
Euthanasie a paliativní péče

Euthanasie a paliativní péče



Dobrý večer na okruhu Českého rozhlasu 6. Vítám vás při poslechu Studia STOP. Slýcháte ho každý všední den od dvaadvaceti hodin a deseti minut. Dnes ho pro vás připravila Terezie Jirásková. Dnešní vydání Studia STOP se bude zabývat tím, jak se v Čechách umírá. Budeme zjišťovat, v jaké míře je u nás využívána paliativní péče. V neposlední řadě nás bude zajímat, zda by bylo v Čechách vhodné povolit euthanasii. V souvislosti s umíráním se stále častěji hovoří o paliativní péči. Tématem zůstává i případná legalizace euthanasie. Při těchto diskusích vysvítá na povrch, že lidé zaměňují pojmy a často při dotazech, zda jsou pro euthanasii či nikoli, odpovídají na jakousi vlastní představu o tom, co to je euthanasie. A paliativní péče? O jejím využití mnozí z nás nevědí také dost. Začneme tedy vyjasněním pojmů. Paliativní péčí se rozumí komplexní aktivní a na kvalitu života orientovaná péče poskytovaná člověku, který trpí nevyлéčitelnou nemocí v pokročilém nebo terminálním stádiu. Paliativní péče se zabývá utrpením, potřebami a kvalitou života a důstojností na konci života. Je nabízena umírajícím a jejich blízkým tam, kde prostředky běžných léčebných postupů, ale také síly a schopnosti nejbližšího okolí velice často selhávají. Euthanasie, slovo pochází z řečtiny a znamená dobrou smrt. Přeneseně se používá pro vědomý lékařský zákrok, jehož cílem je ukončení života pacienta. Možné rozlišení je toto: dobrovolná euthanasie - zákrok vedoucí k usmrcení pacienta, je konán na jeho výslovné přání většinou z důvodů nesnesitelného utrpení pacienta, které nechce více a dále snášet. Nedobrovolná euthanasie - pacient není schopen vyjádřit své přání ohledně euthanasie nebo jeho přání nebylo zjištěno. Případně je toto učiněno proti pacientově vůli. Aktivní euthanasie - záměrné ukončení života pacienta lékařským zákrokem, nejčastěji smrtící injekcí s letální dávkou medikamentů. Pasivní euthanasie - uspišení smrti pacienta změnou některých z forem lékařské podpory a ponechání pacienta přirozenému průběhu nemoci a umírání, zamezení přívodu léků či živin nebo případně odstranění respirátoru. Také může jít o urychlení příchodu smrti následkem rozvoje nežádoucích účinků léků, které lékař pacientovi podal ke zmírnění bolesti či jiných symptomů, například vysoké dávky morfinu nutné ke kontrole bolesti, utlumuje dýchací centrum a podobně. A poslední lékařem asistovaná sebevražda. Lékař poskytne pacientovi informace a prostředky nutné k sebevraždě například předepsáním smrtelné dávky léků, dodání přívodu oxidu uhelnatého, a tak dále. Takže pacient může snadno ukončit svůj život. Tolik tedy definice, kterou můžete spatřit na stránkách www.umirani.cz, kterou provozuje občanské sdružení Cesta domů. 22. května se v sídle úřadu Středočeského kraje konala konference s názvem Euthanasie nebo paliativní péče versus práva nevyлéčitelně nemocných. Jako reakce na pořádání této konference se opět dostal na přetřes návrh na případné povolení euthanasie v České republice. Do studia jsem pozvala nejen odborníky, kteří na konferenci se svými příspěvky vystoupili, ale i poslance Borise Šťastného, který chce do zákona dostat právě legalizaci euthanasie. Ve studiu nyní vítám Terezu Dvořákovou, lékařku a předsedkyni občanského sdružení Tři, poslance a místopředsedu výboru pro zdravotnictví Borise Šťastného, geriatra a gerontologa Zdeňka Kalvacha, vedoucího jednoho z interních oddělení III. interní kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a po telefonu je s námi lékařský etik z 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a ředitel Domu léčby bolesti s hospicem v Rajhradě Jiří Prokop. Dobrý večer. Všechny vás vítám ve studiu.

Tereza DVOŘÁKOVÁ, lékařka, předsedkyně občanského sdružení Tři

Dobrý večer.

Boris ŠŤASTNÝ, poslanec, místopředseda výboru pro zdravotnictví

Dobrý večer.

Zdeněk KALVACH, geriatr, gerontolog, vedoucí jednoho z interních oddělení III. interní kliniky 1. lékařské fakulty UK

Dobrý večer.

