

Podněty nizozemské praxe eutanazie pro českou diskusi o péči v závěru života

Implications of Dutch euthanasia practice for the Czech discussion on end-of-life care

Vojtěch Linka – Marie Baranová – Anna Bauerová – Eliška Maršálková, Centrum paliativní a podpůrné medicíny, Lékařská fakulta v Plzni, Univerzita Karlova

Abstract: The article presents an analysis of the Dutch euthanasia practice in the period 2002–2023 with an emphasis on the question of how the Dutch experience can be used in Czech discussions about palliative care and physician-procured death (euthanasia and assisted suicide). We present a comprehensive picture of typical patients who undergo euthanasia, their motivations, the environment in which euthanasia takes place, and the relationship between the physician who performs euthanasia and the patient who undergoes it. Based on the analysis, we show that even if euthanasia remains illegal in the Czech Republic, analysis of euthanasia practice can be a source of reflection and improvement of palliative care, particularly in the areas of better understanding of patients' wishes and needs at the end of life, the role of the physician in dying, the importance of the place where the patient spends the end of life, and the role of mental suffering. The article also shows the relevance of a comprehensive knowledge of Dutch euthanasia practice for the Czech discussion on physician-procured death.

Key words: euthanasia – palliative care – end-of-life care – bioethics

Anotace: Článek představuje analýzu nizozemské praxe eutanazie v rozmezí let 2002–2023 s přihlédnutím k otázce, jak lze nizozemské zkušenosti využít v české diskusi o péči v závěru života a usmrcení způsobené lékařským zákrokem (eutanazie, asistované sebeusmrcení). Představujeme komplexní obraz typických pacientů, kteří eutanazii podstupují, jejich motivaci, prostředí, ve kterém eutanazie probíhá, a vztahu mezi lékařem, který eutanazii vykonává, a pacientem, který ji podstupuje. Na základě analýzy ukazujeme, že i pokud eutanazie zůstane nadále v České republice nelegální a nepraktikovaná, může být její analýza zdrojem reflexe a zlepšování paliativní péče, zejména v oblasti lepšího pochopení přání a potřeb pacientů v závěru života, role lékaře při umírání, významu místa, kde pacient tráví závěr života, a role duševního utrpení. Článek také ukazuje relevanci komplexní znalosti nizozemské praxe eutanazie pro českou diskusi o usmrcení způsobené lékařským zákrokem.

Klíčová slova: eutanazie – paliativní péče – péče v závěru života – bioetika

ÚVOD: SLEPÉ SKVRNY ČESKÉ DISKUSE O EUTANAZII

Eutanazie¹ – a zejména otázka její legalizace – opakovaně vstupuje do českého veřejného i odborného diskursu, přičemž diskuse mezi různými aktéry – lékaři, filozofy, právníky, aktivisty, pacienti – vykazuje proměnlivou míru odbornosti a směřování empirických, klinických, bioetických či filozofických aspektů problému.² Zatímco někteří filozofové již vstoupili do diskuse s argumenty pro morální přípustnost eutanazie a v poslanecké sněmovně je také návrh zákona pro její legalizaci,³ oficiální lékařské autority (Česká lékařská komora, autoři a autorky publikující k tématu v lékařských nakladatelstvích atd.) zastávají negativní stanovisko jak k morální přípustnosti eutanazie a asistovaného sebeusmrcení, tak k možné legalizaci těchto praktik.⁴

Kromě mnoha cenných příspěvků publikovaných zejména v posledních letech vykazuje česká diskuse dvě velké slabiny. Zaprvé je diskuse mezi jednotlivými aktéry problematická proto, že ačkoli téma eutanazie je ve svých důsledcích problémem klinickým a je tedy logické, že se k němu vyjadřují především zdravotníci, kořeny problému jsou filozofické a bioetické.⁵ Bez expertízy v těchto oborech čelí argumenty založené pouze na klinické praxi (či nábožensko-morálním přesvědčení) snadné kritice.⁶ Druhou slabinou je – zejména na straně odpůrců eutanazie – nedostatečné zohledňování jak zahraniční odborné diskuse, tak především zkušenosti a praxe ze zemí, kde eutanazie a asistované

¹ Co se terminologie týče, vycházíme z definic uvedených v KUŘE, J. *Co je eutanazie? Studie k pojmu dobré smrti*. Praha: Academia, 2018, str. 84–88. Pokud není explicitně řečeno jinak, tak výrazem *eutanazie* myslíme jak *vyžádanou eutanazii* (pacient je kompetentní požádat o eutanazii), tak *nevyžádanou eutanazii* (pacient není kompetentní, ale předpokládáme, že kdyby byl, tak by o ni požádal). Tzv. *nucenou eutanazii* nezohledňujeme a považujeme ji za kategoricky odlišnou od předchozích dvou zmíněných typů a rovnocennou vraždě. K *nucené eutanazii* viz KUŘE, J. *Co je eutanazie? Studie k pojmu dobré smrti*. Praha: Academia, 2018, str. 85. Dále také pracujeme pouze s konceptem aktivní eutanazie, nikoli s eutanazií pasivní. Praktiky nezahajování a nerozšiřování medicínského postupu považujeme za limitaci péče, nikoli typ eutanazie. Jsme si vědomi, že diskuse ohledně relevance pojmu pasivní eutanazie není ukončená, pro účely našeho argumentu není nicméně výsledek rozhodující. K relevanci pojmu pasivní eutanazie viz HŘÍBEK, T. *Obrana asistované smrti. Filozofické argumenty na podporu eutanazie a sebeusmrcení za pomoci lékaře*. Praha: Academia, 2021, str. 73–75.

² HŘÍBEK, T. *Obrana asistované smrti. Filozofické argumenty na podporu eutanazie a sebeusmrcení za pomoci lékaře*. Praha: Academia, 2021, str. 25–36.

³ HŘÍBEK, T. *Obrana asistované smrti. Filozofické argumenty na podporu eutanazie a sebeusmrcení za pomoci lékaře*. Praha: Academia, 2021; ČERNÝ, D. Psychiatrická eutanazie. Výzva k širší diskusi. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2024, roč. 14, č. 3, str. 52–72.

⁴ HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. Druhé, přepracované vydání. Praha: Galén, 2007; MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče*. Praha: Grada, 2005; VÁCHA, M. *Eutanazie: definice, historie, legislativa, etika*. Praha: Grada Publishing, 2019. Viz také drtivá většina příspěvků, včetně úvodu prezidenta ČLK Milana Kubka, v knize PTÁČEK, R. – BARTŮNĚK, P. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Grada, 2012.

⁵ Z novějších publikací, které se snaží téma eutanazie uchopit co nejkomplexněji viz např. DEVOS, T. (ed.). *Euthanasia. Searching for a full story*. Cham: Springer 2021; CHOLBI M. – Varelius J. (eds.). *New directions in the ethics of assisted suicide and euthanasia*. Cham: Springer 2015; KEOWN J. *Euthanasia, Ethics, and Public Policy*. 2. edition. Cambridge: Cambridge University Press, 2018.

⁶ HŘÍBEK, T., *Filozofické argumenty na podporu eutanazie a sebeusmrcení za pomoci lékaře*. Praha: Academia, 2021, str. 25–36; ČERNÝ, D. *Eutanazie a dobrý život*. Praha: Filosofia, 2021, str. 373–382.

sebeusmrcení jsou praktikovány (pro oba úkony, eutanazii i asistované sebeusmrcení, dále používáme pojem „usmrcení způsobené lékařským zákrokem“ ULZ).⁷

Zejména nizozemská zkušenost, kde jsou eutanazie a asistované sebeusmrcení legální od roku 2002 (ale praktikováno již dříve),⁸ je ve světě hojně používaným zdrojem pro reflexi ULZ.⁹ Zároveň tato zkušenost nemá hodnotu jen vzhledem k úzce chápané diskusi o ULZ (tedy například k diskusi o tom, zda na základě dat z Nizozemska lze dokázat existenci empirického kluzkého svahu),¹⁰ ale také širěji k reflexi péče o pacienty v závěru života jako takové. I pokud se česká lékařská komunita shodne na tom, že lékařem způsobená asistovaná smrt (ať už ve formě eutanazie, nebo asistovaného sebeusmrcení) nemá být součástí zdravotní péče o pacienty v závěru života, je pro obhajobu tohoto rozhodnutí nutnou podmínkou znalost praxe ze zemí, kde jsou tyto praktiky legální. Jednak to na teoretické rovině může přinést argumenty proti ULZ (například proto, že se ukážou nějaké negativní či nebezpečné dopady praxe ULZ), jednak to na rovině praktické může vést ke zkvalitnění paliativní péče: většina pacientů, kteří o ULZ žádají, je v podobném klinickém stavu jako pacienti, kteří v České republice využívají (nebo by mohli využívat) prostředky paliativní péče (včetně limitace péče).¹¹ Pochopení stavu, motivací a okolností, ve kterých se tito ULZ žádající pacienti nacházejí, může tak pozitivně přispět k porozumění pacientů v podobných podmínkách v českém prostředí.

⁷ Tímto výrazem překládáme pojem *medically procured death*; k tomuto viz HAVE, H. ten – WELIE, J. V. M. *Death and medical power: an ethical analysis of Dutch euthanasia practice*. Maidenhead: Open University Press, 2005, str. 59.

