu. Nejvyšší podporu měl trest smrti v první polovině 90. let, kdy s jeho zavedením souhlasily zhruba tři čtvrtiny Čechů." (1) aktuálně

2.6. Eutanázie v jiných státech

2.6.1. Spojené království Velké Británie a Severního Irsku

VB byla mezi prvními, která se zabývala možností uzákonění eutanázie. V roce 1930 vznikla Společnost pro vyžádanou eutanázie, jenž se poté přejmenovala na Exit. Tato společnost se neustále snaží o legalizaci eutanázie.

"Od roku 1936 byly v Anglii předloženy tři návrhy zákonů o legalizaci eutanazie, ale žádný z nich nebyl přijat. Proti eutanazii se postavila většina těch, kteří před zvláštním výborem vypovídali, včetně vlády, Britské lékařské asociace a Královské ošetrovatelské koleje." (POLLARD, 1996)

Z výzkumu veřejné společnosti vyplývá, že 79% dotazovaných je pro legalizaci eutanázie. Ovšem zákony se nepodařilo uzákonit díky chybách a nepřesnostem v dotazníkovém šetření.

V roce 1961 vchází v platnost zákon Suicide act – "sebevražedný pokus" nebere otázku sebevraždy a pokus o ní jako trestnou, ale trestné je napomáhání při tomto jednání. Při aktivní sebevraždě hrozí maximální trest a to trest doživotí.

Anglická univerzita Brunel na toto téma provedla anonymní výzkum mezi lékaři a její výsledky jsou zdrcující. "Tvůrci studie, která byla otištěna v magazínu Palliative Medicine, anonymně vyzpovídali na 857 mediků. Dotazovaní doktoři uvedli, že 936 lidí (0,16 procenta) zvolilo dobrovolný odchod ze života. Dalších 1929 pacientů (0,33 procenta) ukončilo svůj život „bez své výslovné žádosti.“ Tuto skupinu pacientů nicméně podle studie zahrnují případy lidí, kteří o eutanazii požádali dříve, jejich zhoršující se zdravotní stav jim ale později neumožnil lékařům své přání zopakovat.!" (8)

"Na závěry průzkumu, který byl zveřejněn ve většině britských médií, reagovala organizace Voluntary Euthanasia Society (VES), která eutanazii podporuje. „Nutně potřebujeme, aby pacient měl možnost se rozhodnout a ujistit tak lékaře, že pro své počínání má bezpečné záruky. Ochrání jak sebe, tak i doktory,“ řekla Deborah

Annettsová, která organizaci předsedá." (9)

2.6.2. Holandsko

První zmínka o eutanázii a její schválení se objevila v roce 1969 po vytištění knihy lékaře Hendrika van Berga s názvem "Lékařská moc a lékařská etika". V tomto díle autor obhájí právo zabít nemocného a trpícího pacienta.

1973 se uskutečnil soudní proces s lékařkou, která usmrtila svou trpící matku. Lékařka se obhájila tím, že její matka trpěla. Svoji žádost několikrát zopakovala a tak jí její dcera usmrtila. Svoji matku předávkovala injekcí morfia. Celá kauza se dostala k soudu a byla celou společností velmi probírána. Na podkladě debaty ve společnosti dostala lékařka 1 týden podmíněně.

Díky tomuto procesu a debatě společnosti se vláda rozhodla a ustanovila komisi pro ustanovení podmínek za, kterých bude eutanázie legalizována. Lékaři byli poučeni, aby do příčiny smrti napsali eutanázii. Na podkladě tohoto "výzkumu" dokázala komise seskládat podmínky nutné pro legalizaci eutanázie. Výsledky byly ohromující. Došlo asi k 2 300 provedených aktivních eutanázií, 400 pasivních eutanázií, 1000 případů ukončení života avšak bez vlastní žádosti o eutanázii. A skoro 16 000 pacientům byl život buďto zkrácen díky prosazením vyšších dávek léků tišících bolest a nebo ukončení nebo vůbec bez léčby. Skrze tyto data začala vláda s debatou o legalizaci eutanázie nebo asistované sebevraždy. 38% rozhodnutí bylo uskutečněno na pokladě vlivu lékaře.

Roku 1994 je schválen zákon o eutanázii a asistované sebevraždě. Jelikož byl tento zákon v rozporu s dalšími zákony. V praxi to znamenalo beztrestnost pro lékaře. Lékař musel vyplnit hlášení o provedení eutanázie a to odeslat na vyšší post. A to k revizorovi. Tento revizor na podkladě hlášení zahájil či ne zahájil trestní stíhání lékaře.

Samotný zákon prošel několika úpravami.

"Holandsko se nakonec stalo první evropskou zemí, ve které byl v roce 2000 většinovým hlasováním parlamentu odsouhlasen zákon, který od dubna roku 2002 ve vymezených případech umožňuje nevyléčitelně nemocným pacientům odejít dobrovolně

ze života pod dohledem lékaře.

Jak bylo zmíněno již výše – pravidla jsou striktní:

- *žádost o smrt pochází výhradně od pacienta,*
- *projev jeho vůle musí být svobodný, chtěný, uvážený, pevný a nezvratný,*
- *pacientův stav musí působit nesnesitelné útrapy bez perspektivy zlepšení,*
- *eutanazie musí být poslední opatření, musí být vzaty v úvahu a hledány všechny alternativy ke zmírnění pacientovy situace, eutanazie musí být provedena lékařem,*
- *lékař musí provést konzultaci s jiným nezávislým lékařem, který má zkušenosti z této oblasti." (8)*

V roce 2001 uzákonila vláda eutanázii pro nezletilé a od roku 2004 je legalizovaná eutanazie pro novorozence. Dle pani Munzarové, která se u nás touto problematikou zabývá vstoupilo Holandsko na nejhorší možnost. A to na tzv. "kluzký svah". Před touto problematikou varuje ve všech svých dílech. Pokud povolíme jednu možnost eutanázie je jen otázka času kdy dovolíme další možnost a tak dále. „Když člověk nebo společnost nastoupí určitou kluzkou cestu, již sama gravitace ji stahuje dále a dále. V případě eutanazie to znamená, že pokud dovolíme lékařům ukončovat životy umírajících na jejich vlastní žádost, rozhodně to u toho neskončí a postupně bude tato možnost rozšiřována. Dojde k ukončování životů lidí s těžkou chorobou, ale dosud neumírajících, životů lidí s chorobami nevyléčitelnými, kteří by však mohli být ještě dlouho živi, životů těžce postižených novorozenců, lidí senilních nebo lidí s různým mentálním postižením, atd.“ (MUNZAROVÁ,2005)

2.6.3. Belgie

V Belgii se odehrávala stejná situace, i když narozdíl od Holandska. Legalizace eutanázie proběhla několik měsíců po Holandsku a přesto má jiné podmínky.

