

UNIVERZITA KARLOVA
KATOLICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA
Katedra systematické teologie a filosofie

Jan Salač

**Lékařský étos a asistované suicidium: etická reflexe
se zřetelem na roli lékaře**

Diplomová práce

Vedoucí práce: ThLic. Petr Štica Th.D.

Praha 2020

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 14. 7. 2020

Jan Salač

Bibliografická citace

Lékařský étos a asistované suicidium: etická reflexe se zřetelem na roli lékaře [rukopis]: diplomová práce; Jan Salač; vedoucí práce: ThLic. Petr Štica Th.D. -- Praha, 2020, s. 114.

Anotace

Diplomová práce se zabývá bioetickou a lékařskou problematikou asistovaného suicidia. Slučitelnost asistovaného suicidia a lékařského étosu představuje jednu z nejnaléhavějších etických otázek moderní medicíny. Těžiště diplomové práce bude spočívat v etické reflexi napětí mezi dopomáháním k asistovanému suicidiu ze strany lékaře na jedné straně a lékařským étosem, jak je obsažen např. v Hippokratově přísaze, kodexech Světové lékařské asociace a dalších důležitých lékařských dokumentech, na straně druhé.

Práce v úvodu formuluje odlišení asistovaného suicidia od jiných forem eutanazie, základní informace o právní úpravě a podstatné náležitosti asistovaného suicidia v jednotlivých zemích, kde je asistované suicidium legalizováno. Následně bude téma systematicky reflektováno na základě kritické analýzy lékařských kodexů a právní úpravy zemí. V rámci etické reflexe bude však vycházet také ze zkušeností a reflexí lékařů samotných, jak jsou zachyceny v odborných etických publikacích ze zemí, kde je asistované suicidium praktikováno. Cílem práce je z etického pohledu popsat a reflektovat napětí, které se v lékařském dopomáhání k asistovanému suicidiu objevuje a systematizovat eticky relevantní otázky, které jsou s touto problematikou spjaty.

Klíčová slova

Asistované suicidium, lékař, etika, smrt, Hippokratova přísaha, svědomí, autonomie

Abstract

This diploma thesis deals with bioethical and medical issues of assisted suicide. Compatibility of assisted suicide and medical ethos is one of the most urgent ethical questions of modern medicine. The centre of the diploma thesis will consist of an ethical reflection of tension between assisted suicide by a doctor on one side and medical ethos, as contained, for example in the Hippocratic Oath, the code of the World Medical Association and other important medical documents, on the other side.

In the introduction the diploma thesis describes the distinction between assisted suicide and other forms of active euthanasia, basic information about the legal regulations and essential elements of assisted suicide in individual countries where assisted suicide is legalized. Then, the subject will be systematically reflected based on critical analysis of the medical codes and legal regulations of the countries. Ethical reflection will also be based on the experience and reflection of doctors themselves, as recorded in professional ethical publications from countries where assisted suicide is practiced. The aim of this diploma thesis is to describe and reflect on the ethical perspective the tension that occurs in the medical assistance to assisted suicide and systematize ethically relevant issues that are related to this problematic.

Key words

Assisted suicide, doctor, ethics, death, The Hippocratic Oath, conscience, autonomy

Počet znaků (včetně mezer): 285 381

Poděkování

Tímto chci poděkovat za cenné poznámky, připomínky a odborné vedení vedoucímu mé diplomové práce ThLic. Petrovi Šticovi, Th.D.

Obsah

| | |
|--|-----|
| Úvod | 7 |
| 1. Terminologie a vymezení pole | 10 |
| 1.1. Eutanazie..... | 10 |
| 1.2. Suicidium..... | 16 |
| 1.3. Asistované suicidium..... | 18 |
| 1.4. Právní případy asistovaného suicidia..... | 24 |
| 2. Situace a legislativa ve vybraných zemích | 28 |
| 2.1. Nizozemsko | 28 |
| 2.2. Belgie..... | 35 |
| 2.3. Lucembursko | 38 |
| 2.4. Švýcarsko..... | 40 |
| 2.5. Německo | 45 |
| 2.6. Kanada | 48 |
| 2.7. USA – Kalifornie | 53 |
| 2.8. Victoria (Austrálie)..... | 56 |
| 2.9. Česká republika..... | 59 |
| 3. Základní principy étosu lékaře | 63 |
| 3.1. Hippokratova přísaha..... | 64 |
| 3.2. Lékařsko-etické dokumenty..... | 66 |
| 3.3. Lékařsko-etický principalismus..... | 68 |
| 3.4. Svědomí, vztah lékař-pacient..... | 77 |
| 4. Lékařský étos, asistované suicidium | 82 |
| 4.1. Medicínská moc a role lékaře | 82 |
| 4.2. Vybrané kontexty a argumenty | 85 |
| 4.3. Napětí mezi lékařským étosem a asistovaným suicidiem..... | 92 |
| Závěr | 97 |
| Seznam zkratk | 100 |
| Seznam použitých pramenů a literatury | 101 |

Úvod

Téma smrti je tématem veskrze existenciálním. Je to univerzální danost každého lidského života, a proto je třeba ji věnovat pozornost. V současnosti bych mluvil spíše o smrti diskutované nežli tabuizované. Smrt sice není všudypřítomná, tak jako třeba ve středověku, nemáme ji tolik reálně kolem sebe. O to víc nás sráží, když se dotkne našich blízkých. Smrt je ale námětem mnoha literárních žánrů, seminářů, přednášek, diskusí i tématem mediálním a kinematografickým. Je to mj. téma vyžadující odvahu a sílu, jelikož se v něm střetáváme s vlastní finalitou. Člověk se ve svém životě specifickým způsobem ke smrti a umírání nějak vztahuje a zaujímá postoj (i nezáměr a vytěšňování je určitý přístup). Medicína je pak obor, v němž se lékaři s těmito univerzálními fenomény setkávají hojně.

V této diplomové práci mám za cíl představit téma asistovaného suicidia. Jde o citlivé téma lékařského jednání, umírání i smrti, které se rozpracovává v rámci otázky eutanazie. Ale ať už mluvíme o eutanazii či asistovaném suicidiu, jde o základní témata současné lékařské etiky. Nutno říci, že asistované suicidium není jen tématem medicinským. Má i svůj společenský, právní, politický, náboženský, a především filosoficko-etický rozměr. Do diskuse o asistovaném suicidiu ale konverguje mnoho dalších sub-otázek jako lidská svoboda a její meze, smysl lidského života, rozměr časovosti, individuální jednání a jeho sociální kontext, lékařsko-pacientský vztah atd.

Asistované suicidium je téma relativně nové, zčásti emotivní, dosti komplexní, avšak jednoznačně sporné a diskutabilní. Zvolil jsem si ho z důvodu jeho lékařsko-etické aktuálnosti. Nejen, že se praxe legalizuje v dalších a dalších zemích, ale i v České republice se o tématu mluví na půdě Poslanecké sněmovny a Senátu. Téma má však pro mě i osobní rozměr. Celkem dlouhou dobu svých vysokoškolských studií jsem strávil mezi studenty medicíny. Lékařsko-etické otázky jsme společně často diskutovali. Sám jsem si chtěl na základě této práce ujasnit podstatné informace a kontexty rozpracovávaného tématu. Zároveň bylo mou ambicí poznat onu diskusi, která o asistovaném suicidiu v České republice i celosvětově probíhá.

Téma bych pro začátek uvedl jednou poměrně aktuální a obsahovou vsuvkou. 14. dubna 2018 se v Amsterdamu konal Funeral Fair, což je veletrh, kde se představují nejrůznější novinky z oboru pohřebnictví, hřbitovnictví apod. Na veletrhu vystoupil s unikátní novinkou nizozemský designér Alexander Bannink a Australan Philip Nitschke, bývalý lékař a současný ředitel organizace Exit International, která po celém

světě podporuje legalizaci asistovaného suicidia. Tou novinkou byl sebevražedný přístroj Sarco (zkrácenina výrazu sarkofág). Tento „stroj na smrt“ umožňuje člověku spáchat rychlé a bezbolestné suicidium jedním jediným stisknutím tlačítka. Nitschke tvrdí, že výběr doby a místa smrti je základní lidské právo, které není záležitostí jen nemocných v terminálním stadiu, ale všech lidí bez rozdílu.¹ Člověk se může svého života kdykoliv vzdát, je to jeho volba. Nitschke se pak považuje za vědce, který lidem zajišťuje takto důstojnou smrt. Sám poskytuje plány 3D tisku tohoto přístroje a považuje to za dočasné řešení, dokud se legalizace praxe lékařsky asistovaného suicidia a aktivní vyžádané eutanazie nerozšíří po celém světě. Jde o technologický progres dotýkající se společenských, právních a hlavně etických norem a kritérií.² Přístroj Sarco vyvolává ambivalentní postoje a upozorňuje nás na naléhavost diskutování otázky asistovaného suicidia.

Ve své práci se soustředím především na lékařsky asistované suicidium. Konkrétně potom na napětí mezi současným lékařským étosem a lékařskou asistencí při suicidiu. Snažím se v práci na problematiku nahlížet především z pohledů lékařsko-etických. Proto převážně čerpám z monografií a článků psaných jak lékaři, tak etiky. Využívám ale i zdroje právní, politické či sociologické.

V první kapitole formuluji základní terminologii a vymezím jazykové i myšlenkové pole, v kterém se budeme pohybovat. Nejprve rozpracuji obecně pojem eutanazie a poté jednotlivé formy eutanazie. Dále se budu věnovat samotné otázce suicidia a následně představím téma asistovaného suicidia v různých kontextech, specificky pak z pohledu právních případů. Druhou část věnuji právním, společenským a lékařsko-etickým situacím vybraných států, kde je asistované suicidium za určitých podmínek legalizovanou praxí. Několik stran věnuji i situaci v České republice, kde asistované suicidium legalizované není, ale určité politické a společenské snahy o legalizaci zde probíhají. Ve třetí kapitole vymezím základní principy étosu lékaře. Ve vztahu k asistovanému suicidiu dále představím Hippokratovu přísahu, vybrané lékařsko-etické

¹ Podobně argumentují např. žurnalista Derek Humphry v knize *Final Exit: The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying*, lékař Lonny Shavelson v publikaci *A Chosen Death: The Dying Confront Assisted Suicide* nebo lékař Timothy E. Quill v knize *Death and Dignity. A Case of Individualized Decision Making*.

² Srov. TIPPELT, H. *Nástroj vraždy: K etickým aspektům sebevražedného přístroje Sarko*. In: BLÁHA, P., TIPPELT, H. (eds.). *Sebevražda*. Ergot 01/2019, Ústí nad Labem: Filozofická fakulta UJEP, s. 52-53. Také srov. *Nitschke's „Suicide Machine“ Draws Crowds at Amsterdam Funeral Fair* [online]. The Guardian, 2018 [cit. 2020-04-19]. Dostupné z: <https://www.theguardian.com/society/2018/apr/15/nitschke-suicide-machine-amsterdam-euthanasia-funeral-fair>

dokumenty a lékařsko-etický princípalismus, v rámci něhož Beauchamp a Childress formulovali etické princípy důležité pro současný lékařský étos. Tématy této kapitoly budou také fenomén svědomí a vztah lékaře a pacienta. V rámci čtvrtého oddílu se pokusím o etický náhled asistovaného suicidia, a to v kontextu lékařského étosu. Rozpracuji téma medicínské moci, role lékaře a poukáži na vybrané problematické kontexty a argumenty.

Na úvod bych ještě dodal, že se nám na otázce asistovaného suicidia vyjevují určité etické postoje a přístupy člověka ke smrti a umírání. Pro někoho může být asistované suicidium soucitné nebo důstojné usmrcení, u jiného se jedná o projev sebeurčení či kontrolu nad svým tělem a osudem. Naopak v opačném modu někteří tvrdí, že jde o vraždu, nedůstojné usmrcení, zneužití křehkosti zranitelného pacienta, porušení lidskoprávních norem nebo provinění se proti samotné sakralitě života. Jde o postoje odkazující nás k etickým hlediskům, jež budou v rámci této práce rozpracovány.

1. Terminologie a vymezení pole

V první kapitole je nezbytné vymezit si terminologické pole, v kterém se budeme pohybovat, a tím definitoricky ukotvit samotné téma a práci. V opačném případě by mohlo dojít k terminologickému a kontextuálnímu chaosu, který by negativně ovlivnil promyšlení celé problematiky. Budu postupovat od definic obecného pojmu eutanazie, přes vymezení různých forem eutanazie, které jsou v lékařské etice aktuální, až k tématice suicidia (sebevraždy). Následně rozpracuji samotný fenomén asistovaného suicidia a stručně představím právní případy s asistovaným suicidiem spojené.

1.1. Eutanazie

Eutanazie je pojem, který se v jednotlivých zemích významově různí. Může jít o důvody lingvistické, kulturní, právní či historické.³ Obecně se však pojem eutanazie používá ve dvou odlišných významech.⁴ V prvním významu mluvíme o eutanazii jakožto filosofickém konceptu dobré smrti. Samotná etymologie slova nás k tomuto konceptu vede. Pojem je složen ze dvou řeckých slov, a to *eu* (dobrý, krásný, šťastný) a *thanatos* (smrt). Tato etymologie souvisí také s antickými koncepty *kalos thanatos* (krásná smrt) a *kalos thanein* (zemřít krásně).⁵ Původně tedy výraz eutanazie znamenal dobrou smrt, ať už smrt ve spánku, klidnou a bezbolestnou smrt nebo smrt poté, co jsem prožil spokojený a plný život.⁶

Celý koncept dobré smrti, vzniknuvší v antickém Řecku, je především směsicí hodnotových a filosofických pohledů na život a smrt člověka. Pro mou práci je důležité si rozebrat význam druhý, tedy eutanazii jakožto eticko-medicinský problém.

Termín eutanazie se významově v historii posunoval a proměňoval. V druhém, novodobém významu je pojem chápán dosti polysémanticky a nejasně. Samotný termín eutanazie je někdy nazýván dalšími odlišnými pojmy. Např. se můžeme dočíst o asistované smrti (*assisted death*), lékařsky asistované smrti (*physician-assisted death*)

³ Nelze nezmínit např. německou situaci, kde se hojněji používá termín *Sterbehilfe*, a to z důvodů zneužití pojmu eutanazie nacistickou ideologií. Srov. KUŘE, J. *Dobrá smrt: k ujasnění pojmu eutanazie*. FILOZOFIA, roč. 62, č. 3, 2007, s. 223.

⁴ Zde jsem se přidržel definice Heleny Haškovcové, která rozlišuje dva obecné významy eutanazie a poté jednotlivé formy eutanazie. Odlišnou strukturu má například Josef Kuře. Srov. KUŘE, J. *Dobrá smrt: k ujasnění pojmu eutanazie*, s. 232-233.

⁵ Jde o koncept širěji rozebraný v dílech Platóna a Aristotela. V tomto konceptu jde o vzájemný proces krásy a dobra (*agathokalia*). V kontextu naší problematiky jde pak o smrt dobrou a mravně krásnou. Srov. KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*. Praha: Academia, 2018, s. 61.

⁶ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. vydání, Praha: Galén, 2007, s. 120.

nebo lékařsky obstarané smrti (*medically procured death*).⁷ Pod tyto termíny pak spadají další sub-termíny označující různá eutanatická i jiná jednání. Můžeme se dočíst o ne/vyžádané, ne/přímé, ne/dobrovolné, aktivní, pasivní, eugenické, sociální, prenatalní a mnohé jiné eutanazii. Dále jsou zahrnovány situace jako medicínsky neúčinný postup, kategorizace terapie, někdy i paliativní péče apod.⁸ Jednotlivé významy těchto „eutanazií“ nám ukazují, že je to velmi problematický termín⁹, pod který spadá mnoho různých druhů jednání, a které je třeba osvětlit alespoň v rámci bazálního terminologického porozumění.

Eutanazie, jak jsme si řekli, může znamenat různé výrazy pro různé druhy jednání. V rámci forem eutanazie se často mluví o tzv. vyžádané/dobrovolné eutanazii (*voluntary euthanasia*). To znamená, že pacient dává určitým způsobem najevo, že chce lékařský zákrok ukončující život podstoupit. Nevyžádaná/nedobrovolná eutanazie (*nonvoluntary euthanasia*) naopak znamená, že pacient není uschopněn k tomu, aby o eutanazii požádal, a to z důvodu chybějícího autonomního projevu vůle pacienta. Můžeme sem zařadit novorozeně, pacienta v perzistentním vegetativním stavu, v kómatu aj. Avšak se předpokládá, že kdyby pacient požádat mohl, eutanazii by chtěl podstoupit. Jinak řečeno, jde o interpretaci nejlepšího zájmu pacienta lékařem. Někdy se také můžeme dočíst o násilné eutanazii (*involuntary euthanasia*). V tomto případě jde usmrcení pacienta, který je schopný se autonomně rozhodnout, avšak na jeho vyjádření není brán ohled (sem můžeme mj. zahrnout eugenickou eutanazii prováděnou nacisty¹⁰). Toto jednání je všeobecně ztotožňováno s aktem vraždy.¹¹

⁷ *Medically procured death* používají např. bioetici Henk ten Have a Jos Welie, a to pro všechny různé druhy jednání, které mají za cíl uspišit smrt pacienta. Srov. HAVE, T., H., WELIE, J. *Death and Medical Power: An Ethical Analysis of Dutch Euthanasia Practice*. New York: Open University Press, 2005, s. 59-77.

⁸ Encyclopedia of Ethics z roku 2001 dokonce pod eutanazii subsumuje i jednání, které přivodí bezbolestně smrt zvířeti, jež trpí v důsledku své nemoci. Srov. BECKER, L., BECKER, CH. (eds.). *Encyclopedia of Ethics*. Second edition, New York: Routledge, 2001, s. 492.

⁹ I studenti medicíny a samotní lékaři neumí dát přesnou definici eutanazie. Výzkum se studenty medicíny viz KUŘE, J., VAŇHAROVÁ, M. *Dobrá smrt: eutanazie očima studentů medicíny*. Časopis lékařů českých, roč. 153/3, Praha: Česká lékařská společnost, 2014, s. 146-153. K výzkumu s lékaři srov. VILELA, L., P., CARAMELLI, P. *Knowledge of the Definition of Euthanasia: Study with Doctors and Caregivers of Alzheimer's Disease Patients*. Sao Paulo: Revista da Associação Médica Brasileira, vol. 55/3, 2009.

¹⁰ Leckdy můžeme v diskusi slyšet i postoje, že praxe eutanazie a asistovaného suicidia je striktně nemorální, jelikož ji prováděli nacisti. V odborné, nejen lékařské diskusi se o tomto fenoménu mluví jako o *reductio ad Hitlerum*. Podstatné je říci, že je to argument lichý a logicky nekonzistentní. Dle terminologie Josefa Kuřete šlo za nacismu o tzv. eugenickou eutanazii, nikoliv eutanazii, o které mluvíme v současnosti. Jsou to tedy dvě odlišné „eutanazie“, a je třeba řádně rozlišovat, viz dále. Srov. ČERNÝ, D. *Co je to eutanazie?* In: PTÁČEK, R., BARTUŇEK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019, s. 70. Také srov. ADMIRAAL, P. *Eutanazie a asistovaná sebevražda*. In: THOMASMA,

Nejznámější formou, o které se v odborné i laické diskusi mluví, je aktivní eutanazie (*active euthanasia, aktive Sterbehilfe*). Můžeme jí definovat jako druh jednání, kdy jiná osoba (lékař) nežli pacient, přímo usmrtí samotného pacienta, a to na jeho kompetentní žádost.¹² Světová lékařská asociace (dále jen WMA) ve svém nejnovějším prohlášení z října 2019 definuje eutanazii (myšleno aktivní eutanazii) jako: „*Jednání, kdy lékař úmyslně podává smrtící látku nebo provádí zásah způsobující pacientovu smrt, který je svéprávný a dobrovolně se pro eutanazii rozhodl.*“¹³ Jde o eutanazii vnímanou v souvislostech s medicínou, kdy pacienta usmrcuje lékař, a koná tak kvůli blahu pacienta.¹⁴ Lze říci, že se jedná o akt, pro který je typické, že se vždy musí ještě upřesnit. Proto je vhodné doplňovat jisté charakteristiky. Ty vhodné a používané jsou zmíněny v předchozím odstavci.¹⁵

Nejpoužívanějším a vhodně upřesňujícím termínem je aktivní dobrovolná eutanazie (*voluntary active euthanasia*). Tento pojem klade důraz na aktivní jednání lékaře vyvolávající pacientovu smrt a autonomní vyjádření pacienta. Je v ní také obsažena oboustranná dobrovolnost (pacient žádá autonomně, což znamená mj. trvale a uváženě a lékař dobrovolně způsobuje smrt pacienta) a oboustranná aktivnost (pacient žádá aktivně a lékař aktivně způsobuje smrt pacienta).¹⁶ V celé mé práci budu výrazem eutanazie myslet vždy aktivní dobrovolnou eutanazii. Pokud budu zmiňovat jinou formu eutanazie, terminologicky pojem specifikuji.

V publikacích nebo internetových zdrojích se můžeme dočíst také o pasivní eutanazii (*passive euthanasia, passive Sterbehilfe*) fungující jako protiklad k aktivní eutanazii. U pasivní eutanazie se jedná o zastavení určitých lékařských postupů. Šimek správně

D., C., KUSCHNER, T. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství*. Praha: Mladá Fronta, 2000, s. 216-217.

¹¹ Srov. DUNN, M., HOPE, T. *Medical Ethics: A Very Short Introduction*. Second edition, Oxford: Oxford University Press, 2018, s. 11. Také srov. KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 84-85.

¹² K porovnání definice eutanazie Marty Munzarové: „*Úmyslné ukončení života člověka někým jiným než člověkem samotným, na jeho vlastní žádost.*“ MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005, s. 122. U aktivní eutanazie je však nutné definovat ono „přímo“ (proto se někdy mluví o přímé eutanazii). Pokud by tato část v definici chyběla, mohlo by se jednat ještě o jiná medicínská jednání.

¹³ *WMA Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide* [online]. 2019 [cit. 2020-02-24]. Dostupné z: <https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/>

¹⁴ ČERNÝ, D., HRÍBEK, T. *Definice a formy eutanazie*. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Eutanazie z pohledu medicíny, filozofie a práva*. Praha: Středisko společných činností AV ČR, 2018, s. 4-5.

¹⁵ Tyto charakteristiky jsou pak přímo spojeny s podmínkami, za jakých má k eutanazii docházet. Jde např. o podmínky jako nevyléčitelná nemoc, nesnesitelné bolesti, svobodná a uvážlivá žádost, soucit aj., viz dále.

¹⁶ Tato terminologie je rozšířená ve státech Beneluxu, kde se aktivní dobrovolná eutanazie za určitých podmínek stala legálním jednáním. KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 87.

podotýká, že může jít o dvě eticky odlišná jednání. V prvním případě může jít o neprovedení určitého zákroku (např. resuscitace), který by pacientovi zachránil život ještě na dlouhé roky. Druhý případ se týká ponechání pacienta zemřít, pokud se nachází v terminálním stádiu nemoci a situace prodlužování života lékařskými zákroky, které by mu mohlo způsobovat zbytečné bolesti a utrpení. V prvním případě jde o absenci poskytnutí povinné zdravotní péče (což je trestný čin), v druhém případě o ponechání zemřít (*letting die, allowing to die*), kdy neukončuje život pacienta lékař, ale nemoc.¹⁷ Ponechání zemřít ve smyslu nezadržování umírání člověka v terminálním stádiu nemoci, kdy proces umírání nezvratným způsobem začal a neexistuje naděje na kurativní léčbu, považuje M. Munzarová¹⁸, J. Kuře¹⁹ nebo P. Bartůněk²⁰ nejen jako odlišné jednání od eutanazie, zabití či vraždy, ale také jako morálně ospravedlnitelný čin. Pokud je léčebný proces pro pacienta náročný, bolestivý a bez možnosti zlepšení zdravotního stavu, musí se zvažovat poměr prospěšnosti a zátěže celé pacientovy léčby.²¹ Tuto skutečnost si uvědomoval už Hippokrates, který poukazoval na meze lékařského řemesla. V současnosti by se jednalo o přechod z kurativní léčby na paliativní léčbu (*cure to care*).²²

Dichotomie aktivní versus pasivní eutanazie je udržovaným rozdělením už několik desetiletí. Josef Kuře zmiňuje, že toto rozdělení je udržované mj. díky konsekvencialistickým myšlenkám, které považují aktivní i pasivní eutanazii za stejný typ morálního jednání, jelikož vždy dojde ke stejnému následku. Intence a motivace nejsou v tomto způsobu argumentace stěžejní.²³ Naopak Jan Sokol poukazuje na fakt, že se aktivní i pasivní eutanazie liší v úmyslu – lékař, který pacientovi podá smrtící látku jedná rozdílně než ten, který přerušuje nesmyslnou a zatěžující léčbu.²⁴

¹⁷ Srov. ŠIMEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Grada, 2015, s. 160-161.

¹⁸ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005, s. 48-49.

¹⁹ Srov. KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 229-230.

²⁰ Srov. BARTŮŇEK, P. *Eutanazie – kontroverzní téma*. In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019, s. 27-28.

²¹ Lingvistická past však na nás čeká i u termínu pasivní dobrovolné eutanazie, a to v rámci situace, kdy lékař ustupuje od kurativních procesů, čímž způsobuje pacientovi smrt a tato smrt je lékařem zamýšlená. Více k tématu KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 81-82.

²² Také srov. ŠTICA, P. *Formy eutanazie – přehled*. Studijní text pro frekventanty kurzu KSTE408 v akademickém roce 2019/2020, s. 1-5.

²³ Významná je Rachelsova argumentace z roku 1975 a morální filosofie Petera Singera. Více k tématu srov. KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 162, 168 a passim. Také srov. PREECE, G. *Rethinking Singer on Life & Death*. In: PREECE, G. (ed.). *Rethinking Singer: a Christian Critique*. Illinois: InterVarsity Press, 2002, s. 143-146.

²⁴ SOKOL, J. *Eutanazie z širšího lidského hlediska*. In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019, s. 231.

Kořenek podotýká, že je nelogické rozdělovat eutanazii na aktivní a pasivní, jelikož u aktivní eutanazie jde o usmrcení na žádost, a tedy eutanatické jednání je zde zřejmé. U tzv. pasivní eutanazie jde ale o ponechání zemřít, o neprotahování bolestivého umírání.²⁵ V současnosti se také ustupuje od termínů pasivní eutanazie. Např. Německá národní etická komise (*Nationaler Ethikrat*) nahrazuje pojem *passive Sterbehilfe* pojmem *Sterbenlassen*, což můžeme volně přeložit jako „nechat zemřít“.²⁶ Je to ale téma k širší diskusi, která zahrnuje etickou diferenci mezi aktivitou – konáním (*doing*) a pasivitou – připuštěním (*letting, allowing*).²⁷ Sám se přikláním spíše k tomu, že pasivní eutanazie eutanazií v pravém slova smyslu není, z důvodu toho, že pacienta neusmrcuje samotný lékař, ale choroba.²⁸ Zároveň může vzniknout velké nedorozumění v rámci terminologické a sémantické stránky pojmu eutanazie, a to právě z důvodu vágní dichotomie aktivní/pasivní. I proto budu v této práci používat pro pasivní eutanazii termín „ponechání zemřít“.

S ponecháním zemřít se spojuje dystanazie, někdy také nazývána jako zadržovaná smrt. Etymologicky je dystanazie tzv. špatnou smrtí (předpona *dys* znamená špatný, vadný, chabý), ačkoliv nejde o smrt, ale spíše o oddalování a popírání smrti. Nutno říci, že dystanazie se v mnoha případech rozchází s lékařsko-etickou zásadou přiměřenosti. Někdy je také označována jako selhání vítězné, dehumanizované medicíny.

Ponechání zemřít je pak vnímáno jako protiklad k zadržované smrti. To znamená, že lékaři dávají průchod nemoci, pacienta neléčí všemožnými zákroky, které by přinášely větší utrpení, jak je to u dystanazie. V tomto momentu se vždy porovnává míra utrpení pacienta, jeho prognóza a pravděpodobná délka zbývajících života. Tato problematika se pak celá diskutuje i v kontextu kategorizace léčby a medicínsky neúčinného postupu (*medically ineffective intervention*)²⁹, konkrétně pak v souvislostech s nepokračováním

²⁵ Srov. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002, s. 119. Po právní stránce je v otázce ponechání zemřít velmi důležitý případ Lambert a ostatní versus Francie (č. 46043/14). K prostudování zde: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%22itemid%22:%22001-155352%22>

²⁶ Více k tématu pasivní eutanazie např. KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 157-181.

²⁷ Obecně se má za to, že v otázce eutanazie je aktivní konání morálně závažnější než pasivní připuštění. ČERNÝ, D., HRÍBEK, T. *Definice a formy eutanazie*. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Eutanazie z pohledu medicíny, filozofie a práva*, s. 6-8.

²⁸ Tento argument zmiňuje i bioetik Daniel Callahan. Srov. CALLAHAN, D. *The Roots of Bioethics: Health, Progress, Technology, Death*. Oxford: Oxford University Press, 2012, s. 122.

²⁹ V literatuře častěji můžeme najít termín marná léčba (*medical futility*). Josef Kuře ale správně podotýká, že tento termín je nelogický. Buď je pacient léčbou léčen, tudíž nejde o marnost, nebo se postupuje neúčinně, choroba se neléčí, a proto nelze mluvit o léčbě. Srov. KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 219. Nově se však používají jiné termíny, např. zmíněný medicínsky neúčinný postup v lékařsko-etickém kodexu americké lékařské asociace (*American Medical Association*)

v léčbě (*withdrawing*), nezahajováním léčby (*withholding*)³⁰, s ukončováním umělé plicní ventilace (*terminal weaning*), s terminální sedací, paliativní péčí nebo s programem DNR (*do not resuscitate* – neresuscitovat).

Termín dystanazie je také někdy používán v souvislosti s pacientovým životem na přístrojích. Opakem je pak odpojení od přístrojů, což v některé literatuře můžeme najít pod pojmem orthothanasie. Setkat se můžeme také s termínem prenatální eutanazie, čímž se myslí interrupce ze sociálních důvodů. Zde se ale vyslovuje většina odborníků proti tomu, aby se interrupci říkalo eutanazie.³¹

Další jednání diskutované v kontextu probírané problematiky je tzv. nepřímá eutanazie (*hastening death*). V tomto jednání nastává pacientova smrt jako průvodní jev při podávání léků, které mají mírnit bolest. Toto podávání léků však zkracuje pacientův život, tedy vede k uspíšení (proto v anglickém jazyce *hastening*) smrti. K tomuto jevu dochází např. u analgetik.³² Z hlediska úmyslu pak rozlišujeme, zda jde o to usmrtit pacienta (aktivní eutanazie a asistované suicidium) nebo o určité ulevění od utrpení pomocí léků, které zároveň můžou ukrátkit pacientovu existenci (jde o nežádoucí efekt, vedlejší účinek, proto nepřímá eutanazie).

Dočíst se můžeme také o tzv. eugenické eutanazii. Tento druh medicinského jednání je spojován s nacistickou ideologií, na které byly účastní doktoři, a to prostřednictvím násilných a usmrcovacích zákroků na lidech s určitým handicapem či nemocí. Tento druh eutanazie však nemá mnoho společného s eutanazií, o které se mluví v současnosti. Je podstatné také říci, že tento jev je charakteristický pro německou situaci. Z důvodu neblahé historie spojené s nacistickou mocí a zvěrstvy je termín *Euthanasie* vyhrazen pro eugenické jednání lékařů v době nacismu. V Německu se dnes používá pro různé druhy eutanazie spojené s autonomní vůlí osoby termín *Sterbehilfe*, tedy pomoc ke smrti.³³

z roku 2016. Dostupné zde: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/medically-ineffective-interventions>

³⁰ I v prohlášení WMA z října roku 2019 se uvádí, že: „*Lékař, který respektuje základní právo pacienta odmítnout léčbu, nejedná neeticky při nepokračování v nechtěné péči, i když respektování takového přání může vést k smrti pacienta.*“ *WMA Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide* [online]. 2019 [cit. 2020-02-24]. Dostupné z: <https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/>

³¹ Důvodů je více, např. dítě netrpí neúnosnou bolestí, nemá nevy léčitelnou nemoc ani svobodně nežádá o usmrcení. Srov. KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014, s. 141.

³² Srov. DOLEŽAL, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*. Praha: Academia, 2017, s. 239. Také srov. ŠTICA, P. *Formy eutanazie – přehled*, s. 4.

³³ Srov. KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 66.

Helena Haškovcová uvádí také termín sociální eutanazie, který dává do souvislosti s alokací zdrojů, problematikou geografického rozvrstvení, vzdělání a ekonomické sféry v kontextu poskytnutí odpovídající lékařské péče všem občanům.³⁴ Josef Kuře model sociální eutanazie rozšiřuje a zahrnuje sem usmrcování osob, které jsou považovány za méněcennější (teoreticky by sem mohla spadat i eugenická eutanazie).³⁵

Aby mohlo dojít mezi zainteresovanými osobami alespoň k částečnému terminologickému konsensu, je nutností jistá otevřenost. V zásadě je také důležité vědět, že pečlivé rozlišování jednotlivých forem lékařského jednání vede k lepšímu porozumění celé problematice nejen v kontextu samotné debaty o eutanazii, ale i diskuse o lékařském étosu a praxi. Příkladem může být čtyřkategorální model, který upřednostňuje Henk ten Have. Je dle něj podstatné rozlišovat zaprvé nezahajování a ukončování postupů, které udržují život, dále paliativní péči, eutanazii a asistované suicidium a nakonec také ukončování života bez pacientovy žádosti.³⁶

V odborné literatuře bychom našli i jiná strukturní dělení lékařského a konkrétně pak eutanatického jednání. Pro tuto práci však postačí výše načrtnuté řádky. Předtím než se dostaneme k jádru této práce – asistovanému suicidii, je třeba ještě stručně vymezit a charakterizovat suicidium jako takové.

1.2. Suicidium

Suicidium je universální konstantou všech společností a národů.³⁷ Zároveň je to téma už od počátku velkých civilizací. Pregnantně byl tento jev důležitou filosofickou otázkou především v antickém Řecku. Tato doba nám kromě jiného přinesla i lékařsko-etickou tradici Hippokratovu, jejíž mnohé segmenty jsou platné v současném lékařském étosu. Tato tradice pak suicidium zavrhovala. V antickém Řecku byly silně zakořeněny i jiné filosofické tradice (např. platonská tradice, stoicismus, epikureismus aj.), které suicidium nezavrhovaly, ba naopak, v mnohých případech ho adorovaly. Šlo o koncept dobrovolné smrti, v překladu *mors voluntaria* či *autothanatos*.

³⁴ Pokud jsou občané ponecháni osudu napospas a neobdrží odpovídající lékařskou péči, autoři mluví o tzv. sociální eutanazii. Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 122.

³⁵ Do sociálně-eutanatického modelu jednání by mohl spadat např. sociální darwinismus, eugenické teorie, Ploetzův a Schallmayerův program rasové hygieny nebo také koncept zničení života, jež není hoden žití, který vytvořili profesor práva Karl Binding a profesor psychiatrie Alfred Hoche v roce 1920. Více k tématu srov. KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 122-126.

³⁶ HAVE, T., H., WELIE, J. *Death and Medical Power: An Ethical Analysis of Dutch Euthanasia Practice*, s. 181-183.

³⁷ Srov. LANDSBERG, P., L. *Zkušenost smrti*. 2. vydání, Praha: Vyšehrad, 2014, s. 167-170.

Ve středověku je pak význačné vymezení Tomáše Akvinského, který tvrdí, že je sebevražda zlem ve třech základních etických dimenzích. V dimenzi vztahu k sobě (sebevražda je proti lásce k sobě samému), v dimenzi vztahu k druhým (je nespravedlivá vůči společnosti) a v dimenzi vztahu vůči transcenci (odmítnutí života jakožto daru).³⁸ Na antickou tradici přípustnosti suicidia později navazovali i filosofové renesance a novověku (D. Hume, F. Nietzsche), kteří nepovažovali sebevraždu za jev morálně špatný, ale spíše věc autonomního rozhodnutí jednoho každého člověka. Proti však stáli zase jiní filosofové jako např. B. Spinoza, J. J. Rousseau, I. Kant, A. Comte či celá křesťanská filosofie. Ve 20. století pak otázku suicidia nejvíce rozebírali existencialisté (J-P. Sartre, M. Heidegger).

Ve své práci využívám pojem suicidium.³⁹ Ve většinové laické i odborné literatuře se však používá termín sebevražda, případně sebeusmrcení. Sebeusmrcení je také v příbuznosti s latinským výrazem *manus sibi inferre* (vztáhnout na sebe ruku⁴⁰), což jsou pojmosloví lingvisticky jemnější nežli termín sebevražda. Německo má pak lingvistickou pozici ještě zajímavější. Užívá termíny *Selbstmord* (sebevražda), *Freitod* (svobodná smrt), *Selbsttötung*, *Selbstot* (sebeusmrcení) nebo *selbstbestimmtes Sterben* (sebeurčení ve smrti).⁴¹

Suicidium je jednání, kdy se člověk chová fyzicky-agresivně vůči sobě, a tímto jednáním usmrtí sám sebe. Steven Luper uvádí čtyři kritéria, které musí být splněny, pokud chceme mluvit o suicidiu. 1. Suicidium je čin, jímž si osoba přivodí smrt. 2. Suicidium spočívá v konkrétním jednání, vlastní smrt je jedincem předvídána. 3. Úmyslem jednání suicidia je smrt osoby, která jedná ve prospěch vlastní smrti. 4. Smrt je způsobena suicidiálním činem, který naplňuje touhu jednající osoby zemřít.⁴²

Suicidiální čin má velmi ambivalentní konotace. Na jednu stranu je odsuzován a vnímán jako slabost, nezodpovědnost či provinění se proti životu a Bohu.⁴³ Na druhou

³⁸ Lze odhadnout, že by tyto tvrzení a postoje platily i pro asistované suicidium. Srov. KUŘE, J. *Dobrá smrt: k ujasnění pojmu eutanazie*, s. 226-227.

³⁹ A to z důvodu návaznosti na termín asistované suicidium. Více je terminologická problematika pojmu suicidium vysvětlena v samotné podkapitole Asistované suicidium.

⁴⁰ To si uvědomoval např. i rakouský filosof Jean Améry, který napsal o suicidiu filosofické pojednání. Viz AMÉRY, J. *Vztáhnout na sebe ruku: Rozprava o dobrovolné smrti*. Praha: Prostor, 2010.

⁴¹ *Freitod* je termín spojený s Nietzscheho konceptem svobodné smrti. Pojem *Selbstmord* se pak nahrazuje dalšími zmíněnými termíny. Více k problematice srov. KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 69. Kuře zde odkazuje na autory jako U. Fink, S. Flasspohler, I. Matthes-Wegfraß či K. Baumann.

⁴² Srov. LUPER, S. *The Philosophy of Death*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009, s. 172-173.

⁴³ Srov. JAN PAVEL II. *Evangelium vitae: o životě, který je nedotknutelné dobro*. Praha: Zvon, 1995, s. 85-86.

stranu zaznívají postoje, že jde o vyjádření lidské autonomní vůle, svobodný projev, zodpovědné jednání. Důvody pro suicidium jsou mnohé. V kontextu naší problematiky může jít o nesnesitelné bolesti, terminální stádium, psychickou poruchu znepríjemňující člověkův život či existenciální vakuum, prožívání bezsmyslnosti svého života. Výrazný etický náboj však téma nabývá až v otázce asistovaného suicidia.

1.3. Asistované suicidium

Výše jsem vymezil několik forem eutanazií, o kterých se v lékařské etice diskutuje a stručně jsem představil také samotnou kategorii suicidia. Nyní přejdeme k jádru mé práce – problematice asistovaného suicidia. Tento druh jednání je v laické i odborné literatuře s pojmem eutanazie identifikován, spojován nebo pod něj subsumován. Ukážeme si ale, že jsou eutanazie a asistované suicidium dva odlišné procesy.

Předně je důležité říci, že se v literatuře setkáváme s různým názvoslovím. Nejčastěji můžeme, ať už v internetových či bibliografických zdrojích, najít termín asistovaná sebevražda. Používá se také termín asistované sebeusmrcení a lékařsky asistované sebeusmrcení. Méně pak asistované suicidium či lékařsky asistované suicidium. V anglickém jazyce je nejvyužívanějším termínem *physician-assisted suicide*, ale také *assisted suicide*, *assisted death* či *assisted dying*. V německém jazyce mj. *assisterter Suizid* a *Sterbehilfe*. Švýcarsko používá termíny *Beihilfe zum Selbstmord* nebo *Beihilfe zum Suizid*. A např. Kanada pojem *self-administered medical assistance in dying*. Téměř každý stát používá různě termíny s ohledem na jazykové a kulturně-historické okolnosti.