Jiří PROKOP, lékařský etik z 3. lékařské fakulty UK, ředitel Domu léčby bolesti s hospicem Rajhradě

Dobrý večer.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Na otázku, která byla respondentům položena ve výzkumné zprávě umírání a paliativní péče v České republice, která byla taktéž pořízena občanským sdružení Cesta domů, se ptali respondentů, jak by chtěli umírat lidé. V osmdesáti procentech tito zmiňovaní respondenti odpověděli, že doma bezbolestně, případně za pomoci mobilní hospicové péče v objetí blízkých a nikoli v nemocnicích, léčebnách dlouhodobě nemocných či domovech důchodců. Kolik lidí opravdu umírá tímto způsobem, je to stále ono jedno procento, jež uvádí ten zmiňovaný výzkum? Já poprosím pani doktorku Terezu Dvořákovou nejprve.

Tereza DVOŘÁKOVÁ, lékařka, předsedkyně občanského sdružení Tři

Dobrý večer. Já se domnívám, že ta čísla se v zásadě příliš nezměnila, protože kapacitně hospiců mnoho, mnoho není a těch domácích, terénních hospiců jakbysmet. Takže je to kolem toho jednoho procenta, kolem tří tisíc, pardon, tři tisíce lidí.

nejmenovaná osoba

Ale to jsou lidé, kteří umírají doma vlastně v paliativním režimu.

Tereza DVOŘÁKOVÁ, lékařka, předsedkyně občanského sdružení Tři

Ano.

nejmenovaná osoba

Ale jinak těch lidí, kteří umírají doma, je asi pětadvacet procent. Čtvrtina lidí zemře doma. Jsou to zčásti náhlá úmrtí, zčásti úmrtí dlouhodobá nebo umírání dlouhodobé, ale bez toho paliativního zajištění.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Pan poslanec Šťastný. Jaké jsou vaše informace o těch číslech? A jak jste s nimi spokojen, případně, jestli vás překvapují?

Boris ŠTĀSTNÝ, poslanec, místopředseda výboru pro zdravotnictví

Tak mě nepřekvapují. Já spíš bych se měl zabývat tím, jestli počet hospiců v České republice je dostatečný, nebo není. Já tuším, že máme okolo deseti až dvanáct, je to správné číslo. Některé jsou ve výstavbě. A to je věc, která by nás politiky měla zajímat a měli bychom se zamýšlet, zda v této věci se neposunout ještě kousek dopředu, protože ten nedostatek lůžek je opravdu markantní.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Názor doktora Jiřího Prokopa, který je s námi po telefonní lince?

Jiří PROKOP, lékařský etik z 3. lékařské fakulty UK, ředitel Domu léčby bolesti s hospicem Rajhradě

Já si myslím, že, ostatně tak, jak říkal pan poslanec Šťastný. To množství hospiců je přesně tak, jak říkal. Ale já bych to dál rozšířil, že ta péče o umírající se neposkytuje jenom v hospicích, ale i v různých ústavech PLDM, v nemocnicích, na geriatrických odděleních, na interních odděleních. A jde spíš o to, abychom se zamýšleli, jak systematicky zvýšit kvalitu péče i v těchto zařízeních, než jen hledat možnosti a prostředky, jak zvyšovat třeba prostředí v hospicové péči.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Stejná otázka pro vás do Brna, pokud tedy jste v Brně, jak jsme se domluvili.

Jiří PROKOP, lékařský etik z 3. lékařské fakulty UK, ředitel Domu léčby bolesti s hospicem Rajhradě

Ano.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Vnímáte stále ještě takovou tabulizaci ve společnosti, která se týká umírání?

Jiří PROKOP, lékařský etik z 3. lékařské fakulty UK, ředitel Domu léčby bolesti s hospicem Rajhradě

Určitě, určitě. Myslím si, že by to bylo spíš na takovou obecnou, velice laickou diskusi, která by zasahovala do všech kruhů společenství.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Stejná otázka pro Terezu Dvořákovou.

Tereza DVOŘÁKOVÁ, lékařka, předsedkyně občanského sdružení Tři

Myslím si, že je potřeba o posledních věcech člověka ve společnosti začít mluvit.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

A proč se o nich hovoří tak málo? Pan poslanec Šťastný.

Boris ŠTĀSTNÝ, poslanec, místopředseda výboru pro zdravotnictví

Těžko říct. Faktem ale je, že když jsem poprvé před několika týdny řekl vůbec mezi svými kolegy slovo euthanasie, tak nebo dokonce možnost legalizace euthanasie nebo vůbec debaty o euthanasii, tak oni se na mě začali dívat někteří z nich skutečně téměř zděšeně a je to velké tabu nejenom, nejenom mezi politiky, ale já bych řekl v celé společnosti.
Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Doktor Zdeněk Kalvach. Proč je téma umírání takové zapovězené téma?
Zdeněk KALVACH, geriatr, gerontolog, vedoucí jednoho z interních oddělení III. interní kliniky 1. lékařské fakulty UK

