

Biomedicínské výzvy spojené s koncem lidského života

Vzpomeňme na zmiňované kritérium smrti mozku.

Otázka po ospravedlnitelných rozhodnutích na konci života narůstá s možnostmi intenzivní medicíny:

Jak dalece by se měly takové možnosti vyčerpávat?

Jak se snese nárok autonomie pacienta se skutečností nemoci a faktem sám rozhodovat na konci života?

K čemu jsou lékaři a ostatní zdravotní personál zavázáni ohledně péče o umírající?

Antropologická rovina: zranitelnost, slabost, konečnost lidského života, lidská důstojnost (mravní autonomie), umírání jako poslední fáze života (tedy jako součást života).

Kritérium smrti mozku: stav ireverzibilní zaniklé celkové funkce mozku (velký mozek, mozkový kmen, malý mozek), proto celková smrt mozku.

Jde o stanovení smrti člověka.

Př. Locked-in-Syndrom (zničeny jsou velké části mozkového kmene, funkce mozkové kůry ale ne; pacient je při plném vědomí, ale nemůže se pohybovat a nemůže komunikovat).

Apalický syndrom (opačně zde: mozková kůra je nefunkční, zatímco funkce mozkového kmene zůstávají zcela či částečně intaktní=neporušené; pacient v kómatu, ve vegetativním statusu, může samostatně dýchat, projevuje reakce, ale žádné znamení vědomí).

Konkrétní jedinec jako osoba, která je v sociálních vztazích, ne izolované, autarkní (*autarkie* jako soběstačný izolacionismus) individuum.

Kdo podle kterých kritérií má činit rozhodnutí; zejména, když dotyčná osoba sama není způsobilá k tomuto.

Nabídka principu *subsidiarity* ze sociální etiky:

jedinec je sice ve středu jednání, ale potřebuje přitom spolupráci s ostatními. Jedinci se má přenechat je tolik zodpovědnosti, kolik je jí schopen unést, a nadřazení aktéři (např. zástupce, rodina, společenství, stát) mají tuto zodpovědnost přebírat jen tam, kde toho už podřízený aktér není schopen.

Autonomní umírání:

připomeňme znovu pojem *autonomie* (doslova sebezákonnodárství) – sebeurčení, mravní sebezávazek. Podle Kanta schopnost lidské vůle se zavázat se mravnímu zákonu praktického rozumu a určovat se tím, co se bezpodmínečně požaduje. Základní schopnost dávat svébytně, ale ne pouze sám, svému životu smysl a cíl.

Opakem je *heteronomie* (určení cizím, jiným) – heteronomní vůle se nerozhoduje podle mravního zákona, ale je určena žádostivými a egoistickými pohnutkami.

Autonomie pacienta zde jako výraz respektování lidské důstojnosti. I zde základ etiky a právně zodpovědného jednání. Omezena danými okolnostmi při aktuálním uplatnění (strach ze smrti, bolesti, umírání, sociální izolace, potíže v komunikaci, deprese...) Aktuální svoboda rozhodování a jednání je ohrožena a omezena, proto zdůraznění mravní autonomie, aby se dotyčný nestal pouhým objektem rozhodování jiných.

Respekt k autonomii zahrnuje taky pravdivost, neprodužovat život za každou cenu, závazek doprovázení umírajících...

Autonomie a přístup care od dalších aktérů (jejich rozhodování i za pacienta je vždy vázáno na jeho autonomii a jeho vůli).

Patientenverfügung (advance directive, living will) – předchozí prohlášení pacienta (předběžné předchozí prohlášení jeho vůle) s ohledem na možné budoucí situace nemoci a s tím spojené jednání dalších osob.

Takový formulář např. v SRN společně od církve v evangelické a katolické tradici.

Problematika eutanazie:

Humánní umírání: co to znamená? Principy a postoje.

Nejprve pořádek v pojmech:

pojem eutanazie jen pro zabití osoby rukou lékaře pomocí nějakého prostředku (injekce).

Překonané dělení na přímá/nepřímá, aktivní/pasivní. K tomu dále.

Nyní k medicínské a ošetrovatelské care na konci života:

doprovázení umírajících zahrnuje efektivní medicínskou péči, péči o psychické, sociální a spirituální blaho člověka a patří k závazkům a úkolům health care professionals, které nelze relativizovat. Mírnění bolesti (analgetika) a terminální ztlumení sedativy (přijatelné a snesitelné symptomy). Příklad paliativní péče (viz dále).

Právní rámec, odborné směrnice, etická orientace.

(Umělá) výživa: infúze, sondy (PEG např.) – *za jakých podmínek je možno podpůrné zákroky ohledně výživy využít a nepoužít či již napojené vysadit?*

Při hledání odpovědi respektovat dva principy:

- *vůle pacienta*: ale co u např. s demencí či s apalickým syndromem? Kde i malá nejistota, tam zákaz automatismu na základě autonomie (ani-ani: automaticky nekonat, automaticky v každém případě a bez strategie ohledně smrti, odchodu ze života). Nikdy ale nenechat vyhladovět a zemřít žízni – paliativní péče ukazuje na potřebu odstraňování

pocitu žízně (ovlhčování ústní dutiny) spolu s péčí o tělo, umožnění dýchání, tišení bolesti, dotýkáním, oslovováním) patří k nezbytným prvkům basis péče;

- *indikace*: existuje ještě přemostění krizových fází nemoci? o jakou diagnózu a prognózu se jedná? PEG-sonda taky třeba jako součást paliativní péče.

Nepřijetí léčby a její ukončení

a) Kontroverze aktivní/pasivní:

Kritika: stejný výsledek – smrt; aktivní konání má být humánnější než pasivní přihlížení?

Důležitější je vidět jednání v kontextu a konkrétní situaci v celku intence (úmyslu), prostředku a výsledku (následku). Někdy totiž může být např. neprovedení oživení nejen dovoleno, ale dokonce přikázáno; jindy neprovedená pomoc vinou. Je např. odpojení přístroje na udržování oběhu srdce-plíce aktivní eutanazií a tím eo ipso nedovolené?

b) stupně terapie:

jako citlivější ke kontextu se ukazuje rozlišování stupňů terapie. Primární rezignace na léčbu (zákrok, opatření se nevyužije) i sekundární vzetí zpět léčby (zákroku, zapojení) až k ukončení je nutno ospravedlnit autonomií pacienta a medicínskou indikací.

Medicína nemá pověření či legitimaci k tomu, aby prodlužovala život za každou cenu. Ctižádost či strach jako důvody léčby, která jen prodlužuje ireverzibilní stav, který vede ke smrti a je nenahraditelný (nezměnitelný), lze označit jako chování, které se provinuje proti lidské důstojnosti, protože se pacient degraduje na pouhý objekt zákroků. Je také umění pacienta už propustit (důstojně odejít).

Nebo z ekonomických důvodů nekonat či ukončovat. Jen dle vyčíslitelných ekonomických faktorů.

Čtyři stupně terapie: maximální, udržovaná, redukce, ukončení; vždy basis péči zajistit a konat s ohledem na dobro pacienta.

Stupně terapie	Popis	Kontext
<i>Maximální</i>	vše se dělá, co je možno	prognóza je dobrá nebo nelze situaci odhadnout
<i>Udržování terapie</i>	intenzita zachována, ale dodatečné problémy už neléčeny (např. neoživení při zástavě srdce)	prognóza je kritická, šance na přežití nepatrné, ale nelze je úplně odmítnout

<i>Redukce terapie</i>	redukována, ale zůstává optimální basis péče	už nejsou šance na přežití
<i>Ukončení terapie</i>	odstavení všech pomocných prostředků nebo časové omezené pokračování	když nastala smrt mozku, resp. jsou odebrány orgány

(Dle Salomon 2006)

Zabití druhého člověka:

V souvislosti s právním řádem by to mohlo znamenat:

vraždu – někdo úmyslně usmrtí druhého člověka (odvolání se na soucit nehraje roli) proti jeho vůli nebo bez ní.

Delikt by se mohl stát i prostřednictvím zanedbání („pasivně“), když by pachatel jako garant pomocí úmyslu zabití zanedbal (zdržel se) příkázanou pomoc a oběť proto zemře.

Toto se v etické diskusi označuje často jako „ne dobrovolná eutanazie“ (chybí způsobilost úsudku) nebo „nedobrovolná eutanazie“ (proti vůli pacienta).