Podmínky jsou tyto:

- plnoletost,
- psychicky vyrovnaní,
- pacient musí mít aktuální informace o svém zdravotním stavu,
- pacient musí znát možnost další léčby,
- lékař vykonává eutanázii u nevléčitelně nemocných, jenž neustále trpí nesnesitelným psychickým či fyzickým utrpením,
- zažádat musí dvakrát
- musí vědět a chápat co nastane vykonáním eutanázie

Jsou zde rozdíly. Pokud o eutanázii zažádal člověk, který byl nevléčitelně nemocný, ale nebyl v terminálním stádiu. Musel si nechat vypracovat zdravotní posudek od lékaře o jeho stavu a jakou má prognózu s danou chorobou a teprve na podkladě toho se mohlo uvažovat o eutanázii.

Veškeré eutanázie se musí hlásit speciálně vytvořené komisi ze šestnácti lidí a to 4 právníků, 4 lékařů, 4 profesorů medicíny a 4 lidí z blízkého okolí nemocného. A tato komise na podkladě hlášení uznává legálnost eutanázie. Hlášení má dvě části. V první části se popisuje stav pacienta a lidí, kteří se k této otázce mohli vyjádřit. A v druhé části se popisuje průběh eutanázie. Pouze když jde o nesrovnalosti tak se nahlíží do první části, která byla do teď anonymní.

2.6.4. Lucembursko

Od března roku 2009 je v Lucembursku eutanázie legální. Tento zákon zaručuje lékařům naprostou beztrestnost v případě účasti jak na eutanázii či asistované sebevraždě.

"Aby mohla být eutanázie provedena, či asistované suicidium uskutečněno, je nutný jednomyslný souhlas dvou lékařů a zároveň souhlasné stanovisko panelu odborníků. Lze vyhovět pouze žádosti nevléčitelně nemocných pacientů, kteří o eutanázii žádají opakovaně. Tyto žádosti musí být řádně zdokumentovány za přítomnosti

svědků." (10)

"Legalizace eutanazie v nejmenším členském státě Evropské unie neprobíhala bez problémů. Hlava státu, přísně katolický velkovévoda Henri, odmítl návrh zákona podepsat s tím, že by tím spustil konstituční krizi. Lucemburský parlament však hlasoval pro to, aby byla velkovévodovi ponechána jen čistě obřadní role, čímž obešli jeho odmítavý postoj k uzákonění eutanazie." (11)

2.6.5. Švýcarsko

Legalizace eutanazie proběhla v roce 1941. "Zákonem je ve Švýcarsku tolerováno asistované suicidium za podmínky, že není prováděno ze ziskových důvodů. Na „adepta“ je kladena řada požadavků podobných těm v ostatních zemích; zde je navíc důležitou podmínkou schopnost pacienta pít. K usmrcení totiž dochází po vypití „smrtícího koktejlu“; do pěti minut nastává kóma, po dalších dvaceti minutách lze konstatovat smrt. Poslední úkon (vypití smrtícího nápoje) musí udělat pacient sám, jakákoliv přímá asistence je striktně zakázána.

Švýcarsko se stalo „zemí zaslíbenou“ pro mnoho pacientů z Velké Británie nebo z Německa; za „milosrdnou smrtí“ jich sem přijíždí mnoho. Cizinci je vyhledávána organizace Dignitas (Důstojnost). Mediálně známý je i případ českého pacienta, který se nechal usmrtit právě uvedeným způsobem. Představitelé Dignitas čelí v poslední době podezření, že přinejmenším jednou aplikovali smrtící látku zakázaným způsobem – injekční stříkačkou do žil pacienta, a že není dodržena ani podmínka nezištnosti." (13)(BENEŠOVÁ,2012)

Ani ve Švýcarsku není jednotná politická situace. Švýcarsko jako jedna z mála zemí poskytuje možnost eutanazie nejen pro své občany. A proto se v posledních letech rozmohla "turistika za smrtí". Žadatel musí pouze splňovat podmínky pro eutanazii. Musí mít zajištěn odvoz těla zpět do své země pokud bude chtít.

"Konzervativní strany chtěly zpřísněním legislativy učinit přítrž "turistice za smrtí" do

kliniky Dignitas, která poblíž největšího švýcarského města i vážně nemocným cizincům pomáhá ukončit jejich život. V Curychu každoročně asistovanou sebevraždu podstoupí na 200 lidí.

Referendum o znemožnění "turistiky za smrtí" prosadily konzervativní strany Spolková demokratická unie a Evangelická lidová strana Švýcarska. Podle nich by měli mít právo na asistovanou sebevraždu v Curychu jenom cizinci, kteří mají na území kantonu alespoň jeden rok trvalý pobyt.

Tyto strany jsou v menšině a velké strany na levici i na pravici vyzvaly své voliče, aby hlasovali proti změně." (13)

"Ve Švýcarsku fungují organizace Exis a Dignitas, které poskytují těm, kteří o to požádají, asistovanou sebevraždu. Ta se nesmí provádět v nemocnicích, ale v prostorách organizací. Pacient kontaktuje lékaře z organizace, podepíše žádost o asistovanou sebevraždu a je mu poskytnuta smrtící látka." (MUNZAROVÁ, 2005) (14)

Jedním z těch co ve Švýcarsku podstoupili asistovanou sebevraždu byl i slavný australský vědec David Goodall, jenž ve svých 104 letech se rozhodl pro toto řešení. Jelikož se v Austrálii eutanázie neprovádí musel uspořádat sbírku pro sebe a svoji rodinu, kterou chtěl mít u sebe při posledním rozloučení. Jeho přáním bylo rozšířit povědomí o asistované sebevraždě.