Termín asistovaná sebevražda ale považuji za nešťastně zvolený. Zaprvé se mi zdá, že pojem sebevražda vyvolává negativní pocity už jen samotným vyslovením, a to je situace, která není při vyjasňování terminologie žádoucí. Zadruhé, člověk sám sebe vysloveně nevráždí, ale spíše usmrcuje. Vražda je určitým způsobem normativně hodnotící pojem. Suicidium či sebeusmrcení lze spíše považovat za pojem normativně neutrální. Proto je nabíledni termín asistované sebeusmrcení, jak ho někteří autoři používají.⁴⁴

Pro svou práci jsem však zvolil termín asistované suicidium. Slovo suicidium je latinského původu a je odvozeno od slovesa *occidere* (-cidium) znamenající „usmrtit“.

⁴⁴ Např. Josef Kuře ve své knize *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*.

Sui je pak termín, vztahující se sám k sobě.⁴⁵ Tudíž *sui-cidium* znamená usmrtit sám sebe. Výraz *suicidium* je také sémanticky obdobný jako historické pojmy *mors voluntaria* a *autothanatos*. V angličtině je hojně využívané slovo *suicide*, které se dá přeložit jako *suicidium*. Sebevražda by se pak dala přeložit spíše jako *self-murder* nebo expresivně vyjádřeným slovem *self-slaughter*, což jsou emočně nabitě výrazy, které nepovažují v této problematice za vhodně zvolené.⁴⁶ Označením „asistovaná“ se pak myslí fakt, že při *suicidii* někdo asistuje. Člověk asistující je pak to, co odlišuje *suicidium* a asistované *suicidium*.

WMA ve svém nejnovějším prohlášení z roku 2019 definuje asistované *suicidium* následovně: „*Lékařsky asistované suicidium označuje takové případy, v kterých na dobrovolnou, svéprávnou žádost pacienta, lékař záměrně umožní pacientovi ukončit jeho vlastní život tím, že mu předepíše nebo poskytne látku, která způsobí pacientovi smrt.*“⁴⁷ WMA klade důraz na dobrovolnost a svéprávnost pacienta. Také je zřejmé, že asistovaným *suicidiem* je myšleno lékařsky asistované *suicidium*, tedy že látku předepisuje lékař. Helena Haškovcová pak uvádí, že asistované *suicidium* je vlastně jakási „*zvláštní forma eutanazie.*“⁴⁸ Haškovcová tedy asistované *suicidium* subsumuje pod eutanazii. Helena Stehlíková pak definuje asistované *suicidium* jako „*Situaci, kdy jedna osoba poskytne druhé informaci, radu či prostředek, kterým je sebevražda spáchána. Jde o poskytnutí pomoci osobě, která chce ukončit život, nikoli o přímé ukončení života.*“⁴⁹ Z definice Stehlíkové je patrné, že osobou, která poskytuje informaci, radu či prostředek, nemusí být jen lékař, ale kdokoli. Také klade důraz na rozdíl mezi přímým ukončením života (jako např. aktivní eutanazie) a poskytnutím určité rady či prostředku.

Pokud se přidržíme definice WMA, pacient tedy při asistovaném *suicidii* žádá lékaře o radu, látku či prostředek, jenž má vyvolat smrt. Ukončuje však svůj život sám, lékař (nebo někdo jiný) asistuje oním poskytnutím rady, látky a návodem k požití látky.⁵⁰ Je zde tedy rozdíl od předchozích forem eutanazií. Při asistovaném *suicidii* se usmrcuje

⁴⁵ Více zde: <https://etymologeeek.com/lat/suicidium>

⁴⁶ Srov. KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 67-68.

⁴⁷ *WMA Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide* [online]. World Medical Association, 2019 [cit. 2020-02-28]. Dostupné z: <https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/>

⁴⁸ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 122.

⁴⁹ STEHLÍKOVÁ, H. *Otevřená diskuse, cesta k vyjasnění pojmů*. In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019, s. 21.

⁵⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 122.

sám pacient, nikoliv lékař či určitá choroba. To je důležité mít na paměti, aby nedocházelo k situacím nerozlišování eutanazie a asistovaného suicidia.

Pro mou práci je také klíčové rozlišení lékařsky asistovaného suicidia (*physician assisted suicide*) a asistovaného suicidia (*assisted suicide*). Podstata rozdílu je v tom, zda asistuje při suicidiu lékař nebo někdo jiný. Jelikož je ale situace asistování někoho jiného než lékaře ojedinělá,⁵¹ a tato práce je zaměřena na jednání lékařů, bude lékařsky asistované suicidium pojímáno v této práci totožně jako asistované suicidium.

Jedním specifikem jsou sémantické a terminologické rozdíly, dalším zase etické kategorie jako úmysl, hodnota, žádost, jednání, motiv, rozhodování a důsledek. Např. kanadský filosof Leonard Wayne Sumner dělí jednání na konci života pacientů do čtyř kritérií. Jde o modalitu jednání, žádost, úmysl a jednajícího. V praxi asistovaného suicidia je modalitou lékařova jednání předepsání určité látky způsobující smrt. Dále se může jednat o autonomní, kompetentní žádost pacienta či naopak žádost pacienta, který nejedná autonomně. V kategorii úmyslu je asistované suicidium plánovanou, úmyslnou smrtí – pacient sám požívá smrtící látku úmyslně. Stejně tak ji úmyslně předepisuje lékař. Ještě trošku jinak to specifikuje bioetik David Černý, když rozlišuje charakterizující intenci (co jsme udělali) a finální intenci (proč jsme to udělali). Charakterizující intence je v případě asistovaného suicidia předepsání smrtící látky, kterou si má pacient sám aplikovat. Finální intenci je pak řešení pacientovy bolesti a utrpení. Co se týče jednajícího, je jím sám pacient (nikoliv lékař jako při eutanazii).⁵² Důsledkem požití látky je pak smrt pacienta.

Jinou možnost na nahlížení etických kategorií hrajících roli v praxi asistovaného suicidia udává Encyklopedie aplikované etiky od R. Chadwicka.⁵³

⁵¹ Více v kapitole Švýcarsko.

⁵² Srov. SUMNER, L., W. *Assisted death: A Study in Ethics and Law*. Oxford: Oxford University Press, 2013, s. 71-72, 85-86 a passim.

⁵³ Tabulku vytvořena autorem této práce. Inspirace čerpána z knihy Josefa Kuřete, který odkazuje na Encyklopedii aplikované etiky (*Encyclopedia of Applied Ethics*, 1998). Srov. KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 183.

| Prvky asistovaného suicidia | Vše, co musí být přítomné |
|------------------------------------|--|
| Jednající a subjekt | Při asistovaném suicidiu asistuje jedna osoba druhé skrze předepsání smrtící látky |
| Intence jednajícího | Pomoc subjektu spáchat suicidium |
| Motiv jednajícího | Nejlepší zájmy subjektu |
| Kauzální souvislost | Jednající ⁵⁴ předepíše smrtící látku, která způsobí smrt subjektu |
| Výsledek | Subjekt spáchá suicidium |

Obecněji je v odborné literatuře převažující názor, že v morálním hodnocení není mezi asistovaným suicidiem a eutanazií nijak výrazný rozdíl. Předepsání smrtící látky či příprava určitého koktejlu je považována za jednání se stejným záměrem, odlišné jen v praktických věcech.⁵⁵

Jak vypadá standardní profil osoby, která žádá o asistované suicidium? Ve většině případech jde o osobu (muže či ženu) starší 65 let, která má nevyлéčitelnou chorobu a prožívá fyzické nebo psychické utrpení. Co se týče pohlaví, tak zde není žádný markantní rozdíl v žádostech. O asistenci při suicidiu žádají jak ženy, tak muži v podobných počtech. Pokud jde o věk, tak velkou většinu tvoří senioři, kteří trpí určitým onemocněním.⁵⁶ K otázce přistupují samozřejmě i další charakteristiky, jako barva pleti, rodinný stav, vzdělání apod.⁵⁷

Podívat se je neméně důležité na důvody pacientů, proč žádají a chtějí spáchat asistované suicidium.⁵⁸ Důvody jsou různého charakteru, ale každý se určitým

⁵⁴ Jak vidíme, zde je za jednajícího považován lékař, v Sumnerově koncepci je to pacient. Jde pak o to, jak nahlížíme na ono „jednání“ – zda ho chápeme jako samotnou aplikaci látky nebo spíše předepsání oné látky.

⁵⁵ Srov. SCHOCKENHOFF, E. *Ethik des Lebens: Grundlagen und Neue Herausforderungen*. 2. Auflage, Freiburg: Herder, 2013, s. 548-554. Také srov. POLLARD, B., J. *Eutanazie – ano či ne?* Praha: Dita, 1996, s. 23.

⁵⁶ Jeden zdroj za všechny - *2018 Death with Dignity Act Report* [online]. Washington State Department of Health, 2019, s. 9 [cit. 2020-03-28]. Dostupné z: <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/422-109-DeathWithDignityAct2018.pdf>

⁵⁷ V kontextu asistovaného suicidia je otázka barvy pleti a vzdělání hodně diskutována v USA. Drtivá většina umírajících tímto způsobem, jsou osoby bílé pleti a velká většina má vystudovaný alespoň nejnižší stupeň vysoké školy. *California End of Life Option Act 2018 Data Report* [online]. California Department of Public Health, 2019, s. 7 [cit. 2020-03-28]. Dostupné z: <https://www.deathwithdignity.org/wp-content/uploads/2019/08/CA-CDPH-End-of-Life-Option-Act-Report-2018.pdf>

⁵⁸ Důvody jsou pak téměř totožné jako v případě eutanazie. Také je třeba říci, že se důvody často snoubí s některými argumenty pro legalizaci. O argumentech více pojednáme v podkapitole Vybrané kontexty a argumenty.

způsobem vztahuje k některé z dimenzí člověka. Mám na mysli dimenze fyzické, psychické, sociální a spirituální povahy.

Jedním z nejčastěji uváděných důvodů je nesnesitelné fyzické nebo psychické utrpení pacienta.⁵⁹ Jedná se o určitý druh nepřekonatelné bolesti, kvůli které pacient trpí a vnímá tak svůj život jako „nežitelný“. Většina žádostí je od pacientů v terminální fázi choroby, a to s nádorovými a neurodegenerativními onemocněními (např. Alzheimerova a Lou Gehrigova choroba), dále s nemocemi kardiovaskulárního systému (např. ateroskleróza) a s respiračními a nádorovými onemocněními (např. rakovina plic). Pacient však trpět nemusí jen v terminální fázi choroby, ale i v průběhu svého života při jisté dlouhodobé fyzické nebo psychické nemoci, např. při úzkostně depresivním syndromu, bipolární poruše, paraplegii, kvadruplegii atd. V obou případech mluvíme o medicínských kritériích, kdy se jedná o fyzickou nebo psychickou nemoc, kvůli které pacient žádá o asistenci při suicidii. Nejednou v tomto případě zaznívá také argument lidskou důstojností.

Známé jsou však i jiné důvody. Jedním z nich je jakási snaha se vyhnout utrpení, které zde není, ale má přijít. Někteří autoři mluví o strachu z utrpení. Toto snažení je pak spojeno s obavou o rapidní snížení kvality života. Důvod je u žádající osoby pocíťován jako aktuální, přítomný, nutící k okamžitému rozhodnutí, ačkoliv se jedná o budoucnostní perspektivu.⁶⁰

Další pohnutkou pro žádost o asistované suicidium je franklovsky řečeno určité existenciální vakuum a noogenní neuróza.⁶¹ V jiných pojmech se mluví o unavenosti životem, existenciální deprivaci nebo životní bezsmyslnosti. V USA či Evropě, jsou tyto postoje spojeny s lidmi, kteří patří ke vzdělanější vrstvě žijící v blahobytu. Argument, že tento postoj ku světu vzniká určitým materiálním nedostatkem, je lichý.⁶² Je očividné, že se tato pohnutka z velké míry dotýká spirituální dimenze člověka, tedy mj. i tematizace časovosti a problému smyslu. Smyslu toho, co jsem zažil a vykonal (minulost), toho, co prožívám (přítomnost) a toho, co mě čeká (budoucnost). Jde pak o nemedicínské kritérium, které je diskutováno nejen v rámci asistovaného suicidia, ale

⁵⁹ Většina zemí má v legislativních podmínkách zahrnuté fyzické i psychické utrpení (státy Beneluxu, Oregon atd.). Jiné země poskytují asistované suicidium jen při fyzickém utrpení (např. Washington).

⁶⁰ Srov. KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 117.

⁶¹ Srov. FRANKL, V., E. *Vůle ke smyslu: vybrané přednášky o logoterapii*. 2. vydání, Brno: Cesta, 2006, s. 7-8, 16-17, 125-126 a passim.

⁶² Srov. SKŘIVÁNKOVÁ-BOŠKOVÁ, V. *Eutanazie, nebo „komfort“ pro pacienty?: zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších*. Praha: V. Bošková, 2012, s. 10.

i v kontextu prevence suicidia jako takového a hlubších eticko-filosofických otázek dotýkajících se naplnění účelu a podstaty člověka.

Ještě je třeba věnovat pár řádků smrtícím látkám, které lékaři předepisují a pacienti usmrcují. Nejhojněji se využívají látky zvané barbituráty. Ty způsobují při požití velkého množství smrt. V praxi asistovaného suicidia se nejčastěji předepisují barbituráty zvané sekobarbital (Seconal) a pentobarbital (Nembutal), které zastavují fungování srdce.⁶³ U Seconalu se předepisuje 9 gramů, u Nembutalu pak nejčastěji 10 gramů. Tyto látky se mixují s džusem či alkoholem, kvůli přebití silně hořké chuti.⁶⁴

V současnosti se v evropských zemích dává přednost pentobarbitalu sodnému. V Austrálii je Nembutal a Seconal legální využívat jen při utrácení zvířat, nikoliv při asistovaném suicidiu. Zákon stanovuje to, že „smrtící koktejl“ musí být smíchán lékárníkem. Úřady neodhalují přesné složení látky, nicméně se uvádí, že jde o složení podobné Nembutalu.⁶⁵

Sekobarbital je pak hojněji využíván v Kanadě a v některých státech USA. Ale situace v USA se v současnosti dosti rychle mění. Jelikož se Nembutal stal nedostupným a cena Seconalu se výrazně zvýšila⁶⁶, stala se procedura asistovaného suicidia pro mnoho lidí nedosažitelnou záležitostí. Zkoušely se proto aplikovat různé směsi se sedativním hydrátem, které se však staly fiaskem – spálily pacientům hrdla a způsobovaly silnou bolest. Farmakologičtí a lékařští odborníci posléze vyrobili směs morfinu, diazepamu a propranololu (beta-blokátor, který zpomaluje srdce), zkráceně zvanou DMP. Po dalším neúspěchu, kdy jeden pacient umíral 18 hodin, se tato látka „vylepšila“. Přidal se digoxin a vzniklo tak DDMP. Stále však účinky a trvání smrti nebyly optimální, proto se upravila chemická formule, a poté se látka zvaná DDMP2 opět zkoušela. A slavila úspěch. Doba trvání smrti se zkrátila, ačkoliv stále nedosáhla

⁶³ Pro zajímavost lze uvést, že k eutanazii se nejprve používá např. látka zvaná thopental, která uvádí pacienta do kómatu. Poté se aplikuje anticholinergní myorelaxans způsobující zástavu dýchání. HONZÁK, R. *Eutanazie ano, eutanazie ne*. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019, s. 137.

⁶⁴ Srov. *2017 Summary of Drugs Used for Doctor-Prescribed Suicide* [online]. Patients Right Council, 2017 [cit. 2020-03-29]. Dostupné z: <http://www.patientsrightscouncil.org/site/2017-summary-of-drugs-used-for-doctor-prescribed-suicide/>

⁶⁵ Srov. MORGAN, D. *Voluntary Euthanasia to Begin in Victoria as Assisted Dying Laws Take Effect This Week* [online]. ABC, 2019 [cit. 2020-03-29]. Dostupné z: <https://www.abc.net.au/news/2019-06-16/voluntary-assisted-dying-starts-in-victoria/11207712>

⁶⁶ Stalo se tak především po roce 2015, po koupení výrobních práv na tento lék firmou Bausch Health (dříve Valeant Pharmaceuticals). Předtím stála smrtelná dávka přibližně 200-300 dolarů. Po této události se však cena markantně zvýšila na neuvěřitelných 3500-7000 dolarů.

účinků a rychlosti Seconalu a Nembutalu. DDMP2 proto není považována za nejlepší, ale spíše přijatelnou nízkonákladovou variantu.

Ve Washingtonu⁶⁷ a Oregonu se stále předepisuje především Seconal, v Coloradu už je častější využití 15 gramů DDMP2. V USA však stále neexistují legislativní pokyny, které by určovaly, jaký lék předepisovat. Dokonce neexistuje ani dohled nad tímto využíváním. Výjimkou jsou výroční zprávy, které se tuto skutečnost snaží dokumentovat. Výzkum v této oblasti však není obecně podporován, jelikož jde o výrobu smrtící látky. Lze říci, že je situace v USA stále dost nepřehledná a kontroverzní.⁶⁸

1.4. Právní případy asistovaného suicidia

Pro pochopení této problematiky je podstatné si ukázat některé právní případy, v kterých se asistované suicidium diskutovalo. Nejprve si krátce uvedeme případ z roku 1981, kdy lékařka Corry Wertheim připravila 67leté pacientce s psychickým i fyzickým utrpením čokoládový pudink s 30 tabletami vesparaxu. Tento pudink pak pacientka snědla a zapila alkoholickým nápojem pro rychlejší účinnost. Tato skutečnost vedla k úmrtí pacientky. Proti doktorce Wertheim se začalo vést trestní řízení. Wertheim byla tedy obviněna z asistence při suicidiu a posléze uznána vinnou. S přihlédnutím k jejímu věku (76 let) dostala podmíněný trest odnětí svobody na 6 měsíců s jednoletou zkušební dobou. Soud však dále uvedl, že je v některých případech, za určitých podmínek, asistence při suicidiu akceptovatelná.⁶⁹ Tento případ měl velký vliv na budoucí nizozemskou trestní legislativu, jakožto doporučující stanovisko při trestních řízeních.⁷⁰

Jako druhý si představíme případ z roku 2002 *Pretty versus Spojené království* (č. 2346/02). Žadatelkou byla 43letá Diane Pretty, která trpěla amyotrofickou laterální sklerózou. To mj. znamená, že byla ochrnutá od krku dolů a byla napájena trubicí. Očekávalo se, že může žít už jen v řádu týdnů a měsíců. Tato žadatelka si přála spáchat

⁶⁷ Ve Washingtonu se používá také morfin sulfátu. Ten je ale považován za nespolehlivý, umírání při jeho požití může trvat od 5 minut do 35 hodin. Srov. SCHADENBERG, A. *Complications with Lethal Drugs Used for Assisted Suicide* [online]. Alexschadenberg.blogspot.com, 2019 [cit. 2020-03-29]. Dostupné z: <http://alexschadenberg.blogspot.com/2019/04/lethal-drugs-used-for-assisted-suicide.html>

⁶⁸ Srov. DEAR, J. *The Doctors Who Invented a New Way to Help People Die* [online]. The Atlantic, 2019 [cit. 2020-03-29]. Dostupné z: <https://www.theatlantic.com/health/archive/2019/01/medical-aid-in-dying-medications/580591/>

⁶⁹ Více v kapitole Nizozemsko.

⁷⁰ Srov. WEYERS, H. *The Legalization of Euthanasia in the Netherlands*. In: YOUNGNER, S., J., KIMSMA, G., K. *Physician-Assisted Death in Perspective: Assessing the Dutch Experience*. Cambridge: Cambridge University Press, 2012, s. 40-42.

suicidium za pomoci jejího manžela. Konkrétně pak žádala ředitele Královského státního zastupitelství o beztrestnost manželovy asistence při suicidiu. Ve Spojeném království pak není trestné spáchat suicidium, trestným činem však je někomu pomáhat k suicidiu, proto Diane Pretty tímto způsobem žádala. U zastupitelství neuspěla, proto zkusila podat žádost na místní soud, kde také neslavila úspěch. Proto se posléze odvolala i ke Sněmovně lordů, kde se také nesetkala s přijetím a žádost byla znovu odmítnuta. Diane Pretty argumentovala tím, že zákon o sebevraždě (Suicide Act 1961)⁷¹ je v rozporu s Evropskou úmluvou o ochraně lidských práv ohledně práva na asistované suicidium. To místní soud i Sněmovna lordů odmítly.⁷²

Žadatelka se ale nevzdala a podala stížnost k Evropskému soudu pro lidská práva (dále jen ESLP). Považovala nepovolení asistovaného suicidia za nerespektování jejích práv. Odvolávala se pak na články 2, 3, 8, 9 a 14 Úmluvy. ESLP odmítl žadatelčinu argumentaci článku 2 z důvodu toho, že z pozitivního práva na život nelze vyvodit negativní právo na smrt. Právo zemřít cizí rukou není možné podřazovat pod tento článek. ESLP dále uvedl, že nebyl překročen ani článek 3. Žadatelka Pretty argumentovala tím, že vnímá své utrpení jako ponižující až nelidské. ESLP ale vysvětlil, že tímto článkem myslí jiné formy nelidského a ponižujícího zacházení, než Pretty zmiňovala (např. nehumánní jednání ze strany státních složek). Článek 8, v kterém se řeší respektování soukromého a rodinného života dle ESLP také porušen nebyl. Článek 9 – právo na svobodu myšlení, svědomí a náboženského vyznání žadatelka interpretovala tak, že považuje asistované suicidium za smysluplné. ESLP se ale vyjádřil, že takovýto postoj v žádném případě nemůže vést k právnímu nároku na asistované suicidium, pokud není v souladu s trestně-právní situací v dané zemi. Konečně argumentace žadatelky u článku 14 byla také ESLP odmítnuta. Pretty argumentovala tím, že je diskriminována svou tělesnou indispozicí znemožňující ji spáchat suicidium. ESLP tuto interpretaci nepřijal a poukázal na to, že toto právo je založeno na rovnosti pro všechny, a pokud by umožnil výjimku, mohlo by docházet k právnímu zneužívání. ESLP s přihlédnutím k vyjádřením organizací Voluntary

⁷¹ Zákon dostupný zde: <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/Eliz2/9-10/60/2010-02-01>

⁷² Srov. CÍSAŘOVÁ, D., SOVOVÁ, O. a kol. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2. vydání, Praha: Orac, 2004, s. 115-116.

Euthanasia Society a ke Katolické biskupské konferenci Anglie a Walesu tedy konstatoval, že k překročení obsahu zmíněných článků nedošlo.⁷³

Dalším významným právním případem, který je v rámci problematiky asistovaného suicidia diskutován, je případ Haas versus Švýcarsko (č. 31322/07). Žadatelem byl Švýcar Ernst G. Haas. Tento muž, trpící bipolární afektivní poruchou, s dvěma pokusy o suicidium, hospitalizovaný na psychiatriích a stálý člen organizace Dignitas, žádal o asistenci při suicidiu. Po několika vyšetřeních neuspěl, lékaři se shodli na tom, že mu smrtící látku nepředepíšou. S tímto stavem byl ale nespokojený, a proto podal žádost o získání smrtící látky na několik různých oddělení. Nejprve k Federálnímu úřadu pro spravedlnost, poté k Federálnímu úřadu pro veřejné zdraví, dále ke Zdravotnickému úřadu pro Curyšský kanton, a také k Federálnímu úřadu vnitra. Haas argumentoval článkem 8 (právo na respektování rodinného a soukromého života) Evropské úmluvy o ochraně lidských práv. Soud mu ale nevyhověl, jelikož došel k závěru, že je lékařské vyšetření a předpis pojistkou proti tomu, aby někdo udělal ukvapené rozhodnutí a zneužil institut asistovaného suicidia. ESLP dále konstatoval, že článek 8 nedefinuje povinnost zajišťovat pro lidi, kteří chtějí zemřít, smrtící látku. V tomto případě nejde o neúctu k soukromému životu. Případ byl tedy zamítnut, avšak ESLP přiznal možnost suicidia, nikoliv však státní závazek toto suicidium skrze předepsání smrtící látky umožňovat. Ponechává volné pole působnosti každému státu jednotlivě.⁷⁴

Právním případem dokumentujícím odlišnou situaci týkající se asistovaného suicidia, je případ Koch versus Německo (č. 497/09). Zde podal stížnost Ulrich Koch, jehož manželka kvadruplegička neuspěla s požadavkem u Federálního institutu pro farmaceutické a lékařské produkty týkající se zisku smrtící látky, konkrétně 15 gramů pentobarbitalu sodného s tím, že si ho vezme doma, v německém městě Braunschweig. Neuspěla z důvodu toho, že by byl porušen zákon o narkoticích, který povoluje pouze vydávání život podporujících léků. Pentobarbital sodný je ale látka smrtící. Po neúspěchu odjel Ulrich Koch společně s manželkou do Švýcarska, kde jeho choť

⁷³ Srov. *Case of Pretty v. The United Kingdom* [online]. European Court of Human Rights, 2002 [cit. 2020-03-02]. Dostupné z: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-60448%22%5D%7D> / Také srov. MATOCHOVÁ, S. *Otázka eutanázie z pohledu judikatury evropského soudu pro lidská práva* [online]. Zdravotnické právo v praxi, č. 2, 2006, s. 24-28. Dostupné zde: <https://pravo.solon.cz/pdfs/pra/2006/02/01.pdf>

⁷⁴ Srov. *Case of Haas v. Switzerland* [online]. European Court of Human Rights, 2011 [cit. 2020-03-02]. Dostupné z: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-102940%22%5D%7D> / Také srov. MALÍŘ, J., DOLEŽAL, T. *Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod a zdravotnictví: současný stav a perspektivy*. Praha: Wolters Kluwer, 2016, s. 119-120.

spáchala asistované suicidium. Poté se Ulrich Koch dále zabýval správním rozhodnutím, přičemž Federální institut jeho podání vnímal jako neoprávněné, jelikož nešlo o přímo dotčenou osobu (dle Federálního institutu byla dotčenou osobou manželka). ESLP označil vztah mezi Ulrichem Kochem a jeho manželkou za velmi blízký, tudíž označil rozhodnutí německých soudů za nesprávné. Konkrétně pak šlo dle ESLP o porušení článku 8 Úmluvy, ke kterému došlo z důvodu nepřezkoumání žádosti týkajícího se onoho přístupu ke smrtícímu látce. Šlo tedy spíše o právně-procesní problematiku. Avšak eticko-právní otázku zajištění smrtícího léku ESLP neřešilo, jelikož je mj. jedním z atributů lidských práv jejich nepřenositelnost, což znamená, že práva manželky nemohly přejít ani na jejího manžela.⁷⁵

Bylo by nesporně zajímavé probrat další právní případy, jako třeba *Gross versus Švýcarsko*,⁷⁶ ale jakožto bazální přehledové okénko nám postačí výše zmíněné legislativní spory. Pojdme se posunout k představení všeobecných situací a legislativ v jednotlivých státech, kde je asistované suicidium za určitých podmínek povoleno.

⁷⁵ Srov. *Case Koch v. Germany* [online]. European Court of Human Rights, 2012 [cit. 2020-03-02]. Dostupné z: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22002-6416%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22002-6416%22]})

⁷⁶ Dostupné k prostudování zde: [https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:\[%22001-119703%22\]}](https://hudoc.echr.coe.int/eng#{%22itemid%22:[%22001-119703%22]})

2. Situace a legislativa ve vybraných zemích

V předchozích kapitolách jsme si osvětlili terminologickou situaci a ujasnili některé základní poznatky o asistovaném suicidiu. Abychom naše porozumění této problematice ještě více prohloubili, je třeba se podívat na situaci v jednotlivých státech. Nepůjde o klasickou metodu komparace, ale spíše představení situace, zejména z pohledu právního, lékařského a politického, méně pak z pohledu etického. Etický pohled na problematiku asistovaného suicidia bude reflektován v dalších kapitolách.

Asistované suicidium je za určitých kritérií legální⁷⁷ v Nizozemsku, Belgii, Švýcarsku, Lucembursku, Německu, Kanadě, australském státě Victoria a ve Spojených státech Amerických, konkrétně v Oregonu, Kalifornii, Coloradu, Vermontu, Washingtonu, New Jersey, Maine, D. C., v Montaně a na Havaji.⁷⁸ Podíváme se proto na situace v jednotlivých státech, kde je asistované suicidium za určitých podmínek legální. Někde půjde o stručnější přehled, jinde o zevrubnější deskripci. V rámci této kapitoly si také představíme situaci v České republice, jelikož zde probíhaly a stále probíhají snahy o uzákonění eutanazie i asistovaného suicidia.

2.1. Nizozemsko

Nizozemsko je první evropská země, která uzákonila beztrestnost eutanazie a za určitých podmínek legalizovala vyžádanou aktivní eutanazii vykonávanou samotným lékařem. Nizozemská legislativa a společenská situace, vztahující se k asistovanému suicidiu a eutanazii, jsou pro zastánce i odpůrce těchto bioetických praxí předměty, které diskutují, komparují a analyzují. Nizozemsko slouží jako studnice, z které si každý může vytáhnout informace, které se mu hodí k podpoře jeho postoje. Tato situace je velmi zajímavá, a proto se stojí o situaci v Nizozemsku alespoň několika stránky zmínit. Pro nás je podstatné se podívat především na otázku asistovaného suicidia, ač šla ruku v ruce s otázkou eutanazie.

V roce 1881 byl přijat trestní zákoník, který zakazoval jak eutanazii (§ 293), tak asistované suicidium (§ 294). Znění § 294 zní: „*Každá osoba, která úmyslně podněcuje jinou osobu ke spáchání sebevraždy nebo jí poskytne prostředky ke spáchání*

⁷⁷ V Japonsku, Jižní Koreji, Rakousku a Finsku je situace nejasná.

⁷⁸ JONES, R., M., SIMPSON, A., I., F. *Medical Assistance in Dying: Challenges for Psychiatry* [online]. *Front Psychiatry* 9:678, 2018 [cit. 2020-03-23]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6295549/> (Doplněno o státy, které zlegalizovaly praxi asistovaného suicidia v roce 2019 a 2020).

sebevraždy, bude potrestána trestem odnětí svobody v délce nepřesahující tři roky nebo finanční pokutou čtvrté kategorie, pokud tato osoba sebevraždu spáchá.“⁷⁹ Nicméně nizozemský trestní zákoník má ukotvenou ještě privilegovanou skutkovou podstatu úmyslného usmrcení na žádost. Lze jmenovat také § 40 (jednání v krajní nouzi): „Osoba, která spáchá trestný čin jako výsledek vnější síly, o níž se nedá rozumně očekávat, že ji bude čelit, není trestně odpovědná.“⁸⁰ Tento článek jde využít v případě, že pachatel trestného činu nebyl svéprávný anebo v případě, že se trestným činem chránila hodnota stejné nebo vyšší váhy. Podstatné je říci, že se § 294 (asistované suicidium) do roku 1945 nevyužil a § 293 (eutanazie) pouze třikrát. Je to zřejmé, jelikož bylo Nizozemí křesťansky orientovanou společností a tato jednání byla považována za morálně špatná.

Po 2. světové válce, specificky pak v 60. a 70. letech 20. století, došlo v Nizozemsku k proměně etického diskursu.⁸¹ Vliv to mělo mj. na lékařskou etiku, kdy se na asistované suicidium a eutanazii začíná koukat odlišně. K tomu dopomohl fakt, že v Nizozemsku nebyla eutanazie zneužita (jako v Německu nacistickým režimem), tudíž tato témata nevyvolávala tolik negativních emocí. Také se začal klást větší důraz na autonomii jednotlivce, přirozená práva každého jednoho člověka a postoj, že utrpení je zlé, špatné a zbytečné.

V otázkách asistovaného suicidia a eutanazie proměnil etický diskurs také koncept s názvem *Lebensunwertes Leben* neboli život nehodný žití, který původně přivedli na svět právník Karl Binding a psychiatr Alfred Hoche, oba německého původu. V Nizozemsku se tohoto konceptu do velké části ujal psychiatr Jan Hendrik Van den Berg, který tvrdil, že pacient má právo zemřít tak, jak chce on, a lékař by mu k tomu měl pomoci. Současná medicína je dle něj v područí přístrojů, a proto musí jít lékařská etika proti technologické stránce medicíny, které má obrovskou a nezdravou moc nad pacientem.⁸² Součástí těchto etických postupů má pak být i eutanazie a asistované suicidium. Jeho kniha *Lékařská moc a lékařská etika (Medical Power and Medical Ethics)* slavila obrovský úspěch a po vydání jeho knížky se 77 % obyvatel vyjádřilo tak,

⁷⁹ NIZOZEMSKO. *Section 294 of Dutch Penal Code* (v originále *Wetboek van Strafrecht*). Legislationonline.org, 1881 (text valid on 2012) [cit. 2020-03-23]. Dostupné z: https://www.legislationonline.org/download/id/6415/file/Netherlands_CC_am2012_en.pdf

⁸⁰ Cit. tamtéž, *Section 40*.

⁸¹ Více se k této problematice dostaneme v podkapitole Medicínská moc a role lékaře.

⁸² Srov. COHEN-ALMAGOR, R. *Euthanasia in the Netherlands: the Policy and Practice of Mercy Killing*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2004, s. 59.

že považují eutanazii (vyžádanou i nevyžádanou) za morálně ospravedlnitelnou a akceptovatelnou.⁸³

Od 2. světové války vznikaly právní případy, které novým způsobem řešily asistované suicidium a různé formy eutanatického jednání.⁸⁴ Pro naši práci je důležitý již zmíněný případ doktorky Corry Wertheim, o kterém jsme pojednali v předchozí kapitole. Holandská judikatura, v reakci na tento případ, vydala kritéria, která musí být splněna, aby nebylo takové jednání považováno za trestné. Jde o tato kritéria:⁸⁵

1. *Fyzické nebo psychické utrpení osoby je nesnesitelné.*
2. *Toto utrpení je trvalého rázu podobně jako pacientovo přání zemřít.*
3. *Rozhodnutí zemřít je dobrovolné.*
4. *Osoba byla řádně informována o své situaci a o veškerých dostupných alternativách a zároveň byla způsobilá ke zvážení veškerých souvislostí.*
5. *V dané situaci neexistuje žádná dostupná metoda, která by pacientovi mohla pomoci.*
6. *Pacientova smrt nezpůsobí nikomu jinému zbytečné utrpení.*
7. *Rozhodnutí o pomoci při spáchání suicidia nesmí být učiněno pouze jednou osobou a zároveň u tohoto rozhodování musí asistovat lékař. Ten rozhoduje i o metodě způsobení smrti.*
8. *Rozhodnutí o asistenci při suicidiu musí být předem prodiskutováno s jinými lékaři, pokud se jedná o pacienta v terminálním stavu nemoci. Pokud se nejedná o terminální stadium nemoci, musí být konzultován i odborník v oboru psychologie nebo psychiatrie, případně sociální pracovník.*

Tato kritéria se stala podstatnými při každém dalším nizozemském právním případě v otázce asistovaného suicidia. Podobně jako podmínky v případě Geertruidy Postma pro další právní případy týkající se eutanazie. Do klíčového roku 2002 se ještě řešilo mnoho dalších případů, pro které bylo charakteristické, že se v nich střetávaly etické principy a vznikala etická dilemata, které jak etici, tak lékaři i právníci diskutovali.⁸⁶ V 90. letech také byla v Nizozemsku ustanovena Rimmelinkova komise, která lékařské případy eutanazie a asistovaného suicidia dokumentovala.⁸⁷

⁸³ DOLEŽAL, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*, s. 74.

⁸⁴ Jedním z nejdůležitějších právních případů v Nizozemsku je případ doktorky Geertruidy Postma, která injekčně usmrtila svou 78letou matku. Na základě tohoto případu byly stanoveny kritéria pro beztrestnost eutanazie. Srov. ENGELHARDT, T. *The Philosophy of Medicine: Framing the Field*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2002, s. 89.

⁸⁵ LOPES, G. *Dying with Dignity: A Legal Approach to Assisted Death*. Santa Barbara: Praeger, 2015, s. 147-148.

⁸⁶ Např. princip sebeurčení vs. princip posvátnosti lidského života v případě Schoonheim, 1984. Nebo také otázka diference fyzického a psychického utrpení v případě Kors, 1990. Dále problematika existenciální trýzně v případě Sutorius, 1998. A také otázka eutanazie dětí v případě Prins, 1995 a Kadijk, 1995. Srov. DOLEŽAL, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*, s. 86-88, 92-93, 96-100.

⁸⁷ Srov. tamtéž, s. 124-125.

V roce 1990 vytvořila Královská nizozemská lékařská asociace (*Royal Dutch Medical Association*) společně s Ministerstvem spravedlnosti soubor podmínek, které zajišťovaly beztrestnost lékařům v otázce asistovaného suicidia a eutanazie, a to v reakci na obavy z falšování úmrtních listů. Podmínky byly následující: 1) lékaři musí vytvořit záznam o jednání; 2) musí být naplněny podmínky institutu krajní nouze; 3) musí být dodržena řádná lékařská péče. Na konci roku 1998 začaly vznikat také regionální komise pro kontrolu eutanazie, které kontrolovaly splnění podmínek lékařské péče při asistovaném suicidiu a eutanazii. Tyto a další skutečnosti vedly k přípravě a posléze přijetí zákona v roce 2002.⁸⁸

V dubnu roku 2002 vešel v platnost Zákon o přezkumu ukončení života na žádost a pomoci při sebevraždě (zkráceně „zákon o asistované smrti“). Nizozemí tak získalo prvenství v uznání beztrestnosti aktivní vyžádané eutanazie na celém území státu.⁸⁹ Nutno říci, že Nizozemí mělo už v roce 2002 opravdu bohatou historii, co se týče právních případů, lékařsko-etických stanovisek medicínských asociací, státních a regionálních komisí či občanských spolků. Zároveň společenská debata o asistovaném suicidiu a eutanazii probíhala už delší dobu. Proto relativně stručný zákon toho reálně příliš mnoho neměnil. Spíše šlo o to zanést samotnou lékařskou praxi týkající se asistovaného suicidia a eutanazie do samotné judikatury.

Zákon je momentálně platný a řeší nejen požadavky na lékařskou péči a fungování regionálních komisí, ale také novelizaci dalších zákonů týkajících se trestní odpovědnosti lékařů (např. zákona o pohřebnictví). Lékař má také ze zákona možnost odmítnout vykonat eutanazii či asistenci při suicidiu (skrze etický institut výhrady svědomí). V tom případě má ale povinnost pacienta odkázat na jiného lékaře, který eutanazii provádí či při suicidiu asistuje.

Co vnímám jako pozitivní je skutečnost, že zákon vstupoval v platnost spolu se spuštěním programu vlády, který zabezpečoval paliativní péči v celém státě. Program

⁸⁸ Srov. tamtéž, s. 108-109.