⁸ Přehled historie nizozemského přístupu k eutanazii nabízí např. DOLEŽAL, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*. Praha: Academia, 2017, str. 63–144, který zohledňuje především právní rovinu problému, nebo již klasická studie HAVE, H. ten – WELIE, J. V. M. *Death and medical power: an ethical analysis of Dutch euthanasia practice*. Maidenhead: Open University Press, 2005, jejíž autoři nabízejí komplexní socio-kulturní i bioeticko-filozofickou reflexi eutanazie. Každoroční shrnutí pokrývající případy provedených eutanazií/asistovaných sebeusmrcení a jejich analýzu lze najít zde <https://english.euthanasiecommissie.nl/> (navštíveno 29.7.2025).

⁹ THOMASMA, D. C. et al. (eds.). *Asking to die. Inside the Dutch debate about euthanasia*. New York: Kluwer Academic 2002; COHEN-ALMAGOR, H. *Euthanasia in the Netherlands. The Policy and practice of mercy killing*. New York: Kluwer Academic 2005; YOUNGER, S. J. – KIMSMA, G. K. (eds.). *Physician Assisted death in perspective. Assessing the Dutch experience*. Cambridge: Cambridge University Press 2012; MACKELLAR et al. (eds.). *Euthanasia and Assisted Suicide. Lessons from Belgium*. Cambridge: Cambridge University Press, 2018.

¹⁰ ČERNÝ, D. *Eutanazie a dobrý život*. Praha: Filosofia, 2021, str. 369–382; DOLEŽAL, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*. Praha: Academia, 2017, str. 120–127.

¹¹ Tyto skupiny se samozřejmě stoprocentně nekryjí, což je nejlépe vidět u pacientů, kteří žádají o tzv. psychiatrickou eutanazii (tedy eutanazii, která je motivována primárně nesnesitelným psychogenním utrpením). Zatímco v Nizozemsku mohou takoví pacienti dosáhnout eutanazie, v českém prostředí se nejedná o paliativní pacienty a praxe limitace péče by u nich (zejména při absenci například terminálního stadia somatického onemocnění) nebyla aplikována. Pro uvedení do tématu psychiatrické eutanazie viz ČERNÝ, D. *Psychiatrická eutanazie. Výzva k širší diskusi*. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2024, roč. 14, č. 3; HEWITT, J. *Why Are People with Mental Illness Excluded from the Rational Suicide Debate*. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2013, roč. 36, str. 358–365; ROONEY, W. – SCHUKLENK, U. – VAN DE VATHORST, S. *Are Concerns About Irremediableness, Vulnerability, or Competence Sufficient to Justify Excluding All Psychiatric Patients From Medical Aid in Dying?*. *Health Care Analysis*. 2018, roč. 26, str. 326–343; STEINBOCK, B. *Physician-Assisted Death and Severe, Treatment-Resistant Depression*. *The Hastings Center Report*. 2017, roč. 47, str. 30–42.

Záměrem tohoto článku je nabídnout českému čtenáři analýzu nizozemské praxe *ULZ* na základě oficiálních dat za období 2002 až 2023.¹² Cílem zde není hájit stanovisko pro či proti eutanazii, nýbrž představit několik relevantních témat, z jejichž reflexe by česká péče v závěru života mohla profitovat, a která vyvstávají právě na pozadí nizozemské teorie a praxe eutanazie. Rámcově se pohybujeme ve stávajícím českém právním a klinickém klimatu, tj. ve stavu, kdy eutanazie ani asistované sebeusmrcení nejsou legální; jde nám tedy o to zhodnotit, jaké podněty může teorie a praxe eutanazie přinést pro paliativní péči, která v sobě nezahrnuje aktivní způsobení smrti ze strany lékaře. Na základě analýz, které představíme níže, se budeme snažit ukázat relevanci nizozemské diskuse o eutanazii pro českou paliativní péči, jak ve smyslu praktického zlepšování praxe paliativní péče, tak teoretické diskuse o péči v závěru života.

Nejdříve stručně charakterizujeme nizozemskou praxi eutanazie a asistovaného sebeusmrcení, co se týče teoretických a bioetických východisek, na kterých tato praxe stojí, a zároveň klinicko-právní procedury, které musí lékaři naplnit, aby čin usmrcení pacienta byl klasifikován jako eutanazie, a nikoli jako vražda. Ve druhé části představíme přehled vykonaných *ULZ* v rozmezí let 2002–2023; půjde nám o to ukázat komplexní obraz toho, jací pacienti tyto úkony podstupují, jaké důvody uvádějí, a proč se pro ně rozhodují. Ve třetí části představíme interpretaci těchto dat a možné využití pro českou zdravotní péči.

1. VÝCHODISKA A PRAXE EUTANAZIE A ASISTOVANÉHO SEBEUSMRCENÍ V NIZOZEMSKU

Praxe usmrcení způsobené lékařským zákrokem prošla v Nizozemsku ve druhé polovině 20. století komplexním vývojem reagujícím na prudký rozvoj medicíny, zejména schopnosti zachraňovat a prodlužovat život, který s sebou nese také otázky po smysluplnosti těchto úkonů a kvalitě života pacientů, kteří potřebují například nepřetržitou orgánovou podporu.¹³ Pro současnou situaci je stěžejní právní zakotvení z roku 2002, které kodifikuje předchozí praxi: za splnění určitých podmínek může lékař (a pouze lékař)¹⁴ pacienta usmrtit či mu k usmrcení dopomoci, aniž by čelil jakémukoli právnímu postihu. Zároveň v takové situaci nejedná proti etickým zásadám nizozemské lékařské komunity. Základní podmínky, které musí lékař splnit, jsou definovány následovně:

„Kritéria náležité péče:

¹² Oficiální data zveřejňovaná Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (Regional Euthanasia Review Committees) bereme jako směrodatná a vypovídající, byť jsme si vědomi, že nemusí odrážet celou skutečnost (například proto, že mohou být lékaři, kteří provedenou eutanazii nenahlásí). Zdá se pravděpodobné, že nárůst počtu lékařsky způsobené smrti v posledních letech nemusí odrážet pouze skutečný nárůst počtu pacientů, kteří ji podstoupili, ale také postupnou adaptaci zdravotnického systému na novou legislativu. I proto se detailněji věnujeme případům lékařsky způsobené smrti od roku 2015, kdy lze předpokládat, že se uvedená data více blíží skutečnému stavu. Všechna data jsou uvedena v příloze, viz níže.

¹³ HAVE, H. ten – WELIE, J. V. M. *Death and medical power: an ethical analysis of Dutch euthanasia practice*. Maidenhead: Open University Press, 2005, str. 5–55.

¹⁴ Tomuto aspektu – tedy že pouze lékař má právo či výsadu usmrtit pacienta – se kriticky věnují HAVE, H. ten – WELIE, J. V. M. *Death and medical power: an ethical analysis of Dutch euthanasia practice*. Maidenhead: Open University Press, 2005.

1. Lékař musí být přesvědčen, že žádost pacienta je dobrovolná a dobře zvážena.
2. Lékař musí být přesvědčen, že utrpení pacienta je nesnesitelné, bez vyhlídky na zlepšení.
3. Lékař informoval pacienta o jeho situaci a jeho prognóze.
4. Lékař společně s pacientem dospěl k závěru, že v situaci pacienta neexistuje žádná rozumná alternativa.
5. Lékař konzultoval alespoň jednoho dalšího nezávislého lékaře, který musí pacienta prohlédnout a vydat písemné stanovisko k tomu, zda byla splněna kritéria náležité péče stanovená v bodech 1) až 4). Lékař vynaložil náležitou lékařskou péči a pozornost při ukončení života pacienta nebo asistenci při sebeusmrcení pacienta.¹⁵

Z hlediska práva a lékařské etiky je stěžejní dobrovolnost žádosti (čímž by také měla padnout jakákoli podobnost s nacistickým programem eutanazie), informovanost pacienta a nesnesitelné utrpení. Dále je lékař povinen přizvat k expertnímu názoru dalšího lékaře (v případě, že pacient jako primární zdroj utrpení uvádí duševní onemocnění, tak psychiatra). Po provedení aktu usmrcení či asistence při usmrcení je lékař povinen předložit potřebnou dokumentaci komisi k jejímu přezkoumání.¹⁶

Pro etický rozměr praxe eutanazie jsou stěžejními aspekty již zmíněná dobrovolnost (která souvisí s principem autonomie pacienta – pacientova autonomie se může projevit i tak, že odmítne určitý léčebný postup, či v případě eutanazie, požádá o usmrcení) a především nesnesitelné utrpení.¹⁷ Pacient sám určuje, zda jeho utrpení je nesnesitelné; lékař by měl zhodnotit, zda jsou zde vyhlídky na zlepšení či alternativní prostředky mírnění utrpení, nicméně hlavní slovo patří pacientovi. Kritérium nesnesitelného utrpení umožňuje praxi eutanazie otevřít širokému okruhu pacientů, pro které by například kritérium terminálního stadia života bylo příliš restriktivní (zde půjde například o pacienty trpící neurodegenerativními onemocněními; obecně o pacienty, kteří nechtějí čekat, až jejich zdravotní stav dospěje do fáze, kdy je buď sama nemoc usmrtí, nebo kdy je možné využít prostředky limitace péče; rovněž sem spadají pacienti trpící psychiatrickým utrpením), a zároveň bere vážně to, že utrpení není pouze bolest způsobená například progredujícím nádorovým onemocněním, ale

¹⁵ *Euthanasia Code 2022*, str. 9. <https://english.euthanasiecommissie.nl/the-committees/euthanasia-code-2022> (navštíveno 29.7.2025).

