

Je Česká republika připravena na věcnou debatu o eutanazii?

Pavel Ševčík

کریم FNO a LF OU

„Pokrok medicíny nás nutí k revizi našeho pojetí života a umírání.“

Peter Singer. *Rethinking Life and Death*, 1994

Dokument Rady Evropy – 1999 – k péči o smrtelně nemocné

- „Pokrok klade na medicínu v rozvinutých zemích také požadavek, aby zabránila nesmyslnému prodlužování terminálních fází života proti vůli nemocných při neadekvátním nasazení všech dosažitelných prostředků.

Dokument Rady Evropy – 1999

– k péči o smrtelně nemocné

- Zajistit, aby ve sporných případech bylo vždy rozhodnuto ve prospěch života a jeho prodloužení.
- Zachovat předpis zakazující úmyslné usmrcení smrtelně nemocných nebo umírajících.

Islámský kodex lékařské etiky (konference v Kuvajtu, 1981)

- Lékařům se doporučuje, aby si byli vědomi svých možností a nepřekračovali je. Jestliže je naprosto jasné, že život nemůže být obnoven a zachován, je zbytečné zachovávat vegetativní stav, případně používat všechny možné heroické prostředky k udržení stavu. Lékař se snaží pomáhat v procesu života, ne bránit procesu umírání. V žádném případě však lékař nesmí ukončit pacientův život jakýmkoli aktivním způsobem.

Dříve vyslovené přání (Zák 372/2011)

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

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

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

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

nelze uplatnit, jde-li o nezletilé pacienty nebo pacienty zbavené způsobilosti k právním úkonům.

Zák. 372/2011 (o zdravotních službách)

je váš postoj k doporučení
stavu ČLK o změně léčby
na paliativní u pacientů
stavu, kteří nejsou
vyjádřit svou vůli?
sím.

ada, otolaryngolog, Zlín, Válašské Klobouky

si, že toto doporučení je prv-
nebo spíše prvním oficiál-
ním, který se snaží definovat
nevléčitelné nemocných pa-
v tichá praxe vedla po celá léta
přechod na paliativní způsob
minán jako negativum. Stejně
je pomýlená představa, že po-
ne onkologickému pacientovi
řin, tak už není jiné cesty, tak
efektivní, že pokud je kauzální
zná, je nutné respektovat ideu
Cely problém je ale v tom,
paliativní péče musí být jasně
známá nejen veřejnosti, tedy
a příbuzným, ale i lékařům
ikům obecně. Přechod na vř-
kvantitativně jiný, ale stejně
stý způsob léčby je nesmírně
všechny zdravotníky i pro-
je náročný na komunikaci s pa-
jeho rodinou. Je nutné opako-
ativní způsob léčby neponechá
bez pomoci, že se nejedná jen
kauzální léčby, ale že všechny
symptomy, které kvalitu konce
zruší, budou podle posledních
BM řešeny ku prospěchu pa-
se v žádném případě nejedná
amělého zkracování života, ale
ahu o v maximální možné míře
onec života, kdy již je tento ko-
strým faktem. Materiál vydaný
afskou komorou může sloužit
čka, a teprve praxe ukáže, jak
těch oblastech ho doplnit, je-li
doplnit a měnit. Jak jsem ale
je dobře, že se veřejně komo-
o problému přihlášla.

il Škála, Ph.D., všeobecný praktický lékař,
člen výboru SVL ČLS JEP,
předseda revizní komise ČSPM ČLS JEP

kař záchraně služby Olomouc
vedlejší pracovní poměr pracu-
CHRIP (odd. chronické resuscita-
ní péče) a na DIOP (odd.
é intenzivní ošetrovatelské
ám snažím intenzivně podílet

Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli

Článek 1

Doporučení představenstva ČLK for-
muluje principy a rámcová doporučení pro
poskytování paliativní péče u dospělých
pacientů neschopných o sobě rozhodovat
v konečné fázi jejich léčebné neovlivnitel-
ného onemocnění. Mezi nejčastější klinic-
ké případy patří pacienti s multiorganovým
selháním, při němž i přes maximální mož-
nou podporu či náhradu organových funk-
cí dochází k trvalému zhoršování zdravotní-
ho stavu nebo záchranu jeho života.