⁸⁹ Na několik měsíců byla v roce 1996, v Severním teritoriu Austrálie, legalizována eutanazie. Šlo o zákon s originálním názvem *Rights of the Terminally Ill Act 1995*, který byl v roce 1997 anulován zákonem známým jako *Euthanasia Laws Act 1997*. Nizozemsko však nemá prvenství v legalizaci asistovaného suicidia – toto prvenství drží Švýcarsko (od roku 1942) a na území USA pak Oregon (od roku 1997).

se skládal především z vybudování a otevření více jak 100 hospiců, 6 paliativních center a vložení dalších financí do výzkumu a vzdělávání v oblasti paliativní medicíny.⁹⁰

Nutné je však zmínit podmínky, které musí lékař splnit, pokud chce vyhovět obsahu zákona. Pokud by lékaři tato kritéria nedodrželi, mohou být souzeni v délce až 3 let odnětí svobody v případě asistovaného suicidia a v délce až 12 let odnětí svobody v případě eutanazie.⁹¹ O jaké podmínky jde?⁹²

1. *Lékař je přesvědčen, že je žádost pacienta svobodná a dobře uvážená.*
2. *Lékař je přesvědčen, že utrpení pacienta je trvalé a nesnesitelné.*
3. *Lékař pacienta informoval o jeho současné situaci a o jeho vyhlídkách do budoucna.*
4. *Pacient je přesvědčen, že neexistuje jiné rozumné řešení pro situaci, ve které je.*
5. *Lékařský stav pacienta lékař konzultoval nejméně s jedním nezávislým lékařem, který se s pacientem setkal a dodal písemně názor ohledně dodržení medicínské péče.*
6. *Ukončení života nebo asistence při suicidii byla provedena lékařem s veškerou péčí.*

Můžeme si všimnout, že v podmínkách se nenachází nic jako terminální stádium. Státy Beneluxu s touto podmínkou pracují málo nebo nepracují vůbec, ačkoliv jde o kritérium objektivizovatelnější a dokazatelnější nežli ono nesnesitelné utrpení pacienta. Josef Kuře poukazuje na to, že kritérium utrpení je zabarveno subjektivním přístupem k věci a je těžko ověřitelné. Za to podmínku terminálního stádia nemoci jsme schopni lékařsky ověřit. Státy Beneluxu však pracují více s pojmem utrpení nežli s terminálním stádiem choroby.⁹³

V Nizozemí provádí beztrestně eutanazii a asistenci při suicidii praktičtí (často rodinní) lékaři⁹⁴, ať už v nemocnici nebo doma. Zároveň funguje v rámci nizozemského zdravotnictví síť konzultativních lékařů, kteří jsou k dispozici praktickým lékařům potřebujícím lékařské vyjádření k pacientovi či radu. Tito lékaři u suicidia neasistují, ale fungují jako poradní orgán.⁹⁵

⁹⁰ Srov. NEZBEDA, O. *Průvodce smrtelníka: prakticky o posledních věcech člověka*. Praha: Paseka, 2016, s. 231.

⁹¹ Srov. *Euthanasia, Assisted Suicide and Non-resuscitation on Request* [online]. Government of the Netherlands [cit. 2020-03-13]. Dostupné z: <https://www.government.nl/topics/euthanasia/euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-request>

⁹² NIZOZEMSKO. *Article 2 of Dutch law on Termination on Life on Request and Assisted Suicide*. The World Federation of Right to Die Societies, 2002 [cit. 2020-03-23]. Dostupné z: <https://www.worldrtd.net/dutch-law-termination-life-request-and-assisted-suicide-complete-text>

⁹³ Srov. KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 63-64.

⁹⁴ Může jít až o polovinu všech praktických lékařů v Nizozemí. NEZBEDA, O. *Průvodce smrtelníka: prakticky o posledních věcech člověka*, s. 227.

⁹⁵ Tato lékařská síť se jmenuje SCEN (Support and Consultation on Euthanasia in Netherlands). Srov. *Euthanasia in the Netherlands* [online]. KNMG, 2017 [cit. 2020-03-13]. Dostupné z: <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/euthanasia-in-the-netherlands.htm>

Otázkou, která je v rámci tématu asistovaného suicidia také diskutována, je věková hranice. V Nizozemí mohou žádat o tyto lékařské úkony osoby, kterým je alespoň 12 let. Od 12 do 15 let mohou děti a mladiství žádat o asistované suicidium jen se souhlasem zákonného zástupce. V 16-17 let pak mladiství nepotřebují souhlas zákonného zástupce, nicméně ten do procesu rozhodování musí být zapojen. Od 18 let pak není třeba zapojení nikoho dalšího.⁹⁶

Specifickou problematikou, která by vydala na celou diplomovou práci, je otázka eutanazie novorozenců, v Nizozemí známá jako Groningenský protokol. Tento protokol, vytvořený vedoucím oddělení pediatrie v Groningenu, Eduardem Verhagemem, stanovuje podmínky, za kterých je legální usmrtit novorozence.⁹⁷ Tyto podmínky byly přijaty v červenci roku 2005 i samotnými státními institucemi. Zde se ale pohybujeme už v otázce aktivní nevyžádané eutanazie, nikoliv asistovaného suicidia, proto jen takto ve zkratce.

Je třeba se dále zmínit o fungování kontroly řádnosti a správnosti procesu žádosti a provedení asistovaného suicidia. Po provedení úkonu, dochází k zaslání lékařské zprávy, zprávy patologa, vyjádření konzultujícího lékaře a písemné žádosti zesnulého (není nutná) na regionální komisi pro kontrolu eutanazie.⁹⁸ Tato komise složená z lékaře, etika a právního odborníka (musí být lichý počet, aby nedošlo ke shodě) pak případ analyzuje a konzultuje. Pokud si není v určitých ohledech jistá, může požadovat další informace, ať už od patologa, lékaře, poskytovatele zdravotnické péče či konzultujícího lékaře. Komise pak lékaři posílá své odůvodněné rozhodnutí, zda se postupovalo dle právních, etických a lékařských standardů. Komise musí zprávu

⁹⁶ Srov. DOLEŽAL, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*, s. 112.

⁹⁷ Mezi podmínky patří: 1. Nesnesitelné utrpení dítěte bez možnosti zlepšení; 2. Ukončení léčby musí být odůvodněné; 3. Neexistuje žádné alternativní řešení; 4. Souhlas rodičů s ukončením života dítěte; 5. Plné informování rodičů o diagnóze a prognóze; 6. Přezkum zdravotního stavu dítěte dalším nezávislým lékařem; 7. Ukončení života musí být provedeno s náležitou péčí. K problematice více *Euthanasia and Newborn Infants* [online]. Government of the Netherlands [cit. 2020-03-13]. Dostupné z: <https://www.government.nl/topics/euthanasia/euthanasia-and-newborn-infants>

⁹⁸ V Nizozemsku existuje 5 regionálních komisí. První komise pokrývá provincie Groningen, Drenthe, Frísko a tři municipality v Karibiku – Bonaire, ostrov Saba a Svatý Eustach. Druhá komise má na starosti Overijssel, Gelderland, Utrecht a Flevoland. Třetí komise pak celé Severní Holandsko. Čtvrtá komise pro změnu Jižní Holandsko a provincii Zeeland. A konečně pátá komise spravuje Severní Brabantsko a Limburg. Srov. *The Committees* [online]. Regional Euthanasia Review Committees [cit. 2020-03-13]. Dostupné z: <https://english.euthanasiacommissie.nl/the-committees/the-committees>

poslat během 6 týdnů s tím, že se tato doba může prodloužit. Komise posílá také závěrečnou zprávu na Generální prokuraturu a zdravotní inspekci.⁹⁹

Z nizozemských statistik můžeme vyčíst, že dochází mnohem více k případům eutanazie nežli asistovaného suicidia, ačkoliv by to mělo fungovat naopak. Lékaři však zdůvodňují volbu eutanazie tím, že pacienti nejsou fyzicky schopni suicidium spáchat.¹⁰⁰

Před rokem 2002 docházelo k zatajování eutanaticky usmrcených, proto čísla dosti oscilovala. Od roku 2003¹⁰¹ se ale situace více stabilizovala, lékaři pocítují méně strachu ze špatných postupů. Počet nahlášených osob usmrcených eutanazií se pohybuje v rozmezí od 1626 (rok 2003) do 6126 (rok 2018). U asistovaného suicidia pak jde o rozmezí od 132 (rok 2006) do 286 (rok 2013). U eutanazie můžeme sledovat vzestupnou tendenci, každým rokem se počet zvyšoval. Počet asistovaných suicidií se ve většině případů také zvyšoval (poslední číslo udávané v roce 2018 je 212). Případy asistovaného suicidia či eutanazie mladistvých jsou pak ojedinělé. V rozmezí let 2002-2015 došlo pouze k 7 případům. V letech 2016-2018 bylo nahlášeno též 7 případů.¹⁰²

V kontextu nizozemské situace se mluví o mnoha problematických jevech, ať už o eutanazii dětí nebo otázce autonomního rozhodování u psychicky nemocných či diskutování argumentu kluzkého svahu. Z deskripce toho, jak to v této zemi funguje, můžeme snadno nabýt dojmu, že s asistovaným suicidiem a eutanazií souhlasí drtivá většina lékařů. Není to tak. Je mnoho takových, kteří své řemeslo chápou výlučně ve smyslu uzdravování a péče, nikoliv usmrcování. To však nic nemění na tom, že je zde proces asistovaného suicidia a eutanazie už jaksi ritualizován a vnímán jako validní součást lékařsko-etického diskursu.¹⁰³

⁹⁹ Srov. *Toetsingsprocedure Regionale Toetsingcommissies Euthanasie* [online]. Regional Euthanasia Review Committees [cit. 2020-03-13]. Dostupné z: <https://english.euthanasiecommissie.nl/review-procedure>

¹⁰⁰ Srov. PETERKOVÁ, H. *Role lékaře při ukončení života na žádost a pomoci při sebevraždě*. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019, s. 274.

¹⁰¹ V roce 2002 ještě nebyly rozlišeny případy eutanazie a asistovaného suicidia – celkově bylo nahlášeno 1882 usmrcených osob.

¹⁰² Jednotlivé výroční zprávy dohledatelné zde: *Annual Reports* [online]. Regional Euthanasia Review Committees [cit. 2020-03-13]. Dostupné z: <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>

¹⁰³ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 4. vydání, Praha: Galén, 2015, s. 186-188.

2.2. Belgie

Belgie nemá tak dlouhou historii debaty o eutanazii a asistovaném suicidii jako třeba Švýcarsko a Nizozemsko. Důležitým zlomem se stal teprve rok 1999, kdy se do vlády nedostala žádná politická strana s křesťansko-demokratickým étosem.¹⁰⁴ Tento moment vedl k hlubším politickým diskusím o legalizaci eutanazie a asistovaného suicidia, jelikož byly ve vládě strany, které tuto legalizaci podporovaly (např. politická strana Groen neboli Strana Zelených, dále pak liberální a socialistické strany).¹⁰⁵

Je zřejmé, že tato proměna politických garnitur nebyla jediným důvodem pro legalizaci eutanazie. Velký vliv měla skutečnost, že legalizaci podporovala jak vlámská, tak valonská veřejnost. Když k tomu přidáme také celkovou sekularizaci společnosti, je nasnadě říci, že tu byla vytvořena půda pro další legislativní kroky. Zmiňme ale další vlivné aspekty, např. medializaci problematiky, především skrze dvě hnutí pro podporu eutanazie¹⁰⁶, liberální kroky trestně-právních orgánů, vliv sousedícího Nizozemska na lékařské postupy v Belgii či celková otevřenost laické a odborné veřejnosti toto téma řešit.

20. 9. 2002 došlo k uzákonění beztrestnosti eutanazie. Zákon je velmi zevrubný, za což může především krátká historie judikaturní praxe v právně-lékařské oblasti.¹⁰⁷ Do této doby byla eutanazie trestný čin dle trestního zákoníku z roku 1867.¹⁰⁸ Také je důležité vědět, že belgický trestní zákoník neměl v sobě obsaženou skutkovou podstatu pomoci při usmrcení. Někteří právní experti zastupovali stanovisko, že by toto jednání mohlo spadat pod „neposkytnutí pomoci“ (§ 422bis). Ale díky benevolenci trestně-právních orgánů nikdy nedošlo k soudnímu řešení takovéto skutečnosti.¹⁰⁹

Pro naši práci je podstatné vědět, že zákon nijak nespecifikuje a nerozpracovává otázku asistovaného suicidia. Tento fakt zůstává terčem kritiky, především ze strany

¹⁰⁴ Už v posledním desetiletí 20. století probíhaly v parlamentu tematické výměny názorů, byly předloženy i návrhy zákona, které nakonec neprošly – eutanazie byla silně politickým tématem. Srov. DOLEŽAL, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*, s. 147-149.

¹⁰⁵ Srov. tamtéž, s. 149-150.

¹⁰⁶ Jde o *Belgian Association for the Right to Die with Dignity* a *Flemish Association for the Right to Die with Dignity*. COHEN-ALMAGOR, R. *Euthanasia Policy and Practice in Belgium: Critical Observations and Suggestions for Improvement* [online]. *Issues in Law & Medicine*, Volume 24, Number 3, 2009, s. 188. Dostupné z: <https://www.ieb-eib.org/ancien-site/pdf/euthanasia-practice-in-belgium.pdf>

¹⁰⁷ V originále se zákon jmenuje *La loi relative à l'euthanasie*. Dostupný zde: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2002052837&table_name=loi

¹⁰⁸ V Belgii neexistovala ani privilegovaná skutková podstata zabití na žádost, která by vedla k nižším trestům.

¹⁰⁹ Srov. DOLEŽAL, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*, s. 151.

Rady státu, belgické lékařské komory a federální kontrolní a hodnotící komise, která má na starost kontrolu splnění podmínek v rámci zákona o eutanazii.¹¹⁰ V Belgii je tedy asistované suicidium využíváno zřídka.¹¹¹ Čísla jsou ještě nižší než v Nizozemí. Jako důvod se mj. uvádí ona nepřehledná legislativní situace, ačkoliv někteří právníci interpretují situaci tak, že asistence při suicidiu musí být dle zákona vnímána stejně jako eutanazie.¹¹²

Zákon tedy pracuje pouze s pojmem aktivní vyžádané eutanazie. V zákoně jsou podobné podmínky jako v ostatních zemích Beneluxu – dobrovolná, opakovaná žádost, zdravotně bezvýchodný stav, nesnesitelné fyzické či psychické bolesti a písemná žádost¹¹³ pacienta (může být sepsána a podepsána zmocněncem). Lékař by měl vést s pacientem dialogy o eutanazii opakovaně. Musí pravdivě informovat pacienta o všech důležitých skutečnostech, kam spadá i možnost paliativní péče¹¹⁴, musí s pacientem probrat jeho situaci v několika rozhovorech, konzultovat zdravotní stav pacienta s jiným lékařem a vést pečlivě a pravdivě zdravotnickou dokumentaci.¹¹⁵ Lékař pak musí informace předávat skrze specifický formulář Federální kontrolní a hodnotící komisi pro eutanazii, která zkontroluje, zda byly dodrženy zákonem stanovené podmínky. Pokud splněny nejsou, případ se dál předává prokuratuře.

28. 2. 2014 se zákon o eutanazii modifikoval, kdy nově se stává eutanazie legální i pro nezletilé. Zákon v původním znění z roku 2002 umožňoval eutanazii, tzv. emancipovaným nezletilým (16-17 let), kteří podali žádost při vědomí a byli způsobilí. Dle nové právní úpravy mohou žádat o provedení eutanazie i osoby mladší 16 let, a to za podmínek, že mají dostačující rozumovou kapacitu, jsou při vědomí, fyzicky trpí (psychické utrpení se do podmínek nepočítá), jsou v terminálním životním stádiu, žádají opakovaně, zákonní zástupci podepsali souhlas s tímto úkonem a dítě

¹¹⁰ Srov. tamtéž, s. 153.

¹¹¹ Informace ukazují na fakt, že asistované suicidium je skutečností, která se v Belgii děje, ale těch případů je oproti aktivní vyžádané eutanazii o dost méně. Srov. OTTER, C. *Voluntary Assisted Dying Bill 2017* [online]. Research Note, Parliamentary Library & Information Service, 2017, s. 11 [cit. 2020-02-08]. Dostupné zde: <https://www.parliament.vic.gov.au/publications/research-papers/send/36-research-papers/13834-voluntary-assisted-dying-bill-2017>

¹¹² Srov. DOLEŽAL, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*, s. 160.

¹¹³ Zde můžeme vidět rozdíl od nizozemské právní úpravy. Ta, na rozdíl od belgické úpravy, do povinných kritérií písemnou žádost nezahrnuje. Srov. KREJČÍKOVÁ, H. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. Praha: Galén, 2014, s. 64-66.

¹¹⁴ Zákon o legalizaci eutanazie vstoupil v platnost shodně se zákonem o paliativní péči (*Wet betreffende palliatieve zorg*). Srov. GRIFFITHS, J., WEYERS, H., ADAMS, M. *Euthanasia and Law in Europe*. Portland: Hart Publishing, 2008, s. 299.

¹¹⁵ Srov. DOLEŽAL, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*, s. 153-155.

či mladistvý podstoupil konzultaci s psychiatrem či psychologem.¹¹⁶ V případě eutanazie nezletilých se při projednávání návrhu argumentovalo etickými principy beneficence, nonmaleficence, autonomií, principem rovnosti a také zákazem diskriminace.

V Belgii mohou lékaři uplatnit výhradu svědomí, tedy nemusí se procesů eutanazie a asistence při suicidii účastnit. Pokud tak lékař učiní, je jeho povinností sdělit pacientovi, proč se tak rozhoduje. Také je povinností tuto skutečnost zanést do zdravotnické dokumentace a na pacientovo přání předat případ jinému lékaři (sám od sebe však ze zákona odkázat pacienta na jiného lékaře nemusí). V Belgii fungují též vzdělávací organizace pro všechny zúčastněné procesů eutanazie, asistovaného suicidia, ale i paliativní péče (lékaře, psychology, zdravotní sestry).¹¹⁷ V této oblasti probíhá také rozsáhlý výzkum.¹¹⁸

V Belgii se zpočátku přísné podmínky postupně rozvolňují.¹¹⁹ V roce 2014 se zrušilo věkové omezení pro provedení eutanazie. Možná je tedy eutanazie na dětech a v roce 2016 byla takováto eutanazie poprvé reálně provedena.¹²⁰ K tomu se počet lidí, kteří chtějí zemřít eutanazií neustále zvyšuje. V roce 2003 šlo v Belgii o 235 lidí, v roce 2015 už o 2 021 případů, tedy o 860 % nárůst.¹²¹

Jak můžeme vidět, eticko-lékařský institut asistence při suicidii se v Belgii nachází ve velmi neuspořádané až zmatečné situaci. Především má na to vliv nejasná právní

¹¹⁶ Srov. tamtéž, s. 162-163.

¹¹⁷ Např. Forum EOL (end of life), které bylo založeno při asociaci ADMD (Asociace pro právo umřít důstojně). Dostupné z: <http://www.eol.admd.be/>

¹¹⁸ Např. *End-of-Life Care Research Group*. Dostupné z: <http://www.endoflifecare.be/about-us>

¹¹⁹ Např. zde byla provedena eutanazie na Nathanu Verhelstovi, který se nechal operovat za účelem změny pohlaví, což nevedlo ke zlepšení jeho psychického stavu, naopak k jeho zhoršení. Lékaři pak usoudili, že projev pacienta je autonomní a eutanaticky ho usmrtili. Srov. GAYLE, D. *Transsexual, 44, Elects to Die by Euthanasia After Botched Sex-change Operation Turned Him Into a „Monster“* [online]. Dailymail.co.uk, 2013 [cit. 2020-04-18]. Dostupné z: <https://www.dailymail.co.uk/news/article-2440086/Belgian-transsexual-Nathan-Verhelst-44-elects-die-euthanasia-botched-sex-change-operation.html>

¹²⁰ ERTELT, S. *First Child Dies After Belgium Approves Measure Allowing Doctors to Euthanize Children* [online]. LifeNews.com, 2016 [cit. 2020-04-18]. Dostupné z: <https://www.lifeneews.com/2016/09/19/first-child-dies-after-belgium-approves-measure-allowing-doctors-to-euthanize-children/>

¹²¹ *Belgian Doctor Advocate for Culture of Death Descends on New Zealand* [online]. Righttolife.org, 2017 [cit. 2020-04-18]. Dostupné z: <https://righttolife.org.nz/2017/06/03/belgian-doctor-advocate-for-culture-of-death-descends-on-new-zealand/>

úprava, kterou si však bylo důležité alespoň několika odstavci představit, jelikož je často dáována za vzor i v politických debatách v České republice.¹²²

2.3. Lucembursko

V rámci debaty o asistovaném suicidiu nelze vynechat třetí zemi Beneluxu, a to Lucembursko. Pro naší práci je podstatné představit zákon o eutanazii a asistovaném suicidiu z 16. března, roku 2009.¹²³ V Lucembursku může lékař legálně vykonat jak aktivní eutanazii, tak asistovat při suicidiu. Celý zákon, stejně jako v Belgii a v Nizozemsku, pak vešel v platnost ve spojitosti se zákonem o paliativní péči, instrukcích pro konec života a doprovázení při konci života.¹²⁴

V zákoně se uvádí čtyři podmínky, které musí být splněny, aby asistované suicidium a eutanazie mohly být provedeny:¹²⁵

1. *Pacient je v době podání žádosti¹²⁶ při vědomí a způsobilý.*
2. *Žádost byla podána dobrovolně, promyšleně, případně opakovaně a není výsledkem vnějšího nátlaku.*
3. *Pacient je v beznadějně medicínské situaci a vykazuje nesnesitelné fyzické nebo duševní utrpení bez možnosti zlepšení. Tato situace je výsledek náhodného nebo patologického stavu.*
4. *Pacientova žádost o eutanazii nebo asistované suicidium je zaznamenána písemně, musí na ní být datum sepsání žádosti a podpis pacienta. Při neschopnosti pacienta psát či se podepsat, zapisuje žádost způsobilá osoba vybraná samotným pacientem. Vybraná osoba pak žádost může i podepsat, ale jen v přítomnosti lékaře, který je v žádosti také zaznamenán.*

Osobám, které jsou nezpůsobilé (nezletilé, s opatrovníkem) k právnímu jednání, nebude vyhověno v žádosti o asistované suicidium.¹²⁷ Co se týče věku, může žádat

¹²² Belgickou situací se inspiroval např. senátní návrh z roku 2008, který představila senátorka Václava Domšová.

¹²³ V originále *Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide*. Dostupný z: <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo>

¹²⁴ V originále *Loi du 16 mars 2009 relative aux soins palliatifs, à la directive anticipée et à l'accompagnement en fin de vie*. Dostupný z: <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n1/jo/> Přehledné informace o doprovázení osob dostupné na vládních stránkách zde: <https://guichet.public.lu/fr/citoyens/travail-emploi/conges-jours-feries/situation-personnelle/conge-accompagnement-fin-vie.html>

¹²⁵ LUCEMBURSKO. *Art. 2 Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide*. Le Gouvernement du Grand-duché de Luxembourg, 2009 [cit. 2020-14-03]. Dostupné z: <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo>

¹²⁶ Žádost je možné stáhnout v podobě formuláře na stránkách lucemburské vlády. Dostupný z: <https://guichet.public.lu/fr/citoyens/famille/euthanasie-soins-palliatifs/fin-de-vie/euthanasie-assistance-suicide.html>

¹²⁷ Srov. *Euthanasia and Assisted Suicide: Law of 16 March 2009* [online]. Ministry of Health, Ministry of Social Security, 2010, s. 25 [cit. 2020-14-03]. Dostupné z:

o asistované suicidium osoba starší 18 let. V letech 2009 až 2018 však asistované suicidium a eutanazii nepodstoupila osoba mladší 40 let.¹²⁸ V Lucembursku (stejně jako v Nizozemsku a Belgii) není explicitně stanoveno, že pacient přející si umřít, musí mít v dané zemi trvalé bydliště. Je ale vyžadován blízký vztah lékaře a pacienta, a tudíž se skutečnost lékařského úkonu vztahuje pouze na obyvatele jednotlivých zemí.¹²⁹

Jaké má povinnosti lékař? Lékař má mj. povinnost debatovat s pacientem o jiných možnostech, jako např. paliativní péče. Musí mu také sdělit pravdivě všechny informace o zdravotním stavu a důkladně prozkoumat dobrovolnost pacientova rozhodnutí. Rozhovory by měly probíhat opakovaně, aby se zjistilo, zda si pacient za svým rozhodnutím stojí. Tyto informace pak mají být zaznamenány ve zdravotní kartě pacienta, jakožto důkaz o tom, že informační a právní proces mezi pacientem a lékařem proběhl správně. Pacientovo rozhodnutí a zdravotní stav, lékař musí konzultovat s jiným lékařem, který je nezávislý. Tento další lékař pak musí provést lékařskou prohlídku onoho pacienta. Poté zpracuje zprávu o stavu pacienta. Pokud je zpráva v souladu postojů obou lékařů a s rozhodnutím pacienta, dochází k dalším konzultacím mezi zdravotnickým týmem, pacientem a příbuznými pacienta. Také dochází k přípravám lékařské asistence při usmrcení. Pacient má samozřejmě možnost kdykoliv tuto žádost stáhnout a rozhodnutí zrušit. Lékař má zase možnost uplatnit výhradu svědomí, pokud nechce být na procesu účasten. Je však povinován informovat pacienta nebo jeho důvěrníka do 24 hodin o této skutečnosti i s důvody pro toto rozhodnutí. Nemusí ale podat pacientovi informaci o jiných lékařích, kteří jsou schopni při suicidiu asistovat.¹³⁰

V Lucembursku také funguje tzv. Národní kontrolní a hodnotící komise. Ta má více úkolů. Patrně nejdůležitějším úkolem je její registrace instrukcí na konci života. Jinak řečeno, tato komise vede registr osob společně s jejich dřívějšími vyjádřeními (blízká podobnost s institutem dříve vyslovených přání) ohledně terminální fáze jejich života

<http://sante.public.lu/fr/publications/e/euthanasie-assistance-suicide-questions-reponses-fr-de-pt-en/euthanasie-assistance-suicide-questions-en.pdf>

¹²⁸ Srov. *Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de l'application de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide: Cinquième rapport à l'attention de la Chambre des Députés (années 2017 et 2018)* [online]. Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation, 2019, s. 5 [cit. 2020-14-03]. Dostupné z: <http://sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-loi-euthanasie-2017-2018/rapport-loi-euthanasie-2017-2018.pdf>

¹²⁹ Srov. NICOL, J. *Medical Assistance in Dying: The Law in Selected Jurisdictions Outside Canada* [online]. Background paper, Library of Parliament, 2019, s. 20 [cit. 2020-03-18]. Dostupné z: https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/en_CA/ResearchPublications/2015116E#a28

¹³⁰ Srov. LUCEMBURSKO. *Art. 2; Art. 15 Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide*. Le Gouvernement du Grand-duché de Luxembourg, 2009 [cit. 2020-14-03]. Dostupné z: <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo>

(např. přání zemřít v určitém nezvratném zdravotním stavu). Stát tak chce zabránit situacím, kdy by pacient nemohl z různých důvodů vyjádřit svou vůli. Komise se tyto instrukce snaží jednou za pět let aktualizovat. Obrací se tedy na zaregistrované osoby, zda jejich vyjádření stále platí.¹³¹ Tyto informace jsou pak poskytnuty lékařům pečujícím o zaregistrované osoby v konečné životní fázi. Nutno dodat, že bylo usmrcení provedeno pouze v jednom případě na základě instrukcí, a to v roce 2013. Na konci roku 2018 už bylo zaregistrováno 3 137 instrukcí pro terminální fázi života osob, což ukazuje na vzestupnou tendenci tohoto fenoménu.¹³²

Ze statistických zpráv Národní kontrolní a hodnotící komise je patrné, že praxe eutanazie a asistovaného suicidia není v Lucemburském velkovévodství příliš rozšířená. Z těchto zpráv vyplývá, že během let 2009 až 2018 došlo k eutanazii u 68 případů a k asistovanému suicidii pouze u dvou případů (v letech 2016 a 2018).¹³³ Nicméně šlo Lucembursko cestou svých spolučlenů Beneluxu, tudíž možnost asistence při suicidii i eutanazie zde existuje legálně.

2.4. Švýcarsko

Švýcarsko patří mezi země, které mají ve svém genetickém kódu uložené rozmanité způsoby spolupráce, subsidiární delegování pravomocí, preferenci autonomie a demokratické způsoby uvažování. Asistence při suicidii je zde za určitých podmínek považována za beztrestnou. Švýcarsko je také první zemí na světě, kde se asistované suicidium stalo, při splnění určitých podmínek, právně beztrestným jednáním. Proto v diskutování námi řešeného fenoménu nelze situaci v tomto státu nezmínit.

Co se týče trestně-právní problematiky, asistence při suicidii byla v prvním návrhu trestního zákoníku z roku 1893 považována za trestný čin (§ 52 – trestem mohlo být uvěznění na tři měsíce až jeden rok ve vězení). Už od té doby však probíhala politická a společenská debata o tom, kdy může být asistence při suicidii beztrestná. V roce 1918 byl vytvořen nový trestně-právní návrh znění, který asistované suicidium pojímal jako

¹³¹ Srov. NOVÁKOVÁ, M., KRAUSOVÁ, M. *Srovnání právní úpravy eutanazie a asistované sebevraždy ve vybraných státech* [online]. Studie, Parlamentní institut, 2019, s. 20. Dostupné ke stažení zde: <https://www.psp.cz/sqw/ppi.sqw?lp=1>

¹³² Srov. *Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de l'application de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide: Cinquième rapport à l'attention de la Chambre des Députés (années 2017 et 2018)* [online]. Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation, 2019, s. 5 [cit. 2020-14-03]. Dostupné z: <http://sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-loi-euthanasie-2017-2018/rapport-loi-euthanasie-2017-2018.pdf>

¹³³ Tamtéž, s. 4.

beztrestné jednání za určitých podmínek. Tento návrh byl později, roku 1937 přijat. Beztrestnou se stává i „nezištná asistence při suicidii“. Naopak zjištěné nabádání¹³⁴ a poskytnutí látky k suicidii ze sobeckých pohnutek se trestá dle § 115, trestního zákoníku.¹³⁵

Pro švýcarskou trestně-právní legislativu je alfou a omegou trestní zákoník z roku 1937,¹³⁶ nabyvší účinnosti roku 1942. Od tohoto roku je v zemi dekriminální asistované suicidium. Pro vykonávání asistovaného suicidia jsou však podstatné i další dokumenty – zákon o farmaceutických produktech, zákon o narkotikách, ustanovení o způsobilosti k právnímu jednání či etická doporučení Švýcarské akademie lékařských věd.¹³⁷

Pro naši práci je podstatný onen zmíněný § 115 v kterém můžeme číst: „*Každá osoba, která ze sobeckých motivů podněcuje nebo napomáhá druhému k spáchání sebevraždy či pokusu o ní, bude potrestána v případě takového pokusu nebo dokonání sebevraždy, a to trestem odnětí svobody nepřesahujícím pět let nebo peněžitým trestem.*“¹³⁸ V českém překladu se používá termín sebevražda, jelikož můžeme v originálním textu článku číst výraz *Selbstmord*. Důvodem je právnické názvosloví ustanovené z diskusí, které probíhaly už v předchozích dvou stoletích.¹³⁹

Nutné je také rozlišit asistované suicidium od praxe eutanazie v kontextu švýcarské situace.¹⁴⁰ Ve Švýcarsku platí, že pokud osoba usmrtí určitou látkou jinou osobu, spáchá trestný čin dle § 114 trestního zákoníku, a to i v případě vyžádané aktivní eutanazie. Nejde však o základní, ale privilegovanou skutkovou podstatu trestného činu. Tzn., pokud je spáchán takový trestný čin z nezištného důvodu, např. ze soucitu a na vážnou, naléhavou žádost pacienta, je stanoven mírnější trest, v tomto případě max. tři roky

¹³⁴ Ve Švýcarsku je v souvislosti asistovaného suicidia za zjištěné jednání nejčastěji považováno snaha uspsít dědické řízení.

¹³⁵ Srov. DOLEŽAL, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*, s. 177-178.

¹³⁶ V originále *Code pénal suisse du 21 décembre 1937*.

¹³⁷ DOLEŽAL, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*, 2017, s. 172.

¹³⁸ ŠVÝCARSKO. *Art. 115 of Swiss Criminal Code* [online]. The Federal Council, 1937 [cit. 2020-03-16]. Dostupný z: <https://www.admin.ch/opc/en/classified-compilation/19370083/202003030000/311.0.pdf>

¹³⁹ Zde narážíme na menší terminologickou rozdílnost. Švýcarská Národní etická komise nepoužívá pojem *Selbstmord*, ale výraz *Suizid*, který více odpovídá termínu suicidium či sebeusmrcení. Terminologická komparace dostupná z: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19370083/index.html> a https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/suizidbeihilfe_de.pdf. K lingvistickému vyjasnění také srov. KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 71-72.

¹⁴⁰ Ve Švýcarsku se stejně jako v dalších německy mluvících zemích používá pro eutanazii termín *Sterbehilfe*, konkrétně pak pro vyžádanou aktivní eutanazii termín *freiwillige aktive Sterbehilfe*. Pro asistované suicidium pak pojem *Beihilfe zum Selbstmord* nebo *Beihilfe zum Suizid*.

odnětí svobody či peněžitý trest.¹⁴¹ Proti lékařům se však mnoho soudních řízení nevedlo, jelikož se takové skutečnosti neoznamují či nahlašují v jiném znění (např. jako eutanazie nepřímá). V případě nevyžádané aktivní eutanazie by pak docházelo k užití § 111 (úmyslné usmrcení), § 112 (vražda) či § 113 (zabití) trestního zákoníku, a to podle okolností jednotlivých případů. K užití těchto článků by docházelo i v případě asistence u suicidia nezpůsobilým osobám (nezletilí, duševně nemocní).¹⁴² Pokud je však jiné osobě zajištěna a předána smrtící látka, kterou si dotyčná osoba aplikuje sama, a je tak činěno z nezištných důvodů, pak se na takové jednání vztahuje beztrestnost. Na nezištnost je ve švýcarské legislativě i společenské situaci kladen obrovský důraz.

Na švýcarském modelu je zajímavým a ojedinělým faktem, že asistovat při suicidiu nemusí jen lékař či konkrétní pracovník ve zdravotnictví, ale téměř kdokoliv. Jinak řečeno, nejde zde striktně o medicínskou věc, osoba asistující při suicidiu nemusí mít lékařské vzdělání. Ve Švýcarsku nejsou lékaři nuceni poskytovat asistované suicidium. Např. v rámci organizace Exit působí pouze kvalifikovaní pracovníci, mající za sebou roční tréninkový kurs na univerzitě v Basileji.¹⁴³ V praxi to ale funguje tak, že lékař má na starosti především předepsání usmrcující látky pentobarbitalu a pracovníci dohlížejí na to, zda se pacient projevuje autonomně a zda je schopen právního jednání. Zároveň jsou většinou přítomni při pacientově suicidiu.¹⁴⁴

Mj. probíhají mezi lékaři sociologické průzkumy ohledně zlepšování medicínské praxe. Z jednoho takového průzkumu vyšlo najevo, že je stále spousta věcí, které je třeba zkvalitňovat, např. týmovou diskusi, právní zpřesnění odpovědnosti lékaře či zajištění poradenství ohledně asistovaného suicidia a paliativní péče napříč medicínou.¹⁴⁵

¹⁴¹ Srov. BOSSHARD, G. *Assistierter Suizid in der Schweiz: Ursprung, Entwicklungen, Empirische Befunde*. In: BORASIO, G., D., JOX, R., J., TAUPITZ, J., WIESING, U. (eds.). *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft*. Berlin: Springer, 2017, s. 29-40.

¹⁴² Srov. DOLEŽAL, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*, s. 171, 176, 179.

¹⁴³ Srov. *Our Society* [online]. Exit [cit. 2020-03-16]. Dostupné z: <https://exit.ch/en/who-is-exit/>

¹⁴⁴ Srov. PETERKOVÁ, H. *Role lékaře při ukončení života na žádost a pomoci při sebevraždě*. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*, s. 275.

¹⁴⁵ Srov. GAMONDI, C., BORASIO, G., D., OLIVER, P., PRESTON, N., PAYNE, S. *Responses to Assisted Suicide Requests: an Interview Study with Swiss Palliative Care Physicians* [online]. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 2017 [cit. 2020-04-13]. Dostupné ke stažení z: <https://spcare.bmj.com/content/9/1/e7#BIBL>

Látku, která má pacienta usmrtit, může předepsat jen lékař dle zákona o farmaceutických produktech¹⁴⁶ a zákona o narkotikách.¹⁴⁷ Lékař také musí dodržovat profesionální medicínské standardy a postupy, k čemuž jsou podstatná vyjádření Švýcarské akademie lékařských věd. Náhled na otázku asistovaného suicidia se ale u této organizace proměňoval. Ještě v roce 1995 se vyjadřovala k praxi asistovaného suicidia negativně, v dalších stanoviscích už reagovala mírněji. Asistované suicidium nepatří dle akademie k cílům medicíny, avšak chápe důležitost principu autonomie v kontextu pacientova rozhodování. Vzniká zde zřejmé etické napětí (více ho probereme v kapitole Lékařsko-etický principalismus).¹⁴⁸

Ve Švýcarsku existuje několik specializovaných institucí, které se soustředí na výkon asistovaného suicidia. Mezi nejznámější patří organizace Exit a Dignitas. Můžeme jmenovat ale další jako Exit A.D.M.D. či novější společnosti lifecircle, Eternal Spirit a Pegasos. Každá organizace má ve svém jádru ideu, kterou můžeme popsat větou: „Každý by měl důstojně zemřít.“ Např. lifecircle uvádí ve své informační brožure, že asistované suicidium je důstojná smrt, která slouží také jako prevence před násilným sebeusmrcením (klasickou sebevraždou).¹⁴⁹ V každé instituci je dále hodnocen lékařský stav pacientů, tedy především to, zda pacient prožívá neúnosné utrpení, není schopen ovládat své tělesné funkce či se nachází v nezvratném medicínském stadiu. Podmínek, za kterých je možné asistovat při suicidiu má samozřejmě každá organizace více. Stejně tak tyto organizace poskytují nejen samotnou možnost asistovat při smrti, ale i psychologické rozhovory s pacienty, nabídku alternativ léčby, poradenské úkony, zajištění smrtící látky, někdy pohřeb atd. Nutno ale myslet na to, že to jsou stále

¹⁴⁶ Srov. ŠVÝCARSKO. *Art. 26 of Federal Act on Medicinal Products and Medical Devices* [online]. The Federal Council, 2000 [cit. 2020-03-16]. Dostupný z: <https://www.admin.ch/opc/en/classified-compilation/20002716/index.html>

¹⁴⁷ Tento zákon je důležitý pro správné předepisování pentobarbitalu sodného, což je látka, která se používá k vykonání asistovaného suicidia. O právní úpravě narkotik více srov. *Federal Act on Narcotics and Psychotropic Substances*. Zákon dostupný zde: <https://www.admin.ch/opc/en/classified-compilation/19981989/index.html>

¹⁴⁸ Velmi povedeným příspěvkem od akademie, je lékařský průvodce s názvem *Management of Dying and Death* z roku 2018, který problematiku umírání a smrti shrnuje, přičemž věnuje několik stránek fenoménu asistovaného suicidia a načrtává zde lékařsko-etické náhledy na tuto nelehkou praxi. Srov. *Management of Dying and Death* [online]. Bern: Swiss Academy of Medical Sciences, 2018, s. 22-24 [cit. 2020-03-16]. Dostupné ke stažení zde: <https://www.samw.ch/en/Publications/Medical-ethical-Guidelines.html>

¹⁴⁹ Srov. *Information brochure* [online]. Association lifecircle, 2018, s. 6 [cit. 2020-03-17]. Brožura dostupná z: https://www.lifecircle.ch/fileadmin/lifecircle/docs/en/lifecircle_Information_brochure.pdf

soukromé organizace, tudíž jsou závislé na klientských platbách. Cena za celý proces se pak může vyšplhat až k 10 000 franků¹⁵⁰, což je v přepočtu kolem 250 000 Kč.¹⁵¹

Ve Švýcarsku funguje i tzv. turismus za smrtí. Tzn., že možnost asistovaného suicidia je poskytnuta i občanům cizích zemí. Tuto možnost nabízí např. Dignitas, Pegasos a lifecircle. Exit a Exit A.D.M.D. naopak poskytuje tyto služby pouze švýcarským občanům.