No, tak určitě je to téma velmi nepříjemné, o kterém se mnoha lidem velmi špatně přemýšlí, velmi špatně se o něm hovoří a také je to složitá záležitost v té praktické poloze. A proto je třeba, naprosto s tím souhlasím, velmi mnoho komunikovat, aby se ujasnily ty postoje a především, aby se optimalizovaly postupy. Protože já si myslím, že jednoduché a krásné řešení problému umírání prostě neexistuje a asi nikdy existovat nebude a strašně bych se bál všeho, co by mělo charakter jednoduchého, rychlého, snadného řešení.
Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Dejme nyní slovo profesorovi Pavlu Pafkovi, přednostovi III. chirurgické kliniky Motol. Jeho jsem se zeptala nejprve na to, v jaké míře je podle jeho názoru v České republice poskytována paliativní péče.
Pavel PAFKO, profesor, přednosta III. chirurgické kliniky Motol

Já jsem zaměstnancem nemocnice, státní nemocnice, těžko mi je posuzovat ambulantní sektor. Ale podle toho, co slyším od známých, tak někdy jejich příbuzní doma umírají v dost velkých obtížích. A tak si myslím, že nelze říct, že by bylo o všechny lidi postaráno tak, jak by mělo být.
Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Jakým důvodům vy to připisujete, že ta paliativní medicína není využívána?
Pavel PAFKO, profesor, přednosta III. chirurgické kliniky Motol

Já myslím, že pokud se nemocný dostane do nemocnice nebo do nějakého lůžkového zařízení, tak je o něj postaráno, si myslím, adekvátně. Ale pokud je doma, tak nemyslím si, že praktičtí lékaři a ambulantní složky se postarají o všechny pacienty tak, jak by bylo třeba. Nedávno jsme slyšeli, že například recepty na opiáty jsou, čím dál je jich méně ordinováno nebo spotřebováno, z čehož se nepřímou usuzuje na to, že asi ta ambulantní péče není dostatečná.
Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Můžete ...
Pavel PAFKO, profesor, přednosta III. chirurgické kliniky Motol

U lidí, který mají bolesti.
Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Můžete srovnat podmínky péče v nemocnicích a hospicích? Vy jste hovořil o domácí péči a ty hospice by měly být zase trochu něco jiného.
Pavel PAFKO, profesor, přednosta III. chirurgické kliniky Motol

Ano. To já si myslím, že je absolutně nesrovnatelné a mrzí mě, když někdo, kdo pracuje v hospici, srovnává svou péči s péčí nemocniční. Ty důvody jsou nasnadě předně. V hospicích, jak vím, většinou jsou jedno nebo dvoulůžkové pokoje a jednolůžkových pokojů ve státních nemocnicích je velmi málo. A už tento rozdíl je dost podstatný pro komfort pacienta, to za prvé. A za druhé, v hospicích, jak víme, se přijímají lidé pouze na uvolněná lůžka, zatímco ve státních nemocnicích přijíždějí pacienti někdy i ve večerních hodinách, aspoň teda vycházejí z našich zkušeností. Je třeba někoho propustit, aby mohl být někdo další přijatý. A představa, že by do hospicu přivezli pět nebo šest lidí během noci nečekaně, by jistě znamenalo způsob péče a práce takového zařízení. Proto prosím nesrovnávejme to, co je nesrovnatelné.
Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Vědí z vaší zkušenosti pacienti o svých právech žádat paliativní péči?
Pavel PAFKO, profesor, přednosta III. chirurgické kliniky Motol

Nezlobte se, ale tohle to ta argumentace paliativní péče, práva pacientů na paliativní péči. Paliativní péče je široký pojem. Prakticky většina kardiologie je paliativní péče. Léčba cukrovky je v podstatě paliativní, srovnává se krevní cukr, neléčí se základní onemocnění slinivky břišní. Takže já nemám rád takovéto škatulkování, které v podstatě neodpovídá realitě.
Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Dobře, tak je to jedna z možností, jak se dorozumět, ale pokud bych to upřesnila, tak jsou si pacienti vědomi toho, že pokud trpí většími bolestmi, než se jim zdá, že unesou, že mohou žádat o nějakou úpravu té situace. Jsou si vědomi

další věci, že pokud se cítí v nějakém nekomfortu, třeba psychickém, že mohou žádat pohovor psychologa? Tak třeba tyto dvě věci, jestli jsou si toho vědomi?

Pavel PAFKO, profesor, přednosta III. chirurgické kliniky Motol

No, tak pokud jde o bolesti, tak ten personál posoudí samozřejmě stav toho nemocného, podle toho ordinuje. Ordinuje personál v nemocnicích nikoliv pacient. Musím říct ze své praxe, kdybychom někdy vyhovovali pouze přání pacientům, mnohdy bychom dělali špatně a někdy bychom je mohli na jejich přání dokonce poškodit. To je první myšlenka, ptala jste se na bolesti. A druhá jste se ptala:

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Na tu psychickou složku.