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Oba tyto principy vycházejí z *Etického kodexu Nizozemské královské společnosti pro rozvoj lékařství* (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, KNMG). Viz anglická verze: [https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/kwaliteit-en-veiligheid-2/gedragcode-voor-artsen#Downloads_\(KNMG-Gedragcode_voor_artsen\)-anchor](https://www.knmg.nl/actueel/dossiers/kwaliteit-en-veiligheid-2/gedragcode-voor-artsen#Downloads_(KNMG-Gedragcode_voor_artsen)-anchor) (navštíveno 29.7.2025).

celkový psychosomatický stav pacienta, který má nejen striktně tělesnou, ale také duševní a sociální vrstvu.¹⁸

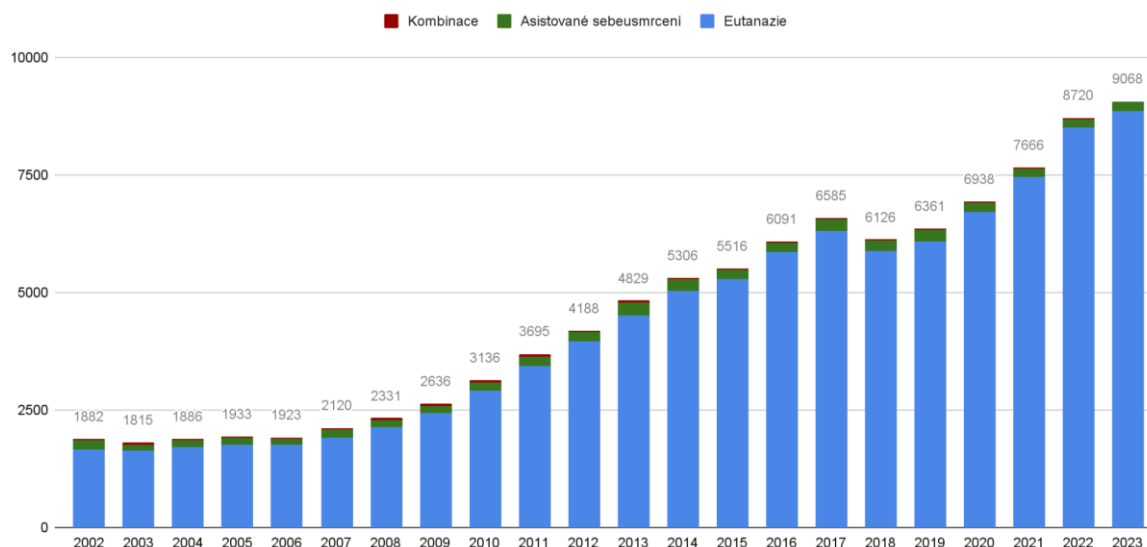
Díky takto pojatým kritériím se množina pacientů podstupující *ULZ* jen částečně shoduje s množinou pacientů, kterým jsou aplikovány některé prostředky limitace péče v zemích, kde *ULZ* není legální (tedy například v České republice): zatímco například pacient s agresivním nádorovým onemocněním, u kterého je prognóza dožití v rámci dnů, může využít paliativní sedaci, pacient s ALS, který má před sebou rok života, nebo pacient se závažným psychiatrickým onemocněním, který před sebou může mít desítky let života, tuto možnost nemá. Tohoto bodu se dále dotkneme v části 3; nyní představíme přehled dat z let 2002–2023 a také případy dvou konkrétních pacientek.

2. NIZOZEMSKÁ PRAXE EUTANAZIE (2002–2023) V OFICIÁLNÍCH DOKUMENTECH

V naší studii jsme pracovali s nizozemskými daty z let 2002–2023. Využili jsme údaje z výročních zpráv zveřejňovaných Regionálními komisemi pro posuzování eutanazie (Regionale Toetsingscommissies Euthanasie). Z analýzy vyplývá, že počet případů eutanazie se každoročně zvyšuje (zatímco u asistovaného sebeusmrcení tomu tak není).¹⁹ V letech 2002–2006 byly počty provedených *ULZ* poměrně stabilní. Od roku 2007 však dochází k výraznějšímu nárůstu. Z dostupných materiálů vyplývá, že v období 2002–2023 bylo zaznamenáno 100 829 případů *ULZ*, které podstoupili přibližně stejnou měrou muži i ženy. Nejčastěji se pro ni rozhodují lidé ve věkové skupině 70–80 let, následuje skupina 80 let a více. Mezi nejčastější zdravotní důvody vedoucí k žádosti o *ULZ* patří onkologická onemocnění, na druhém místě je kombinace více onemocnění, dále neurologická onemocnění a často i kardiovaskulární onemocnění. Nejčastějším místem, kde si lidé přejí *ULZ* podstoupit, je jejich domov. Dalšími častými místy jsou hospice a pečovatelské domy. *ULZ* si lidé přejí z 80–90 % podstoupit pod vedením praktických lékařů. V menší míře preferují lékaře specializovaného na dané onemocnění.

¹⁸ Viz např. ČERNÝ, D. Psychiatrická eutanazie. Výzva k širší diskusi. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2024, roč. 14, č. 3, str. 63–68; CASSEL, E. J. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. 2. vydání. New York: Oxford University Press, 2004.

¹⁹ Všechna data byla získána z veřejně dostupných zdrojů, každoročních výročních zpráv (*Annual reports*) dostupných v několika jazykových verzích zde: <https://english.euthanasiecommissie.nl/> (navštíveno 29.7.2025; viz také příloha níže). Pojem *kombinace* označuje situaci, kdy se pacient rozhodne pro asistované sebeusmrcení, to je ale z nějakého důvodu neúspěšné, tudíž je proces usmrcení dokončen lékařem jako při standardní eutanazii.



Graf 1.: Usmrcení způsobené lékařským zákrokem v Nizozemsku (2002–2023; číslo nad sloupcem označuje celkový počet ULZ v daném roce)

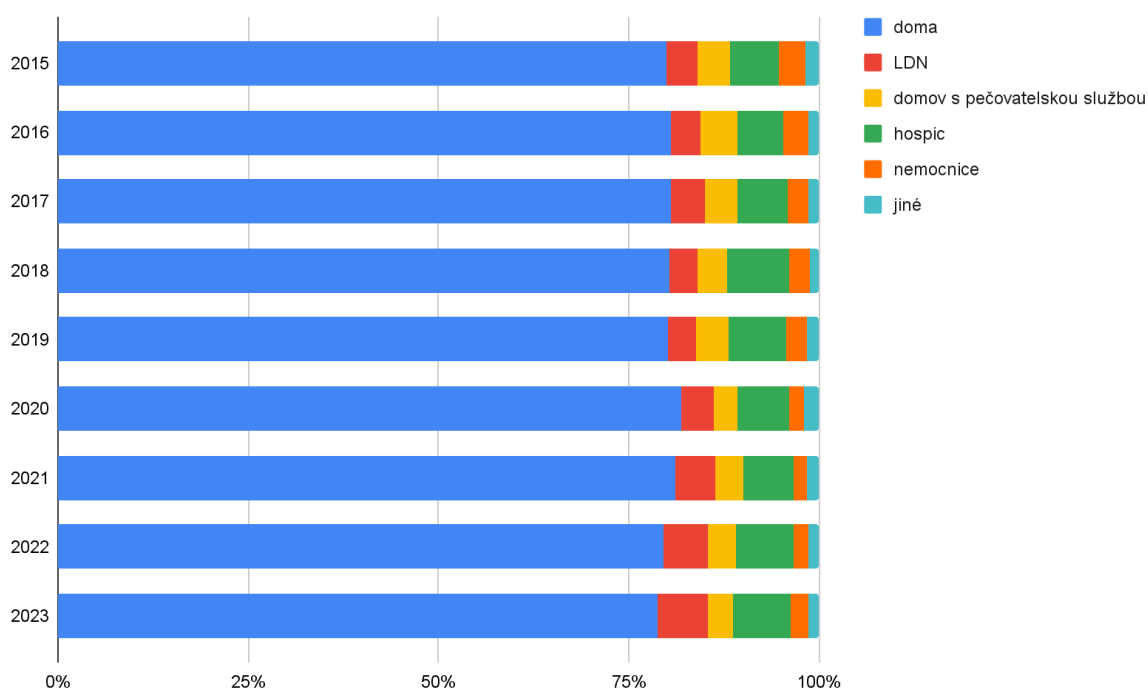
V časovém období 2002–2014 proběhlo v Nizozemsku 37 680 případů ULZ. Z počátku byl počet těchto úkonů stabilní, ale od roku 2007 začal stoupat a tento trend pokračoval i v následujících letech. Naše studie byla limitována nedostatečnou dostupností dat z počátečních let. Získaná data nebyla vždy úplná – často chyběly informace o pohlaví a věku pacientů. Například v roce 2002 chybí téměř všechna podrobná data; víme pouze to, že ULZ podstoupilo 1 882 lidí. Podobně jsme narazili na omezené údaje i za roky 2003–2015, kdy chyběly informace o věkové a genderové struktuře pacientů. Na prvním místě mezi důvody podstoupení ULZ byly onkologické diagnózy. Na dalších předních příčkách se objevovaly také neurologické diagnózy a kombinace různých onemocnění. Lze si povšimnout nárůstu podílu neurologických onemocnění. Zatímco v roce 2002 tvořily neurologické příčiny přibližně 3 % všech ULZ, do roku 2014 jejich podíl vzrostl až na 6 %. Podíl onkologických diagnóz nepatrně klesl v rámci celkového procentuálního zastoupení, a to v důsledku rostoucího počtu jiných typů diagnóz, např. již zmíněných neurologických onemocnění, jako je demence. V následujících letech očekáváme taktéž zvýšení počtu těchto případů.