Dále *zabití na požádání* – někdo zabije úmyslně druhého člověka na jeho vážnou a naléhavou žádost, pouhý souhlas oběti nestačí.

V etické diskusi se tato skutková podstata označuje často jako „dobrovolná aktivní eutanazie“ (voluntary active euthanasia, dále VAE) a představuje vedle lékařsky asistovaného suicidálního chování (dále PAS) jádro debat ohledně problematiky eutanazie.

Situace Nizozemí a Belgie:

V Nizozemí je VAE i PAS sice nadále protiprávní, mohou ale být beztrestné dle Zákona o kontrole ukončení života na požádání a pomoci při sebezabití (2001), když se dodrží určitá kritéria svědomitosti a ohlášení:

- požádání pacienta musí být dobrovolné, po zralé úvaze a objasnění
- jeho stav musí být bezvýchledný a jeho utrpení nesnesitelné
- nesmí pro jeho situaci existovat žádná přijatelná řešení
- tato kritéria musí přezkoumat minimálně dva í lékaři nezávisle na sobě
- lékař, který provádí, musí ohlásit VAE a PAS komisi, která přezkoumá toto jednání dle zákonných kritérií.

Evaluaace této zákonné úpravy:

nárůst žádostí z 1,7% všech případů úmrtí (1990) na 2,4% (1995) a 2,6% (2001).

Přesto případy nedobrovolné eutanazie:

27% dotázaných lékařů uvedlo, že provedli už jednou toto (1990), 23% (1995) a 13% (2001).

V roce 2001 bylo ohlášeno jen cca 54% případů.

V Belgii byl v roce 2002 schválen Zákon, který se týká eutanazie“. Tím se legalizovala VAE, ale ne PAS, když se splní tyto podmínky:

- pacient musí být plnoletý (nebo jako nezletilý rozumově zralý), přičetný a při vědomí
- musí svou žádost o zabití vyjádřit dobrovolně, dobře promyšleně, opakovaně a bez tlaku zvnějšku
- musí se nacházet v medicínsky bezvýchodné situaci a ve stavu trvalého tělesného nebo psychického utrpení, které nelze zmírnit
- když smrt nenastane v krátké době, musí lékař, který přijal žádost, obstarat druhý názor o tom, zda nemoc způsobuje neléčitelné a nesnesitelné utrpení
- lékař musí s pacientem diskutovat o alternativách.

Podle toho může být zabit i nevléčitelně nemocný, který nezemře v dohledné době. I psychické útrapy jsou důvodem (např. deprese resistantní vůči terapii).

Vázáno na procesní pravidla (písemná žádost, ohlášení komisi, zapojení léčebného týmu).

V první roce zákonné úpravy bylo nahlášeno 259 případů VAE, přičemž 8,5% nebylo v terminálním stádiu.

Příklady:

Ukončení terapie u pacientky v kómatu: 69 let, Alzheimer-demence, po roce nutnost péče a pečovatelský ústav, syn jako opatrovník (dle opatrovníckého soudu); zástava krevního oběhu, reanimace – kóma (jen vegetativní funkce a reaguje reflexně na vnější podněty, není ale už při vědomí...viz přednáška.

Dále: Zavedení umělého dýchání u pacienta s karcinomem pankreatu – 72 let, recidivující metastázy jater a mozku, náhle doma křečový záchvat (epileptický), bezvědomí, nemocnice, doprovod ženy a dcery, krevní hodnoty ukazují, že je nutné umělé dýchání. *Jak mají lékaři dále postupovat? Co by k tomu řekl sociální pracovník, kdyby byl dotázán či byl členem etické komise?*

Trochu historie:

Moc lékaře přivodit určitými prostředky smrt – obavy; viz Hippokratova přísaha (a její aktualizace).

Lékařské umění ale taky vyhledáváno, když chce nemocný vyváznout z nevléčitelného, nesnesitelného utrpení, bolesti či porušení své důstojnosti nemocí. Tzv. dobrá smrt: dříve

chápána smrt, které mohl někdo hledět vstříc s odhodlaností (připraveností, vyrovnaností) a v důstojnosti. Dnes spíše bezbolestná a rychlá smrt.

Jako roli přitom mají a smějí hrát lékaři (a další zdravotní personál, příbuzní, sociální pracovníci, právníci...)?

Bolestné zkušenosti z dějin: nacionální socialismus a medicínské záminky a účast lékařů na zabití 250 000 lidí s duševním a tělesným postižením (dospělí i děti) – v rámci tzv. akce eutanazie (skrze uspávací prostředky, usmrcení v plynové komoře, vyhladovění). Zastírající a zavádějící označení této akce: „smrt z milosti“ („Gnadentod“) pro „život, který nestojí za to žít“ („lebensunwertes Leben“) či pro „prázdná lidská pouzdra“ („Menschenhülsen“). Sloužila systematickému finančnímu odlehčení státu od tzv. „balastních existencí“. Současně se zbavila zdánlivě neléčitelných pacientů psychiatrie usilující o vědecký rozvoj.

Hrozné zneužití lékařské moci ve službě státních zájmů.

Proto pojem eutanazie dnes jen pro aktivní zamýšlené zabití pacienta, jinak pojem Sterbehilfe (pomoc člověku zemřít).

Dříve spíše obava, že zemřu příliš brzy; dnes opatření prodlužující život (intenzivní medicína) často starost, že budu muset zemřít příliš pozdě; otázka: zda debata o legalizaci zabití na přání a o zdravotnicko-ekonomických opatřeních nezpůsobí opačný trend a zda se strach z nadměrné péče-Übersorgung (prodlužování utrpení, příliš pozdní smrt) nezmění v strach z nedostatečné péče-Unterversorgung.

Různé pojmy v diskusích: aktivní-pasivní, přímá-nepřímá eutanazie či pomoc člověku zemřít, přiměřená-nepřiměřená opatření.

Např. Sterbehilfe může znamenat pomoc při umírání (doprovázení při umírání, Sterbebeistand) nebo pomoc zemřít. (cílené způsobení, dosažení, zapříčinění smrti) – zde náhražka pojmu eutanazie (původně z řečtiny EU THANATOS = dobrá smrt, tedy dobrou smrt, tzn. nenásilnou smrt, lehké umírání bez útrap; dnes úmyslné zapříčinění smrti člověka, aby se ukončily bolesti nebo závažná poškození, omezení, narušení. Rozlišuje se dobrovolná, ne dobrovolná a nedobrovolná:

- dotyčný si přeje být zabit (zabití na přání): tzv. dobrovolná
- vládne faktická nezpůsobilost žádost o zabití vyjádřit (novorozenci, lidé v kómatu) (způsobilost buď není ještě dána, už není dána nebo vůbec není dána): ne dobrovolná
- nedobrovolná znamená zabití proti vůli dotyčného nebo bez toho, že by zjišťovalo jeho možná existující projevení vůle.

Priměřená a nepřiměřená opatření: hlavně medicínské věcné otázky; rozlišování je měnitelné a relativní – je totiž podmíněné situací a závislé na možnostech medicíny, stavu pacienta a socio-kulturních hodnoceních.

Definice a příklady pojmů:

Asistovaná sebevražda: např. předepsání potencionálně smrtícího léku s vědomím, že pacient plánuje sebevraždu (v SRN to není trestné, ale dle tamní lékařské komory nepřijatelné z hlediska lékařského étosu – srov. a viz vztah práva a morálky, mravnosti, etiky); tedy lékaři nic nepodniknou proti „dobrovolné smrti – sebevraždě“ dobře známého pacienta, který si chce vzít život na vlastní přání a ze sledovatelných důvodů (neléčitelná bolest, znetvoření – srov. případ z Francie, březen 2008, bezvýchodnost utrpení).

Zabití na přání, aktivní přímá eutanasie: úmyslné zabití pacienta, např. injekcí příliš velkou dávkou kaliumchloridu; v ČR i SRN zakázána zákonnou úpravou (viz právní úprava v ČR), v Belgii a Holandsku povolena za určitých podmínek (tzv. kritéria pečlivosti – i tak se ale zneužívá a tato kritéria se v některých případech nedodržují); řídicí roli při páchání tohoto činu si ponechává lékař.

„Nepřímá eutanasie“: počítá se smrtí pacienta jako možným vedlejším následkem léčby; např. pokročilý tumor plic a velké dávky morfia ke zmírnění závažné dušnosti (dechové nedostatečnosti), které mohou přivodit jako vedlejší účinek zástavu dechu.