"Je to moje vlastní rozhodnutí, že ukončím svůj život, těším se na to a jsem švýcarským lékařům vděčný, že mi to umožnili," nechal se slyšet Goodall, který by chtěl, aby si ze Švýcarska vzaly příklad i ostatní země a v potaz braly nejen věk klienta, ale také jeho duševní zdraví." (1)

Dne 10.5.2018 ve 12:30 si sám zmíněný profesor aplikoval smrtící pentobarbital do žíly bez pomoci ostatních. Udělal to sám ze svého vlastního rozhodnutí v kruhu rodiny, za poslechu oblíbené hudby. Svůj poslední den strávil pan profesor dle svých představ.

Jedním z projevů pana profesora bylo to, že stírnutí je nedůstojné. Nechtěl už dál žít. Ztrácel sluch i zrak. Pro jeho pojem kvalitního života tyto skutečnosti byly nepřijatelné. Letos v dubnu kdy se do popředí v Austrálii dostala informace o

profesorově snu o asistované sebevraždě sám řekl an jedné z debat, že lituje věku, kterého se dožil. Ve svých 104 letech ještě pracoval na univerzitě v Perthu.

Samozřejmě jako u nás i zde se objevily názory, které byly pro a jiní proti asistované sebevraždě pana profesora. Někteří oponují skrze komerční využití smrti a jiné jej propagují jako poslední slehání společnosti a je to znamení úpadku.

3.ZÁVĚR

Po rozboru debat vyplývá skutečnost, že pro některé odborníky je naše společnost ještě nepřipravena vést debaty o eutanázii. Eutanázie či asistovaná sebevražda je téměř neprobádanou otázkou pro odbronou společnost. Debaty se vyskytují nahodile a pouze jen, když se někdo zmíní. Jinak celkově a navazující debaty se u nás nevyskytují.

Při průzkumech ve veřejném mínění se ukazuje, že pro legalizaci eutanázie přibývá zastánců. Výzkum provedený v květnu tohoto roku ukázal, že celých 67% procent dotazovaných je pro uzákonění eutanázie.

Dnes máme pouze tyto možnosti v tzv. Dříve vyslovených přáních, odmítnutí či nepokračování v léčbě a poslední možností je DNR - nesouhlas s resuscitací.

Nejčastějším argumentem zastánců eutanázie pro její legalizaci je to, že interrupce jsou legální a jde o stejný princip věci. Jde o ukončení života plodu v těle matky a přitom nám LZPS zaručuje ochranu života.

Vyvstává zde otázka možnosti kolapsu morálky obyvatelstva po uzákonění eutanázie. Interrupce byly nejdříve povoleny jen pouze tzv. zdravotní a dnes je to sociální záležitost. Státy, které uzákonily eutanázii anebo povolily asistovanou sebevraždu, se s poklesem morálky zatím neseťkaly.

Musíme přiznat, že umírání je velice finančně náročná záležitost. V minulosti bylo stonání krátké a samostatné umírání také. Dnes se setkáváme díky prodloužení střední doby života s opačným efektem. Dlouhé stonání a dlouhé umírání. Část nemocných umírá v domácím prostředí a jiní těch je většina umírá v nějaké instituci (např. Hospic,LDN,apod.)

V roce 2008 se paní senátorka Domšová a pan Hamerský se svým týmem snažili o uzákonění eutanázie a od té doby se o žádný jiný pokus nikdo nepokusil. Ano od té doby se stalo to, že se uzákonila Dříve vyslovená přání a máme i systém DNR - neresuscitovat, ale to je prozatím všechno.

4.PŘÍLOHY

4.1. Práva pacientů ČR

1. Pacient má právo na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.
2. Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.
3. Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.
4. Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

5. V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věcí důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.
6. Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.
7. Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen po té, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.
8. Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.
9. Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

10. Nemocný v závěru života má právo na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

11. Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient má právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

Etický kodex "Práva pacientů" navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky.

Tato práva pacientů jsou prohlášena za platná za dnem 25. února 1992

4.2. STAVOVSKÝ PŘEDPIS č. 10 ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY ETICKÝ KODEX ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

§ 2 Lékař a výkon povolání

(1) Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volí a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Přitom je povinen respektovat v co největší možné míře vůli nemocného (nebo jeho zákonného zástupce).

(2) Každý lékař je povinen v případech ohrožení života a bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc.

(4) Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovně přetížen nebo je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Je však povinen doporučit a v případě souhlasu zajistit vhodný postup v pokračování léčby.

(7) Lékař u nevléčitelně 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. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.

(17) Nový způsob léčení je možné použít u nemocného až po dostatečných biologických zkouškách, za podmínek dodržení Helsinské konvence a Norimberského kodexu, pod přísným dohledem a pouze tehdy, pokud pacienta nepoškozují.

§ 3 Lékař a nemocný

(2) Lékař se k nemocnému chová korektně, s pochopením a trpělivostí a nesníží se k hrubému nebo nemravnému jednání. Bere ohled na práva nemocného.

(4) Lékař je povinen pro nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat.

4.3. Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester

4.3.1. Sestry a spoluobčan

Sestra spoluzodpovídá za péči poskytovanou občanům, kteří ji potřebují.

Při poskytování ošetrovatelské péče sestra vytváří prostředí, v němž jsou respektována lidská práva, hodnoty, zvyky a duchovní přesvědčení jednotlivce, rodiny a komunity.

Sestra zaručuje, aby byly jednotlivým osobám poskytnuty dostatečné informace, z nichž může vycházet jejich souhlas s péčí a související terapií.

Sestra dodržuje povinnost mlčenlivosti, chrání důvěrné informace pacienta. Tyto

informace sděluje dalším lidem pouze na základě souhlasu pacienta a lékaře.

Sestra se spolupodílí na zahájení a podpoře aktivit zaměřených na uspokojování zdravotních a sociálních potřeb občanů, zejména občanů patřících do ohrožených skupin.

Sestra je také spoluzodpovědná za zachování přirozeného prostředí a jeho ochranu před znehodnocováním, znečišťováním, úpadkem a ničením.