ULZ v daném období nejčastěji podstoupovali lidé ve věku 70–80 let a bez výrazných rozdílů mezi pohlavími – s mírnou převahou mužů. V letech 2002–2014 se z 94,9 % lidí rozhodlo pro eutanazii, zbývající případy tvořilo asistované sebeusmrcení či jejich kombinace. V rozmezí let 2002–2014 si 87–88,2 % pacientů přálo, aby ULZ provedl jejich praktický lékař. Od roku 2010 si 3,7–4,0 % pacientů přálo, aby zákrok provedl geriatr, v ostatních případech šlo o různé specialisty z nemocničního prostředí, přičemž zájem o tuto možnost klesal. Nejčastějším místem, kde si lidé přáli eutanazii podstoupit, byl jejich domov. Velké množství pacientů volilo také hospic, nicméně zájem o toto prostředí postupně klesal ve prospěch domácího prostředí. Nemocnice byly méně preferovanou

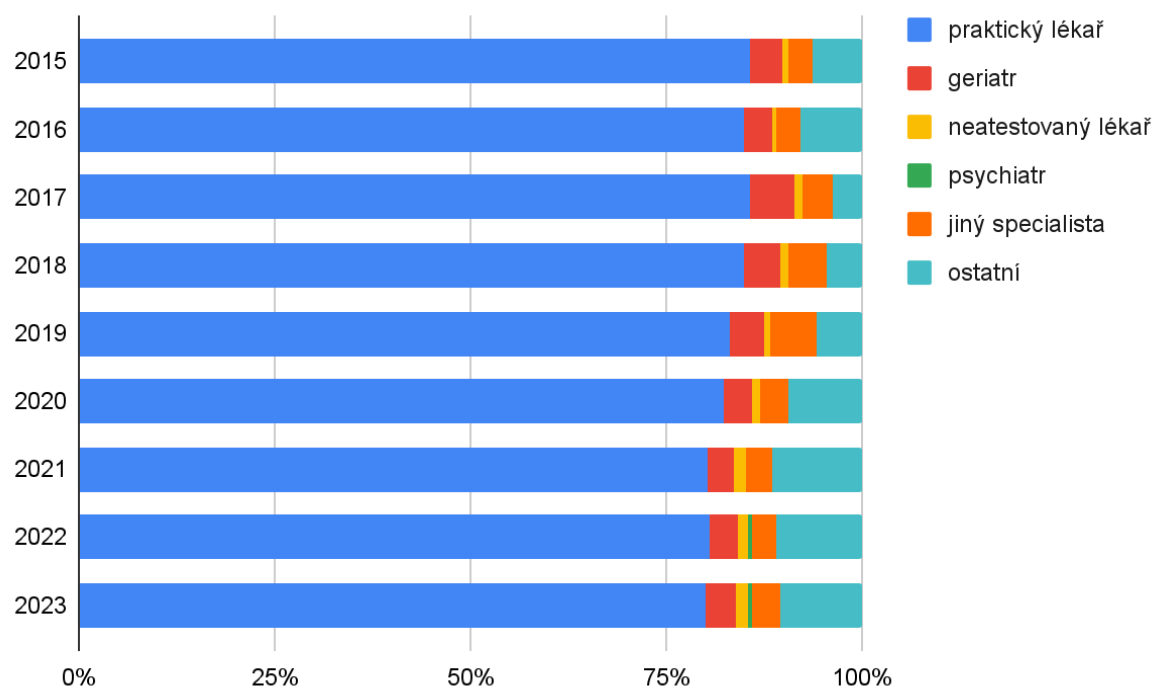
možností – podíl *ULZ* provedených v nemocničním prostředí se mezi lety 2002 a 2014 snížil z 11,4 % na 3,2 %.

Nejplastičtější obraz o praxi eutanazie poskytují data z posledních několika let. Mezi lety 2015–2023 bylo v Nizozemí zaznamenáno celkem 63 071 případů *ULZ*. Ve zmiňovaném období je také patrný značný meziroční nárůst výskytu (v roce 2015 proběhlo 5 516 nahlášených *ULZ*, zatímco v roce 2023 toto číslo vzrostlo na 9 068). Od roku 2016 dochází ke každoročnímu komplexnímu publikování všech případů, a to včetně dat jako je vzájemný poměr pohlaví pacientů, který se víceméně udržuje vyrovnaný, a rozložení žadatelů do věkových skupin. Víme tak, že nejvíce pacientů podstupujících *ULZ* je meziročně stále mezi 70–80 lety věku, dále ve věku 80–90 let. Pacienti ve věkových kategoriích pod 30 let a mezi 30–40 lety se k *ULZ* přiklonili především z důvodu nádorového, případně psychiatrického onemocnění.

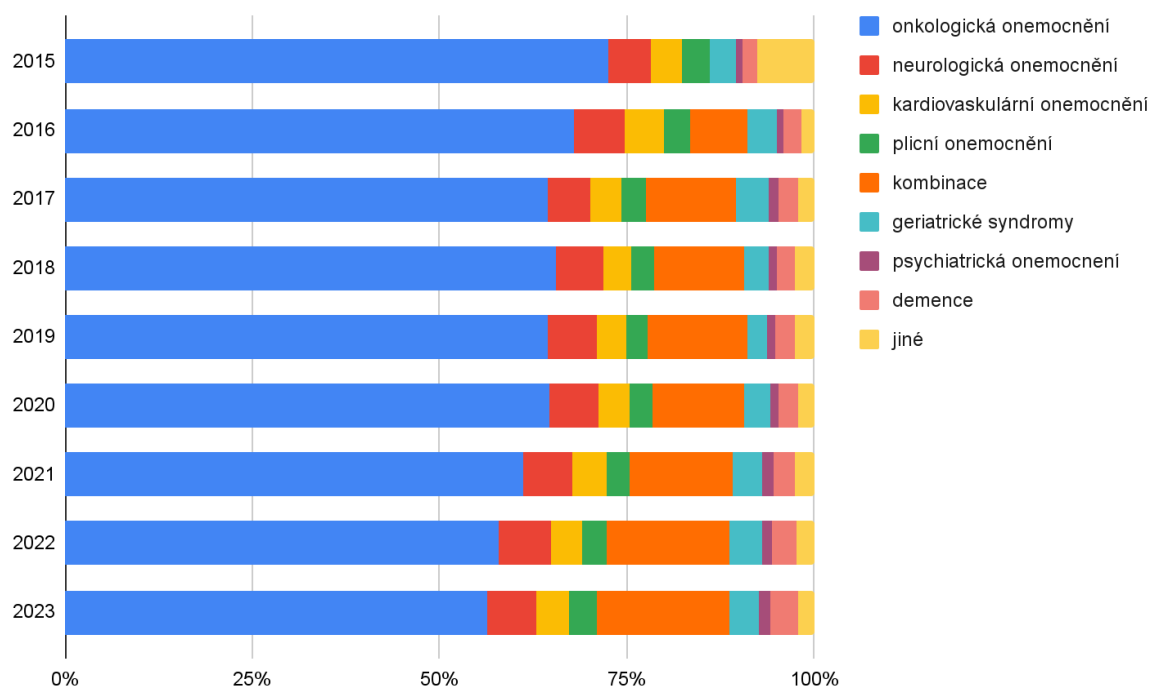
Mimo základní informace, jako je celkový počet eutanazií a důvody vedoucí k její aplikaci, nás zajímá také, na jakého lékaře se pacienti nejčastěji obrátili a jaké místo pacienti zvolili k vykonání samotné eutanazie. Tato data jsou znázorněna v následujících grafech.



Graf 2.: Místo výkonu (2015–2023)



Graf 3.: Oznamující lékař (2015–2023)

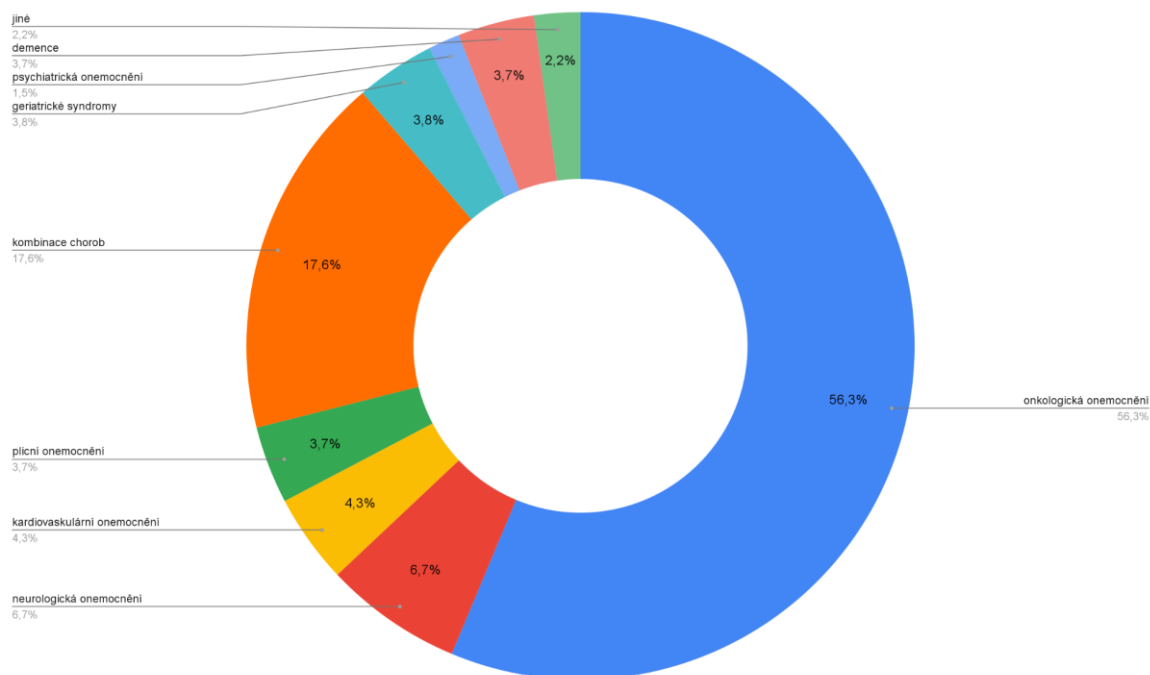


Graf 4.: Důvody pro podstoupení usmrcení (2015–2023)