„Pasivní eutanasie“: neprovádění či ukončení opatření, která prodlužují život; vyjádření vůle pacienta; např. ukončení dialýzy ledvin u pacienta s pokročilým selháním orgánů. Smrt pacienta se sice bezprostředně nezamýšlí, ale počítá se s ní jako s posledním důsledkem konání či nekonání.

Pojmy aktivní-pasivní se vztahují k příčině následků jednání: často se dává na roveň rozlišování konat a nekonat.

Přímá-nepřímá se vztahuje k intenci jednání (zamýšlené-počítat s tím, smířit se s tím).

Pasivní pomoc člověku zemřít: rezignace na opatření nutná k životu či jejich ukončení; nepřímá pasivní: počítá se s tím, že smrt nastoupí dříve, a to jako následek opatření zmiřující bolest;

Aktivní: aktivní, přímá eutanazie: zabití pacienta prostřednictvím třetí osoby.

Problémy aktivní a pasivní eutanazie

Často používané rozlišování pojmů aktivní, pasivní a nepřímá eutanazie přináší problémy pro praxi: při rozmanitosti možností moderní intenzivní medicíny není vždy možné a smysluplné – někteří uvádějí: proč by mělo odstavení (vypnutí) dýchacího přístroje být „pasivnější“ než injekce smrtícího prostředku? Jako argument se zde uvádí, že u pasivní pomoci zemřít se neodporuje přirozenému procesu umírání. Ale zase problém-námitka: zda a kdy začal „přirozený“ proces umírání a jak dlouho se bude táhnout, zejména za podmínek moderní intenzivní medicíny.

Další definice pasivní pomoci pacientovi zemřít se orientuje proto přednostně na vůli pacienta. Pasivní tehdy, když nedá pacient souhlas k léčbě, resp. stáhne souhlas pro pokračování léčby a zohlednění vůle pacienta má za následek smrt.

V každém případě záleží na bližších okolnostech:

- Vůli pacienta
- Beznadějnosti utrpení
- Intencích lékařského jednání
- Nucenosti zamýšlených následků i následků, s nimiž je nutno počítat
- Mimořádnosti medicínských prostředků.

Takže medicínské opatření se může tím dříve ukončit či neprovést (opominout),

- Čím více prodlužuje utrpení a tím působí strastiplně
- Čím mimořádnější je a
- Čím neodvratněji probíhá proces umírání.

Vůle nemocného (jak dalece je známa) by se měla vždy přitom zohlednit.

Eutanazie v Holandsku a Belgii

Jejich právní úprava vyvolává debaty i v jiných zemích. Od roku 2002 je tam aktivní eutanazie prostřednictvím lékařů osvobozena od trestu, jestliže odpovídá určitým kritériím pečlivosti a ohlašování (Sorgfalts- und Meldekriterien). VAE i PAS jsou sice nadále protiprávní, ale mohou dle Zákona o kontrole ukončení života na žádost a o pomoci při sebezabití (První komora Generálních států, 2000-2001, Nr. 137, GesetzNr. 26691) zůstat beztrestnými, když se dodrží ona kritéria:

- žádost pacienta musí být dobrovolná, po zralé úvaze a objasnění; prokázané a před svědky vícekrát projevené přání dotyčného. Eutanazie se tedy musí zakládat na svobodném rozhodnutí pacienta.
- Utrpení musí být nesnesitelné, trvalé a neléčitelné a stav bezvýchodný.

- Nesmí existovat pro jeho situaci žádné přijatelné řešení.
- Minimálně dva jiní lékaři musejí nezávisle na sobě přezkoumat a potvrdit.
- Lékař, který provádí, musí svůj postup ohlásit příslušné komisi, která přezkoumá.
- u nezletilých způsobilých zodpovědnosti je třeba podle věku a způsobilosti náhledu získat souhlas oprávněných osob k výchově (př. zabití novorozence). Pacienti nad 16 let mohou sepsat i předběžné prohlášení vůle ohledně zabití na žádost, když by pak už nebyli schopni vůli artikulovat.

V Belgii byl přijat v roce 2002 Zákon o eutanasi. Legalizovala se za určitých podmínek VAE, ne ale PAS:

- pacient musí být plnoletý (nebo jako nezletilý rozumově zralý), způsobilý zodpovědnosti a při vědomí
- musí žádost vyjádřit dobrovolně, dobře promyšleně, opakovaně a bez tlaku zvenčí
- musí se nacházet v medicínsky bezvýchodné situaci a ve stavu trvalého, tělesného nebo psychického utrpení, které nelze zmírnit
- jestliže smrt nenastane během krátké doby, musí lékař, který přijímá žádost, získat o tom druhý názor, zda je nemoc nevyléčitelná a způsobuje nesnesitelné utrpení
- lékař musí s pacientem diskutovat o alternativách.

Podle těchto kritérií může být zabit i nevyléčitelně nemocný pacient, který by nezemřel v dohledné době. I psychické utrpení stačí (např. deprese rezistentní na terapii). Musí se dodržovat i procesní pravidla (např. písemně přání, ohlášení komisi, zapojení týmu. V prvním roce bylo oznámeno 259 případů, přičemž 8,5% nebylo v terminálním stádiu. Šedá zóna bude asi vyšší...

Před tímto uzákoněním ukázaly empirické výzkumy, že se v Holandsku provádí aktivní eutanazie i přes zákonný zákaz. Proto justice sledovala cíl podřídit eutanazii státnímu dohledu a dát ji regulovaný postup, aby se zamezilo svévolnému používání.

I po této úpravě se vyskytuje značný počet případů, kde nebylo jasné prohlášení vůle pacienta. Takže žádná dobrovolná smrt. To lze považovat za nechtěné, plíživé rozšiřování kritérií. Další kritika této praxe: narušuje se důvěra v lékaře, když se jim dává do rukou taková moc nad životem a smrtí druhých lidí.

Dále: obava, že se mohou staří a nemocní lidé dostávat pod tlak, aby ušetřili svým rodinám „zátěže“.

A taky argumentace: dobrá paliativní péče činí ve velké většině případů přání aktivní eutanazie nadbytečným.

Příznivci aktivní eutanazie uvádějí: sebeurčení pacienta obsahuje i právo na lidsky důstojnou smrt založenou na sebeurčení. Tradice úzkých vazeb mezi domácím lékařem a pacientem: proto je schopen učinit závažná rozhodnutí ve prospěch pacienta. Jinde se to taky děje, ale není to pod veřejnou kontrolou.

Existují i iniciativy pro legalizaci eutanazie v jiných zemích: např. DGHS (Německá společnost pro humánní smrt); DIGNITAS a EXIT ve Švýcarsku nabízejí doprovázení umírajících a pomoc dobrovolně zemřít.

Všeobecná hlediska posouzení

Pro medicínsko-etické posouzení zejména tři hlediska:

1. filozoficko-antropologické: vztahuje se ke koncepci těla jako podstatného média lidského bytí; tělo nerovná se jednoduše osobě, proto nepřikazuje respektování osobní důstojnosti prodlužování života za každou cenu; kvůli identitě (v diferenci) těla a osoby je naopak zabití těla zabitím člověka samého (tělo součást osoby) – a ne pouze osvobozením osoby od jejího těla;
2. primární cíl medicínského jednání: nespočívá totiž v boji proti smrti, ale v léčbě a zmiřování utrpení, tzn. v doprovázení umírajících, v podpoře při umírání;
3. antropologicky fundovaná přednostní pravidla: základní dobra mají přednost před těmi, která na nich staví, zahrnutí reversibilních zel má přednost před zly irreversibilními či překonanými. Podle toho proto v případě zvažování je třeba udržovat život tak dlouho, dokud může být ještě zásadně ve službě osobních výkonů. V případě pochybnosti je třeba se rozhodnout pro život, když není možno stavět na roveň „nevědět, zda...“ s „víme, že ne...“.

Zastánci eutanazie uvádějí tyto důvody pro zabití na přání:

ano této dobrovolné eutanazii se opírá hlavně o tři argumenty:

1. respektování autonomie, resp. zájmu pacienta;
2. nesnesitelnost utrpení (zabití ze soucitu, lidská smrt z milosti),
3. morální irelevantnost rozdílu konat a nekonat.