Pavel PAFKO, profesor, přednosta III. chirurgické kliniky Motol

Na tu psychickou. No, tak zase je třeba vycházet z reálné situace. Myslíte si, že každá okresní nemocnice má psychologa? Já si to nemyslím. Přece to je nereálné. Ano, můžeme žádat, ale také to nelze splnit, protože pro to nejsou podmínky.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Je hospicová péče řešením pro každého pacienta? Co si o tom myslíte?

Pavel PAFKO, profesor, přednosta III. chirurgické kliniky Motol

Podle mého názoru, každý nemocný je svobodný člověk a měl by se rozhodnout za předpokladu, že by bylo v České republice dostatek hospiců, tak je to rozhodnutí pacienta. I sám vím o tom, že počet hospiců je asi deset nebo dvanáct v celé České republice a v hospicích umírá asi jedno procento pacientů. A teda si myslím, že to je zatím kvantitativně naprosto nedostatečná služba. Jsem za to, aby se rozšiřovala. Ale i kdyby jich bylo dost, stále bych respektoval rozhodnutí pacienta, zda chce do hospicu nebo zda nechce.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Měla by být v České republice legalizována euthanasie? Ano či ne, případně proč?

Pavel PAFKO, profesor, přednosta III. chirurgické kliniky Motol

Podle mě ano. Jsem přesvědčen o tom, že k tomu jednou dojde. Proč? No, protože za nejvyšší hodnotu v životě člověka považuju hodnotu jeho svobodného rozhodnutí a jsem přesvědčen o tom, že ne všichni pacienti budou chtít do nemocnice, ne všichni pacienti budou chtít do hospicu, také ne všichni pacienti budou chtít umírat i dlouhodobě doma.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Provádí se u nás nelegální takzvaná divoká euthanasie v tuto chvíli? Jaký typ a jakým způsobem?

Pavel PAFKO, profesor, přednosta III. chirurgické kliniky Motol

Já nevím, co je nelegální euthanasie a pochybuju, že by někdo odpověděl, že provádí nebo že ví, že se zde provádí nějaká nelegální euthanasie, protože v tom případě jde dneska o trestný čin a každý je povinen podezření na trestný čin hlásit. Takže to já si myslím, že na toto odpovědět nelze. S tím je spojená druhá myšlenka. Zvyšování hladin některých léků nebo dávek některých léků, třeba opiátů. Nakonec samozřejmě na jedné straně těm lidem pomáhá, ale na druhé straně jim ukracuje život. Jsou některé lékařské výkony, které uleví, ale současně zhorší prognózu toho pacienta. O tom vůbec není pochyb. A pouze ten, kdo daný výkon provádí nebo aplikuje ty opiáty, dobře ví, za jakým účelem to dělá a samozřejmě vždycky bude deklarovat, že pomáhá samozřejmě. Protože kdyby řekl, že to dává z jiného důvodu, tak je to trestný čin. Chtěl bych říct, aby se posluchači zamysleli nad tím, že když někdo něco dělá, pouze on ví, proč to dělá a okolí se to může jevit různě. Euthanasie může být provedena během několika dnů postupnými zvyšujícími se dávkami. To už se tak jako za euthanasii nepovažuje, ale ten princip je naprosto jasnej. Jestli se někdo rozhodne, že v pondělí, že do konce týdne by ten člověk už se neměl dál trápit, no, tak se to dá udělat a nebude to vnímáno okolím jako euthanasie. Bylo by dobré možná říct ještě, ještě bych chtěl říct větu, kterou jsem vlastně nefekl. Já respektuju svobodu člověka a je rozhodnutím každého člověka, jak se k euthanasii postaví. Taky jako rozhodnutím každé ženy, jestli půjde na interrupci, nebo nepůjde. To, že je interrupce povolená, neznamená, že je povinná. Já souhlasím s tím, aby ten člověk se svobodně rozhodl a aby v rejstříku jeho rozhodování byla také euthanasie. Jenom abyste věděla. Teď jsem si četl článek, že v Holandsku klesá zájem o euthanasii. Já si myslím, že to je správně, že to je názor lidí, ale i když by poklesl na čtvrtinu procenta, tak stále jsou tady jednotlivci, kteří by chtěli to či ono. To obecný odklon od toho neznamená, že to je stoprocentní odklon. A zdravotnictví musí respektovat jedince nikoliv masu, byť by byla teda jakákoli. My zdravotníci jsme tady od toho, abychom respektovali názor jednotlivce nikoliv masy.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Tolik názor přednosta III. chirurgické kliniky Motol profesora Pavla Pafka. Posluchačům Českého rozhlasu 6 připomínám, že hosty ve Studiu STOP jsou Tereza Dvořáková, lékařka a předsedkyně občanského sdružení Tři, poslanec a místopředseda výboru pro zdravotnictví Boris Šťastný, dále geriatr a gerontolog Zdeněk Kalvach, vedoucí jednoho z

interních oddělení III. interní kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a po telefonu je s námi ve spojení lékařský etik z 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy Jiří Prokop. Budete mít postupně možnost reagovat na vše, s čím nesouhlasíte z toho sestříhu, kde hovořil Pavel Pafko. Nejprve bych si dovolila otázku, v jaké míře je u nás používána paliativní péče dostatečně či méně dostatečně. První otázka je pro Jiřího Prokopa do Brna.