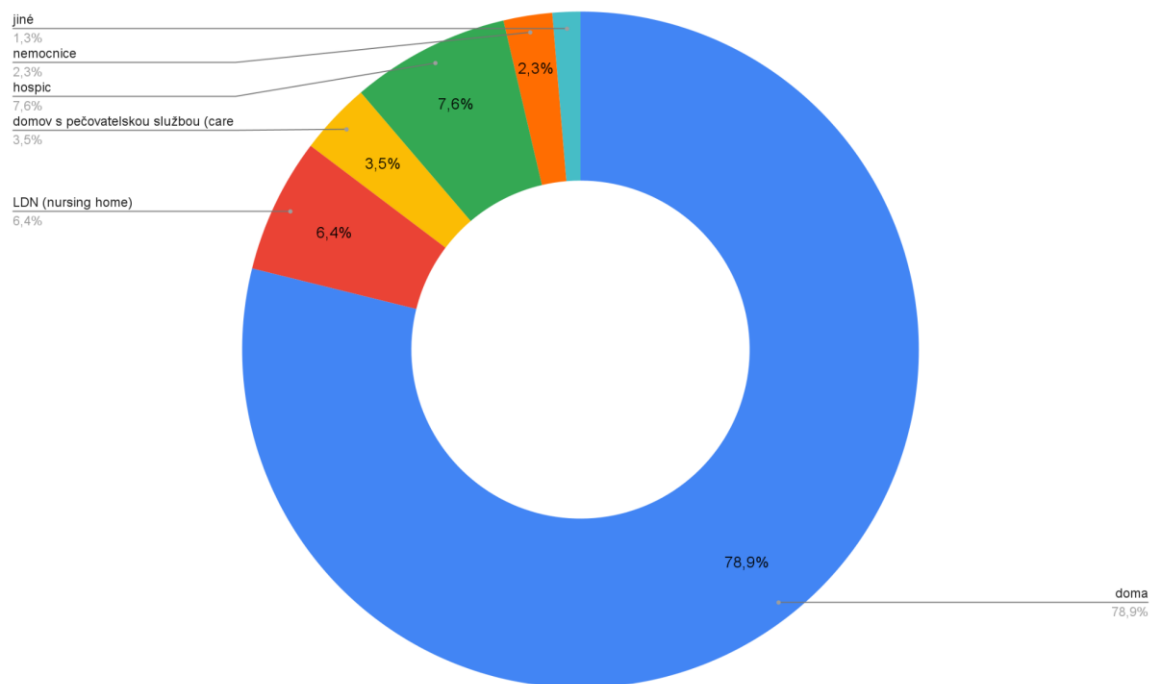
Z dostupných dat je patrná preference domácího prostředí (pacienti si domov volí každoročně ve více než 80 % případů), dalším často voleným místem je pak hospic (6–8 %). Nejčastěji oslovaným lékařem je praktický lékař, u kterého však mezi lety 2015–2023 docházelo k mírnému meziročnímu poklesu (v roce 2015 85,8 %, v roce 2023 79,9 %); druhou nejčastěji oslovanou skupinou jsou pak lékaři přidružení k EEC (Euthanasia Expertise Centre) či lékaři pracující v hospici, zařazení v grafech do kategorie ostatní, přičemž tato kategorie dosáhla v posledních letech až 11,6 %. Nejčastěji udávanými důvody pro rozhodnutí podstoupit ULZ jsou onkologická onemocnění, která mezi lety 2015–2023 zaznamenala pokles (2015 – 72,5 %, 2023 – 56,3 %). Naopak nárůst zaznamenala kategorie kombinace více stavů alterujících zdraví, ve které pacienti udávali především onemocnění somatická (2015 – 7,5 %, 2023 – 17,6 %). Onemocnění neurologická (nejčastěji Parkinson, RS, ALS), kardiovaskulární a plicní (mimo onkologických diagnóz) se drží procentuálně stejně.

Kromě přehledu za období 2015–2023 jsme se detailně zaměřili na poslední dostupný rok, tedy rok 2023, jehož zásadní kategorie s legendou i procenty uvádíme v následujících grafech. V roce 2023 ULZ podstoupilo 9068 pacientů, což je o 4 % více než v roce předchozím. Nárůst je tedy stále patrný, i když mírnější než v předchozích letech. Zároveň tento počet reprezentuje 5,4 % všech úmrtí v Nizozemí v daném roce. Nejčastějšími uváděnými důvody jsou opět onkologická onemocnění (5105 případů), kombinace více (především somatických) obtíží (1599 příp.), neurologická onemocnění (605

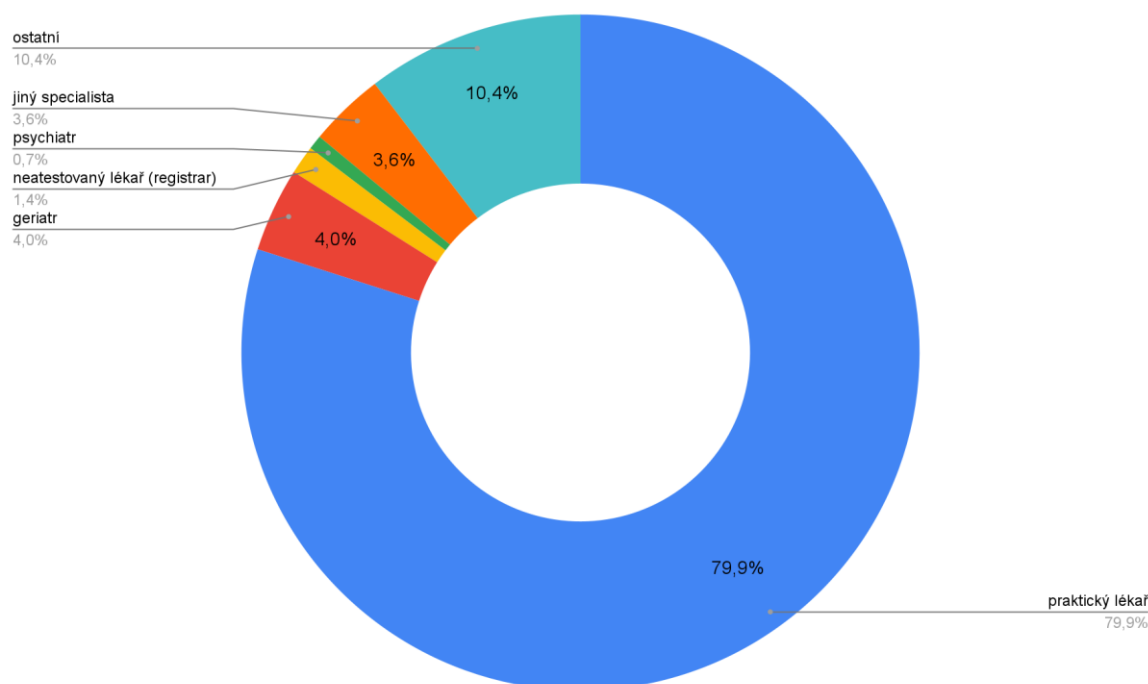
příp.) či choroby kardiovaskulárního systému (393 příp.). Psychiatrická onemocnění včetně demencí v tomto roce činila 474 případů. Nejčteněji voleným místem byl i v roce 2023 pacientův domov (7151 příp.), oznamujícím lékařem pak byl v 7249 případech praktický lékař. Stále častěji se objevujícím jevem je také takzvaná “dvojitá eutanazie”, kdy o ukončení života žádají ve stejnou dobu oba partneři (každý z nich musí schválit jiní odborníci a posuzovat jejich stav odděleně).



Graf 5.: Důvody pro podstoupení usmrcení (2023)



Graf 6.: Místo výkonu (2023)



Graf 7.: Oznamující lékař (2023)

EXKURS: DVA PŘÍPADY PACIENTEK PODSTOUPIVŠÍCH EUTANAZII

Pro názornou ilustraci výše probíraných dat jsme zvolili případy dvou pacientek, které podstoupily eutanazii v letech 2022 a 2023. V obou případech byly podle komise splněny všechny podmínky pro provedení *ULZ* (dobrovolné a kvalifikované rozhodnutí, nesnesitelné utrpení a absence alternativních způsobů pro zmírnění takového utrpení; viz výše). Zatímco u první pacientky je hlavním důvodem žádosti uváděno utrpení spojené se somatickou nemocí, u druhé pacientky je to utrpení psychické.