Ad 1) mravní sebeurčení implikuje právo na sebeurčené umírání, tzn. sám určovat kdy a jak ukončit vlastní život. Ukončit tedy život vnímaný jako nedůstojný nebo nestojící za to žít. Respektování cizí vůle přikazuje, nebránit tomu, kdo chce smrt, aby se nechal dobrovolně zabit. Z principu respektovat autonomii plyne právo moci být zabit na přání. Zabití na bázi respektování cizí vůle se odlišuje od jednání zabití života, který nestojí za to žít, ve smyslu rasistického myšlení. Nevylučuje to prý intersubjektivní hodnocení hodnoty a nehodnoty

života, protože většina považuje zdraví za něco pozitivního, nemoc za něco negativního. Nevyléčitelní nemoc proto pro někoho bezcennost, a proto zabití není v tomto případě zlem, ale dobrodiní. Zde je možno připustit jako výjimku ze všeobecného zákazu zabít.

Ad 2) argument soucitu poukazuje na nelidskost, když se někomu odepírá zabití, jenž ho požaduje na základě zralé úvahy kvůli nesnesitelným bolestem.

Ad 3) Mezi zabitím a necháním zemřít neexistuje morálně relevantní rozdíl, protože výsledek obou je tentýž: smrt. V obou případech je smrt prostředkem ke zmírnění utrpení. Odkaz na rozdíl v úmyslu: jednou smrt úmyslně, jednou se s ní počítá; málo nosné prý, neboť obě se děje záměrně.

Dále: etická otázka *principiální* oprávněnosti zabití na přání. Jednání, které není možné bez fyzické pomoci třetí osoby a tím bez jejího souhlasu a zodpovědnosti, a jeho institucionalizace bez širokého společenského schválení. Skutečné schválení či nesouhlas není možno ale zjistit pomocí mediálně rozšířených spontánních posouzení či průzkumů veřejného mínění. Otázka oprávněnosti jednání zahrnuje i přezkoumání následků. Jednání mají individuálněetickou i sociálněetickou dimenzi, které je nutno zohlednit:

- individuálněetické argumenty proti zabití na přání. *Požadavek zabít a respektování autonomie druhého.*
- 1) Přání být zabit je podmíněno situací a potřebuje interpretaci. Kryje se to, co se vyslovuje s tím, co se chce dát najevo? Často je toto přání výrazem osamělosti, zašifrovaného volání po lidské náklonnosti. Zkušenost zařízení, která se věnují doprovázení umírajících: toto přání ve většině případů utichá, když se může pacient cítit v bezpečí v blízkosti bližního.
 - 2) K respektování vůle druhého patří i zohlednění jejího možného omezení. Jaký vliv má nemoc a utrpení na způsobilost autonomie pacienta? Nevzniká přání právě v extrémní situaci, která napomáhá všemu jinému než suverenitě, rozvážné úvaze a neovlivněnému (nestrannému) sebeurčení? Nezakládá se podsouvání suverénního sebeurčení v situaci extrémní slabosti i ve fázi umírání na abstraktní konstrukci, která neodpovídá faktické závislosti lidské existence? Dále problém písemného vyjádření vůle ze dnů ve zdraví, které nemusí odpovídat skutečnému přání nemocného tváří v tvář blízké smrti. Ale co když se jedná o promyšlené a dobrovolné přání: plyne pak z respektu k autonomii právo na individuální eutanazii? Nejprve je třeba odlišovat autonomně projevované přání od autonomie. Přání se mohou vyjádřit na základě autonomie, ale jednoduše se s ní neshodují. Respekt k autonomii není identický

s povinností splnit autonomně vyjádřená přání. Respektovat autonomii může jen znamenat, že respektujeme předpoklad pro vyjádření přání. Za další neexistuje visutá, anonymní autonomie, ale vždy jen autonomie *někoho*, tzn. autonomního člověka. Kdo chce respektovat *autonomii*, může vždy respektovat jen *někoho*, tzn. život člověka – ledaž by se upsal názoru, že zabitím se ničí jen biologický substrát autonomie, ne ale tato sama. *Respektovat* něčí autonomii nemůže proto nikdy implikovat zabití někoho na jeho žádost. Zabití na přání by nebylo respektováním, ale *zničením* autonomie druhého a tím vlastním zrušením respektu. Respekt k autonomii druhého neodůvodňuje ještě právo druhého (právo se zde chápe jako morální nárok) být zabit. K respektu rozhodnutí svědomí druhého patří přezkoumání obsahu. Závazné není cizí svědomí, ale vlastní. Autonomní *požadavek* druhého není s to zavázat, lékař musí schválit to, co se požaduje, když nechce jednat proti svému svědomí a nesmí být zavázán proti němu. Vše jiné by bylo ne sebeurčené, ale cizím určené konání lékaře – s absurdním důsledkem, že je vyzván ke splnění každého požadavku zabít (lhostejno z jakých motivů a kdy vyjádřeného). Je třeba rozlišovat mezi smět respektovat a muset respektovat. Požadavek bezpodmínečného respektování sebeurčení pacienta by se rovnalo nedovolené instrumentalizaci lékaře. S odvoláním na respektování cizí autonomie nelze eticky odůvodnit zabití na žádost, přání.

Zabití ze soucitu – lidská smrt z milosti

Moderní paliativní medicína má možnosti, jak maximálně kontrolovat akutní bolesti a tělesné symptomy letálních (smrtelných) onemocnění, či je zmírnit k snesitelnosti, aniž by současně pacienta zbavila vědomí. Ovšem dle informací ne všechny bolesti (asi 5%) lze takto zvládnout. A co v těchto případech, kdy se to nepodaří?

Test argumentu soucitu musí rozlišovat mezi skutečným soucítěním a laciným soucitem ve smyslu sebelitování. Skutečné soucítění se stává spolunesením a vcítěním spolukráčením s trpícím. Soucit může ale vést taky k obranným reakcím: vlastní strach z utrpení se projikuje do trpícího. Osvobození od strachu se stává osvobozením od pohledu trpícího a radikalizuje se k ukončení jeho života. Soucítění či soucit nás volá k mravnímu jednání, ale ještě ho neodůvodňuje. Zda je správné důvody soucitu následovat, nelze zodpovědět pouze s odvoláním na soucit.

Právo na vlastní smrt a na lidsky důstojné umírání

(1) Úryvek z Rilkeho básně: Ó PANE, dej každému jeho vlastní smrt. Umírání, které vychází z toho života, v němž měl lásku, smysl a nouzi.

Jde o smrt, která organicky uzavírá život, o smrt jako vážnost života, o soustředěné utváření života s vědomím toho, že je jedinečný a že se sytí z pramene, z něhož se otevírají možnosti dobra, dokud žijeme. Vlastní smrtí se myslí opak anonymní smrti, tak říkajíc jen obrácená strana provedeného života ve znamení jedinečnosti a bezpodmínečnosti. Žít a dozrávat ke smrti. K takové vlastní smrti nepatří, abych sám stanovoval, kdy a čím a prostřednictvím koho zemřu. Ale to není primární problém.

Právo na vlastní smrt sugeruje morální nárok na to, abych se případně zabil nebo dal zabít. Může existovat morální nárok na to se nechat zabít? Takovému nároku by musel odpovídat morální závazek, kterému nevyhovět by bylo vinou. Kdo se odvolává na morální závazek zabít, zavazuje někoho k něčemu, co je v rozporu s povinností, protiprávní. Kdo by měl být zavázán zabitím druhého na jeho žádost? Jsou to lékaři, příbuzní, pečovatelé, sociální pracovníci, nejbližší lidé?

(2) Patří k lidsky důstojnému umírání ono být zabít na přání? Umírá nedůstojně ten, jemuž se odpírá požadované zabití? Argument „právo na lidsky důstojnou smrt“ sice apeluje na lidsko-právní porozumění důstojnosti, současně ale argumentuje pomocí instrumentalizovaným pojmem (důstojnost=hodnota života, život, který za to stojí žít) na bázi antropologického dualismu. Ve smyslu tohoto dualismu se život rozděluje na morálně irelevantní a morálně relevantní. Irelevantní je to biologické, relevantní osobní život člověka. Morálně irelevantní život se stává instrumentálním jako prostředek zážitků, život hodnotný se chápe jako užitná a bilanční hodnota.