Co nám říkají statistiky? V četnosti asistovaného suicidia můžeme mluvit o vzestupné tendenci. V roce 2003 bylo asistováno při suicidiu 187 lidem. V roce 2017 už to bylo 1009 lidem. Každým rokem docházelo k nárůstu počtu usmrcených asistovaným suicidiem. Většině osob podstoupivších asistované suicidium je více než 65 let (ve zmíněném roce 2017 to bylo 874 osob nad 65 let a 135 osob pod 65 let). Průměrný věk usmrcených je kolem 78 let.¹⁵² Např. organizace Exit vydala studii, z níž je patrná statistická situace vyhovění žádostí pacientů. K vykonání asistovaného suicidia dojde přibližně v 1/3 případů. Celý proces je pak z důvodu důkazního materiálu nahráván na video.¹⁵³ Také se zde rozšiřují žádosti klientely o méně závažné důvody, jako např. nechuť žít.¹⁵⁴

Téma asistovaného suicidia je dále věcí politickou. Liberální strany podporují nejen současný stav, ale podporují také legalizaci eutanazie. Konzervativní strany se přiklání k tomu, že je poskytování asistence při suicidiu trestný a nemorální čin, a proto by měly být podmínky zpřísněny. Situace se však nachází mezi těmito dvěma póly. Nedochází

¹⁵⁰ Srov. MILLS, G. *What You Need to Know About Assisted Suicide in Switzerland* [online]. The Local, 2018 [cit. 2020-03-18]. Dostupné z: <https://www.thelocal.ch/20180503/what-you-need-to-know-about-assisted-death-in-switzerland>

¹⁵¹ Kontroverze nepanují jen v otázce financí, ale i vzhledem k (ne)poskytování opravdové pomoci, policejních vyšetřování ohledně podvodů a kriminálních činů, machinací kolem kremací atd. Srov. *The True Cost: How the UK Outsources Death to Dignitas* [online]. Independent, 2017 [cit. 2020-04-08]. Dostupné z: <https://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/the-true-cost-how-the-uk-outsources-death-to-dignitas-a8073401.html>

¹⁵² Více informací v přehledné tabulce Švýcarského Federálního statistického úřadu. Srov. *Assistierter Suizid nach Geschlecht und Alter* [online]. Bundesamt für Statistik, 2019 [cit. 2020-03-18]. Dostupné zde: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit.assetdetail.11348852.html>

¹⁵³ Srov. MILLS, G. *What You Need to Know About Assisted Suicide in Switzerland* [online]. The Local, 2018 [cit. 2020-03-18]. Dostupné z: <https://www.thelocal.ch/20180503/what-you-need-to-know-about-assisted-death-in-switzerland>

¹⁵⁴ Mediálně známý je případ australského botanika Davida Goodalla. Srov. „*I am happy to have the chance to end my life*“: *David Goodall* [online]. The Local, 2018 [cit. 2020-04-18]. Dostupné z: <https://www.thelocal.ch/20180509/i-am-happy-to-have-the-chance-tomorrow-to-end-my-life-david-goodall-assisted-suicide-euthanasia-switzerland>

ani k legalizaci eutanazie, ale asistované suicidium momentálně patří k charakteru švýcarské společnosti.¹⁵⁵

Ve Švýcarsku se mluví také o „právu zemřít“, a to v kontextu rozhodnutí Nejvyššího soudu z roku 2006, který vyjadřuje myšlenku, že má každý člověk právo se rozhodnout, kdy chce zemřít a jak chce zemřít. Někteří autoři tvrdí, že jde pouze o právo negativní, jelikož v něm není obsažen žádný pozitivní závazek státu, který by měl zajistit tuto skutečnost pro každou osobu.¹⁵⁶

O švýcarské situaci by se dalo říci mnoho dalšího. Důležité však je pochopit, že obrovskou hodnotu ve švýcarské legislativě i společenském konsensu má autonomie člověka. Ta se pak explicitně požaduje i v eticko-lékařském diskursu. Nejnověji byla tato skutečnost vyjádřena v referendu z roku 2011, v kterém švýcarští občané rozhodovali, zda bude omezen výše zmíněný turismus za smrtí, a zda se asistované suicidium nestane trestným činem. Lidé se vyslovili pro neomezování turismu za smrtí a proti kriminalizaci asistovaného suicidia¹⁵⁷, tudíž trvá status quo, kdy je asistované suicidium vnímáno jako základní lidské právo.

2.5. Německo

Situaci v Německu je třeba pojednat především z toho hlediska, že má poměrně krutou historickou zkušenost s praxí eutanazie, a též relativně novou právní situaci ohledně otázky asistovaného suicidia. Vnímám jako důležité německou situaci zmínit i z toho důvodu, že je to náš blízký (geograficky i hodnotově) partner.

Společenské a etické diskuse o eutanazii a asistovaném suicidii probíhají v Německu už velmi dlouho. Od roku 1871, kdy byl přijat říšský trestní zákoník se šířeji začal diskutovat i právní charakter situace.¹⁵⁸ Eutanazie byla posuzována jako trestný čin, i když už se na konci 19. století objevovaly skupinové i individuální tendence ji

¹⁵⁵ Srov. DOLEŽAL, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*, s. 183-184.

¹⁵⁶ Srov. tamtéž, s. 182.

¹⁵⁷ Hlasovalo kolem 278 000 občanů, a z toho se 85 % vyslovilo proti kriminalizaci asistovaného suicidia. 78 % občanů pak proti omezení asistovaného suicidia pouze pro švýcarské občany. Srov. THOMASSON, E. *Zurich Voters Reject Ban on „Suicide Tourism“* [online]. Reuters, 2011 [cit. 2020-03-17]. Dostupné zde: <https://www.reuters.com/article/uk-swiss-suicide/zurich-voters-reject-ban-on-suicide-tourism-idUSLNE74F02I20110516>

Také srov. PATERSON, T. *Swiss Vote to Continue Assisted Suicide* [online]. Independent, 2011 [cit. 2020-03-17]. Dostupné z: <https://www.independent.co.uk/news/world/europe/swiss-vote-to-continue-assisted-suicide-2284752.html>

¹⁵⁸ Mj. i po jazykové stránce. Srov. DOLEŽAL, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*, s. 187-188.

z různých pohnutek povolit. Avšak praxe asistovaného suicidia nebyla v trestním zákoníku zřetelně vymezená. Dopad na to mělo více věcí – jazykový úzus, filosoficko-etické pojetí suicidia a historicko-právní motivace autorů trestního zákoníku. Fakt, že suicidium nebylo kvalifikováno jako trestný čin, široce ovlivnilo i vnímání asistovaného suicidia jako nejasné. Někteří právní a etičtí znalci vykládali situaci tak, že asistované suicidium je trestným činem a mělo by to být v zákoně konkrétně specifikováno. Jiní poukazovali na to, že zákonná úprava je postačující.¹⁵⁹

Situace vrcholila v době, kdy se Německo nacházelo v područí nacistické ideologie. Eutanazie nabyla nevýslovných a drastických rozměrů, a to především v nechvalně známém eugenickém programu T4, v kterém se realizovali mj. i němečtí lékaři. Cílem programu bylo vyhladit všechny osoby nemocné a postižené, které nacismus považoval za méněcenné a oslabující německý národ (*Volk*). Statistika uvádí až 300 000 usmrčených. Nutno dodat, že celý program a jednání lékařů bylo protiprávní, jelikož eutanazie byla nelegální, a tedy považovaná za kriminální čin.¹⁶⁰

Po 2. světové válce se o eutanazii a o asistovaném suicidiu nemluvalo, dokonce se tento pojem tabuizoval a nakonec nahradil pojmem *Sterbehilfe*. Asistované suicidium pak nebylo stále právně systematizováno, tudíž vnímáno jako legální. Eutanazie byla zakázaná, sic fungoval institut privilegované skutkové podstaty usmrcení na žádost za určitých podmínek. Téma se však od 80. let více diskutovalo především v souvislosti s ponecháním zemřít.

Kolem přelomu milénia se začalo více hovořit i o asistovaném suicidiu. Zejména v souvislosti s otevřením německé pobočky zmíněné švýcarské instituce Dignitas, která se soustředí na poskytování asistence při suicidiu. Celospolečenské debaty nabyly i právního kontextu, tedy zda už není na čase asistované suicidium jasně vydefinovat a právně systematizovat. Liberální strany tlačily na legislativní ukotvení legalizace asistovaného suicidia a eutanazie. Proti tomu vznikaly návrhy, které by asistované suicidium kriminalizovaly.¹⁶¹

¹⁵⁹ Srov. tamtéž, s. 188-189.

¹⁶⁰ I když byl návrh zákona, který by eutanazii legalizoval, vypracován, Hitler ho zamítl. Více srov. MILFAIT, R. *Nacistický program „Euthanasie“*. In: MILFAIT, R. (ed.). *Lidská práva osob s postižením, nevyléčitelně nemocných a umírajících*. 2. vydání, Středokluky: Zdeněk Susa, 2013, s. 74-87 a passim. Také srov. SCHARSACH, H-H. *Lékaři a nacismus*. Praha: Themis, 2001, s. 63-69. Dále srov. LIFTON, R., J. *Nacističtí lékaři: medicínské zabíjení a psychologie genocidy*. Praha: BB art, 2008, s. 95-101.

¹⁶¹ Srov. DOLEŽAL, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*, s. 192-193.

Před 6 lety, v roce 2014, vypracovala expertní skupina, do které patřili lékaři, bioetici a právníci, návrh zákona. Ten za jistých okolností povoloval asistenci při suicidiu jak u lékařů, tak u příbuzných, a to za předpokladu jasně vyjádřené poslední vůle žádající osoby. Návrh zákona neprošel. Hned o rok později však prošla novela trestního zákoníku¹⁶², která nepovoluje komerční poskytování asistovaného suicidia dle § 217 StGB (*Strafgesetzbuch*). Poskytovat asistenci při suicidiu mohl tedy rodinný příslušník či blízký, a to z nekomerčních důvodů. Jde tak o konsensus mezi konzervativními a liberálními politickými stranami. V německé společnosti však panovaly kontroverze o podobě a schválení této novely, jelikož nebylo úplně zřejmé, jaká asistence při suicidiu je tedy povolena (patří do okruhu blízkých i lékař? – tento problém nebyl specifikován), na což se reagovalo převážně jejím neposkytováním.¹⁶³

Situace se však tento rok zase změnila. Od 26. 2. 2020 Spolkový ústavní soud vypustil § 217, který omezoval asistované suicidium. Soud tím podpořil četné stížnosti nevléčitelně nemocných pacientů, ale i lékařů a různých skupin, kteří s předchozí legislativou nesouhlasili. Předchozí zákon byl shledán protiústavním, jelikož zbavoval pacienty práva na sebeurčení v otázce smrti. Tehdejší předseda Spolkového ústavního soudu Andreas Voßkuhle k tomu dodal, že toto „právo“ zahrnuje nejen svobodu vzít si život, ale také vyhledávat a přijmout pomoc. Zároveň soud zdůraznil, že lze stále asistované suicidium určitými způsoby regulovat, což bude pravděpodobně záležet na jednotlivých spolkových zemích a lékařských institucích. Zajímavostí je však uvedení, že se asistované suicidium nebude vztahovat pouze na nevléčitelně nemocné, ale pro všechny, co budou takovou pomoc potřebovat, v každém životním období.¹⁶⁴ Soud dále uvedl, že se rozhodnutí bude ještě projednávat, především v tom, jaké dostane parametry a obsah, což zatím vůbec není zřejmé. Rozhodnutí vyvolává také v Německu mnoho etických otázek týkajících se vnímání hodnoty života, autonomie,

¹⁶² „(1) Whoever, with the intention of assisting another person to commit suicide, provides, procures or arranges the opportunity for that person to do so and whose actions are intended as a recurring pursuit incurs a penalty of imprisonment for a term not exceeding three years or a fine. (2) A participant whose actions are not intended as a recurring pursuit and who is either a relative of or is close to the person referred to in subsection (1) is exempt from punishment.” NĚMECKO. *Section 217 of German Criminal Code (v originále Strafgesetzbuch)* [online]. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 1871 [cit. 2020-03-20]. Zákon dostupný z: https://www.gesetze-im-internet.de/englisch_stgb/

¹⁶³ Srov. DOLEŽAL, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*, s. 193-194.

¹⁶⁴ Srov. *Germany Overturns Ban on Professionally Assisted Suicide* [online]. BBC, 2020 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <https://www.bbc.com/news/world-europe-51643306> / Také srov. MARCUS, I. *Germany: Highest Court Allows Assisted Dying* [online]. The Berlin Spectator, 2020 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <https://berlinspectator.com/2020/02/26/germany-highest-court-allows-assisted-dying/>

vztahu společnosti a jednotlivce atp.¹⁶⁵ Na unáhlené závěry je ještě brzo, ale je důležité německou situaci sledovat i z toho důvodu, že je nedávné rozhodnutí soudu velmi kontroverzní. Nikdo prozatím neví, jaké bude mít společenské, etické, lékařské a právní dopady.

2.6. Kanada

V Kanadě, jakožto liberální zemi, probíhala diskuse o uzákonění eutanazie a asistovaného suicidia už delší dobu. K první změně došlo v provincii Quebec, v roce 2014.¹⁶⁶ Byl přijat zákon ošetřující péči na konci života (*Act Respecting End-of-Life Care*).¹⁶⁷ Klíčovým mezníkem bylo ale rozhodnutí soudu v právním případě s označením *Carter versus Canada* (AG, 2015 SCC 5), kdy byl zákaz asistovaného suicidia napaden mj. rodinou Kay Carter, rodinou ženy, která trpěla degenerativní spinální stenózou a Glorií Taylor, ženou, která trpěla amyotropní laterální sklerózou.¹⁶⁸ Tato věc se stala klíčovou pro změnu trestního zákoníku v otázce asistovaného suicidia.¹⁶⁹ Mělo se za to, že zákon, který stojí proti poskytnutí asistovaného suicidia omezuje práva osob (např. právo na život, bezpečnost osoby či svobodu) podle Kanadské charty práv a svobod. Vláda dostala od Nejvyššího soudu časově omezené období na právní úpravu. Vypracoval se tedy nový zákon (C-14), přijatý v červnu roku 2016 kanadským parlamentem a doplňující trestní zákoník a další zákony.¹⁷⁰ Tento zákon nově umožňoval dospělým občanům Kanady požádat o eutanazii a asistované suicidium.

Co přesně se v trestním zákoníku měnilo? Pro tuto práci je důležitý představit § 241 trestního zákoníku - 241 (1) Poradenství nebo asistence při sebevraždě: „*Vinen ze spáchání trestného činu s možností trestu odnětí svobody na dobu nejvýše 14 let,*

¹⁶⁵ Srov. COOK, M. *Germany's High Court Endorses Right to Assisted Suicide* [online]. Bioedge, 2020 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <https://www.bioedge.org/bioethics/germanys-high-court-endorses-a-right-to-assisted-suicide/13343>

¹⁶⁶ Nutno poznamenat, že zákon o lékařské asistenci při umírání vyšel v Quebecu v platnost už 10. prosince 2015, ve zbytku Kanady až následující rok.

¹⁶⁷ Tento zákon už rozpracovával otázku lékařské asistence při umírání, dále paliativní péči, právo odmítnout lékařskou péči apod. Více zde: <https://www.quebec.ca/en/health/health-system-and-services/end-of-life-care/act-respecting-end-of-life-care/>

¹⁶⁸ Tento případ zvrátil rozhodnutí soudu z roku 1993 *Rodriguez versus British Columbia*, který právo na asistované suicidium zamítl.

¹⁶⁹ Kanadský zákon uvádí termín *medical assistance in dying*, což se dá přeložit jako lékařská asistence při umírání. Kanadské zákony umožňují eutanazii i asistované suicidium (viz dále v textu). Pro účely mé práce se však soustředím přednostně na asistované suicidium.

¹⁷⁰ V originále: *An Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying)*.

ať už sebevražda nastane nebo ne, je ten, kdo a) podněcuje či vede druhou osobu ke spáchání sebevraždy či b) pomáhá druhé osobě spáchat sebevraždu.“ Za tímto oddílem se však nachází ony výjimky, které jsou pro vykonání asistovaného suicidia a eutanazie důležité. § 241 (2) Výjimka lékařské asistence při umírání: „*Žádný lékař nebo zdravotní sestra se nedopustí trestného činu podle odst. 1., pokud poskytuje osobě lékařskou asistenci při umírání v souladu s oddílem 241. 2.*“ Dále § 241 (3) Výjimka pro osoby pomáhající lékaři: „*Žádná osoba není účastna trestného činu podle odst. 1., pokud je jeho účelem pomoci lékaři nebo zdravotní sestře při poskytnutí lékařské asistence při umírání v souladu s oddílem 241.2.*“ Pokračuje § 241 (4) Výjimka pro lékárníky: „*Žádný lékárník, který vydá látku jiné osobě než lékaři či zdravotní sestře, se nedopustí trestného činu podle odst. 1, pokud ji vydá na lékařský předpis, a to za účelem lékařské asistence při umírání v souladu s oddílem 241.2.*“ Zde jde konkrétně o látku, která se využije k asistovanému suicidiu.¹⁷¹

Zákon dále objasňuje základní pojmy, předepisuje kritéria a podmínky, které musí být splněny, aby proces probíhal správně, vymezuje povinnosti Ministerstva zdravotnictví, klade důraz na správnost poskytování informací a ustanovuje nové trestné činy, např. padělání v souvislosti se žádostí o lékařskou asistenci při umírání (241.4 (1)) či zničení dokumentů týkajících se žádostí o lékařskou asistenci při umírání (241.4 (2)).¹⁷² V následujících řádcích některé tyto důležité skutečnosti popíši.

V Kanadě existují dvě možnosti lékařské asistence při umírání. První se dá nazvat v rámci stanovené definice aktivní dobrovolná eutanazie (*clinician-assisted medical assistance in dying*), tedy takový zákrok, kdy lékař či zdravotní sestra podá pacientovi látku (injekci), která způsobí smrt. Druhou možností je předepsat látku, kterou si způsobí osoba vezme, a tím si způsobí smrt. Tuto možnost nazýváme asistované suicidium (*self-administered medical assistance in dying*).¹⁷³

Asistované suicidium můžou pacientovi poskytnout lékaři nebo zdravotní sestry (*nurse practitioners*). Zdravotní sestry však mají tuto možnost jen v provinciích, kde je

¹⁷¹ KANADA. § 241 of Canadian Criminal Code [online]. Department of Justice, 1985 [cit. 2020-03-04]. Dostupný zde: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-46/page-53.html#docCont>

¹⁷² Srov. tamtéž.

¹⁷³ Tuto možnost nenabízí zase všechny provincie. Např. Quebec nabízí pouze aktivní dobrovolnou eutanazii, nikoli však asistované suicidium. Srov. *Medical Assistance in Dying* [online]. Government of Canada, 2020 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html#a1>

to povolené (Britská Kolumbie, Alberta a Ontario).¹⁷⁴ Celý proces však zahrnuje i farmakology, poskytovatele lékařské péče, popř. další instituce a osoby. Všichni zainteresovaní se musí řídit zaprvé pravidly, které stanovuje trestní zákoník a zadruhé provinčními a teritoriálními zákony, které se týkají poskytování lékařské péče. Trestního zákoníku se pak musí držet všechny jednotlivé provinční a teritoriální samosprávy. Ty pak samostatně zodpovídají za zdravotnický prostor a způsob provedení asistovaného suicidia.¹⁷⁵ Nutno dodat, že federální legislativa nenutí žádného poskytovatele lékařské péče k tomu, aby prováděl asistované suicidium.¹⁷⁶

Dostáváme se k důležité otázce, a to, kdo má nárok na asistované suicidium. V zákoně existuje 6 kritérií, které daný člověk musí splnit, aby měl nárok na asistované suicidium:¹⁷⁷

1. *Osobě musí být alespoň 18 let.*
2. *Osoba musí být duševně způsobilá (posuzuje se individuálně) a schopná rozhodovat se o zdravotních záležitostech.*
3. *Osoba musí mít nárok na získání státem hrazených lékařských služeb nebo musí splnit minimální dobu pobytu či čekací dobu (eutanazii a asistované suicidium nemůže podstoupit cizí občan).*
4. *Osoba musí mít závažný a nenapravitelný zdravotní stav. Tím se míní vážné onemocnění či zdravotní postižení, pokročilý, nezvratitelný stav úpadku, nesnesitelné fyzické nebo duševní utrpení a předvídatelnost přirozené smrti v nepřilíš vzdáleném období.*
5. *Osoba musí dobrovolně požádat o asistované suicidium, a tato žádost nesmí být výsledkem vnějších tlaků.*
6. *Osoba musí udělit informovaný souhlas o asistovaném suicidiu, a to poté, co dostala informace o dalších způsobech, jak ulevit od bolesti, včetně paliativní péče a udělit ho musí být schopna v době žádosti i bezprostředně před asistovaným suicidiem.*

Právní předpisy pak slouží k tomu, aby chránily pacienta-žadatele před oběma typy zneužití (misuse; abuse) ze strany poskytovatelů lékařské péče, ale i rodinných příslušníků či dalších subjektů.

Jak vypadá proces vyžádání asistovaného suicidia? Jako první je obvyklý rozhovor o možnostech, které kanadský zdravotnický systém nabízí. Pokud se pacient rozhodne,

¹⁷⁴ Srov. *Third Interim Report on Medical Assistance in Dying in Canada* [online]. Health Canada, 2018, s. 8 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <https://www.cspcp.ca/wp-content/uploads/2018/10/medical-assistance-dying-interim-report-june-2018-eng.pdf>

¹⁷⁵ Dále např. používání zvláštních formulářů při žádosti o asistované suicidium, školení lékařů a zdravotních sester ohledně lékařské asistence při umírání či způsob poskytování informací o těchto zdravotních službách.

¹⁷⁶ Srov. *Medical assistance in Dying* [online]. Government of Canada, 2020 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html#a1>

¹⁷⁷ KANADA. § 241.2 (1) of an Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying) [online]. Parliament of Canada, 2015-2016 [cit. 2020-03-18]. Zákon dostupný z: <https://www.parl.ca/DocumentViewer/en/42-1/bill/C-14/royal-assent>

že chce podstoupit asistované suicidium, musí odeslat písemnou žádost¹⁷⁸ ke konkrétnímu poskytovateli zdravotní péče.¹⁷⁹ Poté musí pacient podepsat a datovat žádost před dvěma nezávislými svědky¹⁸⁰, kteří tuto žádost také podepíší. Lékař či zdravotní sestra se pak musí ujistit, že daný pacient má nárok na asistované suicidium, tzn. splňuje všechny výše uvedená kritéria. Zároveň ho musí informovat o jeho nevyhlášeném zdravotním stavu (k tomu ostatně dochází ale už dříve). Podmínkou je také písemné, stvrzující a nezávislé stanovisko druhého lékaře či zdravotní sestry, že pacient splňuje všechna kritéria. Poté probíhá 10denní čekací období, kdy si žádost pacient může promyslet, popř. ji stáhnout (na což má pacient plné právo až do posledního okamžiku).¹⁸¹

Lékaři a zdravotní sestry mají možnost odmítnout poskytnutí asistovaného suicidia s odkazem na svobodu přesvědčení a vyznání. Zákon však nijak nespécifikuje povinnost lékaře odkazovat pacienta k jinému lékaři, který je otevřený k provedení asistovaného suicidia.¹⁸²

V Kanadě se snaží zakládat na transparentnosti ohledně celé problematiky lékařské asistence při umírání. Od 1. listopadu 2018 funguje v Kanadě federální monitorovací systém a systém sběru dat, který shromažďuje zprávy o lékařské asistenci při umírání (jak o eutanazii, tak o asistovaném suicidiu). Jde o větší spolupráci a komunikaci Ministerstva zdravotnictví, jednotlivých provincií, teritorií a dalších institucí (např. statistický úřad) a subjektů účastných v této problematice. Od léta roku 2020 chce také vláda začít vydávat veřejné zprávy o lékařské asistenci při umírání, čemuž má napomoci právě onen monitoring a sběr dat.

Z poslední monitorovací zprávy, kterou vydává Health Canada, vyšlo najevo, že od 10. prosince 2015 do 31. října 2018 zemřelo v Kanadě lékařsky asistovanou smrtí dle

¹⁷⁸ Pokud ji nemůže napsat, může ji za něj napsat jiný dospělý, kterému je alespoň 18 let, chápe, co znamená asistované suicidium a nesmí žádným způsobem těžit ze smrti pacienta (např. dědic majetku).

¹⁷⁹ Někdy také vyplnit formulář. Jednotliví poskytovatelé lékařské péče a územní celky to mohou mít nastavené odlišně, např. vyplnit formulář požaduje Britská Kolumbie.

¹⁸⁰ Pojem nezávislý svědek znamená, že nemůže těžit z pacientovy smrti, není vlastníkem zdravotnického zařízení a není přímo zapojen do poskytování zdravotní či osobní péče pacienta.

¹⁸¹ Výjimku tvoří situace, kdy se oba lékaři či zdravotní sestry shodnou na tom, že se smrt pacienta blíží velmi rychle nebo pacient nebude schopen za 10 dnů dát pravděpodobně informovaný souhlas. V tom případě je možnost 10denní čekací období zkrátit. Více o celém procesu žádosti asistovaného suicidia zde: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html#a1>

¹⁸² Srov. *Parliament Considers Protecting Physician Conscience Rights* [online]. ARPA Canada, 2019 [cit. 2020-03-18]. Dostupné z: <https://arpacanada.ca/news/2019/01/17/parliament-considers-protecting-physician-conscience-rights/>

dostupných čísel a zdrojů 6 749 osob.¹⁸³ Pokud bychom šli postupně, tak od 17. června 2016, kdy zákon (C-14) nabyl účinnosti, do 31. prosince 2016 zemřelo eutanazií 506 osob, asistovaným suicidiem 4. Od 1. ledna do 30. června 2017 to bylo už 874 osob eutanazií a jedna osoba asistovaným suicidiem. Od 1. července do 31. prosince 2017 to bylo 1086 osob eutanazií a 0 osob asistovaným suicidiem. V poslední statistice to bylo od 1. ledna do 31. října 2018 celkem 2614 osob, z nichž 1 umřel způsobem asistovaného suicidia a zbylých 2613 eutanazií.¹⁸⁴

Lékaři se z výše zmíněných součtů podíleli na 4 289 případech eutanazie či asistovaného suicidia. Zdravotní sestry pak na 286 případech. Nutno dodat, že první období (17. červen až 31. prosinec 2016) není v tomto ohledu zdokumentované. Dokument nabízí více ukazatelů jako např. místo úmrtí, věkové rozmezí a průměr pacientů, rozdíl mužů a žen, rozdíl pacientů-žadatelů na základě rozdělení na velká nebo malá centra nebo procentuální rozdělení pacientů dle jejich onemocnění.¹⁸⁵

Začátkem června bude kanadský parlament hlasovat o novém vládním návrhu změny znění zákona, který by zaprvé zrušil ono 10denní čekací období, kdy si má pacient své rozhodnutí promyslet. Zadruhé chtějí autoři návrhu rozšířit podmínky pro žádost o asistované suicidium a eutanazii. Žádat by nově mohli i lidé, kteří mají určité snesitelné postižení a nenachází se v nezvratitelném stavu úpadku. Důvody žádostí by se tedy rozšířily. To je terčem kritiky některých lékařů a mj. i kanadských biskupů. Sám kanadský kardinál Thomas Collins návrh změny zákona silně kritizuje.¹⁸⁶ Bude zajímavé sledovat, zda zákon vejde v platnost.

Praxe eutanazie a asistovaného suicidia je v Kanadě zavedena teprve chvíli. Proto je ještě brzo na unáhlené soudy a paušalizující závěry. Pravdou však je, že je v Kanadě

¹⁸³ Toto číslo nezahrnuje provincie Yukon, Nunavut a severozápadní teritoria, které měly velmi nízké procento úmrtí eutanazií a asistovaným suicidiem. Z důvodu obav o soukromí pacientů a poskytovatelů lékařské péče žádná data nesdílely.

¹⁸⁴ Tato čísla jsou zase bez dat z provincií Nunavut, Yukon, severozápadních teritorií a zde i bez dat z Quebecu, který údaje dodává zvlášť a v jiných časových intervalech. Srov. *Fourth Interim Report on Medical Assistance in Dying in Canada* [online]. Health Canada, 2019, s. 5 [cit. 2020-03-18]. Zpráva dostupná z: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/medical-assistance-dying-interim-report-april-2019.html>

¹⁸⁵ Srov. tamtéž, přehledná tabulka na s. 5-6.

¹⁸⁶ Srov. COLLINS, T. *Cardinal Collins: „Instead of developing an overall culture of care, we are rushing toward death on demand“* [online]. The Star, 2020 [cit. 2020-04-19]. Dostupné z: <https://www.thestar.com/opinion/contributors/2020/03/02/cardinal-collins-instead-of-developing-an-overall-culture-of-care-we-are-rushing-toward-death-on-demand.html>

v rámci společenské, lékařské i politické osvěty silně podporována paliativní péče.¹⁸⁷ O problematice umírání spojené s asistovaným suicidiem, eutanazií a lékařskou péčí se pak mluví komplexně a je zde patrná multidisciplinarita a oborová spolupráce. To lze považovat za velké pozitivum kanadské situace.

2.7. USA – Kalifornie

V debatě o asistovaném suicidiu se musíme zmínit také o situaci v USA. Jak je známo, USA je složeno z 50 států a 1 federálního distriktu, z nichž každý má svoji legislativu, soudnictví a parlament. Tzn., že i situace ohledně asistovaného suicidia je v každém státě jiná.

USA nemá na svém území legalizovanou eutanazii, asistované suicidium (*medical aid in dying*) je však v některých státech povoleno. V současnosti je možnost lékařsky asistovat při suicidiu v 9 amerických zemích a federálním distriktu D. C. O jaké státy USA jde? Jsou to Oregon (nabyví účinnosti roku 1997), Washington (2009), Montana (2009), Vermont (2013), Kalifornie (2016), Colorado (2016), Havaj (2019 – možné asistované suicidium i eutanazie v případě, jestliže toho není pacient schopen sám), New Jersey (2019), Maine (2019) a zmíněný D. C (2017).¹⁸⁸

Každý stát má vlastní zákon upravující asistované suicidium a bylo by zajímavé situace v jednotlivých státech komparovat, avšak to už je na jinou práci. Faktem je, že jsou si jednotlivé zákony a situace dosti podobné. Konkrétně např. v tom, že všechny státy mají tři identická kritéria, které musí pacient splňovat, aby měl šanci na asistenci při suicidiu. Pacientovi musí být alespoň 18 let, musí mít trvalé bydliště ve státě, kde žádá o asistované suicidium a musí mu zbývat dle lékařské prognózy méně než 6 měsíců života.¹⁸⁹ Asistovat při suicidiu může pouze lékař, nikdo jiný. Z důvodů oné similarity legislativ a situace popíší skutečnost asistovaného suicidia pouze na jednom americkém státě, a to Kalifornii.

¹⁸⁷ Více informací např. zde: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/palliative-care/framework-palliative-care-canada.html>

¹⁸⁸ Od roku 2015 bylo asistované suicidium legální v Novém Mexiku, v roce 2017 však soudem odvoláno.

¹⁸⁹ V některých státech poskytují lékaři asistované suicidium jen pacientům s fyzickým utrpením, vylučují tudíž psychické poruchy jako např. depresi (Washington). Jinde jsou vnímáni pacienti s psychickou poruchou naroven s pacienty s fyzickým utrpením (např. Oregon).

V americkém státě Kalifornie byl v září roku 2015 přijat zákon o volbě konce života (*End of Life Option Act AB 15*). Zákon nabyl účinnosti roku 2016 a je platný do roku 2025, pokud nebude znovu přijat. Umožňuje za určitých podmínek lékařům asistovat při suicidii. Někteří zákonodárci včetně guvernéra návrh zákona kritizovali, a dokonce návrh ještě na začátku roku 2015 neprošel skrze výbory. Posléze však byl přijat v rámci schůze o financování lékařské péče.¹⁹⁰

Dle tohoto zákona mohou o asistované suicidium žádat způsobilé, dospělé osoby (18 let a starší), kteří jsou rezidenti státu Kalifornie¹⁹¹, nachází se v terminálním stádiu onemocnění s maximální délkou dožití půl roku. Tyto osoby pak žádají svobodně a dobrovolně. Žádost vyslovují lékaři dvakrát ústně v rozmezí alespoň 15 dní a jednou písemně skrze speciální formulář, podepsaný a datovaný před dvěma svědky, z nichž jeden nesmí mít s pacientem žádný vztah umožňující např. dědit a nesmí být poskytovatelem lékařské péče či ošetřujícím a konzultujícím lékařem. Pacient také musí poslat lékaři finální formulář, a to alespoň 48 hodin před požitím smrtící látky.

Lékař musí také s pacientem vést rozhovor o jeho zdravotním stavu, o alternativách, jako je paliativní péče aj., dále o rizicích a důsledcích tohoto lékařského úkonu. Také se doporučuje mít při požití usmrcující látky při sobě druhou osobu a informovat příbuzné (není to však zákonná podmínka). Lékař dále musí předat Ministerstvu veřejného zdraví zprávu o pacientech podstoupivších asistované suicidium a vést řádně zdravotnickou dokumentaci.

V Kalifornii není povinností zdravotnických pracovníků ani poskytovatelů lékařské péče účastnit se procesu asistovaného suicidia. Tito poskytovatelé dokonce nemusí informovat pacienty o možnostech asistovaného suicidia. Na žádost pacienta však mají povinnost předat kopii zdravotnické dokumentace, s kterou pacient může jít za jiným poskytovatelem, který je k asistovanému suicidii otevřený.¹⁹²

Kalifornský zákon se inspiroval oregonskou legislativou (ostatně jako další zákony v jiných amerických státech), a to konkrétně zákonem s názvem *Death with Dignity Act*.

¹⁹⁰ Srov. NICOL, J. *Medical Assistance in Dying: The Law in Selected Jurisdictions Outside Canada* [online]. Background paper, Library of Parliament, 2019, s. 8 [cit. 2020-03-29].

¹⁹¹ Těmito rezidenty se myslí občané registrovaní k volbám, vlastníci řidičský či jiný identifikační průkaz vydaný v Kalifornii, občané, kteří zde podali daňové přiznání nebo občané, kteří vlastní či pronajímají nemovitý majetek v tomto státě. KALIFORNIE. *Art. 443. 2. of End of Life Option Act* [online]. California Legislative Information, 2015 [cit. 2020-03-29]. Dostupné z: https://leginfo.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?bill_id=201520162AB15

¹⁹² Sov. tamtéž, *Art. 443. 14. of End of Life Option Act*.

Avšak jsou tu i určité rozdíly. Např. se v Kalifornii lékař musí s pacientem setkat jen mezi čtyřma očima (s výjimkou překladatele), aby nedocházelo k vnějšímu nátlaku. Také si informace o asistovaném suicidii musí vyžádat sám pacient. Pojišťovny nemají právo informovat o možnostech asistovaného suicidia. Dále pojišťovny nesmějí informovat o finančním pokrytí ostatních forem léčby, a to z důvodu strachu, že by se mohly uchýlovat k nabízení asistovaného suicidia, jakožto levnější varianty nákladné péče prodlužující pacientův život (v reakci na situaci v Oregonu).¹⁹³

V roce 2016 zemřelo asistovaným suicidiem 111 lidí, smrtící látka¹⁹⁴ však byla předepsána 191 lidem. 21 dalších osob zemřelo jiným způsobem a 59 jich odstoupilo od spolknutí usmrcující látky.¹⁹⁵ V roce 2017 umřelo předepsanou smrtící látkou 374 pacientů (z toho 11 jich mělo předepsanou látku už z roku 2016). Barbiturát byl předepsán ale 577 osobám. 86 dalších osob zemřelo v důsledku své nemoci a 128 osob si vykonání asistovaného suicidia rozmyslelo.¹⁹⁶ V roce 2018 se pak počet o něco snížil, a to na 337 osob spáchavších asistované suicidium (z toho 23 mělo předepsanou látku z roku 2017). Látka byla v tomto roce předepsána 452 osobám, tudíž podobně jako v předchozím roce, 59 osob zemřelo na chorobu, kterou trpělo a 79 osob barbiturát v tomto období nepožilo.¹⁹⁷

Kalifornská právní úprava asistovaného suicidia se inspirovala v předchozích úpravách jiných amerických států (především oregonskou a washingtonskou legislativou). Některé výše zmíněné skutečnosti pozměnila, to však nic nemění na tom, že je v mnohém podobná ostatním zákonům. Většina zdravotnických pracovníků se ale procesu asistovaného usmrcení neúčastní.¹⁹⁸

¹⁹³ Srov. NICOL, J. *Medical Assistance in Dying: The Law in Selected Jurisdictions Outside Canada* [online]. Background paper, Library of Parliament, 2019, s. 8-9 [cit. 2020-03-19].

¹⁹⁴ Většinou jde o sekobarbital neboli Seconal a pentobarbital. Počínaje rokem 2015 se používají také kombinované léky rozpuštěné v kapalině.

¹⁹⁵ *California End of Life Option Act 2016 Data Report* [online]. California Department of Public Health, 2017, s. 3-4 [cit. 2020-03-19]. Dostupné z: <https://www.deathwithdignity.org/wp-content/uploads/2019/08/CA-CDPH-End-of-Life-Option-Act-Report-2016.pdf>

¹⁹⁶ *California End of Life Option Act 2017 Data Report* [online]. California Department of Public Health, 2018, s. 3-4 [cit. 2020-03-19]. Dostupné z: <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CHSI/CDPH%20Document%20Library/2017EOLADDataReport.pdf>

¹⁹⁷ *California End of Life Option Act 2016 Data Report* [online]. California Department of Public Health, 2017, s. 3-4 [cit. 2020-03-19]. Dostupné z: <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CHSI/CDPH%20Document%20Library/CDPH%20End%20of%20Life%20Option%20Act%20Report%202018-FINAL.pdf>

¹⁹⁸ Uvádí se důvody jako porušení Hippokratovy přísahy, kontroverzní situace ohledně lékařského stavu žadajících pacientů, jejichž diagnóza poukazuje na léčitelné bolesti či deprese nebo širší dopady na společenský étos. Pavel Kalvach uvádí výzkum, kde mělo proti asistovanému suicidii 5 % lékařů námitky náboženské povahy, 42 % lékařů námitky náboženské a nenáboženské povahy a 31 % lékařů

Jak jsme už zmínili, některé státy USA na svém území legalizovaly pouze za určitých podmínek asistované suicidium, eutanazie zůstává stále kriminálním činem (s výjimkou Havaje). A ačkoliv debaty probíhají i o legalizaci eutanazie, situace pravděpodobně zůstane ještě nějakou dobu ve statu quo, nanejvýš se beztrestnost asistovaného suicidia uzákoní i v dalších amerických státech (bioetické, politické a právní debaty ohledně asistovaného suicidia stále probíhají např. na půdě Nevady¹⁹⁹, Indiany²⁰⁰, Wyomingu²⁰¹, Arizony²⁰² a dalších).

2.8. Victoria (Austrálie)

Neméně důležité je také představit si situaci v australském státě Victoria. V Austrálii, konkrétně v Severním teritoriu, se jako v první správní oblasti na světě detailně rozpracovala a zlegalizovala praxe aktivní eutanazie. Šlo o zákon upravující práva terminálně nemocných (*Rights of the Terminally Ill Act 1995*), nabyvší účinnosti 1. 7. 1996. Dlouho však tento zákon platným nevydržel. Hned v březnu 1997 byl zrušen federálním zákonem (*Euthanasia Laws Act*). Tato skutečnost se však stala historickým milníkem v eticko-právních debatách o eutanazii a asistovaném suicidiu.

Nově však vešel v platnost zákon upravující praxi eutanazie a asistovaného suicidia, a to v australském státě Victoria. Jde o zákon o dobrovolném asistovaném umírání, účinným od 19. 6. 2019. Zákon povoluje aktivní eutanazii i asistované suicidium. Asistované suicidium má přednost před aktivní eutanazií. Úkon aktivní eutanazie má být proveden pouze v případě, kdy pacient není schopný asistovaného suicidia.²⁰³ Zákon samozřejmě stanovuje podmínky, za kterých může být asistované suicidium či aktivní eutanazie provedena. Pacientovi musí být minimálně 18 let, musí být občanem Austrálie s trvalým pobytem ve státu Victoria (alespoň 12 měsíců před podáním první žádosti o asistenci při umírání). Dále musí být způsobilý rozhodovat, mít nevléčitelný, nezvratný zdravotní stav způsobující utrpení, s pravděpodobnou dobou života

nemělo námitky žádné. KALVACH, P. *O přípustnosti pasivní eutanazie nepochybuji*. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019, s. 153.

