

Vzpouira vlastních buněk, které se přestanou řídit „domovním řádem“ organismu a místo disciplinovaného výkonu svěřené funkce se dají do nádo-



rového bujení, potká každého třetího z nás a téměř čtvrtinu našinců i nakonec zahubí. Nepříjemný fakt, který v zájmu duševní rovnováhy vytěšňujeme ze svého každodenního uvažování, však kdesi in podvědomí doutná strachem. Nepříjemné je, že nám v této ruletě života poskakuje kulička bez toho, že bychom se o to nutně přičinili. Rizika onemocnění rakovinou se neuchráníme ani sebepečlivějším respektováním pravidel správné životosprávy a přecházením jenom na přechodu, ale faktem je, že je můžeme výrazně umenšit. Na garantovaný život bez nádoru neznáme recept, ale jistě víme, že bychom své buňky neměli zbytečně dráždit ku množení. V tom je smysl všech varování před kouřením, slunečním, stravou bez zeleniny, promiskuitou... a jistě si vzpomenete na mnohá další. Z toho, jak je bereme vážně, se dá soudit, že naše chování není tak racionální, jak si často namlouváme. Rakoviny se jistě bojí každý, ale třetina z nás to nebrání v tom,

aby se k ní nesnažila prokouřit. Bez ohledu na osvětlu, ekonomickou recesi a velikost morbidních nápisů na krabičkách.

Když se nádor objeví, je velmi důležité jej chytit za ruku včas. S nádorem odhaleným v časném stadiu si medicína poradí daleko lépe než s rozestým po celém organismu. Právě opožděné poznávání nemoci je asi naší největší slabinou a vede k tomu, že máme, i přes srovnatelné výsledky v léčení jednotlivých stadií nádorů, celkové výsledky horší než ti nejlepší. Stejně jako v celé medicíně je základem úspěchu na nemoc pomyslet a vzniklé podezření co nejrychleji potvrdit nebo vyvrátit. Nádorům z čela pomyslné hitparády, kterými jsou karcinom prsu, kolorektální karcinom a karcinom děložního hrdla, se věnují příslušné screeningové programy a nikdo nepochybuje o tom, že je v nich stále co zlepšovat. Vlastní léčebný arzenál onkologie se stále rozšiřuje, přibývají nové, velmi specifické léky a zlepšují se výsledky. Také jim vděčí moderní medicína za to, že epiteton „vítězná“ přestává být „ornans“ a stává se „konstans“.

Kdo něco dělá často, dělá to dobře a v moderní onkologii to platí měrou vrchovatou. Probíhající koncentrace onkologické péče nemá alternativu a její potřebnou míru napoví jen letný pohled přes naše západní hranice. Soustředění lidí, přístrojů a prostředků pod omezený počet střež je cestou, jak přetavit vložené peníze do kvalitní péče. Čas, který paci-

## Zvyšuje se kvalita onkologické péče v České republice?



Jiří Vorlíček



Ladislav Dušek

## volné fórum



David Feltl

Kateřina Kubáčková



Boris Šťastný



Jan Starý



Martina Špinková

enti procestují za léčením, se jim bohatě vrátí v nastavených letech života.

*Příjemné čtení přeje  
Pavel Vepřek*

## úhel pohledu >

**prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.,  
předseda, Česká onkologická společnost  
ČLS JEP**

### Česká onkologická společnost garantuje kvalitu onkologické péče

V současné době jsou zhoubné novotvary na druhém místě příčin úmrtí obyvatel České republiky, ročně na ně zemře 27 000 osob, což představuje 23 % celkové úmrtnosti. ČR zaujímá přední místo v incidenci nádorů v Evropě, u mužů dominují nádory plic, v incidenci kolorektálního karcinomu a nádorů ledvin jsme na prvním místě, u žen jsou nejčastějšími malignitami nádory prsu.