Článek 2

Cíle doporučeného postupu při
rozhodování o změně léčby intenzivní
na léčbu paliativní u pacientů termi-
nálně nemocných:

- Definovat nejčastěji používané pojmy
ve vztahu k této problematice.
- Formulovat základní východiska a prin-
cipy pro rozhodování o zahájení palia-
tivní péče u nemocných v terminálním
stavu dále neléčitelného onemocnění
nebo s ireverzibilní poruchou integrity
organových funkcí, při níž zdravotní stav
nebo použité způsoby léčby znemožňují
vyjádření vlastní svobodné vůle.
- Zdůraznit etické aspekty poskytování
intenzivní péče, zejména respektování
předchozího názoru pacienta (pokud je
dostupný), uchování lidské důstojnosti
a zajištění maximálně možného komfo-
rtu nemocných.
- Omezit poskytování marné a neúčelné
léčby v situacích, v nichž se lze na zá-
kladě odborného medicínského posou-
zení odvodněné domnívat, že přínos

zahájení nebo pokračování v dané lé-
čebné metodě s ohledem na zdravotní
stav nemocného nepřevažuje nad rizikem
komplikací, bolesti, dyskomfortu
a strádání pro pacienta a nedává mož-
nost příznivého ovlivnění zdravotního
stavu nebo záchranu jeho života.

- Přispět ke zvýšení kvality rozhodování
v uvedených situacích a zlepšit komu-
nikaci jak uvnitř zdravotnických týmů,
tak mezi zdravotníky a rodinami či blíz-
kými pacientů.
- Formulovat pro odbornou a laickou
veřejnost stanovisko, že odborně pod-
ložené a náležitě zdokumentované ne-
zahájení nebo nepokračování marné
a neúčelné léčby je v souladu s etickými
principy medicíny a platnými právními
předpisy, nezahájení nebo nepokračo-
vání marné a neúčelné léčby nesmí být
zaměřováno za eutanazii.
- Uspadnit a podpořit vznik „místních“
doporučení zabývajících se uvedenou
problematikou na jednotlivých pracovi-
stích intenzivní péče.

Článek 3

Terminologie

- Pacient v terminálním stadiu onemocně-
ní – pacient v konečném stadiu one-
mocnění, které není slučitelné se živo-
tem a není dále léčebně ovlivnitelné.
- Pacient neschopný o sobě rozhodovat –
nemocný s poruchou vědomí, který je
vzhledem ke svému aktuálnímu zdra-
votnímu stavu neschopný posouzení
situace a rozhodování o své osobě, není
schopen vyjádřit informovaný souhlas.
- Paliativní léčba – léčba, jejímž cílem je
zabránění bolesti, strádání či dyskom-
fortu nevléčitelné nemocného nebo
umírajícího pacienta.
- Marná a neúčelná léčba – léčba, která
nevede k záchraně života, uchování
zdraví či udržení kvality života. Marná

a neúčelná léčba není v zájmu pacienta,
nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbyteč-
ným strádáním či rizikem komplikací.

- Nezahajování léčby – léčebný postup,
který nemůže zastavit postup choro-
by, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt
pacienta, není indikován, a není proto
zahajován. Takový postup byl léč-
bou marnou či neúčelnou. Nepřijetí pa-
cienta v konečné fázi jeho onemocnění
na pracoviště intenzivní medicíny, kdy
již nelze zastavit postup choroby, na-
vrátit zdraví či odvrátit smrt, patří mezi
opatření nezahajování léčby.
- Nepokračování léčby – při nemožnosti
zastavit postup choroby, navrátit zdra-
ví nebo odvrátit smrt není ve stávající
marné a neúčelné léčbě pokračováno
a tato léčba je ukončena (např. vysazení
farmakologické podpory oběhu, ukon-
čení hemodialýzy, ukončení ventilační
podpory).
- Eutanazie – usmrcení člověka ze souci-
tu jinou osobou než pacientem samotným,
a to na jeho vlastní žádost. Právní sýs-
tém České republiky pojem eutanazie
nezná. Uvedené jednání by bylo hodno-
ceno jako trestný čin a je nepřipustné.
Nepřipustná a trestná je také pomoc
k sebevraždě.