Jiří PROKOP, lékařský etik z 3. lékařské fakulty UK, ředitel Domu léčby bolesti s hospicem Rajhradě

Já si myslím, že na specializovaných pracovištích je skutečně paliativní péče využívána dostatečně. O čem nejsem přesvědčen, že je dostatečné množství odborníků kvalitně vzdělaných právě v paliativní péči, kteří by působili například v běžných okresních nemocnicích.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Zdeněk Kalvach.

Zdeněk KALVACH, geriatr, gerontolog, vedoucí jednoho z interních oddělení III. interní kliniky 1. lékařské fakulty UK

Já se domnívám, že ta úroveň paliativní medicíny je po Česku velmi různorodá pochopitelně a že její průměrná úroveň není dostatečná ve všech zdravotnických zařízeních, kromě těch specializovaných, která to mají v popisu práce. Čili domnívám se, že kvalita umírání a péče o umírajících jak v domácí péči, tak v nemocniční péči není dobrá. Je na ní mnoho co zlepšovat. Čímž neříkám, že mnoho lidí se nesmírně obětavě nestará a mnoho pacientů že opravdu nemá to štěstí, že jejich umírání je na sto procentech současné možné medicíny. Já bych reagoval na to, co tady zaznělo v diskusi. Nemohou se směřovat některé pojmy. Existuje léčba, která je kauzální, radikální, vede k vyléčení takzvanému, budu zase zdrav. Pak je léčba symptomatická nebo odporná, nemůže mě vyléčit, ale mitiguje, zmírňuje nějak ty problémy, obtíže, udržuje pacienta v dobré kondici. Třeba u té cukrovky, která byla zmíněna, optimalizuje hladinu krevního cukru. Ale to není péče paliativní. Ta péče paliativní je právě, jak jste řekla na začátku, zvláštní komplexní péče, která má jakousi úroveň nadstandardu. Tomu člověku se dostává s vědomím toho, ten člověk umírá, něčeho víc, nežli je symptomatická léčba. Bolí vás břicho, já nevím, proč, dám vám algifenové kapičky, to břicho přestane bolet. Tam ta péče musí být trošku o něčem jiném.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Tereza Dvořáková. Jak je to s tím využitím paliativní medicíny v Čechách?

Tereza DVOŘÁKOVÁ, lékařka, předsedkyně občanského sdružení Tři

Tak vzhledem k tomu, že už čtvrtým rokem poskytujeme vlastně v terénu kolem Benešova terénní hospicovou službu a v praxi se setkáváme s opravdu s úžasnými obvodními lékaři nebo praktickými lékaři, který aniž by to nějakým způsobem deklarovali, opravdu za těmi svými pacienty dojíždí a tu paliativní péči dělají úžasně. A potom jsou samozřejmě kolegové, kteří nevytáhnou paty prostě ze své ordinace. A když pacient vydá signál, že má bolest, tak se mu dostane pomoci třeba až druhý den po sestře, že jo. Takže je to opravdu závislé na té každé individualitě toho, toho lékaře, jak vnímá tu svoji roli právě této části pacientů, kteří se blíží k závěru svého života.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Stejná otázka pro pana poslance Borise Šťastného. Vy jste také lékař. Jak vy vnímáte rozsah poskytované paliativní péče v Čechách?

Boris ŠŤASTNÝ, poslanec, místopředseda výboru pro zdravotnictví

Já si myslím, že úroveň, úroveň paliativní péče, jak jsme tady o ní hovořili, je přímo úměrná kvalitě péče jiné zdravotnické. Alespoň podle mého názoru. Já si myslím, že tak, jak poskytujeme zdravotnickou péči ostatním pacientům nejenom v, řekněme, terminálních stádiích onemocnění, tak velmi úměrně tomu může odpovídat i tento druh péče. A co se týče rozsahu, tak zase je to individuální. Říkám, víme, že je tady celá řada poskytovatelů, celá řada možností, jak v úvodu zaznělo, velmi, velmi kvitují tady ten předchozí, předchozí vyjádření, že opravdu mohou být rozdíly regionální, rozdíly individuální v návaznosti na praktické lékaře, ošetřující lékaře. To je přece samozřejmé.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Provádí se u nás takzvaná divoká euthanasie? Pan doktor Zdeněk Kalvach.