Ve snaze zajistit hierarchii péče a reagovat na zhoršenou demografickou situaci Výbor České onkologické společnosti deklaroval podmínky zařazení pracovišť do vznikající páteřní sítě a stanovil kritéria pro pracoviště nejvyššího stupně, která nazval Komplexní onkologická centra (KOC). Jednotlivá pracoviště se mohla přihlásit do této skupiny při splnění doporučených ukazatelů. Ty vycházely z deklarace zajištění nepřetržité onkologické péče po dobu 24 hodin, zajištění interdisciplinární spolupráce a adekvátního přístrojového a personálního vybavení.

25. 1. 2006 představila Česká onkologická společnost ČLS JEP síť 18 pracovišť, u kterých pacientům garantuje zajištění komplexní péče v oblasti diagnostiky a léčby nádorových onemocnění.

Tento koncept adoptovalo Ministerstvo zdravotnictví ČR. Byla vybrána pracoviště, kterým

**ČOS očekává od pacientů větší  
vůli cestovat za kvalitní péčí,  
což povede opět k dalšímu  
zvýšení efektivity péče a její  
ekonomizaci.**

byl přidělen statut Komplexního onkologického centra a Hematoonkologického centra. Po auditech MZ ČR, ČOS, SROBF a plátců zdravotní péče v roce 2008 byl statut Komplexního onkologického centra vyhláškou MZ ČR přiznán 13 pracovištím (nový stav v roce 2009). Síť Komplexních onkologických cen-

ter je nadále otevřená a o tento statut se v následujících letech mohou ucházet další pracoviště. Komplexní onkologická centra spoluvytvářejí síť onkologických služeb v regionech ve spolupráci s dalšími odděleními nebo ambulancemi zúčastněnými na onkologické péči. Ministerstvo současně stanovilo postup, kterým bude postupovat, nebude-li centrum splňovat požadavky Komplexního onkologického



*Jiří Vorlíček*

centra v oblasti personální, materiálně technické a organizační. V tomto případě, bude-li se jednat o závažné nedostatky, pozastaví zdravotnickému zařízení statut centra a tuto skutečnost sdělí ve Věstníku.

Onkologickou péči chápe MZ jako dvoustupňovou, kdy základní stupeň je realizován na onkologických pracovištích, vysoce specializovaná péče pak v Komplexním onkologickém centru. Každý lékař či pracoviště jsou povinni zajistit zdravotní péči na příslušném stupni. Touto péčí se rozumí poskytnutí systémové léčby, péče chirurgické, diagnostické, radiační, dispenzarizace a rehabilitace.

Česká onkologická společnost chápe nejednotnost a rozpolcenost v zájmech pacientů. Není občana, který by neměl zájem o nejlepší dostupnou péči, není občana, který by tuto péči nechtěl čerpat ve svém zdravotnickém zařízení, vzdáleném pokud možno pouze několik minut cesty od bydliště. Úkolem České onkologické společnosti je v dialogu s občany a nemocnými vysvětlit, že kvalitní onkologickou péčí lze čerpat ve všech onkologických zařízeních, ovšem rozhodnutí o strategii léčby a poskytování specializované péče je možné pouze v KOC. V praxi se ČOS snaží, aby každý nemocný po stanovení diagnózy či změně stavu prošel týmovým rozhodnutím v KOC, které stanoví strategii léčby. Všechna KOC mají oprávnění

podávat nákladnou, obvykle biologickou léčbu. Jsou odpovědná nejenom za její indikaci, podání, ale u vybraných preparátů i za vedení registrů nákladné léčby, kam zadávají případy jednotlivých nemocných. Ty pak slouží k monitorování indikačních pravidel a k plánování finančních prostředků. KOC zajišťují tuto léčbu i pro nemocné mimo vlastní centrum na základě dvoustranných smluv se zdravotnickými zařízeními.

V centralizaci onkologické péče vidí ČOS cestu, jak zkvalitnit péči a ekonomizovat celý systém poskytování onkologické péče. Česká republika je malým regionem s malým počtem obyvatel. Počet třinácti dnes ustanovených komplexních onkologických center stále ještě přesahuje demografickou a geografickou potřebu tohoto regionu. ČOS očekává od pacientů větší vůli cestovat za kvalitní péčí, což povede opět k dalšímu zvýšení efektivity péče a její ekonomizaci.