4.3.2. Sestry a jejich ošetrovatelská praxe

Sestra při poskytování péče usiluje o to, aby se při užívání nové techniky a uplatňování vědeckého pokroku dbalo na bezpečnost, důstojnost a lidská práva občanů/pacientů.

4.4. § 36 ze zákona č. 372/2011 - Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

Dříve vyslovené přání

(1) Pacient může 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“).

(2) Poskytovatel bude brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas. Bude respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to lékařem v oboru

všeobecné praktické lékařství, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem v oboru zdravotní péče, s nímž dříve vyslovené přání souvisí.

(3) Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Součástí dříve vysloveného přání je písemné poučení podle odstavce 2.

(4) Pacient může učinit dříve vyslovené přání též při přijetí do péče poskytovatelem nebo kdykoliv v průběhu hospitalizace, a to pro poskytování zdravotních služeb zajišťovaných tímto poskytovatelem. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi; záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek; v tomto případě se nepostupuje podle odstavce 3.

(5) Dříve vyslovené přání

a) není třeba respektovat, pokud od doby jeho vyslovení došlo v poskytování zdravotních služeb, k nimž se toto přání vztahuje, k takovému vývoji, že lze důvodně předpokládat, že by pacient vyslovil souhlas s jejich poskytnutím; rozhodnutí o nerespektování dříve vysloveného přání pacienta a důvody, které k němu vedly, se zaznamenají do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi,

b) nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti,

c) nelze respektovat, pokud by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby,

d) nelze respektovat, pokud byly v době, kdy poskytovatel neměl k dispozici dříve vyslovené přání, započaty takové zdravotní výkony, jejichž přerušení by vedlo k aktivnímu způsobení smrti.

(6) Dříve vyslovené přání nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty s omezenou svéprávností.

4.4. Seznam použitých zkratk

LZPS - Listina základních práv a svobod

ČLK - Česká lékařská komora

WHO - Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

ČR - Česká republika

EU - Evropská unie

DNR - Do not resuscitate (neresuscitovat)

ARIM - Anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína

5. INFORMAČNÍ ZDROJE

5.1. Literatura:

- 1 POLLARD, B. J. Eutanázie – ano či ne?. Vyd. 1. Překlad Eva Masnerová. Praha: Dita, 1996. 209 s. ISBN 80-859-2607-5
- 2 CÍSAŘOVÁ, D., SOVOVÁ, O. a kol. Trestní právo a zdravotnictví. 2. upravené a rozšířené vydání. Praha : Orac, 2004. ISBN 80-86199-75-4
- 3 MACH J. Medicína a právo. 1. vydání. Praha : C. H. Beck, 2006. ISBN 80-7179-810-X
- 4 PRUDIL, L. Máme ústavní oporu pro provádění eutanázie? In: Eutanázie – pro a proti. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 256 s. ISBN 978-80-247-4659-3
- 5 PAVLÍČEK, V. a kol.: Ústava a ústavní řád České republiky: komentář. 2. díl Práva a svobody. 2. vydání, Praha: Linde, 1999. ISBN 80-7201-170-7
- 6 MUNZAROVÁ, Marta. Eutanázie, nebo paliativní péče?. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 108 s. ISBN 80-247-1025-0.
- 7 MUNZAROVÁ, M. Vybrané kapitoly z lékařské etiky I, Smrt a umírání. Brno: Masarykova univerzita, 2002, ISBN 80-210-3017-8
- 8 MUNZAROVÁ, Marta. Zdravotnická etika od A do Z. 1. vydání, Praha: Grada Publishing, a.s., 2005, ISBN 80-247-1024-2
- 9 HAŠKOVCOVÁ, Helena. Lékařská etika. 3.rozš. vyd. Praha: Galén, 2002, 272 s. ISBN 80-726-2132-7
- 10 HAŠKOVCOVÁ, Helena. Thanatologie. Nauka o umírání a smrti. 2., přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007, 272 s. ISBN 80-726-2471-7

- 11** PTÁČEK, Radek a Petr BARTŮNĚK. Eutanazie - pro a proti. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 256 s. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-802-4746-593
- 12** VIRT, Gunter. Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie. Vyd. 1. Překlad Theodora Starnovská, Dagmar Pohunková. Praha: Vyšehrad, 2000, 95 s. Cesty (Vyšehrad). ISBN 80-702-1330-2
- 13** VÁCHA, Marek, Radana KONIGOVÁ a Miloš MAUER. Základy moderní lékařské etiky. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 302 s., [8] s.obr.příl. ISBN 978-807-3677-800
- 14** ROBINSON, Dave. *Etika*. Vyd. 1. Ilustrace Chris Garratt. Překlad Štěpán Kovařík. Praha: Portál, 2004. Seznamte se---. ISBN 80-717-8941-0.
- 15** SKŘIVANOVÁ-BOŠKOVÁ, Vladimíra. Eutanázie, nebo "komfort" pro pacienty?: zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších. 1. vyd. Praha: V. Bošková, 2012. ISBN 978-80-260-2989-2.
- 16** SKÁLA, Bohumil. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci: doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 80-869-9803-7.
- 17** ŠPINKOVÁ, Martina a Štěpán ŠPINKA. *Euthanasie: víme, o čem mluvíme?*. Praha: Cesta domů, 2006. ISBN 80-239-8592-2.
- 18** MULLEROVÁ, Ivana. Bakalářská práce: Eutanazie v právu trestním. Bankovní institut vysoká škola Praha. Katedra právní. Praha . 2010
- 19** BICKOVÁ, Lucie, Bakalářská práce: Problematika eutanázie v České republice. Jihočeská univerzita. Fakulta Teologická. České Budějovice. 2016
- 20** BENEŠOVÁ, Yvona, Bc., Diplomová práce: Eticko – právní úvahy o eutanazii. Univerzita Tomáše Bati. Fakulta Humanitních studií. Institut mezioborových studií Brno. Brno. 2012