¹⁹⁹ Dostupné z: <https://www.reviewjournal.com/news/politics-and-government/2019-legislature/nevada-assisted-suicide-bill-arguments-draw-a-big-crowd-1605421/>

²⁰⁰ Dostupné z: <https://www.deathwithdignity.org/states/indiana/>

²⁰¹ Dostupné z: <https://www.nolo.com/legal-encyclopedia/death-with-dignity-wyoming.html>

²⁰² Dostupné z: <https://eu.azcentral.com/story/opinion/op-ed/2019/06/14/dutch-teen-noa-pothoven-complicates-death-dignity-debate/1436860001/>

²⁰³ Srov. AUSTRÁLIE. *Sect. 3. of Voluntary Assisted Dying Act 2017* [online]. AustLII, 2017 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: http://www5.austlii.edu.au/au/legis/vic/num_act/vada201761o2017348/s3.html#self-administration_permit

maximálně půl roku (výjimku tvoří neurodegenerativní onemocnění, u kterých to může být až 1 rok). Na asistované suicidium pak nemá nárok osoba, která je duševně nemocná či má určité zdravotní postižení.²⁰⁴

Lékař má povinnost pacienta informovat v otázkách jeho diagnózy a prognózy, alternativních řešení léčby (např. paliativní péče), o rizicích a důsledcích žádaného lékařského úkonu, o možnosti kdykoli své rozhodnutí změnit a o nutnosti informovat svého ošetřujícího lékaře, pokud to není totožná osoba s tzv. koordinujícím lékařem (lékař, který byl u první žádosti pacienta a má celou lékařskou proceduru na starosti). Pacient může první žádost učinit verbálně, gestikulací či jinými způsoby. Písemná forma je nutná až po informování pacienta a rozhovorech o asistovaném suicidiu či eutanazii, a to v přítomnosti koordinujícího lékaře a dvou svědků, kteří nemají žádný vztah k případnému dědictví. Pacient si také musí zvolit osobu, která vrátí smrtící látku zpět, pokud se ji rozhodne nepoužít. V režii koordinujícího lékaře je také komunikace s příbuznými a s konzultujícím lékařem, který poskytuje svůj pohled na případ a provádí kontrolu.²⁰⁵

Stát Victoria je ve své legislativě specifický jednou věcí, a to speciální kontrolou před lékařským úkonem asistovaného suicidia, k němuž musí dát povolení samotný tajemník Ministerstva zdravotnictví a osobních služeb. Pokud se pacient pevně rozhodne pro asistované suicidium, koordinující lékař má za úkol vyplnit závěrečný formulář o tom, jak byly splněny zákonné podmínky a tento formulář pošle Kontrolní radě pro dobrovolné asistované umírání (*Voluntary Assisted Dying Review Board*). Dále musí požádat tajemníka Ministerstva zdravotnictví a osobních služeb o udělení souhlasu k lékařskému úkonu.²⁰⁶

Pokud proces asistovaného suicidia proběhne a pacient zemře, výše zmíněna rada hodnotí a kontroluje, zda proces proběhl opravdu řádně, se splněním všech podmínek a náležitostí. Také vydává zprávy, doporučení a monitoruje celou situaci.²⁰⁷ Pokud

²⁰⁴ Srov. AUSTRÁLIE. *Sect. 9. of Voluntary Assisted Dying Act 2017* [online]. AustLII, 2017 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: http://www8.austlii.edu.au/cgi-bin/viewdoc/au/legis/vic/num_act/vada201761o2017348/s9.html

²⁰⁵ Srov. AUSTRÁLIE. *Part 3 of Voluntary Assisted Dying Act 2017* [online]. Victorian legislation, 2017 [cit. 2020-03-20]. Ke stažení zde: <https://www.legislation.vic.gov.au/in-force/acts/voluntary-assisted-dying-act-2017/003>

²⁰⁶ Srov. AUSTRÁLIE. *Part 5 of Voluntary Assisted Dying Act 2017* [online]. AustLII, 2017 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: http://www5.austlii.edu.au/au/legis/vic/num_act/vada201761o2017348/s3.html#self-administration_permit

²⁰⁷ Rada má 13 členů, z nichž předseda a místopředseda je volen samotným ministrem zdravotnictví. Patří sem dále právníci, zástupci pacientů, soudci a lékaři.

by rada zhodnotila, že došlo k trestnému činu, tedy porušení zákona, postupuje případ dalším orgánům (policie, tajemník, matrika či Australská agentura pro regulaci zdravotních pracovníků).²⁰⁸

Zákon také respektuje institut výhrady svědomí, kdy lékaři nemusí participovat na tomto procesu. Nemají ani povinnosti informovat pacienta, pokud se ptá. Zdravotničtí pracovníci pak nesmějí aktivně navrhnout možnost dobrovolného asistovaného umírání. Informace poskytují a diskutují pouze na pacientovu žádost.²⁰⁹ Pokud by tuto skutečnost porušili, mohlo by jít o postih za neprofesionální chování, jak je uvedeno v zákoně o zdravotnických pracovnících (*Health Practitioner Regulation National Law*).²¹⁰

Zde je jen stručný přehled toho, jaká jsou kritéria a proces asistovaného suicidia v australském státě Victoria. Nutno dodat, že o legalizaci uvažují i další australské státy jako Západní Austrálie či Queensland.²¹¹ Dalo by se určitě specifikovat více skutečností týkajících se australské situace, avšak jednak je legislativa velmi nová, tudíž nejsou dostupné žádné statistické údaje, a jednak se fokus této práce nezaměřuje výhradně na australskou situaci.

Je třeba říci, že je otázka eutanazie a asistovaného suicidia aktuální téma i v kontextu dalších zemí. Např. v Portugalsku už se pracuje na zákonu legalizujícím eutanazii a asistované suicidium, který by měl v létě jít do závěrečného čtení.²¹² Stejně tak Španělsko míří k legalizaci eutanazie.²¹³ V Kolumbii už je eutanazie povolena a silně se aktivisti prosazují o legalizaci i ve Švédsku či Velké Británii. V Itálii se v září roku 2019 vyjádřil ústavní soud v jednom případě tak, že asistované suicidium není za všech okolností trestným činem (v případě nesnesitelného utrpení), tudíž se tato věc bude řešit

²⁰⁸ Srov. OTTER, C. *Voluntary Assisted Dying Bill 2017* [online]. Research Note, Parliamentary Library & Information Service, 2017, s. 6 [cit. 2020-03-20].

²⁰⁹ Srov. AUSTRÁLIE. *Part 3 of Voluntary Assisted Dying Act 2017* [online]. Victorian legislation, 2017 [cit. 2020-03-20]. Ke stažení zde: <https://www.legislation.vic.gov.au/in-force/acts/voluntary-assisted-dying-act-2017/003>

²¹⁰ Dostupný zde: <https://www.legislation.nsw.gov.au/#/view/act/2009/86a/full>

²¹¹ Srov. *Australský stát Viktorie povoluje eutanazii. V zákoně je řada omezení* [online]. EuroZprávy.cz, 2019 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <https://eurozpravy.cz/zahranicni/asia-a-australie/261035-australsky-stat-viktorie-povoluje-eutanazii-v-zakone-je-rada-omezeni/>

²¹² Viz zde: https://www.irozhlas.cz/zpravy-svet/eutanazie-portugalsko-asistovana-sebevrazda-smrtelne-onemocneni_2002202342_onz

²¹³ Např. zde: <https://www.reuters.com/article/us-spain-politics-euthanasia/euthanasia-bill-moves-ahead-in-spanish-parliament-idUSKBN2052C0>

na půdě italského parlamentu.²¹⁴ A u Japonska je situace nejasná, ačkoliv tam už eutanatické případy proběhly.²¹⁵

Je mnoho dalších zemí, kde se otázka eutanazie a asistovaného suicidia hojně diskutuje. V závěru této kapitoly se podíváme na situaci v České republice, o níž lze říct, že je v mnoha směrech aktuální.

2.9. Česká republika

Je třeba se pozastavit u vývoje a současné situace v České republice. Nutné je nejprve sledovat alespoň stručně onu historii.

Když se vrátíme o více jak sto let zpátky, v rámci trestního práva byl naprosto klíčovým dokumentem Rakouský trestní zákoník. V něm nenajdeme zmínky o tom, že by sebevražda byla trestným činem. Dokonce v něm nenalezneme ani téma „pomoci k sebevraždě“. Víme však, že § 134 upravoval vraždu, pod kterou se řadila i aktivní eutanazie.²¹⁶

Po vzniku ČSR vznikaly politické návrhy (osnovy), které za určitých podmínek podřazovaly eutanazii pod privilegovanou skutkovou podstatu, která stanovuje mírnější trest při spáchání trestného činu.²¹⁷ Návrhy však neprošly a eutanazie byla z právního hlediska stále vraždou.

V novém trestním zákonu 86/1950 Sb. byla eutanazie nadále podřazována pod vraždu. Zákon však už rozpracoval v § 226 trestný čin „Účast na sebevraždě“, kde mj. bylo stanoveno: „*Kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá, bude potrestán, došlo-li alespoň k pokusu sebevraždy, odnětím svobody na šest měsíců*

²¹⁴ Viz zde: <https://ct24.ceskatelevize.cz/svet/2934512-asistovana-sebevrazda-za-urcitych-podminek-neni-nezakonna-rozhodl-italsky-soud>

²¹⁵ Situace je také odlišná vzhledem k rozdílnému právnímu řádu a vnímání smrti a eutanazie v jiných kulturně odlišných a lingvistických denotacích. Srov. HONGO, J. *Euthanasia: the Dilemma of Choice* [online]. The Japan Times, 2014 [cit. 2020-03-20]. Dostupné zde: <https://www.japantimes.co.jp/life/2014/02/15/general/euthanasia-the-dilemma-of-choice/#.XnZhuXJCdEY>

²¹⁶ RAKOUSKO-UHERSKO. § 134 Zákona č. 117/1852 ř. z., ze dne 27. 5. 1852; *Trestní zákon o zločinech, přečinech a přestupcích* [online]. epravo.cz [cit. 2020-04-28]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/vyhledavani-aspi/?Id=17&Section=1&IdPara=1&ParaC=2>

²¹⁷ Šlo o profesorskou osnovu z roku 1926 a ministerskou osnovu z roku 1936. Osnovy byly inspirovány německou a norskou trestněprávní úpravou. Srov. DOLEŽAL, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*, s. 205-206.

až tři léta.²¹⁸ V roce 1961 vzniká opět nový trestní zákoník 140/1961 Sb., přičemž situace zůstává ve statu quo. Jedinou změnou je to, že účast na suicidiu upravuje § 230.²¹⁹ V praxi však paragraf nebyl využit. Do začátku nového tisíciletí se už situace nezměnila, ačkoliv v 90. letech 20. století probíhaly diskuse o preventivní roli trestního práva a větším důrazu na individuální práva, které byly jakýmsi protikladem k socialistické legislativní doktríně.

Přesuňme se ale do 21. století. Asistované suicidium a eutanazie jsou upraveny trestním zákoníkem č. 40/2009 Sb. Eutanazie by mohla být kvalifikovaná jako vražda dle § 140, t. z. Jiné prameny uvádí, že by teoreticky mohlo jít i o zabití (§ 141, t. z.). Ale naše soudnictví nemá praktickou zkušenost s řešením případu eutanazie ze soucitu.²²⁰ Každý případ je však individuální, a proto myslím, že je podstatné sledovat také okolnosti případu. Pohybujeme se ale v hypotetických legislativních otázkách.

Asistované suicidium spadá pod § 144, t. z. Tento paragraf uvádí, že: „*Kdo jiného pohne k sebevraždě nebo jinému k sebevraždě pomáhá, bude potrestán, došlo-li alespoň k pokusu sebevraždy, odnětím svobody až na tři léta.*“²²¹ V dalších odstavcích je uvedeno, že kdo se bude účastnit na suicidiu dítěte či těhotné ženy, může být odsouzen odnětím svobody na 2 až 8 let, a v případě mladšího patnácti let a osoby stížené duševní poruchou na 5 až 12 let.²²² Nerozlišuje se pak, zda bylo suicidium osobou dokonáno či šlo „jen“ o pokus.

Pro pochopení české situace je třeba si představit návrhy upravující asistované suicidium a eutanazii. Prvním pokusem o úpravu byl vládní návrh z roku 2004. Zde byla upravena jen eutanazie, a to pouze formou privilegované skutkové podstaty v § 115 Usmrcení na žádost. Podmínkami byly soucit, nevyléčitelná somatická choroba (nikoliv psychická) a vážně míněná a naléhavá žádost. To znamená, že by eutanazie zůstala trestným činem, ale fungovala by na bázi privilegované skutkové podstaty. Nutno říci, že byl návrh zamítnut v Senátu PČR a předtím už v Ústavně-právním výboru a Výboru pro Evropské záležitosti z důvodu vágnosti podmínek pro usmrcení

²¹⁸ ČESKOSLOVENSKO. § 226 zákona č. 86/1950 Sb. [online]. zakonyprolidi.cz [cit. 2020-04-28] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1950-86>

²¹⁹ ČESKOSLOVENSKO. § 230 zákona č. 140/1961 Sb. [online]. zakonyprolidi.cz [cit. 2020-04-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1961-140>

²²⁰ Do kategorie omluvitelného hnutí myslí může spadat i způsobení smrti ze soucitu, tudíž by akt eutanazie ze soucitu mohl být souzen právě podle § 141 zabití.

²²¹ Pohnutím či „pomocí“ se myslí přemlouvání, vychvalování suicidia, opatření látky či prostředků ke spáchání sebevraždy, vytvoření podmínek, rada, jak sebevraždu vykonat apod.

²²² ČESKO. § 144 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník. In: *Sbírka zákonů ČR*. 2009, částka 11/2009. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>

a nepřipravenosti veřejnosti.²²³ Odborná veřejnost návrh přijala převážně pozitivně. I proto, že privilegovaná skutková podstata je vnímána jako důležitý institut demokratické společnosti.²²⁴ Tento institut nám pomáhá rozlišit jednotlivé druhy a intence jednání. Tzn., že člověk, který ze soucitu usmrtí někoho velmi blízkého, např. kvůli nesnesitelným bolestem, nebude souzen stejně jako vrah, který chladnokrevně zabije jinou osobu, např. z důvodu majetkového. I tak se privilegovaná skutková podstata do českého trestního zákoníku nedostala.²²⁵

V roce 2008 a 2016 se ve sněmovně objevily tzv. návrhy o důstojné smrti. U senátního návrhu z roku 2008, který připravila senátorka Václava Domšová a vypracoval Milan Hamerský, nešlo jako u toho vládního z roku 2004 o privilegovanou skutkovou podstatu, ale o zákon, který při splnění podmínek chtěl zavést neodpovědnost lékaře dle trestního práva. V prvních dvou paragrafech návrhu šlo vlastně o to, že by zákon upřednostňoval asistované suicidium před eutanazií, ačkoliv obě formy jsou dle návrhu přípustné. K eutanazii se však má dojít až po nemožnosti asistovaného suicidia (obdoba zákona v australském státě Victoria).²²⁶ Autorka při psaní tohoto návrhu zákona vycházela z jednoduché premisy, a to, že je aktivní eutanazie eticky diskutabilnější a kontroverznější nežli asistované suicidium. Dle autorů by však všechny případy nešly vyřešit pouze asistovaným suicidiem, a proto možnost aktivní eutanazie funguje jako určitá pojistka, která při souhře určitých faktorů, může dopomoci oněm osobám k „důstojné smrti“, jak sám uvádí název návrhu zákona.²²⁷

Návrh se inspiroval právní úpravou z Belgie, a to především v existenci komise, opakování žádosti o „důstojnou smrt“, možnosti jejího zpětvzetí a potřebě konzultace lékařů. Návrh zákona však hned v prvním čtení ztroskotal, jelikož se 38 senátorů ku dvěma vyjádřilo proti návrhu.²²⁸ A to především z důvodů zachování hodnoty

²²³ SVOBODOVÁ, J. *Právo na smrt v ČR*. In: WINTR, J., ANTOŠ, M. (eds.) *Základní lidská práva a svobody*. Praha: Univerzita Karlova, 2015, s. 133-135.

²²⁴ Institut privilegované skutkové podstaty využívají mj. právní úpravy Itálie, Norska, Portugalska, Rakouska, Dánska, Španělska, Rumunska, Polska nebo Chorvatska.

²²⁵ Např. právník Adam Doležal vidí jako eticky i legislativně důležité pro tyto případy přidat privilegovanou skutkovou podstatu do trestního zákoníku. Jako podnětnou pak vidí onu zmíněnou profesorskou osnovu z roku 1926. Srov. DOLEŽAL, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*, s. 243-244.

²²⁶ Více k návrhu srov. DOMŠOVÁ, V. *§ 1 senátního návrhu zákona o důstojné smrti* [online]. Senátní tisk č. 303, Senát parlamentu České republiky, 2008 [cit. 2020-03-22]. Dostupné z: <http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/htmlhled?action=doc&value=47525>

²²⁷ Srov. DOLEŽAL, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*, s. 214-215.

²²⁸ Podoba hlasování dostupná zde: <https://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/hlasy?G=9217&O=6>

života jako té nejvyšší, obav ze zneužití autonomie a dále také kvůli upřednostnění orientace na paliativní péči.²²⁹

Poslanecký návrh zákona o důstojné smrti z roku 2016²³⁰ je téměř doslovným přepisem návrhu Václavy Domšové z roku 2008. V důvodové zprávě návrhu se argumentovalo tím, že Nizozemí či Belgie už eutanazii legalizovanou mají. Avšak vláda nesouhlasí s tím, aby se tyto země braly jako ideál a vzor. Ve Stanovisku vlády se také zmiňuje teorie kluzkého svahu, tedy že v těchto zemích dochází k rozvolnění zákonných poměrů a k rozšíření případů asistovaného suicidia a eutanazie. Vláda, mimo některé technické nedostatky, upozorňuje i na možnosti zneužití asistovaného suicidia a eutanazie a důležitost hlubší odborné a veřejné diskuse.²³¹ Návrh zákona byl tedy zamítnut.

V blízké budoucnosti má být v Poslanecké sněmovně předložen další návrh zákona o eutanazii, tentokrát z rukou poslanců za ANO a Pirátské strany.²³² Tato bioetická otázka je u nás stále kontroverzní. Ačkoliv by laická veřejnost eutanazii a asistované suicidium legalizovala²³³, odborná veřejnost je rozdělená. Samotný návrh kritizuje sám prezident i děkani teologických fakult. I na základě předložení tohoto návrhu bude pravděpodobně celospolečenská debata o tématu asistovaného suicidia a eutanazie mediálně a politicky populární. Je proto podstatné diskusi nadále sledovat, jelikož jde o důležité politické, právní a zejména etické otázky.

²²⁹ Senátní diskuse dostupná ve stenografickém záznamu z 18 září 2008 zde: <https://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/hlasovani?action=steno&O=6&IS=3951&T=303#st303>

²³⁰ ZLATUŠKA, J., VONDRÁČEK, R., ZELIENKOVÁ, K., PETR, A., ČIHÁK, P., VOJTĚCH, A. *Poslanecký návrh zákona o důstojné smrti* [online]. Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky, 2016 [cit. 2020-03-22]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=7&ct=820&ct1=0>

²³¹ Srov. *Stanovisko Vlády k návrhu poslanců Jiřího Zlatušky, Radka Vondráčka, Kristýny Zeliénkové, Petra Adama, Pavla Čiháka a Vojtěcha Adama na vydání zákona o důstojné smrti* [online]. Sněmovní tisk č. 820/1, Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky, 2016, s. 1–3 [cit. 2020-03-22]. Dostupné zde: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=7&CT=820&CT1=1>

Mj. existovala v té době koaliční smlouva mezi ČSSD, ANO a KDU-ČSL, která doslova říkala: „*Neumožníme žádné opatření v rozporu s ochranou života od početí do přirozeného konce (ne aktivní euthanasii).*“

²³² *Zákon o eutanazii chtějí autoři předložit v únoru či březnu 2020* [online]. Zdravotnictví a medicína, 2019 [cit. 2020-03-22]. Dostupné zde: <https://zdravi.euro.cz/zakon-o-eutanazii-chteji-autori-predlozit-v-unoru-ci-breznu-2020/>

²³³ Např. ČADOVÁ, N. *Veřejné mínění o interrupci, eutanazii a trestu smrti – květen 2018* [online]. Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2018, s. 3. [cit. 2020-04-26].

3. Základní principy étosu lékaře

Předtím než se pustíme do reflexe vztahu lékařského étosu a asistovaného suicidia, je třeba si stručně vyjasnit pojmy a pole, v kterém se pohybujeme.

Medicína je klasicky vnímána jako aplikovaná přírodní věda, která je postavena na vědecko-racionalistické bázi. Lékařská etika je pak podoborem širšího oboru – bioetiky.²³⁴ Už z termínu lékařská etika, je zřejmé, že se v ní jedná o etická dilemata a obsahy spjaté s normativitou medicíny, hodnotovým systémem lékaře, se vztahem pacient-lékař, dále s jeho odpovědností, rozhodováním, jednáním a požadavky.²³⁵ Jde i o hlubší antropologické otázky (např. co je člověk?) a eticko-filosofické přístupy k medicinskému jednání.²³⁶ Haškovcová považuje za důležitou součást lékařské etiky také určitou psychologickou péči o pacienta spojenou s diskutováním smyslu života a otázkou lidské důstojnosti.²³⁷

Zdroje, z kterých naše lékařská etika čerpá, jsou především Hippokratova přísaha, náboženství, deontologická etika a lékařsko-etický principlismus Beauchampa a Childresse.²³⁸ V současnosti dominuje étosu lékařská etika sekulární, která čerpá náměty a principy ze zmíněného lékařsko-etického principlismu. Ale to neznamená, že v sobě nemá obsažené i principy křesťanské (např. princip posvátnosti lidského života a kategorie lidské důstojnosti).

Lékařský étos pak Josef Kuře definuje takto: „*Lékařský étos je profesně standardizovaným způsobem lékařského jednání, vyjádřený např. etickými kodexy.*“²³⁹ Spadá sem však i sebezpojetí a sebeurčení lékaře ve své profesní roli, mezilidské vztahy a samotné napětí praxe a etických norem.²⁴⁰ V práci se zabývám mj. slučitelností etických principů, a to především v rámci lékařsko-etického principlismu a Hippokratovy přísahy, o čemž bude řeč v následujících kapitolách.

²³⁴ Oba dva termíny se dost překrývají a někdy splývají. Bioetiku však vnímám širěji, jako disciplínu, kam spadají např. i etické otázky farmaceutického a biotechnologického výzkumu.

²³⁵ Srov. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 52.

²³⁶ Srov. HILPERT, K. *Základní otázky křesťanské etiky*. Brno: CDK, 2017, s. 126.

²³⁷ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života – líc smrti*. Praha: Orbis, 1975, s. 89.

²³⁸ Samozřejmě je mnoho dalších přístupů a zdrojů k lékařské etice jako kasuistika, teleologie, utilitarismus, koncept práv, diskursní etika, etika odpovědnosti, etika péče atd. V textu zmíněné však považuji za ty klíčové.

²³⁹ KUŘE, J., a kol. *Kapitoly z lékařské etiky*. 2. vydání, Brno: Masarykova univerzita, 2012, s. 11.

²⁴⁰ Srov. HILPERT, K. *Základní otázky křesťanské etiky*, s. 134.

3.1. Hippokratova přísaha

Za referenční dokument západní tradice lékařské etiky je považována Hippokratova přísaha. Ta měla velký vliv na ustanovení současných lidskoprávních dokumentů a lékařsko-etických kodexů. Její síla tkví v časové i geografické extenzitě, a to i přesto, že se jedná o text tajuplný, záhadný, stále diskutabilní (např. proč se toto dílo napsalo, pro koho bylo určeno, kdo ho přesně napsal apod.). Není ani zřejmé, zda šlo o pomyslné nároky, které by měl lékař v ideálním případě splňovat nebo šlo o reálné závazky, které musel lékař skládat a za jejich porušení byl sankcionován.

Tento velmi starý slib skládaný čerstvými lékaři je pokladnicí lékařsko-etických zásad, z kterých žije medicína dodnes. Jak je to možné?

Hippokratova přísaha obsahuje principy a nároky zavazující lékaře k určitému jednání (mluvíme o deontologické orientovanosti textu). Některé rady jsou vnímány jako univerzální, jiné zase jako dobově podmíněné praxe. Každopádně je tato přísaha protknuta sakrálním espiretem, budujícím své základy na nedotknutelnosti života.²⁴¹ Židovsko-křesťanská tradice pak onu posvátnost života převtělila do eticko-filosofické kategorie lidské důstojnosti.

Např. Michael Carrick tvrdí, že Hippokratova přísaha má charakter věčného, jelikož cílí na fundamentální motivy lidského života a lékařské etiky. Dle Carricka ukazuje dokument také na klíčovost odpovědnosti lékaře vzhledem k pacientům a relevantnost mravních závazků a slibů, které lékaři dávají.²⁴²

Pro nás je klíčová následující pasáž z Hippokratovy přísahy: „*Nehodlám se pohnouti od nikoho, ať je to kdokoliv, abych mu podal jedu nebo abych mu dal za podobným účelem radu.*“²⁴³ Text se staví nejen proti přípravě a podání smrtící látky, ale i návodu, jak se usmrtit. Z textu je patrné, že hippokratovská tradice stojí v opozici praxi eutanazie a asistovaného suicidia. Tato praxe je vnímána jako nemorální a lékařskému povolání zapovězena.

²⁴¹ Nehledě na to, že celá Hippokratova přísaha měla výrazně transcendentní charakter, viz přísahání božstvům. Srov. MUNZAROVA, M. *Zdravotnická etika od A do Z*, s. 22-24.

²⁴² Srov. CARRICK, P. *Medical Ethics in the Ancient World*. Washington: Georgetown University Press, 2001, s. 211-213 a passim.

²⁴³ Dostupná zde: http://www.elkuo.cz/dokumenty/prolekare/hipokratova_prisaha.htm

Dle přísahy lékař nemá usmrcovat pacienta jakýmkoliv způsobem, ale má se naopak starat o pacientovo zdraví a dobro.²⁴⁴ V současnosti už tento pohled není bezprostředně nahlížen jako zřejmý, a jak jsme si v předchozích kapitolách ukázali, asistované suicidium je v některých státech legální.

Ona výše zmíněná pasáž o asistovaném suicidiu a eutanazii je pak nahlížena jako dobová praxe, která je archaickým přežitkem (podobně jako zákaz interrupce). Tento postoj zastává například americký filosof Hugo Tristram Engelhardt Jr. Ten tvrdí, že Hippokratova přísaha nebyla ústředním bodem řecko-římského lékařského étosu a lékaři dokonce dávali svým pacientům rady a instrukce ohledně toho, jak se usmrtit.²⁴⁵ To by zákonitě bylo v rozporu s textem Hippokratovy přísahy a dle našeho terminologického pohledu považováno za asistenci při suicidiu.

Na druhou stranu, lékařské asociace a především samotní lékaři asistenci při suicidiu stále většinově odmítají. Z velké míry tak je právě z důvodu složení Hippokratovy přísahy²⁴⁶, která je s touto praxí v disharmonickém vztahu. Onu pasáž pak vnímají stále jako aktuální, jelikož zakazuje napomáhat k negaci lidského bytí, a naopak poukazuje k posvátnosti lidského života.

Pro lékařský étos je ale ona dichotomie dilematickou skutečností, které je třeba věnovat úvahy a čas dialogu.²⁴⁷ I proto myslím, že lze mluvit o příležitosti k novému promýšlení současných hodnot a norem nejen medicinského charakteru v kontextu Hippokratovy přísahy.

²⁴⁴ Celá Hippokratova přísaha je v napětí s jinou antickou tradicí, především s Platónem, Aristotelem a stoiky, kteří v různých případech eutanazii a asistované suicidium obhajovali. Srov. KUŘE, J. *Dobrá smrt: k ujasnění pojmu eutanazie*, s. 225.

²⁴⁵ Srov. ENGELHARDT, T. *The Foundations of Bioethics*. Oxford: Oxford University Press, 1986, s. 315.

²⁴⁶ Jak poznamenal newyorský profesor bioetiky Art Caplan. Srov. SIMON, C. *With D.C. and California Laws in Jeopardy, a Fresh Debate Over Medical Aid in Dying* [online]. USA Today, 2019 [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: <https://eu.usatoday.com/story/news/2018/06/25/washington-dc-california-medical-aid-dying-physician-assisted-suicide/713546002/>

²⁴⁷ Sám velikán bioetiky Edmund Pellegrino mluví o současnosti jako o post-hipokratovské éře, tedy éře bez Hippokrata. Srov. PELLEGRINO, E., D. *Medical Ethics: Entering the Post Hippocratic Era*. Journal of the American Board of Family Practice 1(4), 1988, s. 230-237.

3.2. Lékařsko-etické dokumenty

Pro jasnější vhléd do problematiky napětí lékařského étosu a asistovaného suicidia je třeba si představit některé lékařsko-etické dokumenty a vyjádření lékařských asociací k tématu asistovaného suicidia.

Výzkumy ukazují, že v medicinském prostředí by souhlasilo s povolením asistovaného suicidia více lékařů, než bychom pravděpodobně čekali.²⁴⁸ Nutno však jedním dechem dodat, že většina lékařských organizací se staví proti praxi asistovaného suicidia. Např. WMA v prohlášení z 13. října 2019 deklaruje, že: „...*je rozhodně proti eutanazii a lékařsky asistovanému suicidii.*“²⁴⁹ Také dodává, že by žádný lékař neměl být nucen k účasti na asistovaném suicidii.

K otázce asistovaného suicidia a eutanazie se dále vyjadřuje Charta práv umírajících. Ta mj. stanovuje, že: „... *státy Rady Evropy mají ve všech ohledech respektovat a chránit důstojnost nevyléčitelně nemocných nebo umírajících lidí, a to tím: ..., že uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, nezakládá v žádném případě právní nárok na smrt z ruky jiné osoby; uznají, že přání zemřít, vyjádřené nevyléčitelně nemocnou nebo umírající osobou, samo o sobě nezakládá legální ospravedlnění činností, úmyslně způsobujících smrt.*“²⁵⁰ Charta se tedy staví proti praxím asistovaného suicidia i eutanazie. Naopak důraz klade a smysluplnou cestu vidí v poskytování a zkvalitňování paliativní péče.

Proti praxi asistovaného suicidia stojí také největší lékařská organizace v USA, a to Americká lékařská asociace (dále jen AMA). Ta ve svém kodexu lékařské etiky uvádí, že: „*Asistované suicidium není slučitelné s lékařským povoláním, bylo by obtížné ho kontrolovat a představuje vážná společenská rizika.*“²⁵¹ Toto negativní stanovisko

²⁴⁸ 54 % lékařů z USA a 41 % lékařů z pěti zemí Evropy (konkrétně Německo, Francie, Velká Británie, Itálie, Španělsko) by bylo pro povolení asistovaného suicidia. KANE, L. *Medscape Ethics Report 2014, Part 1: Life, Death and Pain* [online]. Medscape, 2014 [cit. 2020-04-09]. Dostupné z: <https://www.medscape.com/features/slideshow/public/ethics2014-part1#4>

²⁴⁹ *WMA Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide* [online]. World Medical Association, 2019 [cit. 2020-02-28]. Dostupné z: <https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/>

²⁵⁰ *Charta práv umírajících*. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999, 1999. Dostupná zde: <https://www.ikem.cz/cs/charta-prav-umirajicich/a-830/>

²⁵¹ „*Physician-assisted suicide is fundamentally incompatible with the physician's role as healer, would be difficult or impossible to control, and would pose serious societal risks.*“ *Physician-Assisted Suicide* [online]. American Medical Association [cit. 2020-03-29]. Dostupné z: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/physician-assisted-suicide/>

bylo potvrzeno v hlasování v poměru 392 ku 162 hlasům.²⁵² Z hlasování je zřejmé, že jednomyslnost ve stanovisku nebyla, avšak stále většina členů AMA asistované suicidium odsuzuje a staví se proti legalizování této praxe. AMA také tvrdí, že by vykonávání asistovaného suicidia způsobilo v konečném důsledku více škody než užítku. Místo zapojení se do asistovaného suicidia by lékaři měli stát při pacientovi, respektovat jeho autonomii, poskytovat mu emoční podporu, péči a zmírňovat jeho bolest.²⁵³

Proti asistovanému suicidii se staví i lékařské asociace v Německu. Spolková lékařská komora (*Bundesärztekammer* – dále jen BÄK) několikrát výslovně odmítla praxi eutanazie i lékařsky asistovaného suicidia.²⁵⁴ Vymezuje se také vůči komerčnímu poskytování asistovaného suicidia soukromými organizacemi.²⁵⁵ V kodexu dále uvádí, že je účast na asistovaném suicidii v rozporu s lékařským étosem. Lékař by měl pečovat o zachování života, ochranu a obnovu zdraví, dále zmírňovat pacientovo utrpení a respektovat důstojnost, osobnost a autonomii pacienta. BÄK také upozorňuje na to, že by se možností asistence při suicidii mohl poškodit celkový vztah mezi pacientem a lékařem. V terminálním stadiu života pacienta BÄK doporučuje jednotlivým lékařům a lékařským organizacím poskytovat paliativní péči.²⁵⁶ Mj. má ve svém profesním předpisu pro lékaře uvedeno, že: „*Lékař má chránit umírající s ohledem na jejich důstojnost a vůli. Je však zakázáno zabíjet pacienty na jejich žádost. Není povoleno (lékaři) pomáhat k sebevraždě.*“²⁵⁷ Tuto formulaci však některá regionální lékařská sdružení nepřijaly či do svých stanov nespécifikovaly. Bavorský řád se k asistovanému suicidii nevyjadřuje, pouze konkretizuje zákaz eutanazie. Bádensko-Württembersko používá velmi otevřené znění, že má lékař pomáhat při umírání a respektovat důstojnost

²⁵² Srov. FRIEDEN, J. *Physician-Assisted Suicide Once Again Divides AMA Members* [online]. Medpage Today, 2019 [cit. 2020-07-05]. Dostupné z: <https://www.medpagetoday.com/meetingcoverage/ama/80384>

²⁵³ Srov. *Physician-Assisted Suicide* [online]. American Medical Association [cit. 2020-03-29]. Dostupné z: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/physician-assisted-suicide/>

²⁵⁴ Srov. DOLEŽAL, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*, s. 190-191.

²⁵⁵ „*Der ärztlich assistierte Suizid wird abgelehnt. Das Gleiche betrifft die organisierte, gewerbliche bzw. kommerzielle Beihilfe zum Suizid durch sogenannte Sterbehilfeorganisationen.*“ 2. *Ablehnung des ärztlich assistierten Suizids* [online]. Bundesärztekammer, 2009. Dostupné z: <https://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/beschlussprotokolle-ab-1996/112-daet-2009/punkt-viii/ethik/2-ablehnung-des-aerztlich-assistierten-suizids/>

²⁵⁶ Srov. tamtéž.

²⁵⁷ „*Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.*“ K tomu zmíněný profesní předpis - § 16 *Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte* [online]. Bundesärztekammer, 1997 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf

a vůli pacienta. Jak vidíme, otázka asistovaného suicidia není jen otázkou oficiálních státních a institucionálních nařízení a předpisů. Týká se jí i otázka subsidiarity, tedy že zodpovědnost za rozhodování a etický diskurs nesou nižší celky, v tomto případě řády jednotlivých spolkových zemí.²⁵⁸

Podstatným lékařsko-etickým dokumentem pro české lékaře, který se vyjadřuje k praxi asistovaného suicidia, je stavovský předpis České lékařské komory (dále jen ČLK) č. 10 – Etický kodex. V § 2, odst. 7 se uvádí, že: „*Lékař u nevyлéčitelně nemocných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči neodvratitelné a bezprostředně očekávané smrti však nemá být cílem lékařova jednání prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium nejsou přípustné.*“²⁵⁹ Jak česká legislativa, tak ČLK asistované suicidium vnímají jako neetické a nepřípustné.

Ve výčtu vyjádření jednotlivých lékařských organizací a citování jejich etických kodexů bychom mohli pokračovat. Pro bazální přehled tento výčet postačí. Obecně platí, že drtivá většina mezinárodních i státních lékařských asociací odmítá praxi asistovaného suicidia a eutanazie, ať už z důvodu napětí s nynějším lékařským étosem, z důvodu narušení vztahu pacienta a lékaře apod.

3.3. Lékařsko-etický principalismus

Pokud mluvíme o etických principech, mluvíme o něčem, co je spjato s hodnotami jednajících osoby. Jde o vodítka, které jsou pro danou osobu důležité v jejím rozvažování a jednání. Ale ať už se jedná o etické principy či normy, mluvíme o něčem, co se vyvíjí, proměňuje a diskutuje v čase i prostoru. Jde o dynamické fenomény, které jsou ve vzájemných interakcích s lékařským étosem.²⁶⁰

Etický systém v medicínské oblasti, který vystavěl svoji teorii na principech lékařské etiky, se nazývá principalismus. Svoji ucelenou podobu dostal především v 70. a 80. letech 20. století, a to na univerzitě Georgetown pod vedením Toma L. Beauchampa

²⁵⁸ Srov. SCHUSTER, J. *Ärztliche Beihilfe zum Suizid und Rettungspflicht als Konfliktfeld*. In: HILPERT, K., SAUTERMEISTER, J. (Hg.). *Selbstbestimmung – auch im Sterben? Streit um den assistierten Suizid*. Freiburg: Herder, 2015, s. 123-124.

²⁵⁹ *Stavovský předpis ČLK č. 10 Etický kodex* [online]. Česká lékařská komora, 2019 [cit. 2020-03-21]. Předpis ke stažení zde: <https://www.lkr.cz/stavovske-predpisy-clk-212.html>

²⁶⁰ Srov. KALVACH, Z. *Úvahy nad širším kontextem eutanazie a jejího možného zneužití*. In: PTÁČEK, R., BARTUŇEK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019, s. 307.

a Jamese F. Childresse. Tito filosofové při rozboru různých etických dokumentů a studiu biomedicinských textů určili čtyři základní principy lékařské etiky, kterými se má řídit rozhodování a jednání lékaře. Jde o principy beneficence, nonmaleficence, respektu k autonomii a spravedlnosti.²⁶¹ Autoři samozřejmě přiznávají váhu i dalším principům, které však nezařazují mezi ty hlavní. Vymezením těchto čtyř etických principů (někdy nazývané „Georgetownská mantra“) chtějí poukázat na nejpodstatnější etické zásady vztahující se k medicinskému jednání.

Lékařsko-etický principalismus čerpal inspiraci z filosofie a etiky Williama Davida Rosse, konkrétně z jeho vymezení *prima facie* principů.²⁶² Principy vymezené Beauchampem a Childressem byly už v roce 1978 prezentovány v tzv. Belmontské zprávě. Důležitou se pak stala publikace s názvem *Principy biomedicínské etiky (Principles of Biomedical Ethics)*, kterou zmínění autoři publikovali v roce 1979.²⁶³ Pojdme si představit jednotlivé principy – beneficenci, nonmaleficenci, spravedlnost a autonomii.

Etymologie slova beneficence pochází z latinského *bene* – dobře a *facere* – činit. Archaicky bychom mohli říci, že jde o „dobřečinění“. Princip je také někdy označován jako pozitivní rozměr nonmaleficence. Jeho původ nacházíme už v Hippokratově přísaze, kde můžeme číst: „*Salus aegroti suprema lex*“, neboli „*zdraví nemocného je nejvyšším zákonem*“.²⁶⁴ Spadá sem jednání jako ochrana života, pomoc od bolesti, zvyšování kvality života a obroda fyzického a psychického zdraví.²⁶⁵ Vždycky však má jít o jednání spjaté s nejlepším zájmem pacienta.

Etymologicky najdeme ve slově nonmaleficence zápor *non, male* – špatně a opět *facere* – činit. Tuto zásadu můžeme, stejně jako v předchozím případě, najít v Hippokratově přísaze, a to v podobě „*Nil nocere!*“, jinak řečeno „*především neškodit*“.²⁶⁶ Z určitého pohledu jde o negativní dimenzi, která říká, co nemáme dělat. Je to zásada, která po lékaři chce, aby se svým jednáním vyhnul nebezpečí ohrožení pacienta v medicinském procesu. Nesmí se mu tedy jakýmkoliv způsobem uškodit, ublížit či ho usmrtit.

²⁶¹ Srov. ŠIMEK, J. *Lékařská etika*, s. 117.

²⁶² Více zde: <https://pages.mtu.edu/~tlockha/hu329ov8.htm>

²⁶³ Jde o referenční knihu, která má dalších sedm vydání (nejnovější je osmé vydání z roku 2019).

²⁶⁴ PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. a kol. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada, 2015, s. 55.

²⁶⁵ Srov. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 48, 56.

²⁶⁶ ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010, s. 113-114.

Princip spravedlnosti nacházíme už v tradici Hippokratovč, ale ještě nerozpracovaný, spíše jen distingovaně naznačený.²⁶⁷ Princip spravedlnosti nabyl na důležitosti až od konce 19. století, kdy se lékařské řemeslo začalo stávat mocným nástrojem k prodloužení délky života. Tato zásada souvisí s širší ekonomicko-etickou otázkou distribuce materiálních, finančních i lidských prostředků a zdrojů. Přirozeně je vnímáno jako nespravedlivé uzdravovat jen ty, kteří mají dostatek financí. Zdraví a život jsou považovány za základní lidská práva. V korelaci s tímto principem je např. kategorie sociálního zabezpečení, konkrétně v medicínských tématech pak hlavně zdravotní pojištění.²⁶⁸

Čtvrtý a poslední etický princip už nevychází z Hippokratovy přísahy, ale je novějšího, modernějšího rázu. Je jím respekt k autonomii pacienta. Obvykle je autonomie jmenována jako třetí princip. Schválně ho však ponechávám nakonec, jelikož je v kontextu naší práce nejproblematictější.