První pacientkou je čtyřicetiletá žena se závažným, nevléčitelným nádorovým onemocněním, rakovinou orofaryngu. Rakovina byla příčinou velkých bolestí, neschopnosti mluvit, polykat a celkového strádání. Pro pacientku byl takový život naprosto nedůstojný a nesnesitelný, navíc bez vyhlídky na zlepšení.²⁰

²⁰ „Pacientce, čtyřicetileté ženě, byla více než dva roky před smrtí diagnostikována rakovina orofaryngu (typ rakoviny hlavy a krku). Různé způsoby léčby neměly dostatečný účinek. Rakovina metastázovala a stav pacientky byl nevléčitelný. Pacientka měla na krku rychle se zvětšující otevřenou ránu, která jí způsobovala velké bolesti. Když byla schopna jíst, jídlo se často vracelo ranou ven. V důsledku toho pacientka rychle ztrácela na váze a síle a měla neustálý hlad. Kromě toho byla sotva schopna mluvit. Pacientka to nepovažovala za důstojnou existenci. Pacientka s lékařem již dříve diskutovala o eutanazii a více než týden před svou smrtí

Ve druhém případě trpěla teprve pětadvacetiletá pacientka hned několika závažnými psychiatrickými onemocněními: lehkou mentální retardací, obsedantně-kompulzivní poruchou (OCD), poruchou autistického spektra (ASD), posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD), anorexií a opakovanými obdobími deprese. Pacientku tyto obtíže výrazně negativně ovlivňovaly v každodenním životě; bylo u ní stále riziko sebevraždy. Po několikaleté neúspěšné snaze najít adekvátní léčbu při stálém zhoršování stavu pacientky dospěli lékaři k závěru, že pacientka nesnesitelně trpí bez prostředků a vyhlídky na jakékoli zlepšení. Pacientka byla shledána zcela kompetentní ve svém rozhodování o otázce eutanazie a její žádost nebyla dle lékařů příznakem některé z psychických poruch, kterými trpěla.²¹

V obou případech pacientky shodně zvolily eutanazii jako cestu pro ukončení svého nesnesitelného utrpení. Zatímco v Nizozemsku se oba tyto typy případů řeší v rámci praxe eutanazie, v České republice by byla situace značně odlišná. V případě pacientky se somatickým onemocněním, tedy v našem případě rakovinou orofaryngu, se nabízí pro snížení či eliminaci utrpení celá řada úkonů spadajících do paliativní péče, jako například tlumení bolesti, limitace zdravotní péče, nezhájení či

požádala lékaře o provedení zákroku, který by ukončil její život. Lékař dospěl k závěru, že žádost byla dobrovolná a dobře uvážená. Lékař byl rovněž přesvědčen, že toto utrpení bylo pro pacientku nesnesitelné a bez vyhlídky na zlepšení podle převažujícího lékařského názoru. Neexistovaly žádné alternativní způsoby zmírnění jejího utrpení, které by pro ni byly přijatelné. Ze spisu je zřejmé, že jí lékař poskytl informace o její situaci a prognóze. Lékař konzultoval s nezávislým lékařem, který pacientku viděl čtyři dny před její smrtí. Nezávislý lékař byl přesvědčen, že kritéria náležité péče byla dodržena. Lékař provedl eutanazii s použitím metody, látek a dávkování doporučených v *Pokynech pro provádění eutanazie a lékařem asistovaného sebeusmrcení* z roku 2021. Komise konstatovala, že lékař jednal v souladu s kritérii náležité péče. *Annual report 2023*, str. 29, viz <https://english.euthanasiecommissie.nl/documents/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports> (navštíveno 29.7.2025).

²¹ Pacientka, 25 let, trpěla obsedantně-kompulzivní poruchou (OCD), poruchou autistického spektra (ASD), posttraumatickou stresovou poruchou (PTSD) a opakovanými obdobími deprese. Měla také lehké mentální postižení a trpěla anorexií. Kvůli svým stavům již pacientka nebyla schopna vidět ve svém životě smysl ani se radovat z aktivit. Existovalo stále riziko sebevraždy. Pacientka se cítila vyčerpaná a nechtěla již dále trpět. Lékař se ujistil, že pacientka realisticky vnímala a chápala svou nemoc, svou situaci a své vyhlídky a byla si vědoma důsledků svého přání eutanazie. Nezávislý psychiatr byl toho názoru, že pacientka byla schopna jasně a hmatatelně vysvětlit, proč si eutanazii přeje. Nezávislý lékař, který byl rovněž psychiatrem, zjistil, že přání pacientky týkající se eutanazie nebylo příznakem její psychické poruchy. Všichni lékaři, kteří se na případu podíleli, shledali, že pacientka byla ohledně své žádosti o eutanazii kompetentní k rozhodování. Ze spisu vyplynulo, že pacientka v průběhu šesti let před svou smrtí prošla rozsáhlým procesem léčby a poradenství, včetně různých druhů léků, hospitalizace, ambulantního poradenství a odborné léčby. Byla léčena v souladu s adekvátními postupy léčby, ale to nemělo dostatečný účinek. Naopak, její situace se ještě zhoršila. Nutkové rituály, které byly součástí její OCD, jí zabíraly téměř celý den. Měla také noční můry a znovu prožívala traumatické zážitky. Navzdory nízkému věku pacientky dospěl nezávislý psychiatr k závěru, že její situaci nelze léčbou zlepšit. Všichni lékaři, kteří se na případu podíleli, byli toho názoru, že nesnesitelně trpí bez vyhlídky na zlepšení a že pro ni neexistuje žádná rozumná alternativa. [...] Podle názoru komise se lékař přesvědčil, že žádost pacientky o eutanazii byla dobrovolná a dobře uvážená, že její utrpení bylo nesnesitelné a bez vyhlídky na zlepšení a že lékař a pacientka se společně mohli přesvědčit, že v situaci pacientky neexistuje žádná rozumná alternativa. Podle názoru komise byla splněna i další kritéria náležité péče. *Annual report 2022*, str. 46 (kráceno). Viz <https://english.euthanasiecommissie.nl/documents/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports> (navštíveno 29.7.2025).

ukončení určitého postupu v léčbě, případně paliativní sedace. Této pacientce se tedy i v zemi, kde eutanazie není legální možností, nabízí cesty, jak nepokračovat v léčbě a uspišit smrt (tento úkon nebyl klasifikován jako usmrcení pacienta, ale jako limitace péče). Využití těchto metod se však nevztahuje na pacienty, kteří jako primární zdroj svého utrpení uvádějí psychické obtíže. Zatímco druhá výše uvedená pacientka by v rámci nizozemského zdravotnictví mohla uspišit smrt pomocí eutanazie, v českém zdravotním systému jí tato ani žádná jiná cesta ke stejnému cíli otevřená není. V českém prostředí nespádá péče pro nesnesitelně trpící psychiatrické pacienty do oblasti paliativní péče.

3. PODNĚTY NIZOZEMSKÉ PRAXE A VYUŽITÍ PRO ČESKOU PALIATIVNÍ PÉČI

Hlavní přínos výše představených dat pro českou diskusi o péči v závěru života vidíme v tom, že umožňují zpřesnit obraz toho, na jaké potřeby eutanazie a asistované sebeusmrcení odpovídají. Zároveň je díky znalosti reálné situace v zemi, kde se *ULZ* praktikuje, možné testovat určité zažité představy a argumentační strategie, které se v české diskusi – jak odborné, tak veřejné – objevují. Jak bylo zmíněno v úvodu, dominantní proud českých lékařských autorit se vyjadřuje vůči *ULZ* odmítavě. Argumentační strategie pak často vypadá tak, že problém *ULZ* se převede na otázku zvýšení dostupnosti paliativní péče: paliativní péče a *ULZ* představují dvě odpovědi na tutéž otázku, přičemž paliativní péče je odpověď lepší (z morálních, klinických či jiných důvodů).²² Odpovědi na poptávku po *ULZ* tedy není jeho zpřístupnění, ale rozšíření dostupnosti paliativní péče (včetně praktik limitace péče). Na datech, která jsme popsali výše, se nicméně ukazuje, že tato úvaha je validní jen částečně. Předně je třeba se vymezit vůči dichotomii paliativní péče, nebo eutanazie. Pacient v Nizozemsku může profitovat z paliativní péče, jejíž dostupnost se nezdá být menší než v České republice (spíše naopak).²³ Pokud volí usmrcení způsobené lékařským zákrokem, tak se zdá, že paliativní péče v jeho konkrétní situaci neposkytuje dostatečnou odpověď na potřeby, které daný pacient má. To může být dáno samozřejmě mnoha faktory, jako je nedostatečná dostupnost, nákladnost či náročnost paliativní péče, nebo osobními preferencemi pacienta. Pokud by tedy měla argumentace „problém eutanazie se vyřeší dostupnou a kvalitní paliativní péčí“ platit, bylo by potřeba ukázat, že dobrá paliativní péče odpovídá i na ty potřeby, které pacienti nacházejí v eutanazii či asistovaném sebeusmrcení. Z dat, která jsme analyzovali, vyplývá, že *ULZ* podstupují pacienti v drtivé většině doma a z rukou praktického lékaře, tedy někoho, s kým obvykle mají bližší vztah. Finální fáze umírání tak může proběhnout ve známém prostředí za asistence známého člověka. Dalším benefitem nizozemské praxe *ULZ* je fakt, že pacient nemusí čekat na konečné stadium nemoci, což ukazují i obě výše rozebrané kazuistiky. Zatímco v terminálních stádiích některých nemocí by například kvůli orgánové podpoře bylo velmi komplikované, aby pacient umíral v domácím prostředí, v dřívějších stádiích nemoci to možné být může. Pacient tak má ve svých rukou průběh závěrečné fáze života, který se může rozhodnout ukončit pomocí *ULZ* dříve, než jak mu to umožňují prostředky limitace

²² Viz reference u pozn. 4.

²³ Viz např. GOOSSENSEN, A. – SOMSEN, J. Volunteering in hospice and palliative care in the Netherlands. In SCOTT, R. – HOWLETT, S. (eds.). *The Changing Face of Volunteering in Hospice and Palliative Care*. Oxford: Oxford University Press, 2018.

péče. A konečně *ULZ* poskytuje odpověď na potřeby pacientů, kteří by do oblasti paliativní péče v České republice vůbec nespádali, tedy například pacientů, kteří chtějí uspišit smrt z důvodu nesnesitelného psychického utrpení. Na případu pacientky z roku 2022 jsme viděli, že kombinace vážných psychiatrických onemocnění je dostačujícím ospravedlněním pro vykonání eutanazie. Zatímco pacientka s nádorovým onemocněním by v rámci českého zdravotního systému mohla při progredujícím onemocnění využít limitace péče, pacientka trpící psychogenním strádáním tuto možnost nemá. Z námi analyzovaných dat tedy vyplývají pro diskusi o péči v závěru života podněty ve čtyřech oblastech: místo, čas, lékař a utrpení.