- 21** SVATOŠOVÁ, Marie. O naději s Marií Svatošovou. 1. vydání, Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2003, počet stran 87, ISBN 80-7192-833-X
- 22** . SVATOŠOVÁ, Marie. Hospice a umění doprovázet. Praha: Ecce homo, 1999, ISBN 978-80-902049-2
- 23** VORLÍČEK, Jiří.Sláma, Ondřej, Kabelka, Ladislav, et al. Paliativní medicína pro praxi. 1. vydání, Praha: Galén, 2007, SBN 978-80-7262-505-5
- 24** ŠMIDMAYEROVÁ, Petra. Magistreská diplomová práce: Euthanasie, problém praktické etiky. Masarykova univerzita. Fakulta filozofická. Katedra filozofie. 2009
- 25** MACEJKOVÁ, Markéta. Diplomová práce: Euthanasie a trestní právo. Vysoká škola ekonomická v Praze. Fakulta managementu Jindřichův Hradec. Příbram. 2008
- 26** STAŇKOVÁ, Marie. Bakalářská práce: Eutanázie z pohledu lidí věřících a nevěřících. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Zlín. 2011
- 27** DUSÍKOVÁ, Hana, Bc. Diplomová práce: Kategorizace léčby nemocných z pohledu všeobecných sester. Masarykova univerzita. Lékařská fakulta. Katedra ošetrovatelství. Brno. 2012

5.2. Internetové zdroje

- 1 Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny – Úmluva o lidských právech a biomedicíně z roku 1997 ETS164, v České republice přijata pod č. 96/2001 Sb. m. s. [online]. Praha, 2001 [cit. 2018-07-12]. Dostupné z: <https://www.lkcr.cz/446.html>

- 2 Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky: Listina základních práv a svobod. *Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky* [online]. Praha, 1992 [cit. 2016-04-16]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
- 3 Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky: Ústava České republiky. *Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky: Ústava České republiky* [online]. Praha, 1992 [cit. 2016-04-16]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/constitution.html>
- 4 Eutanázie - dobrá smrt: Svoboda -Důstojnost- Pravidla-bezpečí. *Eutanázie - dobrá smrt: Svoboda -Důstojnost- Pravidla-bezpečí* [online]. 2008 [cit. 2016-04-16]. Dostupné z: <http://eutanazie-dobrasmrt.bluefile.cz>

5.3. Internetové články

- 1 ŠTRÁFELDOVÁ, Milena. Český rozhlas: Události. *Události: Eutanázie znovu vyvolává spory* [online]. Praha, 2012, , 1 [cit. 2016-04-16]. Dostupné z: <http://www.radio.cz/cz>
- 2 SUM, Tomáš. *Epravo.cz: Sbírka zákonů, judikatura, právo* [online]. 2004, , 1 [cit. 2016-04-16]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/eutanazie-v-pravnim-radu-cr-28721.html?mail>
- 3 MLČOCH, Zbyněk. *zbynekmlcoch.cz: Eutanázie v ČR 2018 – pohled advokáta, lékařů, provozovatelů hospice ad.* [online]. 2018, , 1 [cit. 2017-08-10]. Dostupné z: <http://www.zbynekmlcoch.cz/informace/medicina/administrativa/eutanazie-v-cr-2018-pohled-advokata-lekaru-provozovatelu-hospice-ad>

- 4 Redaktoři ČTK, Aktuálně.cz: Většina Čechů souhlasí s interrupcí, eutanazií i trestem smrti, ukázal průzkum. [online]. 2018, , 1 [cit. 2018-06-21]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/vetsina-cechu-souhlasí-s-interrupci-eutanazii-i-trestem-smrt/r~ffd10270754311e8a105ac1f6b220ee8/>
- 5 Redaktoři zahraničí a ČTK, Aktuálně.cz: Těším se, až ukončím svůj život, řekl 104 letý vědec. Pak podstoupil asistovanou sebevraždu. [online]. 2018, , 1 [cit. 2018-05-11]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/zahranici/prohledl-si-skleniky-poobedval-s-rodinou-pak-104lety-austral/r~a8bb92f0544d11e88560ac1f6b220ee8/>
- 6 NOHL, Radek, Seznamzpravy.cz: Pacienti ji žádali, ať ukončí jejich život. Poslankyně ANO píše zákon o eutanazii. [online]. 2018, , 1 [cit. 2018-06-23]. Dostupné z: <https://www.seznamzpravy.cz/clanek/pacienti-chteli-at-jejich-zivot-ukonci-poslankyne-ano-ted-pise-zakon-aby-lide-mohli-zadat-o-smrt-49944>
- 7 MALÚŠ, Pavel. Hofmanová, Michaela. Eutanazii by v Česku využily 3000 lidí ročně, odhaduje spoluautor návrhu zákona [online]. 2015 [cit. 2018-07-06]. Dostupné z: <https://news.youradio.cz/tema/eutanazii-by-v-cesku-vyuzily-3-000-lidi-rocne-odhaduje-spoluautor-navrhu-zakona-5616>.

6.PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Legální statut dobrovolné euthanasie a asistované sebevraždy (tabulka), Euthanasia - ProCon.org [online]. c2004, poslední revize 13. 4. 2009 [cit. 2018-07-25]. Dostupné z: <https://euthanasia.procon.org/view.resource.php?resourceID=000136>

Příloha č. 2: Formulář žádosti - Oregon (text), Euthanasia - ProCon.org [online]. c2004, poslední revize 13. 4. 2009 [cit. 2018-05-23]. Dostupné z: <https://euthanasia.procon.org/sourcefiles/OregonStatute.pdf>

Příloha č. 3: Adresář poskytovatelů hospicové paliativní péče - členů APHPP - podle krajů. [online]. 2017. [cit. 2018-07-25]. Dostupné z: <http://asociacehospicu.cz/hospice-v-cr/>

Příloha č.4: Česká lékařská komora. Hippokratova přísaha. [online]. 2017. [cit. 2017-05-24]. Dostupné z: http://www.clkuo.cz/dokumenty/prolekare/hippokratova_prisaha.htm

6.1. Legální statut dobrovolné euthanasie a asistované sebevraždy

Legal Status of Euthanasia and Assisted Suicide

Ve této příloze jsou vyjmenovány a popsány země kde je povolena eutanázie nebo asistovaná sebevražda. Jedinou výjimkou je Austrálie, která již měla povolenou eutanázii, ale v roce 1997 zákon zrušila a opět je eutanázie nelegální.