---

**doc. RNDr. Ladislav Dušek, Ph.D.**  
ředitel, Institut biostatistiky a analýz Lékařské a Přírodovědecké fakulty MU v Brně

## „Správná léčba správnému pacientovi“ v moderní onkologii

Neustále narůstající počet nádorových onemocnění představuje závažný problém současnosti. Onkologická zátěž se týká všech vyspělých zemí, má závažné sociální důsledky a zatěžuje zdravotnický systém. Česká republika není výjimkou. Ročně je v naší zemi nově diagnostikováno více než 67 000 nádorových onemocnění a v souvislosti s nádorem ročně umírá

téměř 28 000 osob. Počet žijících spoluobčanů, kteří buď mají, nebo v minulosti měli zhoubný nádor, přesáhl v roce 2005 hodnotu 380 000. Tyto údaje jasně ukazují na závažnost situace. Podrobnější data o epidemiologii nádorů v ČR lze nalézt na portálu [www.svod.cz](http://www.svod.cz).

I přes rostoucí počty nemocných se však v ČR daří stále více pacientů úspěšně léčit. Napomáhá tomu vysoká organizovanost protinádorové péče, funkční síť tzv. Komplexních onkologických center a samozřejmě také zdokonalující se možnosti diagnostiky



*Ladislav Dušek*

a léčby, nicméně absolutně nejlepší strategií boje proti nádorovým onemocněním je jim předcházet. Anebo, pokud již onemocnění propukne, zachytit je v co nejméně pokročilém klinickém stadiu, kdy je drtivá většina diagnóz úspěšně léčitelná. Zásadní vliv v této oblasti mají národní programy screeningu karcinomu prsu, kolorektálního karcinomu a karcinomu děložního hrdla (Tabulka 1).

Pro pacienty, u nichž bylo diagnostikováno onkologické onemocnění v pokročilém stadiu, je v současnosti novou nadějí tzv. specifická biologická léčba, tedy léčba monoklonálními protilátkami nebo

**Tabulka 1.** Národní programy screeningu zhoubných nádorů v ČR – stav v roce 2009

Preventivní program	Cílová populace	Screeningová metoda
Program screeningu karcinomu prsu	ženy ve věku od 45 do 69 let	mamografické vyšetření jednou za dva roky
Program screeningu kolorektálního karcinomu	muži a ženy ve věku od 50 let	50–54 let věku – test na okultní krvácení jednou ročně
		Od 55 let věku – test na okultní krvácení jednou za dva roky NEBO primární screeningová kolonoskopie jednou za 10 let
Program screeningu karcinomu děložního hrdla	ženy ve věku od 15 let	cytologické vyšetření stěru z děložního hrdla jednou ročně

inhibitory enzymu tyrozinkinázy, které jsou schopné cíleně atakovat nádorové buňky a zastavit jejich růst nebo je případně ničit. Česká republika je státem, kde je tato nákladná terapie pro pacienty dostupná a její aplikace je nadto vysoce odborně kontrolována v Komplexních onkologických centrech. Jen tato centra mohou tuto léčbu podávat. Centralizací péče je zajištěna vysoká kvalita léčby a také její průběžný monitoring. Uvolnění prostředků na nákladnou terapii a její kontrolované užití jsou výsledkem dohody a spolupráce České onkologické společnosti ČLS JEP (ČOS) a všech zdravotních pojišťoven ČR.