Jedná se o eticko-antropologický fundament naší civilizace znamenající to, že se pacient rozhoduje svobodně, odpovědně a racionálně, má možnost si v medicínském procesu vybrat samostatně a nezávisle, nikoliv pod nátlakem a manipulativně. Z druhé strany to znamená, že má lékař respektovat přání, potřeby, hodnoty a postoje pacienta, což předpokládá samotný lékařův zájem o dotyčného. Marek Orko Vácha definuje argument principem autonomie následovně:

„Můj život mi patří jako jakákoliv jiná věc, mohu si s ním činit, co se mi zlíbí, a je mým právem rozhodnout kdy, kde a za jakých okolností zemřu. Moje svoboda končí tam, kde začíná svoboda druhého. Ve svém prostoru svobody si mohu činit, co chci, a pokud nijak neohrozím prostor svobod ostatních, nelze mi v mých rozhodnutích bránit. Každý člověk ví sám pro sebe, jaké utrpení je pro něj ještě snesitelné a jaké již ne. Můj život je mou věcí.“²⁶⁹

²⁶⁷ Srov. FISCHEROVÁ, S. *Hippokratova přísaha a eutanazie*. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019, s. 215.

²⁶⁸ Šimek považuje stav úplné spravedlnosti v medicíně za prakticky neuskutečnitelný. Spojuje to s horší fyzickou i sociální adaptivitou chudších, na což má vliv více faktorů (genetika, prostředí, pracovní podmínky). Šimek pak klade důraz na termín equita, čímž vyjadřuje snahu o rovný přístup k lékařské péči pro všechny, spojený se spravedlivou geografickou distribucí zdrojů, tedy i jakýmsi trans-nacionálním přesahem. Srov. ŠIMEK, J. *Lékařská etika*, s. 121. K tématu rovněž srov. KURE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 38-39.

²⁶⁹ VÁCHA, M. *Eutanazie pro a proti*. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019, s. 241.

Tento princip se v kontextu eutanazie a asistovaného suicidia hojně diskutuje. Také nám říká mnohé o problematice vztahu lékaře-pacienta. Prakticky jde o to, že pacient nemá být jen pasivní recipient, ale i aktivní účastník léčebného procesu.²⁷⁰ Má mít informace o svém stavu, má spolurozhodovat o tom, jaké podstoupí lékařské zákroky a v jednání má dávat najevo své hodnoty, které mnohdy můžou být v rozporu s těmi lékařovými.

V nynější debatě o autonomii je však dle mého názoru málo zdůrazňován fakt, že jde o spolurozhodování, nikoliv jen pacientovo rozhodování.²⁷¹ Uplatňování autonomie opravdu neznamena situaci, kdy pacient řekne, že chce zemřít, a lékař to prostě vykoná. Neznamena to ani jakési posunování lékaře do situace medicínské neutrality, kdy nebere ohled na své morální zásady. Lékař se opravdu nemusí podřizovat pacientově pojetí dobra, jak si někdo může myslet.²⁷² To bychom špatně vykládali imanentní etiku samotné medicíny. Metaforicky řečeno, lékař není džin z lahve, který splní jakékoliv přání pacienta. Pokud by takový realizátor přání byl, kritérium autonomie by pak bylo použitelné i na situaci osob, které nesnesitelně netrpí a nenachází se v terminálním stádiu choroby. Lékař je spíše spolu-rozhodovatel v náročném medicínském procesu. Právní odpovědnost je ale na jeho bedrech, tudíž mu zůstává hlavní slovo v průběhu lékařské péče.²⁷³

Princip autonomie má své hranice i jinde. Svěprávně a samostatně se nedokáže rozhodovat každý. Může to být z důvodů nejrůznějších onemocnění, ať už fyzických či psychických, může jít také o různé typy demence u starších osob nebo o osoby s mentálním postižením, kteří nejsou schopni svěprávného rozhodování. Tyto osoby jsou pak vulnerabilní, mají snížené kompetence a je snazší s nimi manipulovat či jim podsunout určitou myšlenku. Stejně tak se mohou nacházet v zajetí nejrůznějších strachů a pocitů, že už by tu neměli být, jelikož svou existencí obtěžují druhé. Takto

²⁷⁰ Kritérium pacientovy autonomie je mj. spojeno s lékařsko-etickými instituty informovaného souhlasu a dříve projevených přání pacienta.

²⁷¹ Zde je pak ona svoboda rozhodování vnímána chybně jako bezbřehá. Srov. SOKOL, J. *Společná etika pro všechny lidi?* [online]. jansokol.cz, 2014 [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: <http://www.jansokol.cz/2014/03/spolecna-etika-pro-vsechny-lidi/> / Frankl také poukazuje na to, že svoboda se neobejde bez odpovědnosti, což jsou dva aspekty téhož. Srov. FRANKL, V., E. *Vůle ke smyslu: vybrané přednášky o logoterapii*. 2. vydání, Brno: Cesta, 2006, s. 72-74.

²⁷² I z toho důvodu, že dobro je velmi abstraktní filosofický pojem, na jehož definici je těžké se konsensuálně dohodnout. Můžeme se ptát, zda se myslí dobrem dobro fyzické (nebolavé tělo) nebo dobro hodnotové či dobro v širším filosofickém a náboženském kontextu (spirituální dobro). Srov. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*, s. 52-55.

²⁷³ Srov. VIRT, G. *Žít až do konce*. Praha: Vyšehrad, 2000, s. 18-19. Také srov. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 56.

vulnerabilní osoby pak vyžadují zvláštní ochranu a péči.²⁷⁴ V tomto smyslu pak mluvíme spíše o zdánlivé autonomii.

Podstatné je si však upřesnit, že autonomie nerovná se důstojnost člověka. Jde však o filosofickou otázku, na kterou se názory různí, a z které pak vyvěrají odlišné etické konsekvence. Jeden přístup říká, že jde o nezcizitelný princip, který má naprosto každý člověk.²⁷⁵ Odlišné pojetí směřuje autonomii s důstojností, tzn., že člověk může důstojnost ztratit, může jí zase nabýt, záleží na schopnostech a určitém psychosomatickém stavu.²⁷⁶ Ačkoliv mezi tyto dvě kategorie někteří lidé rovnítko dávají²⁷⁷, přikláním se k názoru, že to jsou dvě odlišné etické kategorie. Důstojnost má naprosto každý člověk, ať má či nemá mentální postižení, demenci či určité onemocnění. Úroveň autonomie můžou mít lidé rozdílnou, dle jejich mentálních schopností.²⁷⁸

Autonomie je etická kategorie, s kterou se společnost ještě učí pracovat a zároveň jde o princip, který byl historicky postupně objevován. Autonomie je jedním z nejhodnotnějších principů, které naše společnost vyprodukovala. Hrozí tu však i nebezpečí jeho deformace. Konkrétně v kontextu problematiky asistovaného suicidia může jít o situaci, kdy by docházelo k vnějšímu či vnitřnímu tlaku na pacienta potenciální realizací autonomie. Aby nedocházelo k takovému společenskému nátlaku, je třeba upřímného dialogu, empatie a různých pojištění proti zneužití tohoto principu.²⁷⁹

Zmíněný čtyřprincipový model lékařské etiky má v medicínské branži napomoci v rozhodování v nejistých a náročných chvílích. Jde o určité požadavky na určité jednání (lze říci, že jde o povinnosti v duchu deontologie).²⁸⁰ Avšak i tyto principy se dostávají do vzájemných rozporů. Kritici tohoto pojetí hovoří o abstraktnosti teorie, což znamená, že je odtržena od medicínského prostředí a konkrétních situací, ve kterých se ony etická dilemata vyjevují.

²⁷⁴ Srov. KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 230.

²⁷⁵ V bioetické terminologii by šlo o ontologický personalismus.

²⁷⁶ V bioetické terminologii by šlo např. o empirický funkcionalismus.

²⁷⁷ Např. konsekvencialisté, konkrétně třeba Peter Singer či James Rachels. Srov. HLAVINKA, P. *Dobro a ctnost pohledem etických a náboženských koncepcí*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2014, s. 86-89.

²⁷⁸ Srov. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 57. Také srov. MUNZAROVÁ, M. *Proč nelze souhlasit s legalizací eutanazie a asistovaného suicidia*. In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019, s. 45.

²⁷⁹ Srov. KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 106.

²⁸⁰ Srov. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 58.

Důležité je podotknout, že Beauchamp a Childress si byli vědomi konfliktů jednotlivých principů mezi sebou ve specifických situacích. Proto zavedli ještě čtyři další vedlejší zásady, které mají být bezpodmínečně splněny v případech, kdy se musí jeden etický princip porušit, aby bylo možno naplnit jiný. Jsou to tyto požadavky: 1. Cíl morálního usilování musí být realistický; 2. Z morálního hlediska neexistuje žádná alternativa, která by byla více oprávněná; 3. Dojde-li k nutnosti, že musí být porušen některý základní etický princip, snažit se, aby byl porušen co nejméně; 4. Odpovědní pracovníci ve zdravotnictví musí při skutečné realizaci takových etických rozhodnutí, při kterých dochází k porušení některého ze základních čtyř principů lékařské etiky, udělat skutečně maximum pro minimalizaci důsledků tohoto porušení.²⁸¹

Už jsme si řekli, že etické principy mají vliv na rozvažování a jednání dané osoby. Tato osoba, v naší situaci lékař, pak tyto vodítka vnímá jako správné a jedná podle nich. V lékařské etice však etické principy nefungují odděleně, nezávisle. Jeden princip koexistuje s dalšími a všechny se navzájem ovlivňují. To nám vysvětluje situaci, kdy máme několik etických principů považovaných za správné, které se však prolínají, a dokonce se můžou dostávat do konfliktu.²⁸²

Proto je nutné se zmínit alespoň o rozporech a konfliktech mezi základními etickými principy, o kterých je řeč. V některých situacích proti sobě stojí princip beneficence a nonmaleficence. Pokud bychom stáli na straně zachování života, upřednostňujeme beneficenci před nonmaleficencí. Lze pak zvažovat i v rámci zdraví a věku člověka, zda má vyšší cenu hodnota života (u mladého člověka pravděpodobně ano), nebo zda se tím prodlouží a zhorší terminální stav (např. u pacienta, který umírá).²⁸³

Nejpatrnější je ale rozpor mezi hippokratovskými principy beneficence a nonmaleficence a moderním principem autonomie.²⁸⁴ Tento rozpor je pak v lékařsko-etickém diskursu jeden z neaktuálnějších – zda je vyšší hodnotou zachovávat život či respektovat pacientovo autonomní rozhodnutí. Dále jde o to, že neškození a dobřečinnění jsou principy, které má povinnost uplatňovat lékař. Jinak řečeno, jsou v plné moci lékaře. Avšak princip autonomie už vnáší do etického rozhodování hlas

²⁸¹ Srov. BEAUCHAMP, T., L., CHILDRESS, J., F. *Principles of Biomedical Ethics*. Fifth edition, Oxford: Oxford University Press, 2001, s. 19-20.

²⁸² Srov. ŠIMEK, J. *Lékařská etika*, s. 116.

²⁸³ Jde o obecné otázky konkretizující se v jednotlivých případech. Tamtéž, s. 122.

²⁸⁴ V některých textech je etický princip autonomie zaměňován za etický princip svobody. Budu však zde v návaznosti na lékařsko-etický principalismus používat termín autonomie.

pacienta, který může znít i naprosto opačně než ten lékařův. Pokud se principy střetnou vzniká konflikt, rozpor, který se určitým způsobem musí rozhodnout.²⁸⁵

Hodnoty zachování života a respektování pacientovy autonomie jsou v rámci lékařského étosu a otázky asistovaného suicidia hojně diskutovány. Zejména v laických debatách dochází k bagatelizaci a schematizaci této dichotomie. Je však pravdou, že nám tato dualita ukazuje na mnohé. Především na to, že se lékařský étos zásadně proměnil. Ještě před 100 lety by jen málokdo vyzvedával kategorii respektu k autonomii nad kategorií zachování lidského života. V současnosti však dochází ke změně vnímání a hierarchie těchto hodnot.²⁸⁶

Tato změna vnímání a posun v hierarchii etických hodnot lze pozorovat i na terminologii. Asistované suicidium či eutanazie jsou nazývány jako smrt na požádání, smrt na přání. Spojují se s tím takové fráze jako zvolit si smrt či dokonce právo na smrt.²⁸⁷ Všechny tyto ustálené pojmosloví poukazují na určitou snahu držet moc nad svou vlastní smrtí.²⁸⁸

V lékařském prostředí vzniká konflikt autonomie a beneficence ve chvíli, kdy lékař považuje jednu hodnotu (např. ochranu života) za vyšší než jinou.²⁸⁹ Pacient to však může vidět jinak či naprosto opačně. V tomto případě je na lékaři, aby pacientovi předal správné a kompletní informace o jeho zdravotním stavu, průběhu nemoci a celém léčebném procesu, popř. se mu snažil vysvětlit jeho stanovisko a pohled na věc se vším respektem k jeho autonomii. Pacient by měl sdělit také svůj pohled na věc, jaké má argumenty pro odmítnutí určité léčby, která ho může zachránit. Pokud se např. ukáže, že chce pacient zemřít z důvodu noogenní neurozy nebo ztráty smyslu života, je těžké tomuto argumentu při současném lékařském étosu vyhovět. Teoreticky by pak ale mohlo docházet k diskutování možnosti asistovaného suicidia, v tomto případě

²⁸⁵ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 185. Také srov. KOŘENEK, J. *Lékařská etika*, s. 58.

²⁸⁶ Kategorie života je nadřazována především z náboženských pozic (ale nejenom). Kategorii autonomie pak v rámci asistovaného suicidia vyzdvihují nejčastěji neteisticky smýšlející lidé. Srov. HŘÍBEK, T. *Za etiku bez teologie: k článku Marka Váchy o eutanazii*. Filosofický časopis, 2010/5, s. 743-744.

²⁸⁷ Velká většina odborné právnické veřejnosti mluví o tom, že z práv na život, práv pacientů a práva na sebeurčení nelze odvozovat právo na smrt či právo zemřít. Odkazuje se na již výše zmíněný případ Pretty v Spojené království. HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*, s. 184. Nelze také nezmínit přínosnou debatu právního experta Jonathana Turleyho a bioetiků Stephena Jamisona, Daniela Callahana a Leona Kasse. Především poslední dva zmínění zdůrazňují, že neexistují argumenty filosofické ani právní povahy pro zmíněné „právo na smrt“. *Is there a right to die? (1996) – with Leon Kass / THINK THANK*. In: Youtube [online]. 11. 4. 2020 [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=9lwoRnxEvyE>. Kanál uživatele: American Enterprise Institute.

²⁸⁸ Srov. KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 41.

²⁸⁹ To však neznamená, že by lékař jednu hodnotu vysloveně nerespektoval a druhou ano. Spíše jde o převážení jedné hodnoty na druhou.

z důvodů určitých existenciálních či psychologických obtíží.²⁹⁰ Zde pak princip autonomie naráží na ony výše zmíněné hranice a můžeme se ptát, je-li možno mluvit opravdu o autonomii. Domnívám se, že při diskutování autonomních projevů musíme být v těchto případech velmi obezřetní a opatrní.

Nabíledni je také otázka, zda prostě jen nejde o symptom naší společnosti plné separátních osamocených jedinců, kteří potřebují spíše než možnost prosazovat svoji autonomii, porozumění, blízkost a upřímný dialog.

Marek Orko Vácha poukazuje v tomto kontextu na proměnu náboženského a společenského ovzduší. Také zdůrazňuje fakt, že nejde jen o snahu uplatňovat autonomii, ale tyto bioetické otázky nějak souvisí s proměnou hodnot v současné společnosti.²⁹¹ Myslím, že to má co dočinění s určitou absencí hodnotové a etické hierarchie, na které by se společnost shodla.²⁹² Tím se nám problematizují a ztěžují i morální otázky v medicíně. Zygmunt Bauman pak mluví o paradoxu dnešní společnosti. Na jedné straně je zde přítomný individualismus, který přináší v mnoha směrech pozitivní změny. Popuštěná uzda jeho procesům s sebou na druhé straně nese nelehké predikování a tuhé vyrovnávání se s implikacemi individualizace.²⁹³

Gilles Lipovetsky popisuje jak ustupuje do pozadí určitá deontologická (povinnostní) kultura vůči sobě samému, na úkor individuálních, subjektivních práv. V praxi to znamená už výše řečené – důraz na vlastní sebeurčení a projevování autonomie i v nakládání se svým životem. A to platí i v naší otázce asistovaného suicidia. Touha po suicidiu a samotné suicidium už není vnímáno jako mravní provinění vůči sobě samému, ale spíše psychologické téma a projev onoho důrazu na autonomii.

Jak silně spolu souvisí důraz na autonomii a asistované suicidium ukázala situace v USA, a s tím spojený „*The Philosophers' Brief*“, dopis šesti morálních filosofů²⁹⁴ Odvolacímu soudu. Autoři textu v dopise žádali na základě 14. dodatku Ústavy USA (zajišťující osobní svobodu) extenzi práv pacientů, konkrétně o to, aby se pacienti mohli

²⁹⁰ Jednalo by se pak mj. o téma medicinalizace existenciální deprivace. Srov. ŠIMEK, J. *Lékařská etika*, s. 125.

²⁹¹ Srov. VÁCHA, M. *Je vůbec ještě možná etika v „postetickém“ světě?* Filosofický časopis, 2010/2, s. 273-279.

²⁹² Např. jako ve středověké společnosti, kdy křesťanství poskytovalo teologicko-etický a společenský rámec. Srov. PETRÁČEK, T. *Člověk, hodnoty a dynamika středověké společnosti*. Ostrava: Moravapress, 2014, s. 97-101 a passim.

²⁹³ Srov. BAUMAN, Z. *Tekutá modernost*. Praha: Mladá fronta, 2002, s. 63-64.

²⁹⁴ Jde o Ronalda Dworkina, Thomase Nagela, Roberta Nozicka, Johna Rawlse, Thomase Scanlona a Judith Jarvis Thomson.

rozhodnout pro asistované suicidium, stejně tak jako pro odmítnutí života prodlužujících postupů či interrupci. Jedná se o lékařskou pomoc zemřít dle přání kompetentního pacienta. Autoři se svým dopisem a rozpracováním problematiky snaží zajistit svobodu občanům USA i v lékařské otázce umírání.²⁹⁵ Všeobecný zákaz asistovaného suicidia vnímají tak protiústavně.

Jaromír Matějek celý text rozebírá a nachází některá rizika spojená s akceptací asistovaného suicidia. Kromě zdánlivé autonomie pacienta a vlivu příbuzných, může jít i o diagnostické omyly. Nejdůležitější mi ale přijde právě sociální rozměr celé věci, který autoři tak plně neakcentovali. Legalizací asistovaného suicidia dochází k změně právního stavu, jde za určitých podmínek o povolené jednání. Dochází ale tím i k plíživé legitimitě této praxe – stává se z toho norma a zároveň jedna z biomedicinských možností, jak řešit svou situaci. Už jen tato skutečnost může být pro pacienty stresující, jelikož dochází k nepřímému tlaku na jejich rozhodnutí. Celá situace kolem Philosophers Brief také naznačuje socio-kulturní rozdíl. V USA se silně zdůrazňuje svoboda občanů, a to na úkor sociálního rozměru celého tématu asistovaného suicidia.²⁹⁶ Étos je tak v mnohém prodchnut individualistickým pragmatismem.

Nelze ale tuto situaci absolutizovat. Dochází i k snahám zmírnit individualistické pohnutky a více zdůrazňovat mezilidskou etiku a sociální kontext celé problematiky. V lékařském étosu se mluví o tzv. zodpovědném individualismu lékařů. Jedná se o určitou snahu proniknout k pacientovi, přijímat ho v jeho přirozenosti, sdílet s ním jeho současné strasti a radosti, vést odpovědný dialog a šířeji pak reflektovat smysl jeho existence v kontextu všech časových horizontů a lidských rozměrů. „*Lidský život je v tomto ohledu stále otevřen do budoucnosti, a to i v nemoci a během umírání, např. možnost změny životního postoje i úpravy vztahů těsně před smrtí. Hledání smyslu je přirozeným cílem člověka.*“²⁹⁷ A to není jen úkol lékařů, ale i nás všech.

²⁹⁵ Nutno dodat, že dopis byl zveřejněn v roce 1997, a jak je zřejmé z kapitoly USA, situace se opravdu změnila. K legalizaci asistovaného suicidia došlo v několika amerických státech, přičemž další státy o legalizaci uvažují.

²⁹⁶ K celé problematice srov. MATĚJEK, J. „*The Philosophers Brief*“; *Asistovaná sebevražda jako varianta v rozhodování o životě pacienta a vliv této varianty na pacientovu svobodu*. In: NOVITZKY, P. (ed.). *Spravedlnost a etika: Eseje a teologická reflexe myšlení Johna Rawlse*. Košice: Equilibria, 2010, s. 87-104. Také srov. MANN, P., S. *Meanings of Death*. In: BATTIN, M., P., RHODES, R., SILVERS, A. *Physician Assisted Suicide: The Expanding Debate*. New York: Routledge, 1998, s. 14-16.

²⁹⁷ KALVÍNSKÁ, E. *Poskytování spirituální péče jako podpora při řešení otázky eutanazie?* In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019, s. 346.

Základní principy, které Beauchamp a Childress definovali, nemají za cíl podat jednoduchý návod, jak postupovat. V rozdílných situacích se můžou využít různě a samotní lékaři mají odlišné představy o tom, co je to beneficence, spravedlnost atd. Principy můžeme označit spíše za odrazové plochy bioetické arény, v níž se pohybujeme. Tyto plochy nás pak nutí k diskusi, rozvaze a dialogu. Diskuse však vyžaduje, aby všichni účastníci znali prostor, v kterém se pohybují. Tento lékařsko-etický model může být pomocníkem při inter-skupinovém a intra-skupinovém dialogu.²⁹⁸

3.4. Svědomí, vztah lékař-pacient

Institutem, hrajícím důležitou roli v lékařsko-etické problematice, je výhrada svědomí. O svědomí se bavíme tam, kde existuje mravní rozhodování. Je to klíčový lidský regulativ sloužící k zachování morální celistvosti.

V lékařské tématice mluvíme o svědomí v souvislosti s jednáním podle svědomí, ale také s určitým modelováním, výchovou a péčí o svědomí.²⁹⁹ Svědomí je také velmi úzce spjato se sebereflexí, která je pro lékaře v bioetických otázkách naprosto klíčová: „*Má-li se člověk vázat na úsudek vlastního svědomí, musí být ochoten kriticky zkoumat sám sebe.*“³⁰⁰

Co je ale ona výhrada svědomí? ČLK³⁰¹ ve svém etickém kodexu uvádí, že: „*Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu nebo spoluúčasti na něm, který odporuje jeho svědomí.*“³⁰² Znamená to, že lékař kvůli svému přesvědčení a navzdory přesvědčení pacienta, může jednat, tak jak mu káže svědomí. Např. pokud má možnost zachránit pacienta (princip beneficence) a pacient si to nepřeje (uplatnění práva na sebeurčení), pak jsou oba principy na stejné úrovni a lékař se rozhoduje na základě svého svědomí, které v tomto případě stojí na straně principu beneficence (ochrana života). Jde pak o to, jestli dotyčný lékař jedná proti vlastnímu svědomí nebo proti

²⁹⁸ ŠIMEK, J. *Lékařská etika*, s. 127-128.

²⁹⁹ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*, s. 60-64.

³⁰⁰ Huber pak dodává, že je svědomí povahy relační i personální a je naplněno smyslem etickým, rituálním a teologickým. HUBER, W. *Etika: základní otázky života*. Praha: Vyšehrad, 2016, s. 92-93.

³⁰¹ K otázce svědomí se vyjadřují mnoho dalších lékařských asociací a dokumentů, např. WMA, Etický kodex lékárníků, Etický kodex sester, Česká stomatologická komora apod. Více k tématu srov. MATĚJEK, J. *Svědomí v lékařské etice*. Brno, 2006, 116 s. Dizertační práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, vedoucí práce prof. MUDr. Marta Munzarová, CSc., především s. 53-75.

³⁰² *Stavovský předpis ČLK č. 10 Etický kodex* [online]. Česká lékařská komora, 2019 [cit. 2020-04-21]. Předpis ke stažení zde: <https://www.lkcr.cz/stavovske-predpisy-clk-212.html>

autonomnímu rozhodnutí pacienta.³⁰³ Neakceptovatelné ale je nesděliti pacientovi pravdu o svém přesvědčení, jakožto lékaře.

Tím se dostáváme se k další podstatné eticko-lékařské otázce, a to otázce vztahu a dialogu lékaře-pacienta. Jedním z pilířů lékařské etiky je důraz na tuto vztahovost a s ní související eticky diskutabilní a nejednoznačné situace. V době minulé bychom mluvili o osobním, byť paternalistickém vztahu, kdy lékař rozhoduje za pacienta a pacient lékaře poslouchá, protože je to odborník. V současnosti se však více jedná o dialog (můžeme mluvit o době dialogické) zaměřený na rozhodnutí v konečné životní fázi, přičemž má prostor pro autonomní vyjádření lékař i pacient.

Pojďme ale výše řečený odstavec trochu rozvést, jelikož je situace o něco spletitější. Výše zmíněné eticko-lékařské principy, zvláště kategorie zachování lidského života a princip autonomie nelze absolutizovat. Kromě nastíněných dilematických principů nám do hry vstupuje i určitý obecný přístup lékaře. Joel Feinberg píše o paternalistickém přístupu a rozděluje ho na měkký a tvrdý. Měkký paternalismus je založen na principech beneficence a nonmaleficence, přičemž má chránit jednotlivé pacienty před možností jednat neautonomně. Můžeme sem zařadit pacienta, který jedná v depresi nebo závislosti, také sem může patřit osoba neinformovaná o všech možnostech medicínské péče na konci života. Lékař pak má rozhodovat za pacienta, který zjevně není schopen kompetentního projevu autonomie. Tvrdý paternalismus je založen na myšlence, že lékař rozhoduje za pacienta i v případech, kdy je pacient schopen autonomního jednání.³⁰⁴

Tvrdý paternalismus nám může z našeho současného individualistického pohledu přijít podezřelý a jaksi ne-svobodný. Více bychom se pravděpodobně klonili k měkkému paternalismu, jež má blízko k autonomnímu rozhodnutí pacienta v otázkách lékařské péče. Ale ve vztahu lékař-pacient nemusí být v mnoha případech ani nárok na autonomii tím, co je správné.

Zprvé může jít jen o zdánlivou autonomii pacienta, naznačenou výše. Druhým problémem může být skutečnost, že se za pojmem autonomie může skrývat i určitá

³⁰³ Otázka, která se v rámci fenoménu výhrady svědomí diskutuje, je oprávněnost a v krajních případech povinnost asistovat pacientovi při sebeusmrcení. I proto funguje institut výhrady svědomí tak, aby nedocházelo k případnému zneužívání lékařského povolání od pacientů či třetích stran. Srov. ŠIMEK, J. *Lékařská etika*, s. 124-125, 154 a passim.

³⁰⁴ Srov. FEINBERG, J. *Harm to Self: The Moral Limits of the Criminal Law*. New York: Oxford University Press, 1986, s. 12-16.

lhostejnost lékaře k pacientovi. Merks mluví v tomto případě o „autonomii osamělosti“. Naproti tomu klade jako důležitou „autonomii ve vztazích“ neboli relacionální autonomii. Tato autonomie pak nerezignuje na lékařskou péči a zachování lidského života. Vychází z premisy, že autonomii nelze vnímat ryze atomisticky, ale právě ve vztazích, v nichž se pacient pohybuje a žije. „Člověk je bytost mezi jinými bytostmi ve světě.“, jak uvádí Patočka.³⁰⁵ Naše jednání má ryze interakční charakter.³⁰⁶ Relacionální autonomie se snaží se hledat cestu mezi eticko-lékařskými principy nonmaleficence a beneficence a principem autonomie, to vše v sociálně-etických souvislostech lidského jednání. Prakticky jde o snahu hlubšího porozumění pacientovu rozhodnutí v kontextu všech rozměrů člověka (fyzický, psychický, sociální a spirituální).³⁰⁷

Jak už bylo naznačeno, každá seberealizace a uplatňování autonomie se může odehrávat jen v sociálních kontextech. Konkrétně v tématu naší práce jde o asistenci lékaře či sestry při suicidii. Ukazuje se tak, že k sebeurčení pacient potřebuje nejen sebe, ale i druhého.³⁰⁸ Fenomén se jinak nazývá jako privatizovaná smrt, tedy stav, kdy jedinec rozhoduje o tom, jak zemře. Toto rozhodnutí však neexistuje nikdy samo o sobě. Má dalekosáhlý vliv nejen na rodinu, blízké a lékařský personál, ale v širším měřítku i na lékařský étos.

Pacient v terminálním stádiu může vyjádřit přání, jak by měla vypadat jeho konečná životní cesta. Toto vyjádření musí korespondovat s právní legalitou státu. Pokud by pacient chtěl vykonat asistované suicidium (za předpokladu legality), potřebuje onu jistou formu pomoci (radu, prostředek apod.). Etický problém nastává právě zde. Sebevrah se rozhodne, a poté čin sebevraždy vykoná. U asistovaného suicidia však sebevrahovi „pomáhá“ další člověk (ať už lékař či někdo jiný). Tato forma „pomoci“ je považována za radikální, totální, konečnou. U asistovaného suicidia je rozděleno rozhodnutí a vykonání samotného aktu. Tento stav je pak eticky problematický, jelikož morální odpovědnost nenese pouze pacient, ale i ona asistující osoba – lékař či zdravotní sestra.

³⁰⁵ PATOČKA, J. *Tělo, společenství, jazyk, svět*. Praha: OIKOYMENH, 1995, s. 53.

³⁰⁶ ANZENBACHER, A. *Křesťanská sociální etika: úvod a principy*. 2. vydání, Brno: CDK, 2015, s. 9.

³⁰⁷ Srov. MATĚJEK, J. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*. Praha: Galén, 2011, s. 132-135. Matějek v textu vychází z Merksovy kapitoly *Autonomie: Selbstbestimmung und Fürsorge* z knihy *Patientenverfügungen. Unterschiedliche Regelungsmöglichkeiten zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge*. Münster: Lit Verlag, 2005.

³⁰⁸ Srov. KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 42.

Už téměř před třiceti lety poukazoval americký bioetik Daniel Callahan na skutečnost, že eutanazie a asistované suicidium nejsou privátní záležitostí. Nejenže do procesu vstupuje lékař, zdravotní sestra či psycholog, ale i pojišťovny, farmaceutické firmy a další subjekty. Vysoký podíl na akceptaci těchto praxí má i samotná společnost, která je buď podporuje nebo odsuzuje.

Silnou odezvou je ale v otázkách vztahu lékaře a pacienta také náboženský pohled. Např. papež Jan Pavel II. mluví ve své encyklice *Evangelium Vitae* o eutanazii a asistovaném suicidii jako o symptomech kultury smrti.³⁰⁹ Tyto praxe dle něj rozleptávají důvěru a vztah mezi lékařem a pacientem. Nutno dodat, že ať už jde o křesťanskou, židovskou či islámskou lékařskou etiku, všechny mají společné ono odmítnutí a odpor k eutanazii a asistovanému suicidii. Na druhou stranu to neznamená, že by někteří nábožensky zainteresovaní lidé v některých případech nevyjadřovali podporu legalizaci těchto medicínských praxí.³¹⁰

Už jsme zmínili, že v dilematu asistovaného suicidia nejde nikdy jen o rozhodnutí pacienta či rozhodnutí lékaře, ale vždy o sdílení odpovědnosti a spolurozhodování zúčastněných osob. Proto je naprosto klíčová dimenze autentického a upřímného osobního vztahu mezi trpícím pacientem a pečujícím lékařem. Lékař by neměl projevovat jen respekt k pacientově osobě, autenticitě a jeho postojům, ale i k celkové kontextualitě jeho života.

Tento vztah musí být naplňován různými typy komunikace. Jedním z nich je dialog, z kterého pak má ono spolurozhodnutí vzniknout. Tento dialog a celý vztah neovlivňují jen jednotlivá medicínská zdůvodnění, ale i úsudky filosofické, hodnotové. Odpovědný a autentický dialog mezi pacientem a lékařem je naprosto nutnou podmínkou tohoto vztahu. Lékař je odpovědný, proto má dávat odpověď. Tato odpověď pak má být autentická, pravdivá. Ale jak podotýká Günter Virt – pravda není kategorií majetnickou, vlastnickou – pravdu nevlastníme, pravdu je třeba hledat, objevovat, odkrývat, a to i v kontextu rozhodnutí na konci života.³¹¹ Jak bude takový dialog vypadat samozřejmě nejde ošetřit legislativně, ale je důležité, aby se v rozhovoru oba potkali a vyjasnili si své hodnoty, postoje a možnosti, jak postupovat. I to je podstatou institutu

³⁰⁹ Srov. JAN PAVEL II. *Evangelium vitae: o životě, který je nedotknutelné dobro*, s. 83.

³¹⁰ Jedním příkladem za všechny je např. švýcarský teolog Hans Küng, který chápe dobrovolnou smrt injekcí či asistovaným suicidiem jako racionální důvěru v Boha. Srov. KÜNG, H. *Dobrá smrt?* Praha: Vyšehrad, 2015, s. 22 a passim.

³¹¹ Srov. VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 41-42. Také srov. BURDA, F. *Kultura služby: analýza a aplikace antropologických východisek*. Ústí nad Orlicí: Oftis, 2014, s. 223-224.

informovaného souhlasu. Jde v něm o určitou snahu porozumět si, dohodnout se, a to vše v mezích státního práva a morálky zúčastněných.³¹²

Ještě bych zmínil, že je zde také potence dát větší pravomoci zdravotní sestře. Sestra funguje v mnohém jako prostředník mezi lékařem a pacientem. Nemá však dostatek kompetencí, které by mohly celý medicínský proces zlepšit. Např. nemůže sdělovat pacientovi diagnózu, nemůže být při spolurozhodování pacienta apod. Špalek se Šimkem vidí jako nutnost dát zdravotní sestře více kompetencí.³¹³

Dialogické jednání je pak určitý um, v kterém se lékaři musí vzdělávat. Nejde jen o pravdivost v rozhovoru či vykonání toho, co považuje lékař za správné. Jde i o určité posouzení a evaluaci pacientových požadavků, potřeb, žádostí a proseb. Celá mezilidská etika a mnoho morálních nároků v medicíně z tohoto vztahu pacienta a lékaře vyrůstá, proto je tak nutné se mu věnovat.³¹⁴

³¹² Srov. SUMNER, L., W. *Physician-Assisted Death: What Everyone Needs to Know*. New York: Oxford University Press, 2017, s. 21-24.

³¹³ ŠIMEK, J., ŠPALEK, V. *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada, 2003, s. 43.

³¹⁴ Srov. MUNZAROVÁ, M. *Lékařský výzkum a etika*, Praha: Grada, 2004, s. 13.

4. Lékařský étos, asistované suicidium

Naše existence je časově ohraničena. Univerzální konstantou je fakt, že smrti neunikneme. Lidé by raději zemřeli rychle a bezbolestně, což je vnímáno jako přirozené a pochopitelné. Medicína je technicky schopná takovou smrt pacientům způsobit. V některých zemích je taková praxe legální. V nadcházejících kapitolách se na asistované suicidium podíváme z hlediska lékařského étosu, a také z pohledů etických, které jsme nastínili v předchozí kapitole.

4.1. Medicínská moc a role lékaře

Ačkoliv můžeme číst názory o tom, že se pohybujeme v eticky moribundní a morálně vyprázdňené společnosti, nemyslím si, že lze takto úhrnně labelizovat. Nelze mluvit o určité „postetice“ či „ne-etice“ ani v medicínském prostředí.³¹⁵ Jak jsme poznamenali, medicína je většinou pojmána jako přírodní obor, jehož technologický aparát je v neustálém progresu (dochází k posunu od „osudovosti k proveditelnosti“). V lékařství však nejde o určité umělé navyšování technických znalostí, ale o péči, podporu a službu člověku, tudíž je třeba sledovat i antropologické a etické diskursy. Myslím, že jsou v současnosti poctivé snahy o sledování i těchto diskursů, které se následně otiskují v různých lékařsko-etických kodexech, pravidlech, kritériích apod.

Nelze však přehlížet fakt, že současná medicína drží v rukou obrovskou technologickou moc. V kontextu naší práce pak moc nad umíráním a smrtí. Na tuto skutečnost poukazoval už v 70. letech 20. století Jan Hendrik van den Berg, zmíněný v kapitole Nizozemsko. Mj. vysvětloval problematickou proměnu lékařského étosu, kdy se medicína stala velmi efektivní, a tudíž dokáže udržet naživu pacienty, kteří by ještě o 50 let zpátky zemřeli.³¹⁶ Prodlužuje tedy život, a tím i smrt.³¹⁷ To s sebou přináší i etické otázky kategorizace léčby, dystanazie a mnohé další. Pro nás je však důležitá van den Bergova myšlenka, že má být lékařská etika jakýmsi regulativem a korektivem moci technologie. Myslím, že v tomto se van den Berg nemýlil. Avšak z těchto poznatků vyvozoval právo pacienta na smrt, a to skrze praxe eutanazie a asistovaného

³¹⁵ Stejně tak si myslím, že nelze vysloveně mluvit o tabuizaci smrti. Spíše bych mluvil o určité absenci integrující univerzální dikce ohledně tematiky umírání a smrti.

³¹⁶ Srov. COHEN-ALMAGOR, R. *Euthanasia in the Netherlands: the Policy and Practice of Mercy Killing*, s. 59. Také srov. KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 36-37.

³¹⁷ Mj. i z preventivně-forenzních důvodů – pokud lékař léčí raději více než méně, při současných legislativních podmínkách se tak chrání před případnými právními žalobami.

suicidia. Lékař by dle něj měl tomuto pacientovi ke smrti pomoci³¹⁸, což už vnímám jako problematické tvrzení, které rozpracuji dále.

O technologické moci medicíny není sporu. Michel Foucault poukazoval na sílu medicíny ovlivňovat společnost. To se týká i zásahů do smrti a procesů umírání.³¹⁹ Proměna lékařského étosu je však zřejmá i v určité změně vnímání a přístupu ke smrti a umírání. Souvisí s procesem sekularizace, a posléze i technologizace medicíny. Jinak řečeno, došlo k posunu od výrazně náboženského rámcování medicínské reality k sekulárně-technologickému diskursu. Avšak i takovéto uplatňování moci v medicíně není zbaveno určitých kvazireligiózních prvků, souvisejících především s určitou ritualizací a manifestací moci.³²⁰ Celkově lze však mluvit o dvojím pohledu na debatu o asistovaném suicidiu. Na jedné straně jde o medicínské zacházení se smrtelností. Na druhé straně pak o izolovanost a odosobnění v důsledku technizace a institucionalizace umírání.³²¹

Je však otázkou, zda je smrt a umírání opravdu tématem veskrze vědecky uchopitelným. Domnívám se, že zčásti ano, ale přednostně je to téma existenciální, filosofické. Medicína se na tomto tématu musí podílet nejen onou vědeckostí (jakými prostředky tišit bolest, léčit), ale i výše zmíněným přístupem etickým a antropologickým (jak přistupovat k člověku, jak s ním komunikovat apod.).³²² Medicína je vědecky omezená, a pravděpodobně vždycky bude. Je úžasné, že dochází k takovému progresu a je možno vyléčit choroby, na které dříve umíralo mnoho lidí. Ale v otázce smrti se lékaři nesmí dostat do pozice, že smrt je třeba vyřešit, zkrotit, bojovat s ní, či s ní „být ve válce“. Smrt je lidskou přirozeností, proto je třeba eticky odpovědně volit medicínské a paliativní postupy.³²³

Jedním ze symptomů proměny lékařského étosu je samotné nahlížení na suicidium, a s tím související důraz kladený na princip autonomie. Co bylo ještě v minulém století chápáno jako nelibé a amorální (asistence při suicidiu), je v současnosti čím dál více vnímáno jako milosrdenství a právo. Asistované suicidium a eutanazie jsou vnímány

³¹⁸ Neohraničená a iracionální prodloužení života za cenu bolestného utrpení vedla k podpoře eutanazie a asistovaného suicidia u laické veřejnosti. HAVE, T., H., WELIE, J. *Death and Medical Power: An Ethical Analysis of Dutch Euthanasia Practice*, s. 42-45, 171-175.