Domov jako místo závěru života, jehož preferenci vidíme u naprosté většiny pacientů podstupujících *ULZ*, nepůsobí nijak překvapivě; podobný trend vidíme i v zemích, kde se eutanazie nebo asistované sebeusmrcení nevykonává: snaha zřizovat mobilní hospice jde jistě správným směrem, poněvadž umožňuje pacientům, kteří o to mají zájem, zemřít v jim známém prostředí. Palčivá je zde samozřejmě otázka dostupnosti těchto služeb a informovanosti jak pacientů, tak lékařů o nich. Samozřejmě že jsou i pacienti, kteří si nepřejí nebo nemohou prožít závěr svého života doma, ale pro ty ostatní by tato možnost měla být otevřena. Každému, kdo má takové přání, by mělo být ze strany lékařského a sociálního systému umožněno zemřít doma. Ruku v ruce s tím by nicméně byla potřeba lepší edukace pacientů s progredujícími obtížemi, poněvadž některé zdravotnické úkony (například připojení na orgánovou podporu) následně vyžadují dokončení procedury v nemocnici. Nizozemská data v tomto ohledu potvrzují nutnost zvýšit dostupnost domácí hospicové péče.

Nicméně i v takovém ideálním stavu, kdy každý, kdo chce, může umírat doma, by zřejmě zájem o *ULZ* zcela nevymizel, neboť usmrcení způsobené lékařským zákrokem poskytuje pacientovi větší moc v nakládání s časem, který chce v závěru života ještě prožít. U nevléčitelných, pomalu progredujících nemocí nabízí *ULZ* pacientům možnost, jak ukončit život dříve, než dojdou do stavu, který jim připadá nežádoucí. Prostředky limitace péče tento problém řeší, nicméně pouze částečně. Opět by zde byla potřeba většího rozmyslu při zahajování některých léčebných úkonů, které sice mohou prodloužit život, nicméně nikoli nutně jeho kvalitu. Pacient by také měl být dostatečně informován o možnostech limitace péče, na které má nárok. Tím by otázka času a průběhu závěru života zůstala alespoň do určité míry v jeho rukách.

Jako třetí pilíř celkové situace – kromě místa a času – z analýzy nizozemských dat vyvstává osoba lékaře. Naprostá většina pacientů volí *ULZ* z rukou praktického lékaře. Na první pohled překvapivá volba nicméně dobře zapadá do celkového schématu role *ULZ* v nizozemském zdravotním systému. Chce-li pacient mít vliv na místo (jemu známé) a čas (jím zvolený), je logické, že i praktický lékař, se kterým se většina pacientů během svého života setkává nejčastěji, je finálním aktérem při ukončení života. Zatímco při umírání v nemocnici se často jedná o anonymního a neznámého člověka, pokud má pacient s praktickým lékařem zároveň bližší vztah, celá situace se stává osobnější a intimnější. Z toho samozřejmě vyvstává palčivá otázka role paliatrů v českém zdravotním systému, jejich počet a dostupnost, a v neposlední řadě přístup ostatních lékařských specializací k nim. V tomto ohledu jde jistě správným směrem rozšiřování obecné paliativní péče mezi lékaře všech profesí, a zejména praktické lékaře, kteří mohou s pacienty téma paliativní péče otevřít dříve, než se vlivem

zhoršující se nemoci dostanou do nemocnice. Zároveň se zde otevírá obecnější otázka vztahu mezi lékařem a pacientem, která je, zejména v době přetíženého zdravotnictví, velmi závažná. Má běžný lékař povědomí o paliativní péči a kompetence k tomu, aby toto téma s pacienty adekvátně komunikoval?

Místo, čas a osoba lékaře stojí v nizozemské praxi *ULZ* na dvou základních bioetických zásadách, autonomii a zmírňování utrpení. A právě na těchto zásadách nejpalčivěji vystupuje rozdíl mezi praxí *ULZ* a paliativní péče. Otázka autonomie je méně problematická: jak v paliativní péči, tak v *ULZ* se autonomie pacienta ve smyslu spolurozhodování o průběhu péče uznává; ani v případě paliativní péče, ani v případě *ULZ* není tato autonomie absolutní: lékař nemusí vždy vyhovět přání pacienta. Dělicí linie probíhá tedy spíše v otázce zdůvodnění *ULZ* pomocí nesnesitelného utrpení. Představená data ukazují důslednost nizozemské praxe v tomto ohledu: pokud jako hlavní kritérium stanovíme nesnesitelné utrpení, které nelze tlumit jinými prostředky, je logické, že se žádosti o eutanazii vyhová i u pacientů, kteří nejsou ještě v terminální fázi nemoci, případně jejich utrpení nemá pouze somatický základ. Nejvýrazněji důsledky tohoto kritéria vidíme u pacientů trpících psychiatrickým strádáním. Byť klinické zhodnocení utrpení takovýchto pacientů může být obtížnější než například u pacientů s primárně somatickým utrpením, nevidíme důvod snižovat jeho relevanci. Představa paliativní péče, která dokáže utlumit každé utrpení každého pacienta, je iluzorní, což samozřejmě neznamena, že by o cíl mírnit utrpení, nakolik je to možné, nemělo být usilováno. Pokud ale budou skupiny pacientů, u nichž utlumení utrpení možné není (například pacientka ze druhé kazuistiky), zájem o eutanazii jakožto jediný způsob jeho zmírnění, je pochopitelný.

Ve všech čtyřech oblastech se ukazuje, že paliativní péče a *ULZ* se ve své aplikaci překrývají pouze částečně. Zatímco u části pacientů (typicky u těch, kteří trpí nevléčitelnou somatickou nemocí v terminálním stadiu) lze tvrdit, že paliativní péče dokáže řešit situaci těchto pacientů stejně dobře či lépe než *ULZ*, u některých typů pacientů paliativní péče, tak jak se provozuje v České republice, dostatečnou pomoc nenabízí. To samozřejmě neznamena, že praxe *ULZ* by tím získávala rozhodující opodstatnění, nicméně vytyčuje to určité limity, ve kterých by se diskuse o smrti způsobené lékařským zákrokem měla odehrávat. Klíčová je zde otázka utrpení jako rozhodujícího kritéria. Zatímco v případě role místa, času a lékaře poskytuje nizozemská zkušenost podněty, které může tuzemská diskuse absorbovat do rozvoje dostupnosti paliativní péče, kritérium utrpení ukazuje, že argumentaci proti eutanazii a asistovanému sebeusmrcení je potřeba postavit na jiném základě. Nizozemská praxe eutanazie stojí na určitém pojetí lékařství, které klade zmírňování utrpení do popředí, a to i za pomoci prostředků, které vedou k usmrcení pacienta.²⁴ Tato bioetická zásada je předmětem dlouhodobé filozofické a bioetické reflexe, a ukazuje se například ve formulaci *Etického kodexu Nizozemské královské společnosti pro rozvoj lékařství*.²⁵ České odmítnutí eutanazie je jistě legitimní, nabízí se nicméně otázka, zda je taktéž založené na nějaké komplexní reflexi lékařství a cílů,

²⁴ VAN DEN BERG, J. *Medical power and medical ethics*. New York: W.W. Norton, 1978; a také CASSEL, E. J. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. 2. vydání. New York: Oxford University Press, 2004.

²⁵ Viz výše pozn. 17.

které má lékař při výkonu své práce sledovat.²⁶ Pokud klinická a bioetická diskuse o paliativní péči a eutanazii tento základ nemá, stává se snadným cílem kritiky, jak bylo již naznačeno v úvodu. Kromě čtyř výše zmíněných okruhů, kterými může nizozemská praxe eutanazie přispět české diskusi, je zde tedy ještě pátý bod, a sice nutnost lepší bioetické a filozofické formulace cílů lékařské péče obecně, což poté může vést k dostatečnému ospravedlnění postoje k eutanazii.

ZÁVĚR

V článku jsme představili nizozemskou praxi usmrcení způsobeného lékařským zákrokem na základě oficiálních dat z let 2002–2023 s důrazem na otázku, jak znalost této praxe může přispět české diskusi o péči v závěru života. Ze studovaných dat vyplývá, že praxe *ULZ* odpovídá na potřeby, ve kterých hraje roli kromě vážného nevyléčitelného onemocnění, také aspekt místa výkonu *ULZ*, možnosti zvolit si čas a známého lékaře. Jako hlavní opodstatnění praxe *ULZ* pak slouží kritérium nesnesitelného utrpení, díky kterému je možné *ULZ* provádět i u pacientů, kteří nejsou v terminálním stadiu nemoci, případně u pacientů trpících primárně psychogenním utrpením. Paliativní péče může potřeby pacientů žádajících *ULZ* do určité míry naplnit, neplatí nicméně, že by byla dostatečnou odpovědí pro všechny typy pacientů, kteří v Nizozemsku o *ULZ* žádají. Pro českou diskusi o paliativní péči vyvstávají z nizozemské zkušenosti podněty ve čtyřech oblastech: místo, čas, lékař a utrpení. Studium nizozemské praxe umožňuje zkvalitnit péči v těchto oblastech díky lepšímu pochopení potřeb pacientů. Zároveň se ukazuje, že v postoji proti eutanazii je problematické používání argumentu „dostupná paliativní péče vyřeší problém eutanazie“, neboť tyto oblasti se překrývají jen částečně. Pro českou diskusi o eutanazii – a zejména pro její odpůrce – by bylo tedy potřeba lépe formulovat teoretický a bioetický základ, na kterém má odmítnutí eutanazie a asistovaného sebeusmrcení stát.