Použití biologické léčby vede v současné době k významnému prodloužení života pacientů a v jistých pří-

**... absolutně nejlepší strategií boje proti nádorovým onemocněním je jim předcházet**

paděch i k vyléčení onkologického onemocnění. Léčba je to však nová a většinou se podává u metastatického onemocnění, kde je obecně šance na úplné vyléčení malá. Avšak klinický výzkum jde kupředu a výsledky studií umožňují postupné nasazování této léčby i do raných stadií onemocnění, kde je léčba kurativní (dokáže vyléčit). Podstatné pro většinu preparátů specifické léčby je, že fungují maximálně jen tam, kde jsou cílové struktury, proti kterým jsou namířeny. Například specifické receptory, na které se monoklonální protilátky navazují na povrchu buňky, inhibitory tyrozinkinázy potom na vnitřní části receptoru. Ne všechna zhubná nádorová onemocnění jsou však nositeli těchto specifických receptorů, což je hlavním kamenem úrazu. Mnozí pacienti se totiž domnívají, že tato léčba je vhodná a nutná i pro ně, a vyžadují ji. Na druhé straně je celá řada pacientů, kteří o této možnosti specifické léčby nevědí a nemusí jim ani být nabídnuta. Je vhodné, a onkologická společnost o to usiluje, aby všichni pacienti, kteří mají onemocnění s možností specifické léčby, prošli Komplexním onkologickým centrem a byli na tuto léčbu testováni. Seznam Komplexních onkologických center je k dispozici ([www.linkos.cz](http://www.linkos.cz) nebo [www.onconet.cz](http://www.onconet.cz)) a pacienti sami by měli vyžadovat konziliární službu v nejbližším takovém centru. Pokud jejich onemocnění bude vhodné pro specifickou léčbu, pak ji mohou dostávat jen v takovém centru, ale pokud jejich onemocnění vyžaduje jiný přístup, bude jim nabídnut a může být aplikován v místě bydliště.

Strategie České onkologické společnosti ČLS JEP (ČOS) při sledování nákladné protinádorové

péče odpovídá ústřednímu heslu Národního onkologického programu ČR: „Správná léčba správnému pacientovi“. ČOS buduje vlastní informační systém, který nabízí k využití dalším subjektům, především plátcům zdravotní péče.

Česká onkologická společnost má rovněž vypracované univerzální návrhy indikátorů kvality onkologické péče, jejich uplatnění v praxi ale předpokládá plošnou implementaci parametrického elektronického chorobopisu pacienta. Vzhledem k tomu, že parametrizace záznamů pacienta není dosud plošně k dispozici, není v ČR objektivní a rutinní hodnocení kvality onkologické péče možné. ČOS se v této situaci staví proti přímému srovnávání zdravotnických zařízení mezi sebou.

U vybraných parametrů je nicméně možné provést srovnání dat dané nemocnice proti populačním hodnotám nebo provést analýzu vlastních výsledků v čase. Takové analýzy je v ČR možné provádět například u přežití onkologických pacientů, jak ukazují analýzy v Tabulce 2.

Z analýzy vyplývá, že přežití dosahované především u méně pokročilých klinických stadií je vysoké a srovnatelné s výsledky vyspělých zemí světa. Nadto je evidentní, že výsledky péče se v čase významně zlepšují. Šance na dlouhodobější přežití je ale snížena u klinického stadia IV. Problémem české onkologie je bohužel stále velmi vysoká incidence primárně diagnostikovaných metastatických onemocnění, která snižuje celkové výsledky přežití. Karcinom tlustého střeva a konečníku je v tomto ohledu typickým příkladem, každoročně je více než polovina nově hlášených onemocnění zachycena až v pokročilém stavu stadia III nebo IV.

### **Závěrem je možné konstatovat:**

1. Moderní specifická biologická léčba je v České republice dostupná a její podávání je kontrolováno tak, aby byl pro léčené pacienty zaručen maximální možný prospěch.
2. Česká onkologická společnost přistupuje ke sledování nákladné terapie odpovědně. Probíhající léčba je monitorována a průběžně vyhodnocována v klinických databázích.
3. Dosud získaná data o průběhu a výsledcích léčby výše uvedenými preparáty v ČR dokládají odpovědné podávání nákladné léčby v Komplexních onkologických centrech. Průběžná data prokazují v dosud hodnocených indikacích pozitivní výsledky.
4. Česká onkologická společnost pravidelně hodnotí populační přežití onkologických pacientů. Tyto analýzy ukazují na zlepšující se výsledky

léčby v ČR. Problémem je relativně častý pozdní záchyt onemocnění, kde je šance na dlouhodobé přežití snížena.