³¹⁹ Srov. FOUCAULT, M. *Zrození kliniky*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2010, s. 12-14 a passim.

³²⁰ Srov. KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 35.

³²¹ Tamtéž, s. 40-41.

³²² Musí jít o určitý širší a kontextuální pohled na člověka. Nemělo by naopak docházet k redukci a segmentarizaci medicíny na fyzickou nemoc a vědecký problém.

³²³ Srov. HAVE, T., H., WELIE, J. *Death and Medical Power: An Ethical Analysis of Dutch Euthanasia Practice*, s. 133-136.

jako určitá morální jednání, které se staví proti bezbřehé medicínské moci. Tato moc nad životem se pak vkládá do rukou samotných pacientů, ideálně schopných jednat autonomně.³²⁴

Za problematický a nebezpečný je považován ale určitý morální dualismus. Tím mám na mysli onu rozpornost lékařského povolání, při percepci asistovaného suicidia jako relevantního a akceptovatelného lékařského jednání. Na jednu stranu lékař jakožto lékař – život ochraňující, princip beneficence uplatňující. Na druhou stranu lékař jakožto zprostředkovatel smrti – ukončení života napomáhající.³²⁵ Jak podotýká Girard, využívat lék jakožto lék, ale i „lék“ jakožto jed.³²⁶

Tomáš Hříbek považuje tento rozpor za lichý.³²⁷ Zdůrazňuje, že i lékař v určitých situacích volí menší zlo za cenu většího dobra (zmíněný konflikt nonmaleficence a beneficence). Tím vymezuje lékařské povolání docela jinak než Hippokratova přísaha. Tvrdí, že pokud pacientovi lékař nepomůže zemřít, i kdyby jen doporučením ke kolegovi-lékaři, který nemá s asistencí při suicidiu morální problém (sám zmiňuje výhradu svědomí), jedná nemorálně on. Lékař má dle něj dokonce povinnost pomoci trpícímu pacientovi zemřít. Zdůrazňuje také fakt, který rozpracovává filosof David Velleman, a to, že se legalizace eutanazie může dostat na „kluzký svah“, pokud by lékař chtěl rozhodovat za pacienta. To je dle Hříbka možné, ale jen pro aktivní dobrovolnou eutanazii, nikoli asistované suicidium, kde pacient musí látku pozřít sám.³²⁸ Na Hříbkovu tezi o povinnosti lékaře pomoci pacientovi zemřít reagovala Marta Vlasáková s tím, že z hledání pacientova nejvyššího dobra ještě nevyplývá povinnost mu pomoci se usmrtit. Ani v okamžiku, kdy nemůžeme trpícímu výrazněji pomoci – usmrcení nepovažuje za léčbu, stejně jako za dobrý důvod řešení jiných problémů a druhů utrpení.³²⁹

Objevují se také pohledy, že by tato skutečnost mohla vést k určité diferenciaci lékařů na ty setrvávající v hippokratovské tradici, tedy odmítající eutanazii a asistované suicidium, a na lékaře podporující tyto praxe.³³⁰ Tím se nám mj. odkrývá aktuální

³²⁴ Srov. KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 45.

³²⁵ Srov. tamtéž, s. 237.

³²⁶ Srov. GIRARD, R. *Violence and the Sacred*. London: Bloomsbury, 2013, s. 108.

³²⁷ Srov. HŘÍBEK, T. *Za etiku bez teologie: k článku Marka Váchy o eutanazii*, s. 745-746.

³²⁸ Srov. Tamtéž.

³²⁹ VLASÁKOVÁ, M. *Za etiku korektní: k článku Tomáše Hříbka „Za etiku bez teologie“*. Filosofický časopis, číslo 2011/3, s. 427-440.

³³⁰ Srov. PECK, S., M. *Odmítnutí duše: duchovní a lidské perspektivy eutanazie a umírání*. Praha: Pragma, 2001, s. 226.

otázka, zda přijmout do lékařského étosu fakt, že lékař usmrcovat může či dokonce v některých případech musí. Anebo tuto praxi nadále vylučovat po vzoru hippokratovské tradice. Zda klást ústřední důraz na pacientovo sebeurčení spojené s legalizací a legitimizací asistence při suicidiu nebo zůstat při emfázi na zachování lidského života. Anebo nadále hledat určité konsensuální průniky v bioetické aréně lékařských principů a situaci nijak výrazněji neměnit. Myslím, že poslední varianta bude alespoň v blízké budoucnosti *statem quo* většiny států.

Ohledně lékařského étosu také dochází k diskusím, zda by se tím neproměnila role lékaře. Zda by přistoupením na názor, že asistované suicidium je morálně ospravedlnitelné, lékař nezdil nejen lékařské řemeslo, ale také samotného pacienta. Asistované suicidium není legální ve většině zemí, otázkou však zůstává, zda by legalizací nedocházelo k posunu v etickém nahlížení. Tím myslím situaci, kdy pacient bude samotnou právní a etickou situací veden k „odpovědnosti“ a k projevu „svobodné vůle“. Odpovědné a svobodné rozhodnutí je zemřít zákonně ukotveným způsobem (asistovaným suicidiem či eutanazií), nikoli dožít a tím zvyšovat personální a ekonomické náklady nejen rodině a lékařům, ale i celé společnosti. Mluvíme zde o určitém nevyřčeném nátlaku a předpokládání, že pacient zvolí sám onu variantu asistovaného suicidia nebo eutanazie.³³¹ To je situace, která by reálně mohla nastat a před kterou mnozí odborníci varují.³³²

4.2. Vybrané kontexty a argumenty

V této kapitole je klíčové vymezit vybrané kontexty a zmínit se o některých argumentech, které jsou v souvislosti lékařského étosu a asistovaného suicidia často probírány a diskutovány. Jsou to argumenty a kontexty platné stejně tak pro situaci eutanazie, jelikož jsou tyto dvě medicínská jednání v lecčem spojena pupeční šňůrou.

V rámci lékařského étosu je hojně diskutovaná kategorie lidské důstojnosti. V medicíně je někdy možno pozorovat tendenci tento etický princip bagatelizovat (podobně jako náboženské přesvědčení), avšak zásadní lidskoprávní a lékařské dokumenty ho považují za klíčový. Zmiňuje ho hned v prvním bodu Listina základních

³³¹ Marek Orko Vácha mluví o „riziku posunu z „práva zemřít na povinnost zemřít“. Srov. VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012, s. 252.

³³² Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Co má větší hodnotu: život člověka, nebo jeho svoboda?* In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019, s. 35. Nebo srov. VIRT, G. *Žít až do konce*, s. 29-30.

práv a svobod, Úmluva o lidských právech a biomedicíně ho má dokonce ve svém názvu.³³³ I mezi fundamentální zásady zdravotnické etiky mj. patří, že: „*Člověk má svou inherentní důstojnost proto, že je člověkem. Nemůže jí ztratit díky nemoci.*“³³⁴ Důstojnost člověka patří k nejdůležitějším principům, které v otázkách současného lékařského étosu diskutujeme.

V kontextu naší problematiky se s principem pracuje různě, často až rozporně. Můžeme se nejednou dočíst o „důstojné smrti“ jako souznačném výrazu pro asistované suicidium.³³⁵ Zároveň však můžeme v odborných textech najít i argumentování lidskou důstojností proti asistovanému suicidiu. Je zde patrná nejasnost v tom, co vlastně lidská důstojnost znamená a jak k ní máme přistupovat. I zde nenacházíme v současnosti konsensus, který by byl nápomocen v napětí asistovaného suicidia a lékařského étosu. Proto je dle mého názoru liché slepě argumentovat tímto principem bez hlubšího vyjasnění, co se tím v konkrétních diskusích a textech myslí.³³⁶ Např. Brian Pollard uvádí dva významy lidské důstojnosti. Prvním myslí onen princip souvztažný k životním podmínkám a prostředí člověka. V kontextu tématu umírání by se k tomu vztahovaly např. klid, čistota, pohodlí, harmonie. V druhém významu pak mluví o hodnotě, kterážto je základním kamenem oněch lidskoprávních dokumentů, etických kodexů a lékařského étosu. Jde o hodnotu, která má chránit život, je tedy blízká principu beneficence.³³⁷ Je proto klíčové vyjasňovat v rámci lékařského étosu význam, který lidské důstojnosti přikládáme.

V souvislosti s lékařským étosem a asistovaným suicidiem se mluví také o posvátnosti života. Tento argument říká že, posvátnost života je spojena s Bohem, který ji tuto posvátnost dodává a člověk by neměl odebírat to, co dostal darem. S tím je spojený také argument, který tvrdí že, pokud lékař asistuje zranitelné osobě při suicidiu, vnímáme ho jako nehodnotného a nehodného žití. Posvátnost lidského života je někdy vykládána i přirozenoprávně a historicky jako důležitá součást evropské kultury a civilizace. Je to právě hippokratovská tradice a křesťanství, z které takové vnímání života vyrůstá. Tyto náhledy je třeba brát v úvahu a reflektovat je, ale je těžké s nimi argumentovat u lidí, kteří se nepovažují za křesťany či nábožensky zainteresované.

³³³ Celým názvem: *Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny.*

³³⁴ MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*, s. 12.

³³⁵ Např. již zmíněné české senátní a poslancecké návrhy zákona o „důstojné smrti“.

³³⁶ Srov. KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 236.

³³⁷ Srov. POLLARD, B., J. *Eutanazie – ano či ne?*, s. 49-50.

Obzvláště u nás v České republice se na tento argument nepohlíží jako na tak důležitý. Myslím, že pro lidi je srozumitelnější vysvětlování skrze určitou hodnotovou strukturu. Tedy slovy Davida Černého poukazování na skutečnost, že: „*Lidský život chápaný jako objektivní hodnota se od jiných hodnot liší v tom, že se ho nelze vzdát (jako něčeho jiného) ve prospěch hodnot jiných.*“³³⁸

Důležitým tématem v otázce asistovaného suicidia a lékařského étosu je téma utrpení. Ať už jde o strach z utrpení budoucího a nebo samotné pacientovo prožívání utrpení přítomného. Asistované suicidium má pak dle obhájců této praxe ukončit pacientovo utrpení či onen strach. Kritérium nesnesitelného utrpení figuruje v některých příslušných legislativách, jakožto podmínka pro možnost sebeusmrcení s asistencí.

Argumenty pro asistované suicidium nejsou často vysloveně mravní povahy, spíše jde o určité psycho-fyzické pohledy. Tím myslím ono zaměření se na bolest a utrpení. Platí, že co jiný pacient, to odlišná interpretace utrpení. Někdo ho považuje za bezesmyslné či za každé situace špatné, jiný ho vnímá jako příležitost ke změně a přehodnocení hodnot, další v něm může hledat jiný smysl. Faktem ale je, že utrpení je univerzálním jevem přítomným v každém lidském životě. Zároveň si myslím, že u argumentu utrpením nejde jen o rozměr futura, tedy o touhu zemřít, protože trpím. Jedná se zde i o minulost, tedy jak jsem žil svůj život, co jsem stihl a zda můj život měl smysl. Zároveň se ale jedná i o to, co momentálně prožívám, jestli mám kolem sebe lidi, které kolem sebe chci mít, zda vidím ve svém bytí ještě nějaký smysl. To jsou důležité spirituální otázky, které dávají celé situaci kontext. Tyto motivy je pak nutné uchopovat a diskutovat v dialogu s příbuznými a lékařem. Zároveň je třeba, aby lékař tento rozměr u pacienta vnímal a snažil se mu porozumět.

Akceptace asistovaného suicidia je do jisté míry spojená s onou nesnesitelností vizualizace utrpení.³³⁹ Z této skutečnosti se pak vyvozuje „právo netrpět“ či „právo na příjemnou smrt“. Povinností pacienta pak není utrpení akceptovat, interiorizovat a naučit se s ním žít. Ale povinností lékaře je tohoto utrpení pacienta zbavit, a to i za cenu smrti.³⁴⁰

³³⁸ Srov. ČERNÝ, D. *Argumenty proti eutanazii*. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Eutanazie z pohledu medicíny, filozofie a práva*. Praha: Středisko společných činností AV ČR, 2018, s. 14.

³³⁹ Někteří obhájci eutanazie mluví o tom, že byly svědky umírání svého příbuzného či blízkého, a to plného bolesti a utrpení.

³⁴⁰ Srov. LIPOVETSKÝ, G. *Soumrak povinnosti: bezbolestná etika nových demokratických časů*, s. 113-124.

Tato situace je však zajímavá. Naše medicína je založena na racionalistickém, objektivistickém uvažování a kritérium utrpení je výrazně subjektivistického rázu. Tzn. že se nedá jen tak verifikovat. Přesto ho některé státy (např. státy Beneluxu) používají jako podmínku. Myslím, že jedním z důvodů může být naše dojmání se nad bolestí a utrpením ostatních, a s tím spojená snaha toto utrpení rychle odstranit, jelikož je často vnímáno jako zlé a ne-smyslné.³⁴¹

Tím, že má utrpení silně subjektivistický charakter, nabízí se i další otázky. Např. kdo všechno pod toto kritérium spadá. Zda sem tedy budou patřit i pacienti trpící určitou psychickou nemocí (pacienti s demencí, pacienti s úzkostně-depresivní poruchou), a kteří se nenachází v terminálním stádiu choroby. Člověk s úzkostně-depresivní poruchou by mohl namítnout, že právě jeho (psychické) utrpení je největší a proto on má větší „právo zemřít“. Pacienti s depresí pak mají mnohokrát větší zájem o asistované suicidium a eutanazii nežli ostatní pacienti. Po pominutí deprese tento zájem zákonitě odpadá.³⁴²

Někteří lékařští experti poukazují také na skutečnost, že někde se pořádně mezi fyzickými a psychickými nemocemi nerozlišuje, za což může i nedostatek psychologických a psychiatrických vyšetření pacienta. Pokud by časté a fundované vyšetření bylo součástí celého procesu, znamenalo by to jeho lepší zabezpečení a potenciálně fungovalo jako ochranná pojistka před zneužitím či chybou.³⁴³

Možností je také kritérium utrpení rozšířit na nemedicínské případy a zahrnout sem i osoby, které trpí určitými existenciálními a spirituálními krizemi jako např. existenciální vakuum či noogenní neuróza.³⁴⁴ Rozšířením kritérií by se zákonitě proměňoval i lékařský étos, především mezilidské vztahy mezi pacientem a lékařem. Jde o otázky, které poukazují na nevyjasněnost argumentu utrpením a jsou platnou součástí etických diskusí v lékařském étosu.

V rámci lékařského étosu a problematiky utrpení se nelze nezmínit o vzájemném vztahu dobra a života. Život je vnímán jako to základní dobro (výše zmíněno jako

³⁴¹ Např. Thomas Nagel definuje bolest a utrpení jako obecně špatné a zlé. Někdy jde jen o nižší zlo, ale pořád je to zlo. Srov. NAGEL, T. *The View From Nowhere*. Oxford: Oxford University Press, 1986, s. 156-162. Tento pohled má své kořeny už v hédonismu, konkrétně pak u Aristippa. Srov. VÁCHA, M. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země*. Brno: Cesta, 2008, s. 24.

³⁴² Srov. BREITBART, W., ROSENFELD, B., PESSIN, H. et al. *Depression, Hopelessness, and Desire for Hastened Death in Terminally Ill Patients With Cancer*. JAMA – Vol 284, No. 22, 2000.

³⁴³ Např. srov. CAMPBELL, L. *Current Debates about Legislating for Assisted Dying: Ethical Concerns*. 2018, s. 22-23, ke stažení zde: <https://www.researchgate.net/publication/330687026>

³⁴⁴ Srov. KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*, s. 149-153.

objektivní hodnota), jelikož je předpokladem pro možnost ostatních dober. Zde stojí argumentace na straně zachování života. V lékařsko-etické diskusi však zaznívá názor, že kratší život bez utrpení může být kvalitnější než delší život, který je naplněný utrpením. Pomoci pacientovi, na základě jeho autonomní žádosti, k dřívější bezútrpné smrti je pak považováno za vyšší dobro. Lékař zde sice usmrcuje, ale kvůli vyššímu dobru.³⁴⁵

Na zamyšlení je ale premisa, jak přijdeme na to, že budoucí život bude výhradně plný bolesti. Ano, medicinská diagnóza může poukazovat na přicházející fyzickou bolest, strádání či zhoršení některých tělesných funkcí. Lidé však nemají jen fyzický rozměr, ale i psychický, sociální a spirituální. A o tyto rozměry je stejně tak důležité pečovat. Dobra v těchto rozměrech můžou naprosto převážit ono zlo v podobě fyzického utrpení. Anebo taky ne. Je důležité vážit onen poměr. Určitě ale nelze obecně říci, že by šlo vždy o delší život plný pouhého utrpení, tudíž by bylo lepší život absolutně negovat, a tím zlikvidovat ono základní dobro, bez kterého další dobra nemohou existovat.³⁴⁶ A to i kdyby si to sám pacient myslel a v rámci své autonomie bezskrupulózně požadoval asistované suicidium. Jak jsme už zmínili, lékař nevykonává, co pacient řekne, nelze jednat jen a pouze na základě pacientova přesvědčení. Rozhodnutí musí být konsensuální a především dle platného práva a svědomí. Důraz na konsensus je v současném lékařském étosu naprosto klíčový motiv.

V rámci lékařské asistence při suicidiu a motivů lékařské etiky se nejednou zmiňuje také problematika soucitu. Tedy určitá sounáležitost lékaře s trpícím pacientem. „*Pokud nějaký pacient trpí strašným způsobem a žádá svého lékaře, aby zkrátil jeho utrpení, je morálně přípustné, aby to lékař udělal.*“³⁴⁷ uvádí Hříbek. Toto pohnutí, soucit, pohled na bolest je často výrazně emocionální věcí, na to je třeba brát ohled.³⁴⁸ Může nám zastírat naše racionální promýšlení problematiky. Dle Virta je smrt poslední možností, nikoli jedním ze způsobů, mezi kterými má pacient a lékař vybírat. Samotný pohled na utrpení v nás může vyvolat obavy. Tuto obavu pak můžeme chtít vymazat právě tím,

³⁴⁵ Takto argumentuje např. americká filosofka Frances M. Kamm. Srov. KAMM, F., M. *A Right to Choose Death?* Boston: Boston Review, 1997. Dostupné zde: <http://bostonreview.net/archives/BR22.3/Kamm.html>

³⁴⁶ Srov. VLASÁKOVÁ, M. *Za etiku korektní: k článku Tomáše Hříbka „Za etiku bez teologie“*, s. 427-440.

³⁴⁷ HŘÍBEK, T. *Argumenty pro eutanazii*. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Eutanazie z pohledu medicíny, filozofie a práva*. Praha: Středisko společných činností AV ČR, 2018, s. 17-18.

³⁴⁸ Srov. YOUNG, R. *Medically Assisted Death*. Cambridge: Cambridge University Press, 2007, s. 23.

že vymažeme samotný vizuální objekt (zde trpícího člověka). Jde o klasický obranný mechanismus, kdy je těžké říci, zda se jedná stále o soucit.³⁴⁹

Protiargumenty mluví o tom, že více člověku pomůže prožívání utrpení s pacientem, naslouchání, péče a projevení solidarity. Tedy v rámci lékařského étosu je klíčové budovat vztah s pacientem a pomáhat mu překonávat strach z okolí a samoty, vyslyšet jeho „volání o pomoc“ a pomáhat mu zvládat toto náročné období. V tomto kontextu se také mluví o tom, že asistované suicidium většinou není racionální rozhodnutí, ale spíše akutní a zkratkovitá reakce na určitý problém. Tuto zkratkovitou reakci by pak měl lékař svým postojem a náhledem vyvažovat. Pravdou však je, že pohled na opravdové utrpení v mnoha případech staví lékaře tváří v tvář náročnému morálnímu rozhodování a jednání.

Haškovcová podotýká, že: „*Je možno říci, že bolest často člověka zoceluje, očišťuje a utváří, mění jím postavenou hierarchii hodnot, ale může také zlomit, může učinit člověka malomyslným.*“³⁵⁰ Je proto třeba, aby lékař přistupoval ke každému člověku individuálně a reflektoval všechny jeho zmíněné rozměry, nikoliv jen fyzický (nehledě na to, že člověk je vždy psychosomatická jednota). Fokus na všechny čtyři rozměry je stále důležitou výzvou pro současný lékařský étos.

V rámci asistovaného suicidia je zmiňován také tzv. argument kluzkého svahu. Otázka kluzkého svahu se týká jak lékařského, tak i právního étosu. Jde o to, že s právní legalitou praxe by se spustila sněhová koule, na kterou by se nabalovaly další případy, kdy je společnost schopná připustit další rozšíření praxe.

Argument kluzkým svahem je diskutován především v kontextu nizozemské situace. Někteří odborníci poukazují na to, že zde nic jako kluzký svah neexistuje. Skutečnost, že více lidí žádá o asistované suicidium a eutanazii, dochází k ukotvení a zpřesňování kritérií a je důkladněji vedena lékařská dokumentace, poukazuje dle těchto autorů spíše na zkvalitnění celého medicinského procesu rozhodování a jednání. Takže nejde o sklouzávání po šikmé ploše, spíše o správnou cestu směrem k lepším zítřkům medicíny. Tuto skutečnost posiluje i fakt, že společnost asistované suicidium a eutanazii podporuje a lékaři je považují za validní součást lékařského étosu.³⁵¹

³⁴⁹ Srov. FREUD, A. *Já a obranné mechanismy*. Praha: Portál, 2006, s. 35-41 a passim.

³⁵⁰ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života – líc smrti*, s. 50.

³⁵¹ Srov. DOLEŽAL, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*, s. 120-121.

Na druhou stranu můžeme číst a slyšet názory oponentů k výše řečenému. Tito odborníci, mj. z řad lékařů, tvrdí, že ke kluzkému svahu opravdu dochází. Někteří předkládají logické odůvodnění – ať už jde o eutanazii vyžádanou, eutanazii nevyžádanou či asistované suicidium, vždycky takové jednání vychází z určitého myšlenkového směru, že tu jsou lidé, které můžeme usmrtit nebo jim ke smrti pomoci. Více se ale poukazuje na empirickou doložitelnost, tedy že o asistenci při suicidiu a eutanazii žádá a podstupuje jí stále více lidí. Ještě důležitější je dokumentování situace kritériálního rozvolňování. Co se týče nizozemské situace se poukazuje na kluzký svah v kontextu onoho rozvolňování kritérií a posunu tolerovatelné praxe. Od případu asistovaného suicidia (případ Wertheim), k eutanazii (Schoonheim), přes změnu kritérií terminálního stadia na chronické onemocnění (Postma), přes fyzické utrpení k psychickému (Duintjer, Chabot), až k eutanazii nevyžádané (Prins, Kadijk). A to jde jen o případy před uzákoněním eutanazie a asistovaného suicidia. Poté došlo k onomu uzákonění a rozšíření podmínek skrze Groningenský protokol.

Dokonce v roce 2019 předložila liberální politička Pia Dijkstra návrh zákona, dle kterého by asistované suicidium mohli podstoupit lidé „jejichž život je kompletní“.³⁵² Jinak řečeno lidé, co už údajně dokázali vše, co chtěli, jsou unaveni životem a cítí, že se vyčerpali smyslem jejich života. Zde už jde o zmíněné existenciální hledisko a kritériální posun je zřejmý. Nutno dodat, že i počty takto usmrčených se každým rokem zvyšují. V roce 2017 už činila eutanazie a asistované suicidium 4,4 % všech úmrtí v Nizozemsku. A to se 18 let zpátky, při legalizaci počítalo, že asistované suicidium a eutanazie bude až to poslední řešení.³⁵³ Při pročitání nizozemských statistik a posunu v kritériích se kluzký svah těžko popírá. Nejde však jen o Nizozemsko. Jak jsme mohli číst v druhé kapitole, o existenci kluzkého svahu lze mluvit i při belgické a částečně i při švýcarské situaci.

Ale rozvolňování podmínek není definováno pouze jako kluzký svah a „cesta do pekel“. Např. Tomáš Hříbek poukazuje na to, že situace nazývaná jako kluzký svah je spíše morálním pokrokem naší společnosti a pozitivním posunem v lékařském étosu. Odůvodňuje to mj. tím, že lékaři kladou větší důraz na autonomii pacienta a celkově jsou dostupnější přehlednější statistiky o úmrtích nežli v zemích, kde tyto praxe nejsou

³⁵² Srov. PIETERS, J. *D66 Working on Bill for Assisted Suicide at End of a „Complete Life“* [online]. NLTimes.nl, 2019 [cit. 2020-04-25]. Dostupné z: <https://nltimes.nl/2019/09/02/d66-working-bill-assisted-suicide-end-completed-life>

³⁵³ Srov. ZDECHOVSKÝ, T. *Únava životem nemůže být důvodem pro eutanazii* [online]. iDnes.cz/Blog, 2019 [cit. 2020-04-19]. Dostupné z: <https://zdechovsky.blog.idnes.cz/blog.aspx?c=728851>

legální a k eutanaziím a asistovaným suicidiím dochází bezpochyby i tam. Obzvláště nepovažuje tento argument za korektní u asistovaného suicidia.³⁵⁴

Naproti tomu mnoho jiných odborníků argumentuje právě tím, že kluzký svah je skutečností, která není dvakrát pozitivní. Někteří autoři považují za nebezpečný onen „kluzký“ posun v rozvolňování kritérií. Tedy, že se podmínka utrpení rozšiřuje z fyzického na psychické, vpsledku i existenciální utrpení.³⁵⁵ Jak nebezpečný může tento posun být, ukazuje případ Jack Kevorkiana, který skrze svůj přístroj Mercitron umožňoval lidem spáchat suicidium. Tito lidé nebyli v terminálním stádiu ani netrpěli nesnesitelnou bolestí. Měli ale onen zmíněný strach z umírání a bezmoci, dále byli osamělí nebo trpěli depresemi.³⁵⁶

4.3. Napětí mezi lékařským étosem a asistovaným suicidiem

V poslední kapitole chci ještě shrnout některé body a uvést finální poznámky k problematice, které považuji za podstatné.

Někteří bioetičtí odborníci poukazují na fakt, že většina pacientů nežádá lékaře o asistované suicidium či eutanazii z důvodu nesnesitelných fyzických bolestí. Jde dle nich spíše o strach z umírání, ze závislosti, bezmoci, pocit osamělosti, o ztrátu smyslu života či pocit, že obtěžují svou existencí druhé.³⁵⁷ Pokud se o fyzickou bolest jedná, je dnešní medicína ji schopná snížit a pacientu od bolesti ulevit (akceptovaná je i analgosedace).³⁵⁸ Bohužel k tomu ne vždy dochází, a proto se člověk nejednou může

³⁵⁴ Mj. poukazuje na to, že o asistované suicidium a eutanazii žádají především bohatší společenské vrstvy, které by si mohli dovolit paliativní péči, ale nechťejí, jelikož je pro ně takováto závislost ponižující. Také tvrdí, že v Nizozemí počet usmrčených lidí skrze asistované suicidium a eutanazii nijak závratně neroste. Srov. HŘÍBEK, T. *Argumenty pro eutanazii*. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Eutanazie z pohledu medicíny, filozofie a práva*, s. 20. Také srov. HŘÍBEK, T. *Za etiku bez teologie: k článku Marka Váchy o eutanazii*, s. 734.

³⁵⁵ Srov. ČERNÝ, D. *Argumenty proti eutanazii*. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Eutanazie z pohledu medicíny, filozofie a práva*, s. 16.

³⁵⁶ Kevorkian se považoval za obíatra, tedy určitého organizátora smrti. Vše dělal v rámci amerických států, kde bylo asistované suicidium povoleno. Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*, s. 122.

³⁵⁷ Srov. TREFNÁ, K. *Morální hodnocení eutanazie*. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019, s. 251. Také srov. OPATRŇÝ, A. *Eutanazie z pohledu pastorálního teologa*. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019, s. 365.

³⁵⁸ Srov. MORAVEC, M. *Eutanazie – aneb rezignace na zlepšování naší péče o nemocné a trpící*. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019, s. 65-66.

stát svědkem toho, jak příbuzný bojoval se svou bolestí a utrpením.³⁵⁹ I tato vizualizace utrpení patří do argumentace, proč uzákonit asistované suicidium a eutanazii.

Výše nastíněné nás vede k širší eticko-právní otázce, zda je vůbec bolest a utrpení základem pro ospravedlnění praktik asistovaného suicidia a eutanazie.³⁶⁰ A pokud ano, tak jak rozlišit, kdy ještě lékař má bolest tišit a utrpení se snažit snižovat, a kdy už sáhnout po předepsání usmrcující látky či injekce. Samozřejmě se používají výzkumné psychometrické metody, které mají lékaři i pacienti napomoci k hledání konsensu v rámci rozhodování se v závěru života. Lze zmínit Berlínskou škálu eutanazie, která je založena na hledání pacientova postoje k fyzickým, psychickým, částečně i k sociálním a spirituálním rozměrům lékařské péče.³⁶¹ Sám se však domnívám, že má tato problematika dosti výše zmíněných proměnných, které je velmi těžké kriteriálně ohlídat, a proto si opravdu nejsem jistý zdůvodněním praxe asistovaného suicidia právě argumentem utrpení a bolesti. Lze mluvit o nelehké výzvě pro současný lékařský étos v kontextu napětí s praxí asistovaného suicidia.

V lékařském étosu se reflektuje další již naznačená situace. Mnozí obhájci (mj. lékaři) legalizace praxe asistovaného suicidia poukazují na to, že obhajují pacienty, kteří jsou těžce nemocní, trpí a nachází se ve spárech beznaděje a zoufalství. Lékař by pak měl takovýmto žádostem vyhovět. Vyvolává to otázku, zda jen onou legalizací a společenskou akceptabilitou nedochází k nepřímému tlaku na pacienty, aby se takto z jakýchkoliv důvodů (ekonomická zátěž, citové břímě apod.) rozhodli. A zda je tedy pacientovo jednání opravdu autonomní.³⁶² Legalizace a akceptace takovéto praxe může mít nehorázný sociální dopad.

Praxe asistovaného suicidia a eutanazie mají také podstatný vliv na psychiku lékařů. Lékaři mají možnost odmítnout vykonávání asistence při suicidiu z důvodu výhrady svědomí. Ale co když lékař při suicidiu asistuje nebo eutanazii provede? Výzkumy poukazují na psychické problémy a zatížené svědomí lékařů. Dokonce někteří lékaři

³⁵⁹ Obzvláště v ČR není fyzická bolest adekvátně léčena. Srov. JIRSA, J. *Problémy s asistovanou sebevraždou. K polemice Tomáše Hříbka s Markem Váchou*. Filosofický časopis, 2011/4, s. 581.

³⁶⁰ Srov. ODUNUGA, S., A. *Euthanasia and Suicide. Does Ownership of Life Lead to Right to Die? Still on the debate*. Mnichov: GRIN Verlag, 2019, s. 6.

³⁶¹ Je zde pak široce zdůrazněn aspekt morální permisivity a dobrovolnosti. Srov. FELTZ, A. *Everyday Attitudes About Euthanasia and the Slippery Slope Argument*. In: CHOLBI, M., VARELIUS, J. (eds.). *New Directions in the Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*. Cham: Springer, 2015, s. 224.

³⁶² Srov. SCHUSTER, J. *Ärztliche Beihilfe zum Suizid und Rettungspflicht als Konfliktfeld*. In: HILPERT, K., SAUTERMEISTER, J. (Hg.). *Selbstbestimmung – auch im Sterben? Streit um den assistierten Suizid*, s. 127-128. Také srov. KLENER, P. *Umírání a eutanazie*. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019, s. 156.

popisovali pocity odosobnění, izolace a rozporuplné emoce. Jiní lékaři zase mluvili o tom, že cítí tenzi jen z toho důvodu, že je někdo o onu asistenci při suicidiu může požádat.³⁶³ Asistence při suicidiu i eutanazie nemají silný vliv jen na pacienta a společnost, ale i samotnou psychiku lékaře a celkový lékařský étos.

V rámci napětí lékařského étosu a asistovaného suicidia se také zmiňují některé alternativy ve fázi umírání. Hledá se vhodnější způsob, který by korespondoval s nynějším lékařským étosem. Nejznámějším příkladem je paliativní péče. Je třeba zdůraznit, že v současném medicinském narativu nelze paliativní medicínu chápat jako formu eutanazie, jak je někdy zmiňováno.³⁶⁴ V ČR např. nevnímá rozdíl mezi eutanazií a paliativní péčí chirurg Pavel Pafko. Ten tvrdí, že je to jen jiný druh asistence při umírání.³⁶⁵

Paliativní péči je nutno zavádět v době, kdy kurativní medicína přestává fungovat. Mj. se snaží tlumit pacientovo utrpení a doprovázet ho medicínsky i lidsky na poslední cestě životem. Paliativní medicínu tak lze chápat jako jeden z pokusů, jak vyvolávat protitlak ku technologické a medikalizační moci lékařství. Tzn., že se paliativní tým snaží negovat onen modus „už“ a pozitivně podporuje ono „ještě ne“, které se projevuje stálou lékařskou, psychologickou, sociální i spirituální péčí, která musí přicházet nejen od paliativního týmu ale i příbuzných a blízkých.³⁶⁶ Jde tedy o určité doprovázení umírajícího a podporu ve zvládnání těžkých zkoušek.³⁶⁷

Ukazuje se, že ono sdílení utrpení, projevení blízkosti, porozumění, autenticita a starost o pacienta nejednou vedla k větší snášenlivosti fyzického utrpení.³⁶⁸ Smrt je sice individuální fenomén, ale o umírání lze mluvit jako o sociální skutečnosti.³⁶⁹ Nikdo

³⁶³ STEVENS, K., R. *Emotional and Psychological Effects of Physician-Assisted Suicide and Euthanasia on Participating Physicians*. Issues Law & Medicine 21 (3), 2006, s. 187-200.

³⁶⁴ František Koukolík uvádí, že eutanazie je vice versa projev selhání paliativní péče. KOUKOLÍK, F. *Lidé, svět, eutanazie*. In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019, s. 63.

³⁶⁵ Srov. PAFKO, P. *Pohled chirurga*. In: ČERNÝ, D. (ed.). *Eutanazie – ano, či ne? Aktuální medicínské, filozofické a právní perspektivy*. Praha: Středisko společných činností AV ČR, 2015, s. 19-21.

³⁶⁶ Šimek zde píše v návaznosti na Heideggera, ale je třeba dodat poznámku Jana Sokola, že Heidegger mluví v kontextu své filosofie o „životě k smrti“. Blíže realitě je pravděpodobně Lévinas, který píše o „životu proti smrti“. Srov. SOKOL, J. *Eutanazie z širšího lidského hlediska*. In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*, s. 231. Také srov. ŠIMEK, J., ŠPALEK, V. *Filozofické základy lékařské etiky*, s. 56.

³⁶⁷ Pera a Weinert uvádí, že pacient zakouší v prvé řadě pocity odcizení, ztrátu bezpečí, společenského zázemí a relativní odosobnění. PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku: jak pomáhat v těžkých chvílích*. Praha: Vyšehrad, 1996, s. 128, 131.

³⁶⁸ Srov. SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. vydání, Praha: Ecce Homo, 2003, s. 33, 36.

³⁶⁹ Srov. HAŠKOVCOVÁ, H. *Co má větší hodnotu: život člověka, nebo jeho svoboda?* In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*, s. 39-40.

by neměl umírat sám. K tomu nám má napomoci paliativní medicína, která participuje na tomto procesu.³⁷⁰

Jak jsme mohli v předchozích kapitolách vidět, mezi současným lékařským étosem a asistovaným suicidiem napětí existuje. Napětí vzniká mezi Hippokratovou přísahou, jež je vnímaná jako podstatná součást lékařského étosu, a mezi praxí asistovaného suicidia. Mnoho lékařů odmítá tuto praxi vykonávat z důvodu složení Hippokratovy přísahy a kladou tím důraz na posvátnost lidského života. Platí však i slova Edmunda Pellegrina, že jde o dilema příznačné pro současné promýšlení lékařského étosu – co z Hippokratovy přísahy vnímat jako univerzální a co jako dobově podmíněnou praxi (Pellegrino totiž mluví o dnešní době jako době post-hipokratovské).

I lékařsko-etické dokumenty od významných lékařských asociací jako WMA, AMA, BÄK či ČLK poukazují na rozpornost lékařského povolání v případě akceptace asistovaného suicidia – život chránit a zachovávat, ale zároveň napomáhat k usmrcení. Považují tak asistované suicidium za nemorální a nepřipustnou medicínskou praxi a lékařům nedoporučují se na této praxi jakkoli podílet. To je v napětí s celosvětovou situací, kde se o legalizaci asistovaného suicidia vážně diskutuje v mnoha evropských a amerických státech, Českou republiku nevyjímaje.

Napětí nám vzniká také mezi etickými principy v rámci námi probíraného lékařsko-etického principalismu. Především mezi principy beneficence a nonmaleficence na jedné straně a moderním principem autonomie na straně druhé. Lékařský étos se s těmito koncepty snaží pracovat, ale z mnoha náhledů je zřejmé, že se s konceptem autonomie musí pracovat velmi opatrně a zodpovědně.

Za podnětný považuji již zmíněný lékařsko-etický koncept relacionální autonomie, který klade důraz na sdílení odpovědnosti, spolurozhodování a upřímný dialog mezi pacientem a lékařem. Zároveň zasazuje individuální rozhodování pacienta do sociálních

³⁷⁰ A to si nemyslím, že je paliativní péče totálním řešením otázky asistovaného suicidia. Lze zmínit situaci v Oregonu či Nizozemsku, kde mají občani možnost paliativní péče i asistovaného suicidia. Většina žadatelů o asistované suicidium je ze střední a vyšší třídy, tudíž by měli nárok na paliativní medicínu. Rozhodli se však pro smrt. Existence paliativní péče prima facie otázku asistovaného suicidia neřeší. K tomu také vyjádření onkologa Ondřeje Slámy o zkušenosti s paliativní péčí a eutanazií v Belgii. Zmiňuje, že paliativní péče je tam na vysoké úrovni, ale stejně někteří lidé (především vzdělané, bílé obyvatelstvo) chtějí podstoupit eutanazii či asistované suicidium, z důvodu dosti individualistického náhledu na svůj život a umírání. Srov. TŘEŠŇÁK, P. *Eutanazie: Bezbolestné pokušení* [online]. RESPEKT, 2007 [cit. 2020-04-26]. Dostupné z: <https://www.respekt.cz/tydenik/2007/46/eutanazie-bezbolestne-pokuseni>

souvislostí a zaměřuje se na všechny čtyři lidské rozměry (fyzický, psychický, sociální, spirituální).

Závěr

Tato diplomová práce se věnovala lékařsko-etické otázce asistovaného suicidia a jeho vztahu k lékařskému étosu. Zaměřuje se na napětí mezi asistencí při suicidiu ze strany lékaře a lékařským étosem, jak je obsažen v Hippokratově přísaze a ve vybraných lékařsko-etických dokumentech. V první části jsem načrtl terminologické pole zahrnující rozdělení eutanazie, dystanazie a dalších podstatných pojmů, které se v rámci problematiky zmiňují a jejich nevyjasnění by přispělo k terminologickému chaosu. Dále jsem rozpracoval téma suicidia, které následně bylo třeba odlišit od asistovaného suicidia. Představil jsem také základní informace o samotném tématu asistovaného suicidia, na které se diplomová práce soustředí. V rámci samostatné podkapitoly jsem se zaměřil také na právní případy, které jsou v otázce asistovaného suicidia klíčové.

V druhé části jsem přiblížil legislativu a situace v osmi vybraných zemích, kde je asistované suicidium za určitých podmínek legální. Lze konstatovat, že jednotlivé státy přistupují k problematice rozdílně. Nejpodobnější legislativu a situaci můžeme najít v zemích Beneluxu a v amerických státech. V těchto zemích je téma asistovaného suicidia diskutováno na různých úrovních a lékařský étos je v některých bodech odlišný od zemí, kde asistované suicidium legální není. Součástí kapitoly byla také reflexe české etické, právní a politické situace, jelikož i zde probíhají určité snahy o legalizaci praxe asistovaného suicidia a eutanazie. Nově bude diskutován a projednáván návrh zákona o eutanazii, a to z rukou poslanců za ANO a Pirátské strany. Proto je podstatné situaci sledovat, jelikož i v ČR je téma aktuální a značně kontroverzní.