Zdeněk KALVACH, geriatr, gerontolog, vedoucí jednoho z interních oddělení III. interní kliniky 1. lékařské fakulty UK

Já si myslím, že tak, jak tady zaznělo zase pojem euthanasie rozložená v čase. Takový pojem vlastně, řekněme, mezinárodní společenství nebo ty odborné společnosti neznají. Buď je to euthanasie, tedy přicházím s úmyslem pacienta bezprostředně zahubit, ukončit jeho život. Použiji k tomu nějaký preparát, nebývají to dneska opiáty a po jeho podání v krátké době ten pacient umírá. A pak je paliativní medicína, která tomu člověku snižuje jeho utrpení, třeba bolest, navodí mu čtyřicetihodinový spánek, pospávání, sedaci. Je možné, že tím se o několik hodin, dnů zkrátí délka života, protože ten člověk, ne že by se udusil, ale že relaxuje, že tam není ta mobilizace různých stresových hormonů. Ale to je bráno jako, řekněme, nevyhnutelný účinek toho zmírnění utrpení. Nepřistupoval jsem ani o to, co si myslím, ale celý ten proces není zaměřen na ukončení života. A pokud někdo tedy provádí něco mezi tím, to znamená, stupňuje třeba dávky opiátů s představou, aby se ten člověk netrápil, jak se na to můžeme dívat a tak dále, tak to je něco, čemu můžeme říkat

vlastně divoká euthanasie, zkracování utrpení člověka podle uvážení toho personálu. A to si myslím, že není v pořádku, protože tam by měla být nějaká pravidla. Neměl by tam být ten paternalismus. Samozřejmě jsme si naprosto vědomi toho, že ten lékař mnohdy nejspíše posuzuje celou tu situaci, ale mělo by to být prováděno v diskusi s pacientem, je-li to možné, s rodinou. Zase rodina nemůže rozhodnout o tom člověku. Měla by tam být prostě nějaká taková pravidla.
Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

A kde tato pravidla mohou laici jaksi nastudovat a pokud se chtějí připravit na takové situace, kde získají přesné informace o tom, kam vlastně sahají jejich pravomoci, kde začínají pravomoci lékaře a kde také končí pravomoci lékaře? Možná proto mnoho lidí není schopno opravdu rozlišit, co se míní euthanasií.
Zdeněk KALVACH, geriatr, gerontolog, vedoucí jednoho z interních oddělení III. interní kliniky 1. lékařské fakulty UK

Já si myslím, že pořád naše zdravotnictví je hodně posunutá na tu paternalistickou stranu a že se musí obecně a o všem hodně hovořit a ti lidé se musí naučit, jiná cesta není, je dlouhá, s lékaři diskutovat, žádat například názor jiného odborníka, tedy ten second opinion a pokud se chtějí a mají tedy mít svého "zdravotnického" advokáta, měl by jím být logicky praktický lékař. Pokud nenajde porozumění u svého praktického lékaře, může to být jiný ošetřující lékař a pak se v otázkách paliativní medicíny mohou obrátit na některá centra, což budou jistě hospice. Bude to například ta pražská Cesta domů, která má internetový portál, kde je možné tedy interaktivně komunikovat. A tam tedy získat tedy ty informace o tom, co je, co je doporučováno jako nějaký vhodný postup a co se týká těch "pacientských" práv a práv rodiny.
Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Měla by se podle vašeho názoru euthanasie legalizovat v Čechách? Otázka do Brna pro doktora Jiřího Prokopa.
Jiří PROKOP, lékařský etik z 3. lékařské fakulty UK, ředitel Domu léčby bolesti s hospicem Rajhradě

Já si myslím, že není v současné době ta diskuse o tom, jestli bychom měli, nebo neměli euthanasii legalizovat, ale spíše o tom, jak zlepšit podmínky pro těžce nemocné a umírající pacienty.
Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Promiňte, a myslíte si, že když ty podmínky budou nastaveny jinak z vašeho úhlu pohledu lépe, že pak bude čas na to hovořit, zda euthanasie ano, nebo nikoli, nebo potom téma euthanasie úplně vyšumí, protože lidé budou umírat daleko harmoničtěji a budou zažívat méně bolesti, a proto nebudou žádat o euthanasii?
Jiří PROKOP, lékařský etik z 3. lékařské fakulty UK, ředitel Domu léčby bolesti s hospicem Rajhradě

Samozřejmě, že zůstanou určitě velice výjimky jako například, teď mě napadají velice těžce ochrnutí pacienti v produktivním věku bez nějakých jiných komplikací, jako jsme to například mohli vidět v současné době na některých případech ze zahraničí, u kterých ta žádost o euthanasii bude neustále obnovována. Ale pokud se týká těch, toho hlavního proudu, tak si myslím, že právně a kvalitně nastavenou péčí, která bude kontingovat v čase, bude kontinuálními předáváním mezi odborníky a zařízeními, tak ten hlavní požadavek na euthanasii vymizí.
Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Stejná otázka pro Terezu Dvořákovou, lékařku a předsedkyni občanského sdružení Tři. Bylo by dobré legalizovat euthanasii právě pro třeba tu hrstku lidí, kteří budou opravdu o ni stát i za předpokladu, že bude jim dostupná paliativní péče v plném rozsahu?
Tereza DVOŘÁKOVÁ, lékařka, předsedkyně občanského sdružení Tři