- Nadále tedy platí, že nejlepší strategií boje proti nádorovým onemocněním je vlastnímu onemocnění předcházet. To může ovlivnit každý

jednotlivý občan svým životním stylem. Velký význam v záchytu méně pokročilých a dobře léčitelných stadií onemocnění mají národní screeningové programy zaměřené na karcinomy prsu, kolorekta a děložního hrdla.

**Tabulka 2. Referenční hodnoty pětiletého relativního přežití onkologických pacientů v ČR<sup>1</sup>**

Diagnóza / klinické stadium (KS)		Sleté přežití léčených pacientů v různém období (95% intervaly spolehlivosti)			
		Srovnání dvou starších období <sup>2</sup>		Srovnání dvou recentních období s dostupnými daty <sup>3</sup>	
		1990–1994	1995–1999	2000–2002	2003–2005
<b>Karcinom prsu</b>					
	KS I	92,0 (88,4-95,1)	96,6 (94,1-98,6)	96,5 (93,7-98,7)	98,6 (96,5-100,4)
	KS II	80,6 (78,0-83,0)	84,5 (82,3-86,7)	85,4 (82,8-87,8)	87,0 (84,6-89,3)
	KS III	53,8 (49,9-57,7)	57,4 (52,8-61,8)	59,3 (53,8-64,6)	64,6 (59,0-69,9)
	KS IV	21,1 (16,6-26,1)	22,8 (18,1-27,8)	24,3 (18,8-30,4)	27,7 (21,8-34,1)
	Všechna KS	70,1 (68,3-72,0)	77,6 (76,0-79,2)	79,6 (77,8-81,4)	83,5 (81,8-85,1)
<b>Karcinom kolorekta</b>					
	KS I	66,1 (63,1-69,0)	78,1 (74,8-81,2)	81,2 (77,4-84,7)	86,0 (82,4-89,3)
	KS II	49,8 (45,5-54,0)	64,5 (61,5-67,4)	67,2 (63,8-70,5)	71,0 (67,8-74,0)
	KS III	41,6 (37,2-46,0)	42,1 (38,5-45,8)	45,7 (41,5-49,9)	50,0 (46,1-53,9)
	KS IV	11,8 (9,1-15,0)	10,9 (8,7-13,5)	11,7 (9,1-14,6)	12,5 (10,1-15,2)
	Všechna KS	49,0 (47,0-51,0)	53,3 (51,5-55,0)	54,8 (52,8-56,7)	57,0 (55,1-58,8)

<sup>1</sup> Doloženo na příkladu dvou diagnóz nejčastějších zhoubných nádorů. Hodnocení přežití u léčených onkologických pacientů s verifikovanou diagnózou ZN.

<sup>2</sup> Kohortní analýza pacientů diagnostikovaných v daném časovém období.

<sup>3</sup> Analýza period zahrnující do výpočtu informaci o přežití pacientů diagnostikovaných v recentním období.

## volné fórum

**V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:**

- Na vzniku onkologických onemocnění se podílí i životní styl. Jaké tři rady byste dal/a lidstvu, aby bylo zdravější, a jak moc se jich držíte Vy sám/sama?
- Co by se podle Vás u nás dalo udělat pro další zkvalitnění péče o onkologicky nemocné?
- Paliativní péče je u nás zatím stále popelkou. Jak moc je potřeba její dostupnost zvýšit a co by tomu napomohlo?

**odpovědi Davida Feltla:**

1. Sportovat, nekouřit a být optimista. Mně osobně se zatím všechno daří, i když optimismu s blížícími parlamentními volbami kvapem ubývá...

2. Především opravdová centralizace onkologické péče, nikoli jenom formální slučování několika zařízení se zachováním identické zdravotní péče (Pra-

ha, Brno). Dále kompletní revize úhrady onkologické léčby s maximální podporou prevence, screeningu a kurativní léčby (chirurgie, radioterapie, adjuvantní chemoterapie) a platbou za léčebnou epizodu spíše než za konkrétní výkon. Pochopit, že synonymem pokroku v onkologii nejsou zdaleka jenom nové léky, ale především nové metody chirurgické léčby či

moderní techniky radioterapie. A konečně zavedení celostátních indikátorů kvality a pravidelné zveřejňování jejich výsledků.