1. AUSTRALIA

Euthanasia: Illegal

(**Legal** in Victoria)

Physician-Assisted Suicide: Illegal

The Northern Territory of Australia passed the *Rights of the Terminally Ill Act*, which legalized voluntary euthanasia in 1995. The law went into effect on July 1, 1996 and was used by four Australians who were dying from cancer.

Two 1996 court challenges, one in the Supreme Court of the Northern Territory and one in the High Court, resulted in the law being declared valid.

A bill to overturn the Act was introduced at the federal level on Sep. 9, 1996 and passed both Houses by Mar. 25, 1997, when the Northern Territory's Act was officially overturned, making both euthanasia and PAS illegal in Australia again.

The Green Party introduced the Voluntary Assisted Dying Bill of 2013 in Tasmania in an effort to legalize physician-assisted suicide in that state. The bill was defeated in 2013.

On Nov. 29, 2017, Victoria (Australia's second-most populous state) legalized physician-assisted suicide and limited euthanasia. The law will go into effect in mid-2019 and will allow terminally ill patients (with a life-expectancy of 6 months in most cases) to obtain a lethal drug for self-administration. The law allows the drug to be administered by a doctor if the patient is unable to do so her/himself.

2. BELGIUM

Euthanasia: Legal

Physician-Assisted Suicide:

Legal

The *Belgian Act on Euthanasia of May 28, 2002* went into effect on Sep. 3, 2002, legalizing both euthanasia and PAS for "competent" adults and emancipated minors suffering from "constant and unbearable physical or mental suffering that cannot be alleviated." The patients do not have to be suffering from terminal illnesses. On Feb. 13, 2014, the law was extended to minors. Belgium was the second country to legalize euthanasia, after the Netherlands in 2001.

3. CANADA

Euthanasia: Unclear

(Legal in Québec)

Physician-Assisted Suicide:

Legal

Suicide has been decriminalized in Canada since 1972, but a provision criminalizing suicide assistance remained in the Criminal Code and was upheld by the Supreme Court of Canada in *Rodriguez v. British Columbia (Attorney General)* in 1993.

In June 2014, Quebec passed Bill 52, legalizing euthanasia but not physician-assisted

suicide.

In a unanimous decision on Feb. 6, 2015, the Supreme Court of Canada struck down the prohibition on assisting suicide, giving the Canadian Parliament a year to pass a law legalizing and regulating physician-assisted suicide and, possibly, euthanasia. The Court extended the deadline four months to allow then-incoming Prime Minister Justin Trudeau's administration to draft a law. Bill C-14 passed the House of Commons but was in the Senate when the June 6, 2016 deadline passed, legalizing PAS (and possibly euthanasia) without legislative regulation.

The Court ruling stated that "'physician-assisted death' and 'physician-assisted dying' [are used] to describe the situation where a physician provides or administers medication that intentionally brings about the patient's death at the request of the patient." While physician-administered medication that results in death is generally referred to as "euthanasia," the Court does not make that distinction, which made their ruling unclear about which practice is legal.

On June 18, 2016 C-14 was passed by the Senate, making assisted suicide (as possibly euthanasia) legal effective immediately and regulating physician-assisted suicide and, possibly, euthanasia. The law states, "medical assistance in dying means (a) the administering by a medical practitioner or nurse practitioner of a substance to a person, at their request, that causes death; or (b) the prescribing or providing by a medical practitioner or nurse practitioner of a substance to a person, at their request, so that they may self-administer the substance and in doing so cause their own death."

Eligible persons must be citizens or permanent residents of Canada, at least 18-years-old, and have a "grievous and irremediable medical condition."

4. LUXEMBOURG

Euthanasia: Legal

Physician-Assisted Suicide:

Legal

Luxembourg became the third country in Europe, after the Netherlands and Belgium, to legalize euthanasia and physician-assisted suicide. The law was adopted by Parliament on Feb. 19, 2008 and went into effect in Apr. 2009. Under the law, doctors have legal immunity from sanctions and lawsuits for performing euthanasia or physician-assisted suicide if a patient with a "grave and incurable condition" has asked repeatedly for the procedure.

Grand Duke of Luxembourg Henri refused to sign the bill into law so, on Dec. 10, 2008, Parliament passed a constitutional amendment (56-0) eliminating the requirement of the monarch's signature and reducing the position's power overall. The law was passed simultaneous to a law providing palliative care and paid leave for relatives with family members who are terminally ill and in the final stages of life.

5. THE NETHERLANDS

Euthanasia: Legal

Physician-Assisted Suicide:

Legal

Euthanasia, though reported to be regularly practiced, was a criminal act in the Netherlands until 1973 when, in the Postma Case, Geertruida Postma, a doctor, was convicted for giving her terminally ill mother a lethal injection. The court decided to sentence Dr. Postma to a one-week suspended sentence and one-week probation instead of the 12 years maximum sentence. Because of the Postma Case and others, the courts established a set of conditions under which euthanasia and physician-assisted suicide would not be punished.

Euthanasia and physician-assisted suicide were legalized on Apr. 1, 2002 by the *Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act* for Dutch citizens over 12 years old. The Act states that physicians who perform the procedures will be exempt from criminal liability and set forth criteria for physicians to follow to legally euthanize or assist in the suicide of a patient.

Under the law, **newborns may be euthanized** if they are born with unbearable suffering, there is no alternate solution, and the parents, physician, and an independent physician agree to the procedure. Called the **Groningen Protocol**, the criteria under which infants may be euthanized was written by Eduard Verhagen, MD, JD, in Sep. 2004.

6. SWITZERLAND

Euthanasia: Illegal

Physician-Assisted Suicide:

Legal

Euthanasia is illegal in Switzerland by article 114 of the Penal Code of Switzerland: "Any person who for commendable motives, and in particular out of compassion for the victim, causes the death of a person at that person's own genuine and insistent request is liable to a custodial sentence not exceeding three years or to a monetary penalty." Further, Swiss law prohibits assisted suicide for "selfish motives" (article 115) and anyone breaking this law is subject to up to five years in prison or a fine.