Já myslím, že hlavně by bylo potřeba to, co zmínil pan kolega z Brna, nějakým způsobem pořešit tu majoritní část pacientů, kteří vydávají tím, že vlastně skoro polovina obyvatel pro euthanasii určitý varovný signál, že teda ve vztahu pacient versus lékař není asi něco v pořádku. A mám pocit, potom ukáže, ukáže čas, ale mám pocit by se mělo opravdu zásadně změnit umírání v Čechách.
Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Ano, ještě, než poprosím pana poslance Šťastného, který zde bude pravděpodobně obhajovat legalizaci euthanasie, otázka pro doktora Kalvacha, jak by se dala zlepšit vlastně péče o umírající v blízké budoucnosti, abychom se někam pohnuli.
Zdeněk KALVACH, geriatr, gerontolog, vedoucí jednoho z interních oddělení III. interní kliniky 1. lékařské fakulty UK

Tak já myslím, že základem by mělo být vypracování paliativních programů v nemocnicích, protože v tom je trošinku rozdíl oproti jiným formám péče. Každá nemocnice má svůj program, řekněme, kardiologické péče a péče o akutní cévní mozkovou příhodu a tak dále. Zatímco umírání dosud mělo velmi nízký odborný statut. Je to stále bráno, jako kdyby to byla záležitost jenom humanity, jenom etiky, psychiky a tak a ošetřovatelství. Ale nemocnice nemají vytvořeny vlastně ujasněné a na své podmínky konkretizované představy o tom, jak přistupovat k umírajícímu člověku. Tam mohou být jednoduchá pravidla. Je to trochu o logistice a trochu o základních postupech a třeba o tom, aby v té nemocnici byl paliativní ordinář, který poradí, projde, řekne. Mnohdy jsou to jednoduchá, určitě ne drahá řešení. A počínaje tedy zpracováním ústavního plánu, což by mohla chtít třeba zdravotní pojišťovna pro své pojištěnce, přes toho paliativního

ordináře, přes paliativní ambulanci, až třeba možná k paliativním nůžkům nebo k vytvoření toho, co je v Novém Městě na Moravě dělá hospicové hnutí jako humanizaci LDN a dalších zařízení, tedy rodinný pokoj, kde by bylo možné umírat, aby to nebyl ten problém, který zmínil třeba pan profesor Pafko. Vždyť v nemocnicích není jiná možnost než čtyřlůžkový pokoj. A nyní ta otázka, proč by tam nemohl být rodinný pokoj, kde by ten člověk mohl v přítomnosti svých blízkých zemřít v té fakultní nemocnici nebo v té okresní nemocnici. Tam musí někdo třeba spočítat a říct, jaké by tam byly náklady, co tomu brání. Nemůžeme mít samozřejmě ty takzvané "umličáky" nějaké pokoje, kam by odváželi lidi a ti, pokud by byli při smyslech, tak by vykřičovali jen ne na jednadvacítku, odtamtud se nikdo nevrací. Čili to ne. Ale ten rodinný pokoj a lá Nové Město na Moravě by jistě mohl zlepšit podmínky.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Tak, pane poslanče Šťastný, vy jste se nechal inspirovat i tou konferencí, kterou jsem uvedla v úvodu a opět jste promluvil s médii o vašem záměru legalizovat euthanasii nebo konkrétně ji navrhnout nějaké takové změny. Vy chcete o tom záměru, jak jste se nechal slyšet, rozpoutat nejprve diskusi, pořádat semináře a v příštím roce hodláte předložit ve sněmovně návrh zákona. Inspirován, pokud jsem to dobře pochopila, jste byl Belgií, kde je euthanasie legální. Tam jenom pro informace posluchačům, tam je čekací lhůta na poskytnutí euthanasie pět let. Do diskuse vstupují, kromě pacienta, ošetřující lékař, psychiatr, další konzultanti, lékaři. Pacient musí být jednoznačně způsobilý k právním úkonům a musí dát souhlas opakovaně několikrát. Tolik pro informaci. Poprosím vás, abyste řekl, zda jste třeba potom, co jste nyní slyšel, se nedomníváte, že přicházíte předčasně s takovými návrhy, že by se nejprve měla řešit ta paliativní péče, její rozsah a až posléze takové věci jako euthanasie?