3. Dostupnost paliativní péče má do ideálu daleko. Jednak je potřeba navýšit počet lůžek následné péče (o čemž se mluví již přes deset let) a jednak je nezbytné se zamyslet nad způsobem úhrady domácí hospicové

péče, která má podle mého názoru nejbližší ideálu kvalitní paliace.



*MUDr. David Feltl, Ph.D.,  
přednosta, Onkologická klinika  
FN Ostrava*

*odpovědi Kateřiny Kubáčkové:*

1. Mít úctu sám k sobě, ke své tělesné schránce – být si vědom své pomíjivosti – vážit si života na této planetě. Je třeba chápat zdraví jako náš největší kapitál. Snažím se k těmto myšlenkám přibližovat, i když ve své lidské nedokonalosti leckdy poznávám, že se jedná o úkol nelehký.

2. Soustředění péče do center, která jsou schopna poskytnout komplexní onkologickou léčbu. Větší informovanost nemocných o možnostech onkologické léčby a prevence nádorových onemocnění. Zvýšení individuálního podílu na péči o zdraví.

3. Poskytování kvalitní paliativní péče je nedílnou součástí kvalitní komplexní onkologické léčby. V 21. století by měly být v civilizované společnosti vytvořeny důstojné podmínky pro narození i pro odchod z tohoto života.

Nádorová onemocnění jsou velmi častými průvodními jevy našeho bytí a smrt nedílnou součástí každého života. Je třeba



*MUDr. Kateřina Kubáčková,  
onkoložka, zástupkyně ČR  
v COMP EMEA*

o těchto skutečnostech otevřeně diskutovat a hledat možnosti jejich sdílení a přijetí nejen v rodině, ale i v široké občanské společnosti.



*prof. MUDr. Jan Starý, DrSc.,  
přednosta, Klinika dětské  
hematologie a onkologie II. LF  
UK a FNM*

*odpovědi Jana Starého:*

1. Ztížil bych mladistvým přístup ke kouření a alkoholu. Závislosti mají svůj počátek v mládí.

Sám jsem přestal kouřit až při zdravotních obtížích, a tak vím, že není snadné tuto závislost překonat.

2. Jako dětský onkolog pocituji negativně důsledky evropské direktivy z roku 2004, která nerozlišuje mezi komerčními a akademickými studii léčby onkologických nemocných. Nárůst administrativy a finančních nákladů velmi zpomalil klinický akademický výzkum v Evropě. Pokrok v léčbě tak vzácných onemocnění, jako jsou dětské nádory, vždy závisel na mezinárodní spolupráci, která je v současné době ztížena.

3. Paliativní péče v pediatrii je odlišná od problematiky dospělých. Umírající dítě potřebuje odlišný přístup v závislosti na věku, velmi důležitá je spolupráce rodiny nemocného dítěte. Paliativní péče se vyvíjela v subspecializaci v rámci pediatrie.



*MUDr. Boris Šťastný  
poslanec, místopředseda Výboru  
pro zdravotnictví PS PČR*

*odpovědi Borise Šťastného:*

1. Bylo by ode mne pošetilé, kdybych opakoval notoricky zná-

mé rady, které v této souvislosti všichni znají a které jsou veřejně stále připomínané. Sám se snažím dodržovat zdravý životní styl tak, jak si myslím, že je to nejlépe možné.

2. Jsem přesvědčen, že centralizace do vysoce specializovaných center byla tím nejlepším krokem, který jsme mohli učinit, a že v tomto trendu je třeba pokračovat.

3. Mám za to, že je třeba razantně změnit přístup k následné nemocniční péči, hospicové péči a domácí péči. Zejména v oblasti hospicové péče má náš stát velké rezervy, mělo by dojít k jasnému vytvoření nového systému a také formy financování státem.