Článek 4

Základní východiska pro postup
při rozhodování o změně léčby intenzivní
na léčbu paliativní u pacientů termi-
nálně nemocných:

- Život člověka je konečný.
- Každý pacient má právo na náležitou,
odbornou úroveň zdravotní péče.
- Všeobecně přijatým cílem intenzivní
péče je vždy zachování života a zdraví
pacienta, odstranění vyvolávající příči-
ny zhoršení zdravotního stavu a posky-
tování postupů organové podpory či ná-
hrady u nemocných se zvrátitým (nebo
předpokládaným zvrátitým) organovým
selháním, tj. „udržovat život, ale niko-
li prodlužovat umírání“. V případě,
kdy nelze tyto cíle naplnit, je nutné po-
skytnout pacientovi péči, která vyloučí
bolest, dyskomfort a strádání, umožní
zachování lidské důstojnosti a uspokoi-
vání fyzických, psychických, sociál-
ních a duchovních potřeb.
- Jakékoliv rozhodování v průběhu po-
skytování zdravotní péče musí být
v souladu s existujícími právními před-

pisů a musí být založeno na odborném
a kvalifikovaném posouzení zdravotní-
ho stavu pacienta, musí bezvýhradně
respektovat základní etické principy
medicíny, především lidský život jako
nejvyšší hodnotu a právo na sebeurče-
ní nemocných a uchování jejich lidské
důstojnosti.

e. Jakýkoliv diagnostický nebo léčebný
postup musí být pečlivě a odpovědně
posuzován poměrem reálného klinické-
ho přínosu a míry možného rizika kom-
plikací, bolesti, dyskomfortu a strádání,
které zvolený postup pacientovi v ak-
tuální klinické situaci přináší. Použití
postupu, kde rizika a komplikace s ním
spojené nejsou vyváženy jeho přínosem
pro pacienta, je v rozporu s etickými
principy medicíny. Vždy je nutné brát
zřetel na předchozí názor pacienta, po-
kud je dostupný a je nepochybné, že jde
o dříve vyslovené přání příslušného pa-
cienta (viz článek 9 Úmluvy o lidských
právech a biomedicíně).

f. Jakýkoliv léčebný postup, při němž není
odůvodněný předpoklad jeho příznivého
účinku na zdravotní stav pacienta
nebo pro záchranu života a kde rizika
komplikací, bolesti, dyskomfortu a strá-
dání převažují nad reálným klinickým
přínosem zvoleného postupu, je nutno
považovat za léčbu, která není „ku pro-
spěchu a v nejlepší zájmu pacienta“, a
že ji označit jako tzv. marnou a neú-
čelnou léčbu. Dosažení dočasné korekce
hodnoty některé z fyziologických funkcí
či jejich dílčích parametrů bez ovlivnění
celkového průběhu onemocnění a mož-
nosti záchranu života nemůže být při
zvažování poměru přínosu a rizika po-
važováno za příznivý účinek zvoleného
léčebného postupu. Léčba, která se jeví
jako marná a neúčelná, nemá být in-
dikována a prováděna.

g. Nezahájení nebo nepokračování marné
a neúčelné léčby neznamená omezení
pacienta v jeho právech, ale naopak je
sledován zájem pacienta tak, aby nedo-
šlo k porušení základních medicínských
a etických principů včetně nechtěného
nedůstojného prodlužování umírání.
Smrt, která je výsledkem přirozeného
průběhu onemocnění, nemůže být po-
važována za nepřiznivý výsledek zdra-
votní péče.

h. Nezahájení nebo nepokračování marné
a neúčelné léčby u pacientů v termi-

na nárůstu primárně zesuscitačním
pacientů v terénu, a to na základě
vých resuscitačních postupů a sofisti-
kovaných pomůcek k tomu určených. Js-
pak dále svědkem výborné práce lék-
na urgentních příjmech na mnoha
tech naší republiky, kam helikopt-
s pacientem na palubě přiletím. S od-
pem různé dlouhé a náročné intenzivní
péče o tyto pacienty na ARO a JIP se
snažím pečovat na OCHRIP a po vy-
pání všech možností moderní medicíny
pokračují tyto pacienti na DIOP a něk-
na LDN, kde téměř všichni nevléčitelní
pacienti končí svou životní pouť. To
na základě uvedené osobní znalosti
problematiky si dovoluji vyjádřit
s souhlasem a doporučením představen-
ČLK č. 1/2010.