Ve třetím oddílu jsem nastínil elementární principy étosu lékaře v napětí s praxí asistovaného suicidia. Představil jsem Hippokratovu přísahu a další lékařsko-etické dokumenty, jež se k tématu asistovaného suicidia vyjadřují. Šlo především o dokumenty lékařských asociací jako WMA, AMA, BĀK či ČLK. Jak již bylo poznamenáno, tyto kodexy a dokumenty zaujímají k praxi asistovaného suicidia negativní stanovisko a odmítají ho jako morálně špatné. Stejně tak Hippokratova přísaha vnímá asistované suicidium jako praxi zavrženíhodnou a morálně nevhodnou. V této kapitole byl rozpracován také koncept lékařsko-etického principalismu, v rámci nějž jsem poukázal na jednotlivé principy. Následně byly rozpracovány některé kontexty jednotlivých etických dilemat, které se s principy pojí. V rámci této části jsem se věnoval dále

tématům svědomí v lékařské etice a vztahu pacienta a lékaře, jenž považuji za podstatné fundamenty celé lékařské etiky.

V poslední, čtvrté kapitole, jsem nahlížel asistované suicidium pod úhlem etiky a pokusil se vystihnout některé kontexty, které poukazují na napětí mezi současným lékařským étosem a asistovaným suicidiem. Soustředil jsem se na téma medicínské moci a role lékaře, konkrétně pak na rozpornost lékařského povolání v případě akceptace asistovaného suicidia, jakožto morálně relevantního jednání. Dále jsem rozpracoval vybrané kontexty a argumenty onoho napětí. Zmiňme např. téma kluzkého svahu, utrpení či lidské důstojnosti. Problematika byla završena doplňujícím a shrnujícím způsobem, přičemž byl dán prostor tématu paliativní péče, která se často zmiňuje jako vhodná forma péče o umírající.

V diplomové práci jsem reflektoval jen vybrané problémy, témata a argumenty, které jsou v lékařském étosu aktuální. V současnosti je konsensus a jednotnost v otázce asistovaného suicidia v nedohlednu. Je tak především proto, že dochází k argumentaci z odlišných životních postojů, hodnotových struktur a myšlenkových pozic.

Z práce je zřejmé, že problematika je mnohvrstevnatá, komplexní a zahrnuje nejen etické a lékařské kontexty, ale i otázky právní, společenské, politické aj. V současnosti probíhají v mnoha státech společenské diskuse o legalizaci asistovaného suicidia a eutanazie, jak jsme mohli číst v druhé kapitole. Lékařské asociace i lékařsko-etické dokumenty se však většinou staví proti praxi asistovaného suicidia. Postoje lékařů jsou pak v jednotlivých zemích diferentní.

Různé postoje na asistované suicidium neexistují samy o sobě. Jsou součástí širšího nahlížení filosofických a antropologických pohledů a otázek jako např. co je člověk, v jakém vztahu je individuální a sociální jednání osob, jaká je hodnota života člověka a mnohých dalších. Jelikož k určité společenské shodě v naší otázce pravděpodobně v dohledné době nedojde, budou se hledat v lékařském étosu, ale i ve společenských diskusích určité průniky a kompromisní varianty.

Sám se přikláním při probrání všech argumentů k odmítnutí legalizace praxe asistovaného suicidia. Akceptuji snahu obhájců a některých lékařů pomoci pacientům od bolesti. U jednotlivých osob může být smrt opravdu velkou úlevou. Vnímám však zde více problematických bodů než jednoduchých řešení. Přikláním se k tomu, o čem mluví americký psychiatr Scott Peck. Pokud by neexistovala paliativní péče, nebyla

zde možnost tišit fyzickou bolest a nefungovala by podpůrná sociálně-psychologická a spirituální pomoc, pak bych pravděpodobně stál na straně legalizace asistovaného suicidia. Ale jelikož tyto možnosti momentálně máme, přijde mi logičtější a smysluplnější vkládat svůj čas do paliativní medicíny. Jde o oblast (obzvláště v ČR), která potřebuje větší finanční investice, strategie, plány, přístupnost, zájem pojišťoven a také větší reklamu ve smyslu seznámení veřejnosti s paliativní medicínou. Stejně tak vnímám za morálně přípustné medicínské jednání ono „ponechání zemřít“, zmiňované v první kapitole. Nikoliv ale eutanazii a asistované suicidium.

Gilles Lipovetsky psal už v 80. letech o tom, že se asistované suicidium a eutanazie stanou v budoucnosti legálními i legitimními praxemi, které bude celosvětově v neustálém progresu. Z naší práce je zřejmé, že se tak úplně nemýlil. Asistované suicidium je aktuální eticko-lékařskou výzvou pro naši společnost, proto je nutností ho vnášet do společného dialogu a diskutovat, což byl mj. cíl této diplomové práce.

Seznam zkratek

AMA – Americká lékařská asociace

BÄK – Bundesärztekammer

ČLK – Česká lékařská komora

ESLP – Evropský soud pro lidská práva

STGB – Strafgesetzbuch

WMA – Světová lékařská asociace

Seznam použitých pramenů a literatury

Prameny

2. *Ablehnung des ärztlich assistierten Suizids* [online]. Bundesärztekammer, 2009. Dostupné z: <https://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/beschlussprotokolle-ab-1996/112-daet-2009/punkt-viii/ethik/2-ablehnung-des-aerztlich-assistierten-suizids/>

AUSTRÁLIE. *Voluntary Assisted Dying Act 2017* [online]. AustLII, 2017 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: http://www5.austlii.edu.au/au/legis/vic/num_act/vada201761o2017348/s3.html#self-administration_permit

AUSTRÁLIE. *Voluntary Assisted Dying Act 2017* [online]. Victorian legislation, 2017 [cit. 2020-03-20]. Ke stažení zde: <https://www.legislation.vic.gov.au/in-force/acts/voluntary-assisted-dying-act-2017/003>

Case of Haas versus Switzerland [online]. European Court of Human Rights, 2011 [cit. 2020-03-02]. Dostupné z: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-102940%22%5D%7D>

Case Koch versus Germany [online]. European Court of Human Rights, 2012 [cit. 2020-03-02]. Dostupné z: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22002-6416%22%5D%7D>

Case of Pretty versus The United Kingdom [online]. European Court of Human Rights, 2002 [cit. 2020-03-02]. Dostupné z: <https://hudoc.echr.coe.int/eng#%7B%22itemid%22:%5B%22001-60448%22%5D%7D>

ČESKO. *Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník*. In: *Sbírka zákonů ČR*. 2009, částka 11/2009. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>

ČESKOSLOVENSKO. *Zákon č. 86/1950 Sb.* [online]. zakonyprolidi.cz [cit. 2020-04-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1950-86>

ČESKOSLOVENSKO. *Zákon č. 140/1961 Sb.* [online]. zakonyprolidi.cz [cit. 2020-04-28]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1961-140>

DOMŠOVÁ, V. *Senátní návrh zákona o důstojné smrti* [online]. Senátní tisk č. 303, Senát parlamentu České republiky, 2008 [cit. 2020-03-22]. Dostupné z: <http://www.senat.cz/xqw/xervlet/pssenat/htmlhled?action=doc&value=47525>

Charta práv umírajících. Doporučení Rady Evropy č. 1418/1999, 1999. Dostupná zde: <https://www.ikem.cz/cs/charta-prav-umirajicich/a-830/>

KALIFORNIE. *End of Life Option Act* [online]. California Legislative Information, 2015 [cit. 2020-03-29]. Dostupné z: https://leginfo.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?bill_id=201520162AB15

KANADA. *Act to amend the Criminal Code and to make related amendments to other Acts (medical assistance in dying)* [online]. Parliament of Canada, 2015-2016 [cit. 2020-03-18]. Zákon dostupný z: <https://www.parl.ca/DocumentViewer/en/42-1/bill/C-14/royal-assent>

KANADA. *Canadian Criminal Code* [online]. Department of Justice, 1985 [cit. 2020-03-04]. Dostupný zde: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-46/page-53.html#docCont>

LUCEMBURSKO. *Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide*. Le Gouvernement du Grand-duché de Luxembourg, 2009 [cit. 2020-14-03]. Dostupné z: <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo>

Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte [online]. Bundesärztekammer, 1997 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MBO/MBO-AE.pdf

NĚMECKO. *German Criminal Code (v originále Strafgesetzbuch)* [online]. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 1871 [cit. 2020-03-20]. Zákon dostupný z: https://www.gesetze-im-internet.de/englisch_stgb/

NIZOZEMSKO. *Dutch Penal Code (v originále Wetboek van Strafrecht)*. Legislationonline.org, 1881 (text valid on 2012) [cit. 2020-03-23]. Dostupné z: https://www.legislationline.org/download/id/6415/file/Netherlands_CC_am2012_en.pdf

NIZOZEMSKO. *Dutch law on Termination on Life on Request and Assisted Suicide*. The World Federation of Right to Die Societies, 2002 [cit. 2020-03-23]. Dostupné z: <https://www.worldrtd.net/dutch-law-termination-life-request-and-assisted-suicide-complete-text>

RAKOUSKO-UHERSKO. *Zákon č. 117/1852 ř. z., ze dne 27. 5. 1852; Trestní zákon o zločinech, přečinech a přestupcích* [online]. epravo.cz [cit. 2020-04-28]. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/vyhledavani-aspi/?Id=17&Section=1&IdPara=1&ParaC=2>

Stavovský předpis ČLK [online]. Česká lékařská komora, 2019 [cit. 2020-03-21]. Předpis ke stažení zde: <https://www.lkcr.cz/stavovske-predpisy-clk-212.html>

ŠVÝCARSKO. *Federal Act on Medicinal Products and Medical Devices* [online]. The Federal Council, 2000 [cit. 2020-03-16]. Dostupný z: <https://www.admin.ch/opc/en/classified-compilation/20002716/index.html>

ŠVÝCARSKO. *Swiss Criminal Code* [online]. The Federal Council, 1937 [cit. 2020-03-16]. Dostupný z: <https://www.admin.ch/opc/en/classified-compilation/19370083/202003030000/311.0.pdf>

WMA Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide [online]. 2019 [cit. 2020-02-24]. Dostupné z: <https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/>

ZLATUŠKA, J., VONDRÁČEK, R., ZELIENKOVÁ, K., PETR, A., ČIHÁK, P., VOJTECH, A. *Poslanecký návrh zákona o důstojné smrti* [online]. Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky, 2016 [cit. 2020-03-22]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=7&ct=820&ct1=0>

Bibliografické zdroje

ADMIRAAL, P. *Eutanazie a asistovaná sebevražda*. In: THOMASMA, D., C., KUSCHNER, T. *Od narození do smrti: etické problémy v lékařství*. Praha: Mladá Fronta, 2000.

AMÉRY, J. *Vztáhnout na sebe ruku: Rozprava o dobrovolné smrti*. Praha: Prostor, 2010.

ANZENBACHER, A. *Křesťanská sociální etika: úvod a principy*. 2. vydání, Brno: CDK, 2015.

BARTŮNĚK, P. *Eutanazie – kontroverzní téma*. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019.

BAUMAN, Z. *Tekutá modernost*. Praha: Mladá fronta, 2002.

BEAUCHAMP, T., L., CHILDRESS, J., F. *Principles of Biomedical Ethics*. Fifth edition, Oxford: Oxford University Press, 2001.

BECKER, L., BECKER, CH. (eds.). *Encyclopedia of Ethics*. Second edition, New York: Routledge, 2001.

BOSSHARD, G. *Assistierter Suizid in der Schweiz: Ursprung, Entwicklungen, Empirische Befunde*. In: BORASIO, G., D., JOX, R., J., TAUPITZ, J., WIESING, U. (eds.). *Assistierter Suizid: Der Stand der Wissenschaft*. Berlin: Springer, 2017.

BREITBART, W., ROSENFELD, B., PESSIN, H. et al. *Depression, Hopelessness, and Desire for Hastened Death in Terminally Ill Patients With Cancer*. JAMA – Vol 284, No. 22, 2000.

BURDA, F. *Kultura služby: analýza a aplikace antropologických východisek*. Ústí nad Orlicí: Oftis, 2014.

CALLAHAN, D. *The Roots of Bioethics: Health, Progress, Technology, Death*. Oxford: Oxford University Press, 2012.

CAMPBELL, L. *Current Debates about Legislating for Assisted Dying: Ethical Concerns*. 2018. Ke stažení zde: <https://www.researchgate.net/publication/330687026>

CARRICK, P. *Medical Ethics in the Ancient World*. Washington: Georgetown University Press, 2001.

ČÍSAŘOVÁ, D., SOVOVÁ, O. a kol. *Trestní právo a zdravotnictví*. 2. vydání, Praha: Orac, 2004.

COHEN-ALMAGOR, R. *Euthanasia in the Netherlands: the Policy and Practice of Mercy Killing*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2004.

COHEN-ALMAGOR, R. *Euthanasia Policy and Practice in Belgium: Critical Observations and Suggestions for Improvement* [online]. *Issues in Law & Medicine*, Volume 24, Number 3, 2009.

ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010.

ČERNÝ, D. *Argumenty proti eutanazii*. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Eutanazie z pohledu medicíny, filozofie a práva*. Praha: Středisko společných činností AV ČR, 2018.

ČERNÝ, D. *Co je to eutanazie?* In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019.

ČERNÝ, D., HRÍBEK, T. *Definice a formy eutanazie*. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Eutanazie z pohledu medicíny, filozofie a práva*. Praha: Středisko společných činností AV ČR, 2018.

DOLEŽAL, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*. Praha: Academia, 2017.

DUNN, M., HOPE, T. *Medical Ethics: A Very Short Introduction*. Second edition, Oxford: Oxford University Press, 2018.

ENGELHARDT, T. *The Foundations of Bioethics*. Oxford: Oxford University Press, 1986.

ENGELHARDT, T. *The Philosophy of Medicine: Framing the Field*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2002.

JAN PAVEL II. *Evangelium vitae: o životě, který je nedotknutelné dobro*. Praha: Zvon, 1995.

FEINBERG, J. *Harm to Self: The Moral Limits of the Criminal Law*. New York: Oxford University Press, 1986.

FELTZ, A. *Everyday Attitudes About Euthanasia and the Slippery Slope Argument*. In: CHOLBI, M., VARELIUS, J. (eds.). *New Directions in the Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*. Cham: Springer, 2015.

FISCHEROVÁ, S. *Hippokratova přísaha a eutanazie*. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019.

FOUCAULT, M. *Zrození kliniky*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2010.

FRANKL, V., E. *Vůle ke smyslu: vybrané přednášky o logoterapii*. 2. vydání, Brno: Cesta, 2006.

FREUD, A. *Já a obranné mechanismy*. Praha: Portál, 2006.

- GIRARD, R. *Violence and the Sacred*. London: Bloomsbury, 2013.
- GRIFFITHS, J., WEYERS, H., ADAMS, M. *Euthanasia and Law in Europe*. Portland: Hart Publishing, 2008.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Co má větší hodnotu: život člověka, nebo jeho svoboda?* In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Lékařská etika*. 4. vydání, Praha: Galén, 2015.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Rub života – líc smrti*. Praha: Orbis, 1975.
- HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie*. 2. vydání, Praha: Galén, 2007.
- HAVE, T., H., WELIE, J. *Death and Medical Power: An Ethical Analysis of Dutch Euthanasia Practice*. New York: Open University Press, 2005.
- HILPERT, K. *Základní otázky křesťanské etiky*. Brno: CDK, 2017.
- HLAVINKA, P. *Dobro a ctnost pohledem etických a náboženských koncepcí*. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton, 2014.
- HONZÁK, R. *Eutanazie ano, eutanazie ne*. In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019.
- HŘÍBEK, T. *Argumenty pro eutanazii*. In: KOLEKTIV AUTORŮ. *Eutanazie z pohledu medicíny, filozofie a práva*. Praha: Středisko společných činností AV ČR, 2018.
- HŘÍBEK, T. *Za etiku bez teologie: k článku Marka Váchy o eutanazii*. Filosofický časopis, 2010/5, s. 729-749.
- HUBER, W. *Etika: základní otázky života*. Praha: Vyšehrad, 2016.
- JIRSA, J. *Problémy s asistovanou sebevraždou. K polemice Tomáše Hříbka s Markem Váchou*. Filosofický časopis, 2011/4., s. 579-590.
- KALVACH, P. *O přípustnosti pasivní eutanazie nepochybuji*. In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019.
- KALVACH, Z. *Úvahy nad širším kontextem eutanazie a jejího možného zneužití*. In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019.
- KALVÍNSKÁ, E. *Poskytování spirituální péče jako podpora při řešení otázky eutanazie?* In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019.
- KAMM, F., M. *A Right to Choose Death?* Boston: Boston Review, 1997. Dostupné zde: <http://bostonreview.net/archives/BR22.3/Kamm.html>
- KLENER, P. *Umírání a eutanazie*. In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019.

- KOŘENEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Triton, 2002.
- KOUKOLÍK, F. *Lidé, svět, eutanazie*. In: PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019.
- KREJČÍKOVÁ, H. *Ukončování léčby pacienta a trestní odpovědnost lékaře*. Praha: Galén, 2014.
- KUPKA, M. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada, 2014.
- KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*. Praha: Academia, 2018.
- KUŘE, J. *Dobrá smrt: k ujasnění pojmu eutanazie*. FILOZOFIA, roč. 62, č. 3, 2007, s. 223-234.
- KUŘE, J., a kol. *Kapitoly z lékařské etiky*. 2. vydání, Brno: Masarykova univerzita, 2012.
- KUŘE, J., VAŇHAROVÁ, M. *Dobrá smrt: eutanazie očima studentů medicíny*. Časopis lékařů českých, roč. 153/3, Praha: Česká lékařská společnost, 2014, s. 146-153.
- KÜNG, H. *Dobrá smrt?* Praha: Vyšehrad, 2015.
- LANDSBERG, P., L. *Zkušenost smrti*. 2. vydání, Praha: Vyšehrad, 2014.
- LIFTON, R., J. *Nacističtí lékaři: medicínské zabíjení a psychologie genocidy*. Praha: BB art, 2008.
- LIPOVETSKY, G. *Soumrak povinnosti: bezbolestná etika nových demokratických časů*. 2. vydání, Praha: PROSTOR, 2011.
- LOPES, G. *Dying with Dignity: A Legal Approach to Assisted Death*. Santa Barbara: Praeger, 2015.
- LUPER, S. *The Philosophy of Death*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
- MALÍŘ, J., DOLEŽAL, T. *Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod a zdravotnictví: současný stav a perspektivy*. Praha: Wolters Kluwer, 2016.
- MANN, P., S. *Meanings of Death*. In: BATTIN, M., P., RHODES, R., SILVERS, A. *Physician Assisted Suicide: The Expanding Debate*. New York: Routledge, 1998.
- MATĚJEK, J. *Dříve projevená přání pacientů: výhody a rizika*. Praha: Galén, 2011.
- MATĚJEK, J. *Svědomy v lékařské etice*. Brno, 2006, 116 s. Dizertační práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, vedoucí práce prof. MUDr. Marta Munzarová, CSc.
- MATĚJEK, J. „*The Philosophers Brief*“; *Asistovaná sebevražda jako varianta v rozhodování o životě pacienta a vliv této varianty na pacientovu svobodu*. In: NOVITZKY, P. (ed.). *Spravedlnost a etika: Eseje a teologická reflexe myšlení Johna Rawlse*. Košice: Equilibria, 2010.

- MILFAIT, R. *Nacistický program „Euthanasie“*. In: MILFAIT, R. (ed.). *Lidská práva osob s postižením, nevyléčitelně nemocných a umírajících*. 2. vydání, Středokluky: Zdeněk Susa, 2013.
- MORAVEC, M. *Eutanazie – aneb rezignace na zlepšování naší péče o nemocné a trpící*. In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019.
- MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče?* Praha: Grada, 2005.
- MUNZAROVÁ, M. *Lékařský výzkum a etika*. Praha: Grada, 2004.
- MUNZAROVÁ, M. *Proč nelze souhlasit s legalizací eutanazie a asistovaného suicidia*. In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019.
- MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada, 2005.
- NAGEL, T. *The View From Nowhere*. Oxford: Oxford University Press, 1986.
- NEZBEDA, O. *Průvodce smrtelníka: prakticky o posledních věcech člověka*. Praha: Paseka, 2016.
- ODUNUGA, S., A. *Euthanasia and Suicide. Does Ownership of Life Lead to Right to Die? Still on the debate*. Mnichov: GRIN Verlag, 2019.
- OPATRŇY, A. *Eutanazie z pohledu pastorálního teologa*. In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019.
- PAFKO, P. *Pohled chirurga*. In: ČERNÝ, D. (ed.). *Eutanazie – ano, či ne? Aktuální medicínské, filozofické a právní perspektivy*. Praha: Středisko společných činností AV ČR, 2015.
- PATOČKA, J. *Tělo, společenství, jazyk, svět*. Praha: OIKOYMENH, 1995.
- PECK, S., M. *Odmítnutí duše: duchovní a lidské perspektivy eutanazie a umírání*. Praha: Pragma, 2001.
- PELLEGRINO, E., D. *Medical Ethics: Entering the Post Hippocratic Era*. Journal of the American Board of Family Practice 1(4), 1988, s. 230-237.
- PERA, H., WEINERT, B. *Nemocným nablízku: jak pomáhat v těžkých chvílích*. Praha: Vyšehrad, 1996.
- PETERKOVÁ, H. *Role lékaře při ukončení života na žádost a pomoci při sebevraždě*. In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. (eds.). *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019.
- PETRÁČEK, T. *Člověk, hodnoty a dynamika středověké společnosti*. Ostrava: Moravapress, 2014.
- POLLARD, B., J. *Eutanazie – ano či ne?* Praha: Dita, 1996.

PREECE, G. *Rethinking Singer on Life & Death*. In: PREECE, G. (ed.). *Rethinking Singer: a Christian Critique*. Illinois: InterVarsity Press, 2002.

PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. a kol. *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha: Grada, 2015.

SCHARSACH, H-H. *Lékaři a nacismus*. Praha: Themis, 2001.

SCHOCKENHOFF, E. *Ethik des Lebens: Grundlagen und Neue Herausforderungen*. 2. Auflage, Freiburg: Herder, 2013.

SCHUSTER, J. *Ärztliche Beihilfe zum Suizid und Rettungspflicht als Konfliktfeld*. In: HILPERT, K., SAUTERMEISTER, J. (Hg.). *Selbstbestimmung – auch im Sterben? Streit um den assistierten Suizid*. Freiburg: Herder, 2015.

SKŘIVÁNKOVÁ-BOŠKOVÁ, V. *Eutanázie, nebo „komfort“ pro pacienty?: zkušenosti Nizozemí, Oregonu, Švýcarska a dalších*. Praha: V. Bošková, 2012.

SOKOL, J. *Eutanázie z širšího lidského hlediska*. In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. (eds.). *Eutanázie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019.

STEHLÍKOVÁ, H. *Otevřená diskuse, cesta k vyjasnění pojmů*. In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. (eds.). *Eutanázie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019.

STEVENS, K., R. *Emotional and Psychological Effects of Physician-Assisted Suicide and Euthanasia on Participating Physicians*. *Issues Law & Medicine* 21 (3), 2006, s. 203-216.

SUMNER, L., W. *Assisted death: A Study in Ethics and Law*. Oxford: Oxford University Press, 2013.

SUMNER, L., W. *Physician-Assisted Death: What Everyone Needs to Know*. New York: Oxford University Press, 2017.

SVATOŠOVÁ, M. *Hospice a umění doprovázet*. 5. vydání, Praha: Ecce Homo, 2003.

SVOBODOVÁ, J. *Právo na smrt v ČR*. In: WINTR, J., ANTOŠ, M. (eds.) *Základní lidská práva a svobody*. Praha: Univerzita Karlova, 2015.

ŠIMEK, J. *Lékařská etika*. Praha: Grada, 2015.

ŠIMEK, J., ŠPALEK, V. *Filozofické základy lékařské etiky*. Praha: Grada, 2003.

TIPPELT, H. *Nástroj vraždy: K etickým aspektům sebevražedného přístroje Sarko*. In: BLÁHA, P., TIPPELT, H. (eds.). *Sebevražda*. Ergot 01/2019, Ústí nad Labem: Filozofická fakulta UJEP, s. 52-61.

TREFNÁ, K. *Morální hodnocení eutanázie*. In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. (eds.). *Eutanázie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019.

VÁCHA, M. *Eutanázie pro a proti*. In: PTÁČEK, R., BARTŮŇEK, P. (eds.). *Eutanázie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019.

VÁCHA, M. *Je vůbec ještě možná etika v „postetickém“ světě?* Filosofický časopis, 2010/2, s. 273-279.

VÁCHA, M. *Místo, na němž stojíš, je posvátná země.* Brno: Cesta, 2008.

VÁCHA, M., KÖNIGOVÁ, R., MAUER, M. *Základy moderní lékařské etiky.* Praha: Portál, 2012.

VILELA, L., P., CARAMELLI, P. *Knowledge of the Definition of Euthanasia: Study with Doctors and Caregivers of Alzheimer's Disease Patients.* Sao Paulo: Revista da Associação Médica Brasileira, vol. 55/3, 2009, s. 263-267.

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

VLASÁKOVÁ, M. *Za etiku korektní: k článku Tomáše Hříbka „Za etiku bez teologie“.* Filosofický časopis, číslo 2011/3, s. 427-440.

WEYERS, H. *The Legalization of Euthanasia in the Netherlands.* In: YOUNGNER, S., J., KIMSMA, G., K. *Physician-Assisted Death in Perspective: Assessing the Dutch Experience.* Cambridge: Cambridge University Press, 2012.

YOUNG, R. *Medically Assisted Death.* Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

Studijní texty

ŠTICA, P. *Formy eutanazie – přehled.* Studijní text pro frekventanty kurzu KSTE408 v akademickém roce 2019/2020.

Internetové zdroje

2017 Summary of Drugs Used for Doctor-Prescribed Suicide [online]. Patients Right Council, 2017 [cit. 2020-03-29]. Dostupné z: <http://www.patientsrightscouncil.org/site/2017-summary-of-drugs-used-for-doctor-prescribed-suicide/>

2018 Death with Dignity Act Report [online]. Washington State Department of Health, 2019 [cit. 2020-03-28]. Dostupné z: <https://www.doh.wa.gov/Portals/1/Documents/Pubs/422-109-DeathWithDignityAct2018.pdf>

Annual Reports [online]. Regional Euthanasia Review Committees [cit. 2020-03-13]. Dostupné z: <https://english.euthanasiacommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>

Assistierter Suizid nach Geschlecht und Alter [online]. Bundesamt für Statistik, 2019 [cit. 2020-03-18]. Tabulka dostupná ke stažení zde: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit.assetdetail.11348852.html>

Australský stát Viktorie povoluje eutanazii. V zákoně je řada omezení [online]. EuroZpravy.cz, 2019 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <https://eurozpravy.cz/zahranicni/asiie-a-australie/261035-australsky-stat-viktorie-povoluje-eutanazii-v-zakone-je-rada-omezeni/>

Belgian Doctor Advocate for Culture of Death Descends on New Zealand [online]. Righttolife.org, 2017 [cit. 2020-04-18]. Dostupné z: <https://righttolife.org.nz/2017/06/03/belgian-doctor-advocate-for-culture-of-death-descends-on-new-zealand/>

California End of Life Option Act 2016 Data Report [online]. California Department of Public Health, 2017 [cit. 2020-03-19]. Dostupné z: <https://www.deathwithdignity.org/wp-content/uploads/2019/08/CA-CDPH-End-of-Life-Option-Act-Report-2016.pdf>

California End of Life Option Act 2017 Data Report [online]. California Department of Public Health, 2018 [cit. 2020-03-19]. Dostupné z: <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CHSI/CDPH%20Document%20Library/2017EOLADataReport.pdf>

California End of Life Option Act 2018 Data Report [online]. California Department of Public Health, 2019 [cit. 2020-03-28]. Dostupné z: <https://www.deathwithdignity.org/wp-content/uploads/2019/08/CA-CDPH-End-of-Life-Option-Act-Report-2018.pdf>

COLLINS, T. *Cardinal Collins: „Instead of developing an overall culture of care, we are rushing toward death on demand“* [online]. The Star, 2020 [cit. 2020-04-19]. Dostupné z: <https://www.thestar.com/opinion/contributors/2020/03/02/cardinal-collins-instead-of-developing-an-overall-culture-of-care-we-are-rushing-toward-death-on-demand.html>

Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation de l'application de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide: Cinquième rapport à l'attention de la Chambre des Députés (années 2017 et 2018) [online]. Commission Nationale de Contrôle et d'Évaluation, 2019 [cit. 2020-14-03]. Dostupné z: <http://sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-loi-euthanasie-2017-2018/rapport-loi-euthanasie-2017-2018.pdf>

COOK, M. *Germany's High Court Endorses Right to Assisted Suicide* [online]. Bioedge, 2020 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <https://www.bioedge.org/bioethics/germanys-high-court-endorses-a-right-to-assisted-suicide/13343>

ČADOVÁ, N. *Veřejné mínění o interrupci, eutanazii a trestu smrti – květen 2018* [online]. Centrum pro výzkum veřejného mínění, 2018 [cit. 2020-04-26].

DEAR, J. *The Doctors Who Invented a New Way to Help People Die* [online]. The Atlantic, 2019 [cit. 2020-03-29]. Dostupné z: <https://www.theatlantic.com/health/archive/2019/01/medical-aid-in-dying-medications/580591/>

ERTELT, S. *First Child Dies After Belgium Approves Measure Allowing Doctors to Euthanize Children* [online]. LifeNews.com, 2016 [cit. 2020-04-18]. Dostupné z: <https://www.lifenews.com/2016/09/19/first-child-dies-after-belgium-approves-measure-allowing-doctors-to-euthanize-children/>

Euthanasia, Assisted Suicide and Non-resuscitation on Request [online]. Government of the Netherlands [cit. 2020-03-13]. Dostupné z: <https://www.government.nl/topics/euthanasia/euthanasia-assisted-suicide-and-non-resuscitation-on-request>

Euthanasia and Assisted Suicide: Law of 16 March 2009 [online]. Ministry of Health, Ministry of Social Security, 2010 [cit. 2020-14-03]. Dostupné z: <http://sante.public.lu/fr/publications/e/euthanasie-assistance-suicide-questions-reponses-fr-de-pt-en/euthanasie-assistance-suicide-questions-en.pdf>

Euthanasia and Newborn Infants [online]. Government of the Netherlands [cit. 2020-03-13]. Dostupné z: <https://www.government.nl/topics/euthanasia/euthanasia-and-newborn-infants>

Euthanasia in the Netherlands [online]. KNMG, 2017 [cit. 2020-03-13]. Dostupné z: <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/euthanasia-in-the-netherlands.htm>

Fourth Interim Report on Medical Assistance in Dying in Canada [online]. Health Canada, 2019 [cit. 2020-03-18]. Zpráva dostupná z: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/medical-assistance-dying-interim-report-april-2019.html>

FRIEDEN, J. *Physician-Assisted Suicide Once Again Divides AMA Members* [online]. Medpage Today, 2019 [cit. 2020-07-05]. Dostupné z: <https://www.medpagetoday.com/meetingcoverage/ama/80384>

GAMONDI, C., BORASIO, G., D., OLIVER, P., PRESTON, N., PAYNE, S. *Responses to Assisted Suicide Requests: an Interview Study with Swiss Palliative Care Physicians* [online]. BMJ Supportive & Palliative Care, 2017 [cit. 2020-04-13]. Dostupné ke stažení z: <https://spcare.bmj.com/content/9/1/e7#BIBL>

GAYLE, D. *Transsexual, 44, Elects to Die by Euthanasia After Botched Sex-change Operation Turned Him Into a „Monster“* [online]. Dailymail.co.uk, 2013 [cit. 2020-04-18]. Dostupné z: <https://www.dailymail.co.uk/news/article-2440086/Belgian-transsexual-Nathan-Verhelst-44-elects-die-euthanasia-botched-sex-change-operation.html>

Germany Overturns Ban on Professionally Assisted Suicide [online]. BBC, 2020 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <https://www.bbc.com/news/world-europe-51643306>

HONGO, J. *Euthanasia: the Dilemma of Choice* [online]. The Japan Times, 2014 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <https://www.japantimes.co.jp/life/2014/02/15/general/euthanasia-the-dilemma-of-choice/#.XnZhuXJCdEY>

„I am happy to have the chance to end my life“: David Goodall [online]. The Local, 2018 [cit. 2020-04-18]. Dostupné z: <https://www.thelocal.ch/20180509/i-am-happy-to-have-the-chance-tomorrow-to-end-my-life-david-goodall-assisted-suicide-euthanasia-switzerland>

Information brochure [online]. Association lifecircle, 2018 [cit. 2020-03-17].

Is there a right to die? (1996) – with Leon Kass / THINK THANK. In: Youtube [online]. 11. 4. 2020 [cit. 2020-04-20]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=9lwoRnxEvyE>. Kanál uživatele: American Enterprise Institute.

JONES, R., M., SIMPSON, A., I., F. *Medical Assistance in Dying: Challenges for Psychiatry* [online]. Front Psychiatry 9:678, 2018 [cit. 2020-03-23]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6295549/>

KANE, L. *Medscape Ethics Report 2014, Part 1: Life, Death and Pain* [online]. Medscape, 2014 [cit. 2020-04-09]. Dostupné z: <https://www.medscape.com/features/slideshow/public/ethics2014-part1#4>

Management of Dying and Death [online]. Bern: Swiss Academy of Medical Sciences, 2018 [cit. 2020-03-16]. Dostupné ke stažení zde: <https://www.samw.ch/en/Publications/Medical-ethical-Guidelines.html>

MARCUS, I. *Germany: Highest Court Allows Assisted Dying* [online]. The Berlin Spectator, 2020 [cit. 2020-03-20]. Dostupné z: <https://berlinspectator.com/2020/02/26/germany-highest-court-allows-assisted-dying/>

MATOCHOVÁ, S. *Otázka eutanázie z pohledu judikatury evropského soudu pro lidská práva* [online]. Zdravotnické právo v praxi, č. 2, 2006, s. 24-28. Dostupné zde: <https://pravo.solen.cz/pdfs/pra/2006/02/01.pdf>

Medical Assistance in Dying [online]. Government of Canada, 2020 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html#a1>

MILLS, G. *What You Need to Know About Assisted Suicide in Switzerland* [online]. The Local, 2018 [cit. 2020-03-18]. Dostupné z: <https://www.thelocal.ch/20180503/what-you-need-to-know-about-assisted-death-in-switzerland>

MORGAN, D. *Voluntary Euthanasia to Begin in Victoria as Assisted Dying Laws Take Effect This Week* [online]. ABC, 2019 [cit. 2020-03-29]. Dostupné z: <https://www.abc.net.au/news/2019-06-16/voluntary-assisted-dying-starts-in-victoria/11207712>

NICOL, J. *Medical Assistance in Dying: The Law in Selected Jurisdictions Outside Canada* [online]. Background paper, Library of Parliament, 2019 [cit. 2020-03-18]. Dostupné z: https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/en_CA/ResearchPublications/2015116E#a28

Nitschke's „Suicide Machine“ Draws Crowds at Amsterdam Funeral Fair [online]. The Guardian, 2018 [cit. 2020-04-19]. Dostupné z: <https://www.theguardian.com/society/2018/apr/15/nitschke-suicide-machine-amsterdam-euthanasia-funeral-fair>

NOVÁKOVÁ, M., KRAUSOVÁ, M. *Srovnání právní úpravy eutanazie a asistované sebevraždy ve vybraných státech* [online]. Studie, Parlamentní institut, 2019. Dostupné ke stažení zde: <https://www.psp.cz/sqw/ppi.sqw?lp=1>

OTTER, C. *Voluntary Assisted Dying Bill 2017* [online]. Research Note, Parliamentary Library & Information Service, 2017 [cit. 2020-02-08]. Dostupné z: <https://www.parliament.vic.gov.au/publications/research-papers/send/36-research-papers/13834-voluntary-assisted-dying-bill-2017>

Our Society [online]. Exit [cit. 2020-03-16]. Dostupné z: <https://exit.ch/en/who-is-exit/>

Parliament Considers Protecting Physician Conscience Rights [online]. ARPA Canada, 2019 [cit. 2020-03-18]. Dostupné z: <https://arpacanada.ca/news/2019/01/17/parliament-considers-protecting-physician-conscience-rights/>

PATERSON, T. *Swiss Vote to Continue Assisted Suicide* [online]. Independent, 2011 [cit. 2020-03-17]. Dostupné z: <https://www.independent.co.uk/news/world/europe/swiss-vote-to-continue-assisted-suicide-2284752.html>

Physician-Assisted Suicide [online]. American Medical Association [cit. 2020-03-29]. Dostupné z: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/physician-assisted-suicide>

PIETERS, J. *D66 Working on Bill for Assisted Suicide at End of a „Complete Life“* [online]. NLTimes.nl, 2019 [cit. 2020-04-25]. Dostupné z: <https://nltimes.nl/2019/09/02/d66-working-bill-assisted-suicide-end-completed-life>

SCHADENBERG, A. *Complications with Lethal Drugs Used for Assisted Suicide* [online]. Alexschadenberg.blogspot.com, 2019 [cit. 2020-03-29]. Dostupné z: <http://alexschadenberg.blogspot.com/2019/04/lethal-drugs-used-for-assisted-suicide.html>

SIMON, C. *With D.C. and California Laws in Jeopardy, a Fresh Debate Over Medical Aid in Dying* [online]. USA Today, 2019 [cit. 2020-03-30]. Dostupné z: <https://eu.usatoday.com/story/news/2018/06/25/washington-dc-california-medical-aid-dying-physician-assisted-suicide/713546002/>

SOKOL, J. *Společná etika pro všechny lidi?* [online]. jansokol.cz, 2014 [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: <http://www.jansokol.cz/2014/03/spolecna-etika-pro-vsechny-lidi/>

Stanovisko Vlády k návrhu poslanců Jiřího Zlatušky, Radka Vondráčka, Kristýny Zeličkové, Petra Adama, Pavla Čiháka a Vojtěcha Adama na vydání zákona o důstojné smrti [online]. Sněmovní tisk č. 820/1, Poslanecká sněmovna parlamentu České republiky, 2016 [cit. 2020-03-22]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=7&CT=820&CT1=1>

The Committees [online]. Regional Euthanasia Review Committees [cit. 2020-03-13]. Dostupné z: <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/the-committees>

The True Cost: How the UK Outsources Death to Dignitas [online]. Independent, 2017 [cit. 2020-04-08]. Dostupné z: <https://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/the-true-cost-how-the-uk-outsources-death-to-dignitas-a8073401.html>

Third Interim Report on Medical Assistance in Dying in Canada [online]. Health Canada, 2018 [cit. 2020-03-03]. Dostupné z: <https://www.cspcp.ca/wp-content/uploads/2018/10/medical-assistance-dying-interim-report-june-2018-eng.pdf>

THOMASSON, E. *Zurich Voters Reject Ban on „Suicide Tourism“* [online]. Reuters, 2011 [cit. 2020-03-17]. Dostupné zde: <https://www.reuters.com/article/uk-swiss-suicide/zurich-voters-reject-ban-on-suicide-tourism-idUSLNE74F02I20110516>

Toetsingsprocedure Regionale Toetsingcommissies Euthanasie [online]. Regional Euthanasia Review Committees [cit. 2020-03-13]. Dostupné z: <https://english.euthanasiecommissie.nl/review-procedure>

TŘEŠŇÁK, P. *Eutanazie: Bezbolestné pokušení* [online]. RESPEKT, 2007 [cit. 2020-04-26]. Dostupné z: <https://www.respekt.cz/tydenik/2007/46/eutanazie-bezbolestne-pokuseni>

Zákon o eutanazii chtějí autoři předložit v únoru či březnu 2020 [online]. Zdravotnictví a medicína, 2019 [cit. 2020-03-22]. Dostupné zde: <https://zdravi.euro.cz/zakon-o-eutanazii-chteji-autori-predlozit-v-unoru-ci-breznu-2020/>

ZDECHOVSKÝ, T. *Únava životem nemůže být důvodem pro eutanazii* [online]. iDnes.cz/Blog, 2019 [cit. 2020-04-19]. Dostupné z: <https://zdechovsky.blog.idnes.cz/blog.aspx?c=728851>