Zde tito zastánci tvrdí, že život nemá vnitřní morální hodnotu, ale jen instrumentální či zvenku danou hodnotu. Pokud život poskytuje požadované stavy, nebo požadované převyšují nežádoucí, je užitečný – život stojí za to žít. Jestliže převládají nežádoucí stavy (situace, poměry), není život hoden žití. Hodnota, kterou určitý lidský život má, je posouzena realisticky, nic jiného než celek hodnocení či cenění, která jsou spojena s průběhem tohoto života. O mravní kvalitě jednání zabití prý tak rozhoduje subjektivní hodnocení dalšího žití skrze nositele tohoto života. Jestliže už nespočívá žít dále v zájmu dotyčného, není proto prý jeho zabití zavrženíhodné, protože slouží jeho zájmu. Proto je prý v zásadě irelevantní, kdo provádí zabití – zda se jedná o sebevraždu či požadované zabití někým jiným.

Požadované zabití má být výrazem respektování pacientovy důstojnosti, totiž oprávněnou odpovědí na stav (situaci) nedůstojnosti – např. nesnesitelného utrpení nebo beznaděje ohledně dalšího života, který stojí za to žít.

Požadované ukončení nedůstojného stavu se vyznačuje jen tím, že se může realizovat na základě nemožnosti obnovení hodnotného života jen způsobem zabití subjektu. Tento požadavek, tato volba rozumí důstojností život, který stojí za to žít, tzn. stav považovaný za hodnotný, a předpokládá, že člověk může svou důstojnost principiálně ztratit.

Pojem hodnotný život se nekryje s lidsko-právním pojmem důstojnost.

Být nemocen či umírat nejsou okolnosti, ale stavy života. Nacházím se v určitém stavu. Proto můžeme mluvit v první osobě: nacházím se ve stavu nemoci, tzn. jsem nemocný. Ne ale: nacházím se v okolnosti nemoci. Nežiji za okolnosti nemoci, ale jsme nemocný, a někdo nežije za okolnosti umírání, ale umírá.

Nedůstojné podmínky, nedůstojnost vzhledem k utrpení neznamena ztrátu důstojnosti. Určité stavy či ztráta určitých vlastností nemohou člověka připravit o jeho důstojnost.

Okolnosti utrpení, nelidské zacházení mohou ztížit sebeúctu a sebezřetivost, resp. respektování a přijetí druhým – obé se vzájemně podmiňují – a napomáhat neúctě. Proto záleží na tom, podporovat někoho v rámci možností při jeho sebezřetivost prostřednictvím změny těchto okolností a umírání mu usnadnit. Někdo může muset zemřít za lidsky nedůstojných okolností – nedůstojné mohou být *okolnosti* umírání, ne ale samo umírání. Má-li život důstojnost, nelze zabití odůvodnit s odkazem na nehodnotný život toho, kdo si přeje eutanazii.

Lidsky důstojně umírat a zemřít neznamena být zabit. Respektovat důstojnost umírajícího znamená ctít jeho *umírání*. *Důstojně* sděluje: spolupodílet se na podpoře umírajícího. Lidsky nedůstojně neumírá ten, komu se upírá zabití na žádost, ale komu se upírá podpora v umírání v rozmanitosti paliativně-medicínských a mezilidských možností. Ochrana života je *ochranou umírání*, když je umírání fází života. Jestliže dochází tedy k umírání, platí, respektovat umírání ve formě podpory (opory).

Zabití oproti tomu by bylo proviněním proti důstojnosti umírajícího. Odporuje *ochraně*, která *umírajícímu* náleží. Z ochrany života a práva na život neplyne prodlužování života za každou cenu, ale právo, aby mi nebylo za každou cenu bráněno v umírání. Toto právo je právem na nechat dokončit. K tomu patří v daném případě splnění přání ukončit léčbu či na ni rezignovat. A to znamená připustit umírání, které je nutno odlišit od cílené pasivní eutanazie.

Lidsky důstojně umírá ten, kdo se nechává důstojně zemřít.

Rozdíl mezi zabitím a povolením zemřít

Není to rozdíl sám o sobě, který je morálně relevantní, ale záleží na tom, *co* a s jakým *úmyslem* k jakému *účelu* pomocí jakých *prostředků* se koná či nekoná, a v jaké *situaci* se to děje, tzn. na jaký morální nárok konání nebo nekonání odpovídá.

Rozdíl bude relevantní, když jde o požadované poskytnutí pomoci, resp. ne požadované poškození. Nekryje se aktivní s nedovoleným, ani pasivní s dovoleným, ani konání a nekonání s aktivním a pasivním. U mravního posouzení jednání je třeba zohlednit *úplnou strukturu jednání* a ne pouze jeden z jejích prvků. Jednání neodporuje nekonání, ale zahrnuje konání i nekonání. Máme za obé zodpovědnost (neposkytnutou pomoc i za zaviněné jednání). Můžeme něco nekonat (opominout) a přitom být velmi aktivní. Nechat někoho zemřít může nastat konáním (odpojením přístroje, který prodlužuje život, odstavením infúze) i nekonáním (rezignace na léčbu). Třeba stejná fyzická akce, ale různý smysl jednání s ohledem na organismus pacienta.

Takové rozlišování má důležitou funkci pro orientaci a stanovuje hranice pro interakční rámec.

Zabití a nechat zemřít se liší trojím způsobem:

1. ohledně příčiny smrti,
2. intence
3. postoje.

Ad 1. může být ireversibilní dezintegrační proces organismu ze sebe sama (následkem věku, nemoci). Nechat někoho zemřít znamená nechat tomuto procesu svůj průběh bez podpory centrálních životních funkcí. Zabití: pacient zemře cizím zapříčiněním; smrt je úmyslně způsobena (zaviněna) někým třetím, u něhož se může vloučit chybný úsudek (posouzení) a zneužití.

Ad 2. Nechat někoho zemřít: k tomu může patřit omezení léčby, resp. její ukončení. Relevantním je zde cíl jednání. Omezení, ukončení léčby či rezignace na ni spočívá v konání i nekonání – ale s ohledem na určitý cíl. Cílem zabití je jedině *smrt*, cílem rezignace na léčbu je *možnost zemřít*: zde je záměrem ne smrt, ale zmírnění utrpení, osvobození umírajícího od stavů strachu a bolesti, zamezení nesmyslného prodlužování života vzhledem k nezadržitelně se blížící smrti (prodlužování života by bylo prodlužováním utrpení). Proto není léčba zaměřující se na bolest, která počítá s možná dřívější smrtí, zabitím pacienta: smrt zde není prostředkem, ale *výsledkem*. Smrt nikdy nesmí být prostředkem zmírnění bolesti, protože minimalizace předpokládá existenci pacienta. Zabití není zmírněním utrpení, ale zničením trpícího. Rozdíl mezi zabitím a povolením zemřít *nespočívá* v tom, že se jeden a tentýž *prostředek* – smrt – jednou zamýšlí a jednou se s ním pouze počítá, protože smrt v žádném z obou případů není prostředkem, ale *následkem*. Pomocí *obou* jednání se něco zamýšlí – obě se provádí záměrně – rozdíl spočívá v to, *co* se zamýšlí.

Ad 3. přímá aktivní eutanazie a prodlužování života za každou cenu mají stejný postoj: moci, umět udělat, způsobit. Kdo někoho nechá zemřít, akceptuje hranice svých medicínských možností a smrt jako to, co je: nedisponibilní. Zabití naopak: postoj chtít disponovat tímto nedisponibilním. Když už je smrt nevyhnutelná, pak se musí alespoň takovým způsobem konat, že se technicky předběhne.

Sociálněetické argumenty proti zabití na žádost

Taky tedy tyto dimenze institucionalizovaného zabití na žádost, tzn. očekávané důsledky pro fundamentální dobra společenského soužití. Negativní dlouhodobé následky ve spojení s faktorem nejistoty jménem budoucnost. Argument, že by se nejprve muselo vyčkat, zda to, z čeho je obava, vůbec nastane, dříve než se o záměrech s konečnou platností rozhodne, zaměňuje ovšem teorii a praxi a činí z lidí objekty experimentu (byli by oběťmi nedobrovolné eutanazie).

U pokusu přírodních věd je postup pokus a omyl legitimní. Ale u lidské praxe, u níž jde o centrální životní otázky, je to povážlivé.

- Neslučitelnost zabití na žádost s lékařským étosem
- Zničení báze důvěry vztahu lékaře s pacientem
- Vykonávání nátlaku
- Zrušení rozdílu mezi dobrovolnou a nedobrovolnou eutanazií

K jednotlivým pochybnostem ze sociálněetického hlediska:

Neslučitelnost zabití na žádost s lékařským étosem

Od lékaře se vyžaduje něco, co odporuje s lékařským étosem. Úkolem lékaře je...Zabití nemá ale nic společného s obnovou zdraví a zachováváním života, ani se zmirňováním bolestí.