*ak. mal. Martina Špinková,  
ředitelka, hospicové sdružení  
Cesta domů*

*odpovědi Marty Špinkové:*

1. Nejsem věru asi ta správná osoba, která by měla a mohla radit lidstvu... navíc asi nemám dostatek informací o tom, co škodí a co prospívá, přirozeně kromě kouření, kde je to nepochybně jednoznačné. Inu, tak to pojmu trochu obecněji: určitě by

se nemělo kouřit, a nejen kvůli zdraví svému, ale i kvůli tomu, abychom k sobě byli ohleduplní. Pak si myslím, že jsme nestřídmí: možná až tak nevdají, co jíme, ale kolik toho jíme. Pokud bychom jedli méně a střídmě a občas se postili úplně, určitě pak sníme i méně něčeho, co je škodlivé... Nu a teď už mám jen jednu radu – řekla bych, že bychom mohli být spokojenější, vyrovnaní. Nemít přílišné ambice, nevyrábět si problémy a stresy, být vděční a normální, k tomu se procházet v lese a tak podobně normálně žít.

A jestli dělám to, co tu povídám? Nekouřím, jíst bych mohla střídměji, snad jsem i spokojená. Do lesa bych měla chodit o hodně víc. Zároveň se učím vědět, že tím, čemu se dnes říká životní styl, nemohu některé věci, ani nemoc, ovlivnit, a snažím se, dokud tu jsem a nemoc nemám, žít život pokud možno dobře a nemocí se nebát.

2. Tak tady bych se mohla rozpovídat, ale pokud zůstanu stručná, tak z mého pohledu je to jednoznačné: mluvit s nimi, přivzvat je hned od začátku k rozhodování o tom, jak s nemocí naloží, jak se chtějí léčit. Nemocní lidé často nemají základní informace o své nemoci, lékaři na ně nemají čas nebo se sami bojí o této nemoci bavit, bojí se, že za rohem už číhá smrt, a zavírají před ní oči. Myslím si, že by se při použití stejných léčebných metod možná dosáhlo i lepších výsledků, kdyby pacient mohl spolupracovat se svým lékařem, který by jej bral jako partnera, říkal mu pravdu a pomáhal hledat pro něj nejlepší cestu. Oběma stranám by to nepochybně dodalo důstojnosti a pomohlo

najít dost sil na zvládnání úskalí a těžkostí – až do konce.

3. Ano, je popelkou, a těch důvodů, proč je stále na okraji, je několik. Jedním z těch základních je podle mého názoru ten, že konec života bychom nejraději většinou trávili doma nebo v podobném vstřícném prostředí, ale podmínky pro to moc nejsou: domácí paliativní péče není hrazena ze zdravotního pojištění, a nemohou tedy vznikat zařízení, která by ji poskytovala. Druhý důležitý důvod je ten, že si netroufáme, bojíme se, že jsme to už zapomněli, postarat se o sebe navzájem, když náš život končí. Na piedestalu máme postavené zdraví a všelijak pojatou čípernost, ale pokud se toto pokazí, máme pocit, že je všechno špatně. Skutečnost, že by nám péče o křehkého člověka, kterého máme rádi, mohla přinést něco dobrého, nechceme moc pochopit. Myslím si tedy, že rozšíření kvalitní péče o umírající by kromě dalšího pomohla ochota pojišťoven tuto péči hradit v prostředí, které odpovídá tomu, co si lidé přejí, a které je každému nejdostupnější – doma. Dále by pomohlo trpělivé odstraňování strachu ze smrti a umírání; jak na straně lékařů, tak na straně široké veřejnosti. Nemluvív tu o žádných chimérách: stovky rodin, které se v Praze ve spolupráci s Cestou domů dokázaly něžně a vzorně postarat o své blízké, nebyly ochromeny strachem a byly za tuto možnost vděčný, jsou mi posilou v přesvědčení, že to půjde, že může být líp, že to ještě umíme. Na tahu jsou podle mne ti, kteří mohou nastavit podmínky. Že se jich postupně lidé chytí, o tom nepochybují.