Assisted suicide is allowable if the person aiding the suicide has good intentions and does not actually commit the act that leads to death (such as injecting medication). "Accompanied suicides" are frequently performed at the Dignitas Clinic in Forch, Switzerland with barbituates. The suicide of Peter Smedley, who suffered from motor neuron disease, at the Dignitas Clinic was broadcast on the BBC in June 2011 as part of the "Choosing to Die" documentary series.

7. GERMANY

Euthanasia: Illegal

Physician-Assisted Suicide:

Legal

On Nov. 6, 2015, Germany legalized physician-assisted suicide that is performed on an "individual basis out of altruistic motives." "[C]ommercial euthanasia" or "suicide business" is illegal.

Prior to the 2015 law, doctors were allowed to provide high doses of pain medication to accelerate death.

8. FINLAND

Euthanasia: Illegal

Physician-Assisted Suicide:

Legal

A debate about legalizing euthanasia emerged in 2012 after the National Advisory Board on Social Welfare and Health Care Ethics (ETENE) brought the topic to debate and established a working group on the issue in 2011.

The Jan. 1, 2012 ETENE statement released by the Ministry of Social Affairs and Health that resulted from the working group stated, "Assisted suicide is not a crime in Finland. Assisted suicide is connected to end-of-life care when the patient takes the deadly dose of medicine himself/herself. Placing the dose of medicine within the patient's reach at the patient's request when he/she has decided to end his/her life, is considered assisted suicide." The group stated that the discussion on euthanasia should continue but declined to make a recommendation about the legalization of the practice.

9. COLOMBIA

Euthanasia: Legal

Physician-Assisted Suicide:

Illegal

Euthanasia became legal in Colombia on May 20, 1997 when the **Constitutional Court** (the country's highest court), ruled (6-3) that a person may choose suicide and that physicians could not be prosecuted for helping by passing Article 326 of the 1980 Penal Code. The Court ruled against the plaintiff, Jose Euripides Parra Parra, who brought the case to the Court hoping to have euthanasia declared unconstitutional, stating "Tendencies of totalitarian facist and Communist States are reflected in mercy killing, they respond to Hilter's and Stalin's ideas; where the weakest, the most seriously ill are lead and condemned to the gas chambers, to probably 'help them die better.'" The Court instead asserted, "in the case of a terminally ill [person]... no responsibility should be attributed to the acting physician, as his conduct is justified." The Court asked that Congress legislate the act, but Congress did not, thus putting the legalization on hold for eight years until the Health Ministry was instructed to release guidelines, which it did on Apr. 20, 2015, officially legalizing euthanasia in Colombia.

Ovidio Gonzalez, a 79-year old man with terminal throat cancer, was the first patient to use the law on July 3, 2015 in Pereira, Colombia.

6.2. Žádost podávaná v Oregonu při povolení eutanázie

REQUEST FOR MEDICATION
TO END MY LIFE IN A HUMANE
AND DIGNIFIED MANNER

I, _____, am an adult of sound mind.

I am suffering from _____, which my attending physician has determined is a terminal disease and which has been medically confirmed by a consulting physician.

I have been fully informed of my diagnosis, prognosis, the nature of medication to be prescribed and potential associated risks, the expected result, and the feasible alternatives, including comfort care, hospice care and pain control.

I request that my attending physician prescribe medication that will end my life in a humane and dignified manner.

INITIAL ONE:

_____ I have informed my family of my decision and taken their opinions into consideration.

_____ I have decided not to inform my family of my decision.

_____ I have no family to inform of my decision.

I understand that I have the right to rescind this request at any time.

I understand the full import of this request and I expect to die when I take the medication to be prescribed. I further understand that although most deaths occur within three hours, my death may take longer and my physician has counseled me about this possibility.

I make this request voluntarily and without reservation, and I accept full moral responsibility for my actions.

Signed: _____

Dated: _____

DECLARATION OF WITNESSES

We declare that the person signing this request:

- (a) Is personally known to us or has provided proof of identity;
- (b) Signed this request in our presence;
- (c) Appears to be of sound mind and not under duress, fraud or undue influence;
- (d) Is not a patient for whom either of us is attending physician.

_____ Witness 1/Date

_____ Witness 2/Date

NOTE: One witness shall not be a relative (by blood, marriage or adoption) of the person signing this request, shall not be entitled to any portion of the person's estate upon death and shall not own, operate or be employed at a health care facility where the person is a patient or resident. If the patient is an inpatient at a health care facility, one of the witnesses shall be an individual designated by the facility.

6.3. Adresář poskytovatelů hospicové paliativní péče - členů APHPP - podle krajů

Vysvětlivky: L = lůžkový hospic M = mobilní (domácí) hospic vL = lůžkový hospic ve výstavbě zL = záměr vybudovat lůžkový hospic zM = záměr provozovat mobilní hospic

Hlavní město Praha

- ***Hospic Malovická - L***

Malovická 3304/2, 140 00 Praha 4 Tel.: 725 424
753 recepce.malovicka@centrum.cz www.hospicmalovicka.cz

- **Hospic Štrasburk, o.p.s. - L**

Bohnická 12, 180 00 Praha 8 - Bohnice Tel.: 283 853 256
kancelar@hospicstrasburk.cz www.hospicstrasburk.cz

Středočeský kraj

- **Nadační fond Klíček - M**

Podpora vážně nemocných dětí a jejich rodin Renoirova 654, 152 00 Praha 5 Tel: 775
204 109 klicek@klicek.org www.klicek.org

- **RUAH, o.p.s. - M**

Tyršova 2061, 256 01 Benešov, Tel.: 773 628 142 info@ruah-ops.cz www.ruah-ops.cz
Tři, o.p.s.,

- **Hospic Dobrého Pastýře - L**

Sokolská 584, 257 22 Čerčany, Tel.: 731 648 977 hornikova@hospic-
cercany.cz www.hospic-cercany.cz

Jihočeský kraj

- **Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. - L**

Neumannova 144, 383 01 Prachatice Tel.: 777 704 210
info@hospicpt.cz www.hospicpt.cz

- **Domácí hospic sv. Veroniky v Českých Budějovicích - M**

Husova tř. 636/33b, 370 05 České Budějovice, Tel.: 731 648 328
info@hospicveronika.cz www.hospicveronika.cz