Věcné znalosti ho k tomu uschopňují, ale proto ještě nejsou k tomu způsobilí. Lékař by prodával své umění k libovolným účelům. Zde nesmí nést důkazní břemeno osvědčený étos, ale naopak požadavek porušit ho a zabití povýšit na součást profesní normality.

Objevuje se námitka: trvání lékařů na cíli svého jednání, je konzervativismem stavovské etiky, který se dostává do konfliktu s nárokem společnosti na novou definici lékařské role, podle níž není lékař už jen léčitelem a zachovatelem života, ale taky pomocníkem, jenž poměruje svou pomoc nejen podle sebezákonných (vlastních stanovených), ale i podle individuálních měřítek pacientů.

Tato námitka ale přehlíží toto:

společenské nároky nejsou samy o sobě zavazující, ale je potřeba je přezkoumat na jejich závaznost, nechceme-li se vydat společenskému diktátu. Dějiny ukazují, že existují i eticky nelegitimní společenské nároky;

dále se vykládá lékařské jednání jako technický výkon. Technické účely jsou vlastní stanovené účely. V produkci (opravě, výrobě) se sice uskutečňují účely, ale nejsou to určité účely, jejichž uskutečňováním by se charakterizovala ona produkce. Jednání lékaře se nedefinuje účely vytváření (provedení), ale obnovou – možností a nemožností obnovy zdravotního stavu člověka.

Legalizace by přivedla stát do pochybného postavení garanta. Musel by se starat o zajištění provádějících osob. A i kdyby se našly, pak to ještě neodpovídá na otázku toho, co se požaduje.

Zničení důvěry ve vztahu lékař-pacient

Nebezpečí: vidět v lékaři zabijáka. Vytunelování étosu. Místo důvěry nedůvěra, pak nemožné zvládnutí situace nouze a pomoci spravedlivé vůči člověku. Institucionalizace by znamenala i změnu étosu lékaře a ošetřujícího personálu – od pomáhajícího k tomu, kdo zabíjí.

Námítka: nezohledňuje se nárůst důvěry, který by znamenala aktivní přímá eutanazie. Pro toho, kdo požaduje eutanazii, je totiž výhled na splnění něčím vítaným a posilujícím důvěru. Právně zabezpečená šance by naopak posílila důvěru. Maximalizace důvěry (nárůst důvěry u požadujících v protitahu k úbytku důvěry u těch, kdo eutanazii nechťejí) se jeví jako formální: počet těch, kdo měli dosud důvěru, nyní ale mohou méně důvěřovat, se zvyšuje o počet těch, kdo důvěřují eutanazii.

Úbytek důvěry ale neznamená pouze pokles důvěry, ale víru v opak. Mění se *obsah* mizející důvěry. Ztrácí-li se důvěra v základní lékařský postoj a počítá-li se s tím, že se od něj lékaři taky odchylují, bude se věřit opaku, tzn. bude se jim nedůvěřovat.

Nestojí tady proti sobě nárůst a pokles důvěry, ale důvěra a nedůvěra. Klima nedůvěry těžko posílí vztah důvěry.

Vykonávání nátlaku

Nelze totiž vyloučit nátlak okolí a společnosti na pacienta, aby se sám rozhodl k tomu, co se od něj očekává. Odpovídající tlak s individuálním a sociálním postojem očekávání vůči kandidátům eutanazie. Pod pláštíkem soucitu by mohly vstoupit do hry společenské úvahy o užitečnosti (např. ekonomické) na místo solidarity.

Zrušení rozdílu mezi dobrovolnou a ne dobrovolnou eutanazií

Na půdě principiálního schválení a to z věcných důvodů: rozšiřuje se okruh kandidátů eutanazie. Protože když je zabití těžce nemocného blahem, neexistuje principiálně žádný důvod, proč toto blaho upírat někomu druhému. (Holandská praxe ukazuje, že nic nezmůže proti principiální ochotě ani podmínka, že se ani takové „dobrodiní“ nesmí nikomu vnucovat.) I z tohoto důvodu není schopen přesvědčit argument posilování důvěry: nejde o to, zda lékař svolný k eutanazii skutečně zabíjí či ne. Pro vytvoření nedůvěry stačí už jeho zásadní připravenost.

Ti, co eutanazii nechťejí, se musí ale obávat, že budou zabiti možná nedobrovolně. Od nich se očekává místo principiální možnosti důvěry přezkoumání důvěryhodnosti před tím, než se dají do rukou lékaře.

Jestliže se sebeurčení přiznává nejvyšší závazností pro třetí osobu, neexistuje už důvod, proč odepřít i depresivním a životem omrzely lidem požadované zabití. Proto je pochopitelný argument, že zde nepomůže precizní regulace výjimky, ale jen uznání zásadního trestněprávního zákazu. Proti přesně definované zákonné zvláštní úpravě mluví vedle sociálněetických důvodů i pragmatický důvod:

takové omezení na výjimky přehlíží, že jsou podmínky přípustnosti vystaveny mnohem silněji nedůvěře a že jejich kontrola je mnohem těžší, než kontrola generálního zákazu zabití na žádost. Čím ostřejší podmínky, tím byrokratičtější jejich dodržování, takže je otázkou, zda se morálka tímto způsobem nerozpustí do administrativních procedur.

Institucionalizaci zabití na požádání odporuje základní etický pohled, že nelze získávat z extrémních případů principiálně pravidla pro jednání. To chce ale zvláštní úpravu.

Neexistuje perfektní regulace, která by sama do sebe zahrнула hraniční případy. Výjimečné případy, které budou vždy existovat, nevyvracejí pravidlo, ale potvrzují ho. Mohou existovat tragické konfliktní případy vzájemného přetížení, na jejichž konci může být požadované zabití. Z toho ale neplyne, že taková jednání mají tvořit součást lékařského étosu, ani že by se měly podrobit právní regulaci. Trestněprávní zákaz při současném trpění protiprávní praxe ve formě dodatečného (nebo předchozího) osvobození od trestu bere extrémnímu případu jeho místo extrému a propůjčuje mu charakter pseudonormality, proti níž stojí závažné sociálněetické důvody.

Dějinné zkušenosti. Trestněprávní zákaz zabití na požádání včetně odpovídajících sankcí slouží zajištění a podpoře důvěry mezi těmi, kdo potřebují pomoc, a těmi, kdo ji poskytují; má taky smysl zabraňovat sklouznutí do pseudonormality a vytváření klimatu, které je eutanazii nakloněno.

Omezení léčby a doprovázení umírajících, podpora při umírání

Umírání a smrt nejsou identické. Umírání je fáze života (umírá, žije). Proto pomoc při umírání je pomocí v životě. Takové doprovázení nastoluje zejména mravní úkoly: konfrontuje každého s vlastní smrtelností, s tajemstvím původu vlastní existence a vlastní smrti.

Péče o umírající zahrnuje medicínsky smysluplná opatření (tzv. základní péče) a lidskou náklonnost. Co je nad základní péči smysluplným medicínským opatřením a co není, je medicínským věcným problémem, který je možno řešit v jednotlivém případě. Otázka, co je zde a nyní pro pacienta smysluplné, se nedá odpovědět tedy bez ohledu na to, co je medicínsky proveditelné, ale ne pouze prostřednictvím toho: ve hře jsou i existenciální otázky smyslu, v jejichž světle je možno rozhodovat o medicínských opatřeních – např. může jít v umírání o poslední a snad rozhodující životní úkoly, o přijetí sebe sama. Jak je to jen možné, je třeba se snažit umožnit umírajícímu personální úkony a svobodná stanoviska. K respektování důstojnosti patří neinfantilizovat umírajícího, nedělat z něho objekt péče, zjednat mu ale pocit, že není sám, dát mu na vědomí, že je dobré, existuje, že je.

Hektická doba a vědomý, často dlouhý proces umírání: možnost odhalit konečně smysl svého života. Tento proces potřebuje čas a považuje se za eticky neobhájitelné jej člověku vzít a zkrátit.

Tím se nemyslí nesmyslné prodlužování utrpení, ale zřetel na přání pacienta prožít vědomě poslední fázi svého života.