²⁶ K tomu viz pokus o takovou reflexi v LINKA, V. Kdo je to dobrý lékař? Etický kodex České lékařské komory jako normativní text pro současnou bioetiku. *Časopis zdravotnického práva a Bioetiky*. 2024, roč. 14, č. 2, str. 73–90.

PŘÍLOHA: USMRCENÍ ZPŮSOBENÉ LÉKAŘSKÝM ZÁKROKEM V NIZOZEMSKU 2002–2023, DATA²⁷

	eutanazie	asistované sebeusmrcení	kombinace	celkem
2002				1882
2003	1623	148	41	1815
2004	1714	141	31	1886
2005	1765	143	25	1933
2006	1765	132	26	1923
2007	1923	167	30	2120
2008	2146	15	33	2331
2009	2443	156	37	2636
2010	2910	182	44	3695
2011	3446	196	53	3695
2012	3965	185	38	4188
2013	4501	286	42	4829
2014	5033	242	31	5306
2015	5277	208	31	5516
2016	5856	216	19	6091
2017	6306	250	29	6585
2018	5898	212	16	6126
2019	6092	245	24	6361
2020	6705	216	17	6938
2021	7459	189	18	7666
2022	8501	186	33	8720
2023	8860	190	18	9068

Tabulka 1.: Usmrcení způsobené lékařským zákrokem

²⁷ Data vyextrahovaná z <https://english.euthanasiecommissie.nl/> (navštíveno 29.7.2025). Je-li políčko prázdné, daný údaj v dokumentech chybí.

	onkologická onemocnění	neurologická onemocnění	kardiovaskulární onemocnění	plicní onemocnění	kombinace	geriatrické syndromy	psychiatrická onemocnění	demence	AIDS	jiné
2004	1647	63	24	34	41				4	73
2005	1713	85	23	29	56				1	26
2006	1656	105	55	58	6					45
2007	1768	105	40		79					128
2008	1893	117	62		114					145
2009	2153	131	54		130					168
2010	2548	75	158		118					237
2011	2797	205	114		185					394
2012	3251	257	156	152	172		14	42		142
2013	3588	294	223	174		251	42	97		160
2014	3888	317	247	184		257	41	81		291
2015	4000	311	233	207		183	56	109		417
2016	4137	411	315	214	465	244	60	141		104
2017	4236	374	275	226	782	293	81	169		147
2018	4013	382	213	189	738	205	67	146		155
2019	4100	408	251	187	846	172	68	162		167
2020	4480	458	286	209	856	235	88	170		156
2021	4684	501	349	237	1053	307	115	215		205
2022	5046	615	359	277	1429	379	115	288		212
2023	5105	605	393	340	1599	349	138	336		203

Tabulka 2.: Onemocnění uváděná jako hlavní zdroj utrpení

	do 30	30-40	40-50	50-60	60-70	70-80	80-90	90 a více
2016	16	44	152	631	1408	1831	1487	522
2017	22	51	183	635	1405	2002	1634	653
2018	25	43	181	574	1363	1986	1442	512
2019	15	45	163	587	1336	2083	1628	504
2020	23	49	178	608	1452	2320	1722	586
2021	26	51	134	635	1469	2659	2016	576
2022	28	58	179	699	1669	2873	2314	900
2023	40	65	156	682	1662	3129	2453	881

Tabulka 3.: Věk pacientů

	praktický lékař	geriatr	neatest. lékař	psychiatr	jiný specialista	ostatní
2004	1646				188	52
2005	1697				170	66
2006	1692				151	80
2007	1886		1		157	76
2008	2083		5		152	91
2009	2356	87	10		184	
2010	2819	115	9		193	
2011	3329	139	15		212	
2012	3777	186	21		171	53
2013	4281	193	13		213	129
2014	4678	191	25		175	237
2015	4730	216	45		180	345
2016	5167	216	43		179	486
2017	5636	382	68		247	252
2018	5194	294	64		293	281
2019	5290	269	61		361	380
2020	5715	243	70		254	656
2021	6148	265	109		253	891
2022	7013	316	125	35	264	967
2023	7249	365	124	62	327	941

Tabulka 4.: Lékař provádějící eutanazii nebo asistované sebeusmrcení

	doma	LDN	dům s peč. službou	hospic	nemocnice	jiné
2003	1477	47	41		207	43
2004	1530	65	62		177	52
2005	1585	73	44		159	72
2006	1528	73	44		159	72
2007	1686	82	89		147	116
2008	1851	87	111		145	137
2009	2117	77	111	124	170	37
2010	2499	109	127		182	219
2011	2975	111	172		189	243
2012	3335	139	206	250	194	64
2013	3800	160	268	295	240	66
2014	4309	184	239	326	171	77
2015	4409	224	239	354	191	99
2016	4904	233	300	367	199	88
2017	5308	287	286	436	172	96
2018	4919	233	239	491	169	75
2019	5098	231	273	480	178	101
2020	5676	305	214	475	136	132
2021	6224	398	276	511	134	123
2022	6639	512	317	667	157	128
2023	7151	584	313	688	211	121

Tabulka 5.: Místo výkonu

REFERENČNÍ SEZNAM

CASSEL, E. J. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. 2. vyd. New York: Oxford University Press, 2004. ISBN 0197707726.

CHOLBI M. – VARELIUS J. (eds.), *New directions in the ethics of assisted suicide and euthanasia*. Cham: Springer 2015. ISBN 3031253159.

COHEN – ALMAGOR, H. *Euthanasia in the Netherlands. The Policy and practice of mercy killing*. New York: Kluwer Academic 2005. ISBN 9781402022500.

ČERNÝ, D. *Eutanazie a dobrý život*. Praha: Filosofia, 2021. ISBN 9788070077054.

ČERNÝ, D. Psychiatrická eutanazie Výzva k širší diskusi. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2024, roč. 14, č. 2, str. 52–72. ISSN 1804-8137.

DEVOS, T. (ed.) *Euthanasia. Searching for a full story*. Cham: Springer 2021. ISBN 3030567958.

DOLEŽAL, A. *Eutanazie a rozhodnutí na konci života: právní aspekty*. Praha: Academia, 2017. ISBN 9788020026873.

GOOSSENSSEN, A. – SOMSEN, J. Volunteering in hospice and palliative care in the Netherlands. In SCOTT, R. – HOWLETT, S. (eds.). *The Changing Face of Volunteering in Hospice and Palliative Care*. Oxford: Oxford University Press, 2018. ISBN 9780198788270.

HAŠKOVCOVÁ, H. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. Galén, 2000. ISBN 9788072624713.

HAVE, H. ten a WELIE, J. V. M. *Death and medical power: an ethical analysis of Dutch euthanasia practice*. Maidenhead: Open University Press, 2005. ISBN 9780335217557.

HEWITT, J. Why Are People with Mental Illness Excluded from the Rational Suicide Debate. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2013, roč. 36, s. 358–365. ISSN 1873-6386.

HŘÍBEK, T. *Obrana asistované smrti: filozofické argumenty na podporu eutanazie a sebeusmrcení za pomoci lékaře*. Praha: Academia, 2021. ISBN 9788020031020.

KEOWN J. *Euthanasia, Ethics, and Public Policy*. 2. edition. Cambridge: Cambridge University Press, 2018. ISBN 9781107337909.

KUŘE, J. *Co je eutanazie: studie k pojmu dobré smrti*. Praha: Academia, 2018. ISBN 9788020027627.

LINKA, V. Kdo je to dobrý lékař? Etický kodex České lékařské komory jako normativní text pro současnou bioetiku. *Časopis zdravotnického práva a Bioetiky*. 2024, roč. 14, č. 2, str. 73–90. ISSN 1804-8137.

MACKELLAR et al. (eds.). *Euthanasia and Assisted Suicide. Lessons from Belgium*. Cambridge: Cambridge University Press, 2018. ISBN 9781107198869.

MUNZAROVÁ, M. *Eutanazie, nebo paliativní péče*. Praha: Grada, 2005. ISBN 8024710250.

PTÁČEK, R – BARTŮŇEK, P. *Eutanazie – pro a proti*. Praha: Mladá fronta, 2019. ISBN 9788020453396.

ROONEY, W. – SCHUKLENK, U. – VAN DE VATHORST, S. Are Concerns About Irremediableness, Vulnerability, or Competence Sufficient to Justify Excluding All Psychiatric Patients From Medical Aid in Dying? *Health Care Analysis*. 2018, roč. 26, s. 326–343. ISSN 1573-3394.

STEINBOCK, B. Physician-Assisted Death and Severe, Treatment-Resistant Depression. *The Hastings Center Report*. 2017, roč. 47, s. 30–42. ISSN 0093-0334.

THOMASMA, D. C. et al. (eds.). *Asking to die. Inside the Dutch debate about euthanasia*. New York: Kluwer Academic, 2002. ISBN 9780792351856.

VÁCHA, M. *Eutanázie: definice, historie, legislativa, etika*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 9788027111589.

VAN DEN BERG, J. *Medical power and medical ethics*. New York: W.W. Norton, 1978. ISBN 9780393064285.

YOUNGER, S. J. – Kimsma, G. K. (eds.). *Physician Assisted death in perspective. Assessing the Dutch experience*. Cambridge: Cambridge University Press 2012. ISBN 9781107007567.