Milan Bradáč, praktický lékař v urgentní medicíně,
Olomouck

Já osobně s tímto doporučením
plně souhlasím. Jen na okraj chci
pomenout, že již roky se paliativní
ve zdravotnických lůžkových zařízeních
provádí v různé míře a v různé intenzitě,
zatím ale nikdo neměl odvahu tento
postup popsat a pokusit se přijmout
za standardní. Jediným zařízením,
ré tuto péči umělo prosadit do po-
domí odborné i laické veřejnosti,
hospice. Tam je paliativní léčba zák-
ní prioritou a pacienti, kteří přich-
do hospiců, i jejich příbuzní jsou o to
plně informováni. S tím, že tento způsob
péče bude součástí komplexního pří-
pu k pacientovi/klientovi. Každý paci-
resp. každý z nás (jelikož se všichni
nebo později jednou staneme pacientem)
má plné morální právo na důstojné
trání a poklidný odchod z tohoto světa.

Jiří Uršl
Interní a diabetologická ambulance, Pohořelice

Souhlasím s celým textem doporu-
ní ČLK o paliativní péči u terminálně
stavů.

Daria Kohoutková, RDG odd.
Krajská zdravotní nemocnice

Jednoznačně pozitivní, nemocno-
zbatit bolesti i deprese, ale ti nej-
trpí protahovanou marnou léčbou dá-
Václav Dostál, internista

Léčba pro dlouhodobě nemocné, Nový Jičín

Definice vybraných pojmů

- Pacient v terminálním stadiu onemocnění – p. v konečném stadiu onemocnění, které není slučitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné
- Paliativní léčba – léčba, jejímž cílem je zabránění bolesti, strádání či dyskomfortu nevléčitelně nemocného, umírajícího pacienta
- Marná a neúčelná léčba – léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací
- Eutanazie – usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samým a to na jeho vlastní žádost. Právní systém ČR pojem eutanazie nezná

Eutanazie

- Především ve starší odb. literatuře se lze setkat s rozlišováním forem eut. dle způsobu jednání, úmyslu jednajícího a přání nemocného:
- aktivní a pasivní
- přímá a nepřímá
- vyžádaná, nevyžádaná, nedobrovolná

- Uvedená dělení jsou považována za překonaná

Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force

Lars Johan Materstvedt, David Clark, John Ellershaw, Reidun Førde, Anne-Marie Boeck Gravgaard, H Christof Müller-Busch, Josep Porta i Sales and Charles-Henri Rapin

Background

In 1991 a debate at the European Parliament on euthanasia stimulated discussion at all levels in Europe. Subsequently, the Board of Directors of the European Association for Palliative Care (EAPC) organized a working session together with two experts to help them clarify the position the organization should adopt towards euthanasia. The experts collaborated with the Board of Directors on a document and in 1994 the EAPC produced a first statement, *Regarding Euthanasia*, published in the official journal of the EAPC – the *European Journal of Palliative Care*.¹ In February 2001, the EAPC Board asked an expert group to form an Ethics Task Force to review the subject and advice the organization accordingly.

Historical trends and current situation

Around the world some important changes relating to euthanasia and physician-assisted suicide have been taking place. In 1996, for the first time in history, a democratic government enacted a law that made both euthanasia and physician-assisted suicide legal acts, under certain conditions – Rights of the Terminally Ill Amendment Act 1996, Northern Territory, Australia.³ The law was, however, made ineffective by an amendment made to the Northern Territory (Self-Government) Act 1978 of the Commonwealth by the Parliament of Australia in 1997.⁴ In the same year, physician-assisted suicide (but not euthanasia) was legalized according to the Oregon Death with Dignity Act.⁵ In April 2001, the Dutch parliament's Second Chamber made the necessary