Prvním předpokladem proti osamělosti je vytvoření osobního vztahu. Humánní umírání nezávisí v první řadě na místě (nemocnice – vlastní byt, dům), ale na vložení do osobní náklonnosti, podpory. Pak třeba někdo neumírá ve svém bytě či domě, ale „doma“ – bez ohledu na to, že není umírání doma z mnoha důvodů často možné nebo i žádoucí (psychické, finanční přetížení pečujících doma, nedostatek rodinných příslušníků či jejich absence, nutnost medicínské péče v nemocnici).

Je třeba zohlednit mnohé zkušenosti hospicového (srov. seminář pro Jabok a ETF o sociální a pastorační práci v hospici a paliativní péči; i přednášku etické aspekty paliativní péče) hnutí a jejich zařízení.

Podpora umírajícího: úkol pro všechny, kteří jsou nějak dotčeni péčí. Potřeba je zkušenosti, zralosti a citu pro to, co chce smrtelně nemocný sdělit. Osobní zacházení náleží i těžce nemocnému, u něhož je nejistota ohledně způsobilosti vnímat, a člověku v bezvědomí, u něhož se odůvodněným způsobem předpokládá, že je neschopen vnímat. V jejich přítomnosti se zakazují např. neuctivé poznámky, plně osobní podpora obsahuje slovní oslovení („mluvící péče“) i tehdy, když nemůže být opětována.

Kdo (lékař, zdravotní sestra, příbuzní, pastorační či sociální pracovník) má poskytnout oporu v umírání, to má koneckonců rozhodnout nemocný sám.

Doprovázení umírajících: př. Zásady lékařské komory SRN ohledně lékařského doprovázení ke smrti (srov. přednášky ukázky) – zdůrazňují zejména vůli pacienta: každé lékařské opatření vyžaduje souhlas pacienta. Proto může být i léčba, která udržuje při životě, na přání pacienta, který má jasné vědomí a je způsobilý k úsudku, ukončena.

U pacientů, kteří jsou nezpůsobilí vyjádřit souhlas, je určujícím předem projevená nebo předpokládaná vůle. Přitom se zdůrazňuje, že je aktivní eutanazie nepřipustná a že pomoc k sebevraždě neodpovídá lékařskému étosu.

Při vší diferenciaci zůstává řada situací, v nichž jsou rozhodnutí mimořádně těžká, především tehdy, když není možno zjistit vůli nemocného. Žádoucí je v takových případech co možná nejvíce zúčastněných osob (např. příbuzných, pečovateli...) vtáhnout do rozhodování a dosáhnout konsens zúčastněných.

Medicínské opatření je principiálně přikázáno tím dříve, čím více přispívá ke zmírnění a úlevě potíží a k důstojnému životu před smrtí. K tzv. základní péči patří:

- ❖ Lidsky důstojné umístění
- ❖ Náklonnost
- ❖ Péče o tělo
- ❖ Zmírnění bolestí, dechové nedostatečnosti a nevolnosti
- ❖ Zahnání hladu a žízně.

Je ale sporné, zda např. k základní péči patří vyživovat pacienta po vícenásobné mrtvici a při kómatu trvajícím již roky pomocí žaludeční sondy či perkutánní enterogastrostomie (PEG).

Proti tomu mluví mimořádnost těchto opatření.

Lidsky důstojné zacházení s těžce nemocnými a umírajícími pacienty je nemožné bez vážné diskuse všech zúčastněných o umírání a smrti a bez dobré lidské péče. Opatření omezení léčby nemají přispívat k vyloučení či vyčlenění umírajících, ale k uvědomělému a pečlivému zacházení s nimi.

Tuto myšlenku šíří a naplňuje hlavně hospicové hnutí a paliativní medicína (péče). Cílem je pacienta (i když není možné uzdravení) podporovat, zmírňovat jeho bolesti, brát vážně jeho psychické a spirituální potřeby a nenechávat stranou a osamocené jeho příbuzné. Hospice (domácí, ambulantní, mobilní) umožňují lidsky důstojné umírání (srov. např.

www.cestadomu.cz, www.umirani.cz; přednáška Etické aspekty paliativní péče).

Omezení, modifikace léčby a rezignace na ni

Umírající mají mít možnost zemřít důstojně. K důstojnému umírání může patřit ukončení léčby nebo rezignace na léčbu (např. rezignace na péči intenzivní medicíny).

Cílem těchto opatření, učiněných při zachování základní péče (výživa, péče o tělo, opatření paliativní medicíny – zmírnění bolesti, dušnosti, nevolnosti) není smrt, ale *umožnění pacientovi zemřít*.

Obtížné je posouzení doby ukončení léčby či rezignace na ni. (Kdy začíná fáze umírání? Kdy je smrt bezprostředně přede dveřmi, že se může rezignovat na zásahy intenzivní medicíny?)

Dále: představuje umělá výživa u umírajícího, který už nemůže jíst a pít, přiměřený prostředek? V extrémních situacích se může neprovádět přísun kalorických roztoků a bílkovinných substitucí, když se jedná o jistě irreversibilní proces a když by se prodlužovalo strastiplné umírání o krátký čas.

Jestliže dehydratace v terminálním stádiu znamená zmiřňování bolesti (dehydratace jako cesta k přirozené anestezii), je otázkou, zda se nemůže opominout v extrémních případech základní péče ve formě přívodu tekutin (zvládnutí pocitu žízně pomocí péče o ústa; zmenšení množství moči, redukce tekutin v žaludečním a střevním traktu. Zabránění zvracení, odebrání bronchiálního sekretu v hrtanu, méně strachu z udušení a z dušnosti, odebrání plicního edému a tlaku v tumorech).

Umělý přívod tekutin? přiměřený, nebo nepřiměřený prostředek? To záleží na fázi umírání a další věcné diskusi medicíny.

Otázka ukončení léčby, resp. rezignace na ni, záleží na tom, zda je pacient (ještě) způsobilý se rozhodovat, nebo zda se musí učinit zástupné rozhodnutí.

- mravní sebeurčení dává pacientovi *právo na odmítnutí léčby*, která prodlužuje život. Podle toho by se prodlužování nebo zkracování procesu umírání proti vůli pacienta nebo bez ní proviňovalo proti tomuto právo
- z tohoto práva ale ještě neplyne právo na předepisování určitého lékařského léčení. Protože to nelze spojit se zodpovědností lékaře
- jde o *dobrovolnost* přání i o *důvody*, které nemocného podněcují k přání ukončení léčby. (Je to životní únava, opuštěnost, osamělost, pocit, že je neúčinný, resp. stal se pro okolí přítěží?) Přání potřebuje interpretaci. Přeji si skutečně smrt nebo volá po náklonnosti, podpoře? Respektování svobody druhého a dobrovolnosti zakazuje, aby se vyhovělo lehkovážně přání; stejné respektování ale přikazuje respektovat přání ukončit léčbu, když pochází ze zralého uvážení. (Např. únosnost a snesitelnost vedlejších účinků terapie.) Ze zdařilého zpracování vlastní nemoci a utrpení může vyrůstat rozhodnutí o ukončení léčby a o přijetí smrti. K respektování důstojnosti patří: pravdivé, vcítěné a na pacienta orientované

objasnění i respektování pacientova rozhodnutí i tehdy, když nesouhlasí s prováděnými opatřeními z medicínského hlediska.

Pacienta se nelze zeptat: zůstává možnost se orientovat podle jeho svého času projevené vůle, resp. podle jeho individuálního étosu, pokud je znám.

Děti je potřeba zahrnout do rozhodování podle míry jejich věku a zralosti.

Zástupné rozhodnutí je zavázáno étosu péče a tomu, co je pro pacienta nejlepší.

Zjišťování vůle pacienta: role příbuzných – musí ale znát a správně předávat; i pacientovi blízcí lidé.

Stanoviska zákonného zástupce, resp. příbuzných je třeba respektovat, kromě případu, že lékař nabude přesvědčení, že se jedná o zneužití či chybné stanovisko. Pak se nachází v podobné situaci, jako kdyby žádné stanovisko neexistovalo nebo ho nebylo možno v pravý čas zjistit. Lékař se pak musí orientovat podle toho, co odhadl podle svého nejlepšího vědomí a svědomí (v rozhovoru s týmem) jako to nejlepší pro pacienta.

Zvláštní problém: opatření udržující život u pacientů s infaustní prognózou, kteří (ještě) nejsou v procesu umírání, u těžce cerebrálně poškozených, u pacientů s apalickým syndromem – kontroverzní diskuse: zda a v jakém rozsahu se mají omezeně používat možná terapeutická opatření.