Plzeňský kraj

- **Hospic svatého Lazara - L**

Sladkovského 2472/66a, 326 00 Plzeň Tel.: 603 471 603 hospic@hsl.cz www.hsl.cz

- **Domov – plzeňská hospicová péče, z.ú. - M**

Jižní Svahy 811, 330 27 Vejprnice Tel.: 733 300 455 hospic@domov-plzen.cz domov-plzen.cz

Ústecký kraj

- **Hospic v Mostě, o.p.s. - L**

Svážná ul. 1528, 434 00 Most Tel.: 776 286 265 hospic@mostmail.cz www.hospic-most.cz

Liberecký kraj

- **Hospic sv. Zdislavy, o.p.s. - L, M**

Pod Perštýnem 321/1, 460 01 Liberec IV - Perštýn Tel.: 604 697 317 info@hospiczdislavy.cz www.hospiczdislavy.cz

Karlovarský kraj

- **Hospic sv. Jiří, o.p.s. - M**

Písečná 677/3, 350 02 Cheb Tel.: 736 432 911 hospic@hospiccheb.cz www.hospiccheb.cz

- **REHOS, p.o. - Nejdek - L**

Perninská 975, 362 21 Nejdek Tel.: 731 233 550 reditel@rehos-nejdek.cz www.rehos-nejdek.cz

Královéhradecký kraj

- **Hospic Anežky České - L, M**

5. května 1170, 549 41 Červený Kostelec Tel.: 491 467
030 sekretariat@hospic.cz www.hospic.cz

- **Domácí hospic Duha, o.p.s. - M**

Fakturační adresa: ČSA 1815, 508 01 Hořice

- Centrum domácí hospicové péče, Riegrova 655, 508 01 Hořice Tel.: 493 586
363 hospic-horice@seznam.cz www.hospic-horice.cz

- Kontaktní místo Vrchlabí, Náměstí Míru 287, 543 01 Vrchlabí Tel.: 731 698
160 hospic@hospic-vrchlabi.cz www.hospic-vrchlabi.cz

- **Domácí hospic Setkání, o.p.s. - M**

Hrdinů odboje 1017, 516 01 Rychnov nad Kněžnou Tel.: 733 694 162
hospic.setkani@seznam.cz www.hospicrychnov.cz

Jihomoravský kraj

- **Hospic sv. Alžběty o.p.s. - L, M**

Kamenná 36, 639 00 Brno Tel.: 543 214 761, 776 312
965 info@hospicbrno.cz www.hospicbrno.cz

Olomoucký kraj

- **Hospic na Svatém Kopečku - L**

Sadové náměstí 4/24, 779 00 Olomouc Tel.: 585 319 754
info@hospickopecek.charita.cz www.hospickopecek.caritas.cz

Zlínský kraj

- **Hospic Citadela - Diakonie CCE - L**

Žerotínova 1421, 757 52 Valašské Meziříčí Tel.: 605 223 405 hospic@citadela.cz www.citadela.cz

- **Charita Svaté rodiny Nový Hrozenkov - M**

Nový Hrozenkov 121, 756 04 Nový Hrozenkov Tel.: 606 771 510 danuse.martinkova@nhrozenkov.charita.cz www.nhrozenkov.charita.cz

Moravskoslezský kraj

- **Hospic sv. Lukáše - L**

Charita Ostrava, Charvátská 8, 700 30 Ostrava - Výškovice Tel.: 599 508 505, 731 625 763 lukashospic.ostrava@caritas.cz www.ostrava.caritas.cz

- **Charitní středisko sv. Kryštofa – mobilní hospic a ošetrovatelská služba - M**

Charita Ostrava, Charvátská 8, 700 30 Ostrava - Výškovice Tel.: 599 508 504, 733 676 601 cho.chos@caritas.cz www.ostrava.caritas.cz

- **Hospic Frýdek – Místek, p.o. - L**

I.J.Pešiny 3640, 738 01 Frýdek – Místek info@hospicfm.cz www.hospicfm.cz Tel.: 595 538 111

- **Charita Opava, Domácí hospic Pokojný přístav - M**

Přemyslovců 26, 747 01 Opava Tel.: 737 999 979 pokojnypristav@charitaopava.cz www.charitaopava.cz

Kraj Vysočina

Připravuje se výstavba lůžkového hospice Mezi stromy.

6.4. Hoppikratova přísaha

„Přisahám při lékaři Apollonu, při Hygieii a Panacei, volám za svědky všechny bohy a bohyně, že ze všech sil a s plným svědomím budu plnit tento slib: Budu si vážit svého mistra v tomto umění jako svých vlastních rodičů, budu se s ním dělit o svůj příjem, budu mu dávat to, čeho bude mít nedostatek, budu pokládati jeho děti za své bratry pokrevné a ze své strany vyučím je v tomto umění bez odměny a bez závazků. Umožním účast na vědění a naukách tohoto oboru především svým synům, dále synům svého mistra a potom těm, kdo zápisem a přísahou se prohlásí za mé žáky, ale nikomu jinému. Aby nemocní opět nabyli zdraví, nařídím opatření podle svého nejlepšího vědění a posouzení a budu od nich vzdalovat všechno zlé a škodlivé. Nehodlám se pohnouti od nikoho, ať je to kdokoliv, abych mu podal jedu nebo abych mu dal za podobným účelem radu. Nedám žádné ženě vložku do pochvy s tím úmyslem, abych zabránil oplodnění nebo přerušil vývoj plodu. Svůj život i své umění budu cenit jako posvátné, nebudu dělati operace kamene, a vstoupím-li do domu, vejdu tam pro blaho nemocných, zdržím se všeho počínání nešlechtného, neposkvřím se chlípným dotekem s ženami, muži, se svobodnými ani s otroky. O všem, co uvidím a uslyším při léčení samém, nebo v souvislosti s ním, zachovám mlčení a podržím to jako tajemství, nebude-li mi dáno svolení k tomu, abych to řekl. Udržím-li pevně a dokonale věrnost této přísaze, buď mi za to dán šťastný život pro všechny časy, kdybych však se proti této přísaze prohřešil, ať mě postihne pravý opak.“