Zák. 372/2011 – výklad JUDr. Macha

Mírnutí utrpení nevléčitelně nemocného i za cenu zvyšování dávek utišujících prostředků, byť s rizikem pro život pacienta, má rozhodně přednost a v případě, že pacient zemře v důsledku podání utišujících prostředků, které bránily jeho utrpení, když podání nižšího množství by znamenalo vystavit jej naopak utrpení, nemůže být považováno za trestné jednání. Protiprávním a neetickým jednáním by naopak mohlo být ponechat pacienta v bolestech a utrpení, ač jsou k dispozici potřebné utišující prostředky. Je-li ukončena léčba nevléčitelně nemocného pacienta, která po zralé úvaze lékařského konzilia, v souladu s uznávanými postupy a pravidly lékařské vědy není nadále indikována, nejde o euthanasii, ale postup, který je v souladu s právem i pravidly lékařské vědy. Je to ukončení života vymykající se pojmu euthanasie.

JUDr. J. Mach, Konference ČLK o eutanazii, Praha XII. 2012

Postup lege artis ?

- V tomto případě, kdy lékař sleduje zvolením určitého postupu zájem pacienta (zabránění zbytečnému utrpení) a zajistí důstojné podmínky v procesu umírání, postupuje lege artis a v žádném případě nelze jeho jednání označit za tzv. pasivní eutanazii.

Pařízková R, Vácha M, Dostál O. Etika a právní normy v IM. In: Ševčík P et al. Intenzivní medicína, Galén 2014

KARIM FN Ostrava

- 1500 hospitalizovaných/rok (= 90% obložnost)
- 10% = 150 pacientů zemře (= 90% přežije!)
- U cca 100 pacientů proběhne rozhodování
- Cca 15 pochval ročně (= 1%)
- Z nich 2/3 jsou od příbuzných těch, kteří zemřeli (= cca od 10% zemřelých)
- Pouze 1/3 (= 5 pacientů) přeživších poděkuje (= < 0,5%)
- Příbuzní děkují za důstojné provázení blízkých závěrem života a za způsob komunikace

Shrnutí k problematice „letting die“

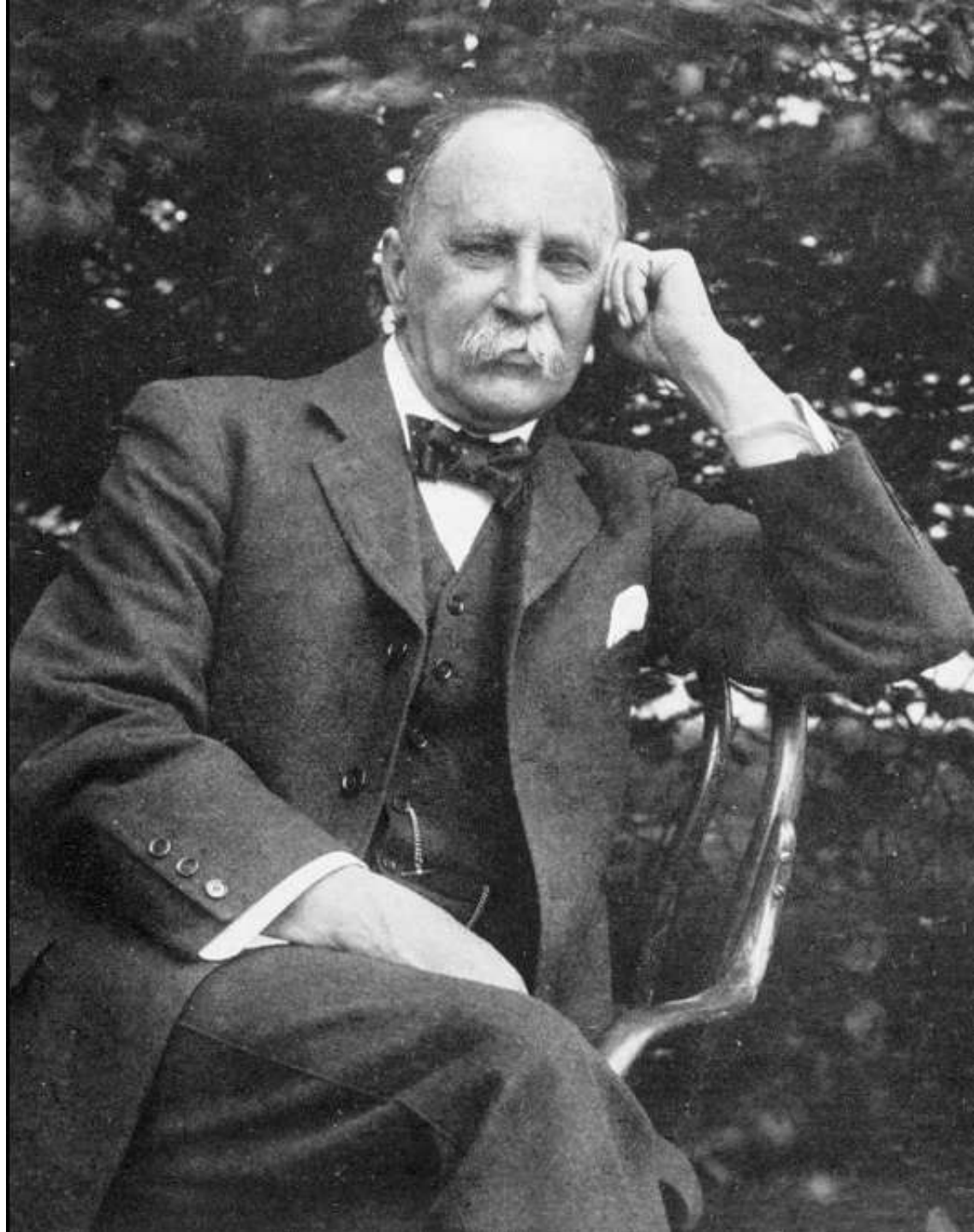
- Život lidský je konečný
- Pokud akceptujeme tento základní atribut života, pak skloníme hlavu před nezbytností a umožníme průchod této konečnosti
- Je velký rozdíl mezi pojmy:
- letting die (dovolit umírajícímu pacientovi umřít)
- killing (úmyslně zabít, ať již je tento úmysl veden sebeušlechtlejšími pohnutkami)
- **Záměrem (intencí) lékaře** v případě letting die **není usmrcení pacienta**, ale umožnění důstojného závěru života