Medicínsko-etické směrnice Švýcarské akademie medicínských věd z roku 1995: u skupiny cerebrálně těžce poškozených lidí s irreversibilními, fokálními a difúzními mozgovými poškozeními, která mají za následek chronický vegetativní stav, stanovuje rezignaci na opatření, která udržují život, tzn. umělý přívod vody a výživy, kyslíku, umělé dýchání, medikaci, krevní transfúzi a dialýzu.

Proti tomu lze namítnout, že se nejedná o umírající – umírání se vyznačuje irreversibilním selháním vitálních funkcí a očekáváním smrti v krátké době – a proto je eticky problematické, aby se s nimi zacházelo jako s umírajícími a rezignovalo se dokonce na přívod výživy.

Na straně druhé se může poukazovat na neúměrnost, která je mezi použitými prostředky a cílem, jemuž mají sloužit.

Podle Zásad německé spolkové lékařské komory (1998) se smí u pacientů s infaustní prognózou rezignovat na opatření udržující život jen tehdy, když ...

U pacientů s apalickým syndromem se může brát zřetel u pokročilé nemoci na změnu cíle terapie a neprovádění opatření, která udržují život.

Rozhodnutí a mimořádně důležitá znalost přání pacienta (přímo či skrze obraz dříve projevených přání). Přispět mohou příbuzní či opatrovník stanovený soudem.

Dále předchozí prohlášení pacienta (prohlášení či vyplnění formuláře, jak si přeje, aby se s ním zacházelo v případě nezpůsobilosti se vyjádřit) (srov. takové opatření a formulář k němu vydané Německou biskupskou konferencí a Radou evangelických církví a Pracovním společenstvím v Německu a– viz přednáška včetně současné diskuse v ČR).

Je to předem učiněné stanovení o procesu vlastního umírání,
o odmítnutí život udržujících opatření při bezprostředně se blížící smrti
i o deponování (uložení) přání osobního charakteru.

Důležitá pomoc pro rozhodování. Třeba respektovat při jejich respektování tato hlediska:

- a) musí se jednat o *mravně obhajitelný obsah*. Splnění eticky neobhajitelných požadavků je eticky neobhajitelné. Autonomie má hranice u autonomie druhého. Mravně neobhajitelné by byly požadavky, které by byly proti eticky odůvodněnému právu nebo svědomí druhého;
- b) prohlášení musí být sepsáno podle odpovídající informace *dobrovolně* a bez nátlaku. Mělo by se s určitým odstupem obnovovat. Nominace důvěrných osob (pokud možná s vzhledem do medicínských záležitostí) je hodná zvážení;
- c) nesmí se *zneužít* jako prostředek k prosazení cizích zájmů;
- d) zvláštní problém prohlášení tvoří *faktor času* z hlediska věcného a existenciálního: změna toho, co je přiměřené, úměrnost mezi použitými prostředky a očekávaným efektem; přiměřené opatření na počátku procesu umírání nemusí být přiměřené na jeho konci. Existenciální hledisko – rozdíl mezi předjímanou a skutečnou situací. Každé prohlášení musí být možno kdykoliv změnit. Proto je třeba dbát na znamení změny vůle. V minulosti sepsané prohlášení pacienta nezprošťuje závazku oznámit současnou vůli. (Jak ale, když si někdo přeje změnu, ale tu nemůže vyjádřit?) Zdraví lidé a především mladí jsou spíše nakloněni odmítat pro budoucnost např. léčbu v případě nevléčitelné nemoci nebo těžké nehody. Ve vážné nastalé situaci to vypadá často ale jinak. Vděčnost zachráněných znamená ukázkou problematického stanoviska pacientova předjímaného prohlášení; kdy je smrt přede dveřmi? Je to už doba diagnózy nevléčitelné?
- e) prohlášení nemůže zbavit lékaře jeho medicínské kompetence. U rozhodování o cíli léčby je třeba zohlednit pacientovy preference. Lékař nesmí povýšit na měřítko rozhodnutí vlastní hodnotové preference ani právě platné hodnotové preference ohledně života, který stojí za to žít. Naproti tomu přísluší rozhodnutí o prostředcích léčby (klinické rozhodnutí) lékaři, který má jednat podle nejlepšího vědomí a svědomí.

Jestliže dojde po svědomitém přezkoumání k přesvědčení, že musí jednat proti prohlášení pacienta, tak se doporučuje písemně dokumentované odůvodnění.

Shrnuto a podtrženo: prohlášení pacienta představuje důležitou pomoc při rozhodování u otázek ukončení léčby, resp. rezignace na ni. Přísluší jim ale jen *relativní* hodnota.

Př. rozhodnutí ústavního soudu SRN z roku 2003: u pacientů nezpůsobilých k souhlasu a u smrtelného průběhu onemocnění musejí neprovádět opatření udržující či prodlužující život, jestliže to odpovídá ústně či písemně vyjádřené vůli pacienta. Vyplývá to z důstojnosti člověka, která příkazuje respektovat právo na sebeurčení i ještě tehdy, když pacient není schopen zodpovědného rozhodnutí. Ovšem musí se do toho zapojit opatrovnický soud. I zmíněné zásady lékařské komory přiznávají opatření pacienta vysoké postavení.

Pomocí této formy vyjádření vůle mohou pacienti i zdraví lidé projevit přání ohledně způsobu a intenzity medicínských opatření na konci života. Jako bezprostřední výraz vůle pacienta poskytují lékaři pomocné indicie pro závažná rozhodnutí. Tato opatření-projevy vůle budou tím nápomocnější a závaznější, čím jsou preciznější, tzn. čím přesněji pacient situace odhadl (předvídal). Pacienti s chronickým utrpením a předvídatelným průběhem, lidé, kteří shromáždili mnoho osobních zkušeností s nemocemi (např. v rodině či příbuzenstvu či profesně), jsou toho především schopni.

Výhled (prognóza) má hranice, které označují i hranice účinnosti prohlášení pacienta.

Přicházejí i konflikty ohledně přiměřeného výkladu vůle pacienta; protože lékaři nejsou i tímto opatřením zbaveni povinnosti si udělat obrázek o tom, které rozhodnutí je aktuálně v zájmu pacienta.

Pozn. z dokumentů: znalost (obsah, principy, napětí, aplikovatelnost na jednotlivé případy – srov. a viz přednášky a konkrétní případy) Doporučení 1418/1999 Rady Evropy týkající se lidských práv a lidské důstojnosti smrtelně nemocných a umírajících; Zásady lékařské komory SRN (viz přednáška); právní úprava ohledně eutanazie v ČR; Doporučení z roku 2003 ohledně paliativní péče (opět znalost, obsah, témata, principy, oblasti atd.); The World Medical Association: Resolution on Euthanasia, 2002 (www.wma.net/e/policy/e13b.htm); Společné prohlášení církví a náboženských společností v ČR k problematice eutanazie.

Katechismus katolické církve k eutanázii v odstavcích 2276-2279 říká: "Tělesné postižení a oslabení vyžadují zvláštní respekt. Nemocné nebo jakkoliv postižené osoby mají být podporovány tak, aby mohly vést, nkolik je to možné, normální život.

Přímá eutanazie spočívá v ukončení života osob postižených, nemocných nebo už blízkých smrti, ať už jsou důvody jakékoliv. Je mravně nepřijatelná.

Stejně tak nějaký zákrok nebo opomenutí, které samo od sebe nebo záměrně přivodí smrt, aby se ukončila bolest, je zabitím těžce odporujícím důstojnosti lidské osoby a úctě k živému Bohu, jejímu Stvořiteli. Mylný úsudek, do něhož člověk může v dobré vůli upadnout, nemění povahu tohoto vražedného činu, který je nutno vždy odsoudit a vyloučit.

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

I když se má za to, že se už blíží smrt, nelze oprávněně přerušit léčebné procedury, které se obvykle nemocné osobě poskytují. Užívání utišujících prostředků ke zmírnění bolesti umírajícího, i s rizikem, že se ukrátká jeho dny, může odpovídat lidské důstojnosti, není-li smrt chtěna ani jako cíl, ani jako prostředek, nýbrž jen předvídána a připouštěna jako nevyhnutelná. Mírnící léčebné zákroky patří k výsostným projevům nezištné lásky. Z tohoto důvodu je třeba k nim vybízet."