Motto

- Lékaři starší 60 let jsou nepoužitelní
- Měli by se na jeden rok uklidit na vysokou školu
- A pak být podrobeni eutanazii chloroformem

**Sir William Osler (1849-1919) při přednášce u příležitosti odchodu do důchodu
na John Hopkins University v r. 1905**

**Poté ještě prožil 10 vysoce produktivních let jako královský profesor na
Oxfordské univerzitě**



Západní svět

- Chtě nechtě o eutanazii stále častěji diskutuje
- V některých zemích již dospěli k určitému bodu
- V některých překročili pomyslnou čáru
- Jak jsme k této otázce dozráli v ČR?
- Před cca 7 lety – KARIM FN Brno:
- Cca 25% lékařů bylo proti
- Cca 50% nemělo vyhraněný názor, byl jsem mezi nimi
- Cca 25% bylo pro
- Nyní bych osciloval mezi „nejsem si zcela jist“ a „ve výjimečných případech asi ano“

Návrh Zákona o důstojné smrti

- Vznikl zřejmě již v r. 2008
- Začátkem června 2016 byl odeslán z MZ na předsednictvo ČLS
- Termín pro vyjádření OS – 3 týdny
- OS jej v časové tísní vesměs odmítly, aniž proběhla širší diskuse na dané téma
- Osloven byl rovněž výbor ČSARIM
- Pouze jeden člen výboru se k němu nepostavil a priori odmítavě

Koho se návrh týká

- Těžce postižených nezvratně progredujícími a nedůstojně invalidizujícími chorobami
- Např. některými neurologickými či onkologic.
- Pacienti trpí dlouhodobě
- Prošli všemi stadii zpracování tragické zprávy
- Totálně se jim převrátil hodnotový žebříček
- Jejich mysl v tomto novém stavu zakotvila
- Převážně u nich vitální funkce kvalitně fungují a dlouhou dobu fungovat budou





Příběh

- Lékařka středních let
- Těžká progredující forma RS
- Pro těžké obrny si sama nevyčistí ani chrup, natož aby se dokázala přemísťovat
- O svém vnímání tragické zkušenosti hovoří při plném vědomí
- Má jasný medicínský náhled na situaci
- Roky neúspěšně bojuje o uzákonění eutanazie na Slovensku

Paliativní medicína x eutanazie

- Alternativa k eutanazii?
- V posledních letech, např. u onkologických nemocí, pokročila PM velmi
- Významně se to týká i léčby bolesti
- Přesto někteří pacienti trpí způsobem, který je, eufemisticky řečeno, nezáviděníhodný
- A vědí, že jsou v naprosto bezvýchodné situaci
- Argument – v ČR je PM nadále málo dostupná
- Postupně se však situace zlepšuje
- Varianta – eutanazie jako komplementární k PM



Změny v posledním století

- Věková struktura:
- Prodloužení života, nikoli však života zdravého
- Charakter stonání:
- Před 100 lety stonalo se krátce, umíralo rychle
- Nyní se stoná dlouze, umírá pomalu, někdy nedůstojně
- Prudce se mění medicína i společnost
- Mění se kontext pohledu na umírání
- Mění se role utrpení v hédonisticky orientované společnosti



Spánek – šťastná smrt

- I ve vysoce zbožných institucích se objevoval pojem šťastná smrt – jako určitá alegorie
- Augustiniáni – kolem osmé hodiny se řeholníci rozcházelí do svých pokojů, kde se v tichosti pomodlili za šťastnou smrt a uložili se ke spánku

Konkrétně k Návrhu

- Důvodová zpráva k návrhu zák. nezakrývá, že se hovoří o asistované sebevraždě a eutanazii
- Byl-li by zákon přijat – průlom v našem systému a vymezení se vůči křesťans. pohledu na život
- § 2 a 3 – „žádný lékař nemůže být ... nucen“
- Drtivá většina lékařů to nebude chtít dělat
- Najdou se však podnikavci → soukr. společnosti
- Usmrcení – zpočátku jednotlivci, posléze tisíce
- Není zmínka o financování - neviditel. ruka trhu?

Holandsko – historie 45 let

- 1971 – lékařka podává morfin těžce postižené matce, sama se udá, dostane podmínku
- 1991 – lékař podá smrtící koktejl ženě, která nechce žít dál (poprvé se nejedná o fyzickou bolest), lékař je shledán vinným, nepotrestán
- 1998 – asistovaná sebevražda pro unavenost životem, lékař je obviněn, ale osvobozen
- 2002 – eutanazie povolena zákonem
- 2015 – 5516 případů (3,9% všech úmrtí)





Holandsko – současnost

- Letos bude projednáván nový zákon
- Asistovaná sebevražda by měla být přístupna i lidem, kteří považují svůj život za uzavřený („completed life“) – týká se zejm. seniorů
- Právo kontaktovat novou profesi – „death assistance provider“
- Bude mít medicínské vzdělání a speciální výcvik



Belgie

- Zákon z r. 2002 dovoluje pacientům žádat o eutanazii v případě, že jejich "fyzické a (nebo) psychické utrpení je trvalé, nesnesitelné a nelze je odstranit".

Konkrétně k Návrhu

- § 10 a 11 v podstatě popisuje institut dříve vysloveného přání. Návrh jde proti ustanovení Zák. 372/2011: *„dříve vyslovené přání nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti“*.
- Naštěstí se návrh nepouští do problematiky, zda „letting die“ je či není pasivní eutanazií
- Dovolit nemocnému důstojně umřít je ústředním motivem Doporučení představenstva ČLK z r. 2010

Kdo do debat vstupuje?

- Etikové
- Filozofové
- Právníci
- Politici
- Představitelé církví
- Pacienti, kterých se to týká
- Jejich příbuzní
- Lékaři
- Laická veřejnost (až 2/3 obyvatel ČR by eutanazii podpořilo)

Jaká jsou další dilemata?

- Šikmá plocha (kluzký svah – slippery slope)
- *Tvrdí bez důkazů, že určité rozhodnutí nutně povede k sérii dalších, a ve svém důsledku způsobí celý řetěz neblahých následků (Wikipedia)*
- Ekonomické tlaky na rozhodování
- Západovýchodní gradient (protestanti – katolíci – pravoslavní)
- Zneužití tématu politiky (zviditelňování)
- Nedostatečná a povrchní informovanost laické veřejnosti



„We are still confused –
– but on a much higher level.“

Winston Churchill