Boris ŠŤASTNÝ, poslanec, místopředseda výboru pro zdravotnictví

Tak já mám pocit, že my, já vím, že ta debata tady je o umírání, o smrti, o paliativní péči, ale já mám pocit, že na tu, na celou tu problematiku je potřeba se dívat komplexně a nevytahovat z toho jen některé součásti té fáze patientské od té prvotní až po tu konečnou. Prostě zdravotnická péče v České republice je na nějaké úrovni. A pokud bychom tady vedli debatu fundovanou o kterémkoli oboru, tak dospějeme k závěru, že je co zlepšovat, že máme rezervy, že je nedostatek finančních prostředků, nedostatek kapacit. To je, to je věc legitimní a taktó vždy ta debata je, je vedena. Druhou věcí je debata o euthanasii jako takové. A já myslím, že ta konference, která, která byla uspořádána, vzbudila zájem. Je to dobře. Média začala kontaktovat nejenom odborníky, ale začala kontaktovat i politiky a tím, protože já jsem několikrát v minulosti zcela neformálně, nezávazně sdělil svůj osobní názor, že si myslím, že o euthanasii bychom měli v České republice daleko více hovořit o této problematice a že nevylučuju možnost, že někdy v budoucnu by případně jsme mohli hovořit o, i o legislativní úpravě. No, tak se otevřela obrovská debata mediální a je tomu dobře. Prostě já si myslím, že to přispěje k vystříbení názorů, jak co se týče paliativní péče, tak co se týče euthanasie jako takové a že se nám možná podaří hovořit o některých věcech, o kterých jsme v minulosti vůbec nikdy nehovořili. A co se týče těch zákonodárných iniciativ, tak já jsem řekl zcela jasně, že je potřeba o tom hovořit. Je potřeba o tom hovořit celospolečensky, což zdá se, děláme. Je potřeba o tom hovořit na politické úrovni. Ale neznamená to, že nějaký okamžik příští rok v den X přijdu a předložím konkrétní návrh zákona. Já bych si nejdřív přál, abychom opravdu tuto debatu prodiskutovali, abychom věděli názor společnosti, názor odborníků. A to je, myslím si, že pro celou tu debatu nejdůležitější. A pokud z té debaty vyplyne, že je tedy jistá poptávka po formě pomoci důstojnému odchodu člověka ze života a že chceme dát člověku, který dá kvalifikovaný souhlas k tomu, že již nechce pokračovat ve svém životě nějakou legislativní pomoc k tomu, aby ten život byl ukončen, tak určitě tu debatu můžeme vést, ale mělo by jí právě předcházet mnoho takových debat, jako je ta dnešní.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Dobře. A vy jste také lékař odborník tedy. Jaký je váš názor z pozice lékaře na legalizaci euthanasie? Předpokládám, že kladný. Proto asi přicházíte s takovými návrhy. Nicméně můžete vysvětlit, co vás k tomu vede?

Boris ŠŤASTNÝ, poslanec, místopředseda výboru pro zdravotnictví

Já osobně se domnívám, že, a řekl to tady velmi dobře pan profesor Pafko, že není nic víc než, než rozhodnutí člověka jako, jako individua, a proto, proto jsem se zmiňoval i o, a zmiňuji se o tom belgickém, belgickém modelu. Vy jste sama říkala jednu z jeho částí. Já si opravdu dovedu představit takovou věc v našem právním řádu. A na druhou stranu, na druhou stranu, abych se vrátil zpátky k léčebným postupům a různým podobným věcem, já si nejsem úplně jist, jist, že těmito věcmi můžeme zlepšit kvalitu péče nebo můžeme tím zlepšit kvalitu těch posledních dnů života toho člověka. Ale myslím si, že otázku, zda máme, či nemáme zde uzákonit aktivní euthanasii, tím nevyřešíme. Prostě ta poptávka jednotlivých lidí tady bude existovat a debata je o tom, jestli ta poptávka je oprávněná, nebo není a zda stát má právo na toto přistoupit, legalizovat, či nelegalizovat a těm lidem to umožnit. Já si myslím, že ano.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Otázka do Brna pro Jiřího Prokopa. Vy jste svůj postoj k euthanasii vyjádřil. Nicméně protože s námi nemůžete strávit plný čas, tak se vás ptám, jestli chcete nějak reagovat právě na to, co řekl pan poslanec Šťastný?

Jiří PROKOP, lékařský etik z 3. lékařské fakulty UK, ředitel Domu léčby bolesti s hospicem Rajhradě

Tak předně ta situace u mě se uklidnila, takže čas s vámi můžu strávit, jak budete potřebovat.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Tak budeme rádi.

Jiří PROKOP, lékařský etik z 3. lékařské fakulty UK, ředitel Domu léčby bolesti s hospicem Rajhradě

K tomu, co řekl pan poslanec Šťastný. Ta diskuse, si myslím, že bude o euthanasii skutečně neustále. Že nebude v žádném okamžiku uzavřena. I kdybychom ty podmínky udělali co nejlepší, tak neustále se tady budou vyskytovat jedinci, kteří tu diskusi budou navozovat. Takže já plně souhlasím a podporuji pana poslance v tom, že ta diskuse by se měla rozpoutat a je úplně úžasný, že je to právě teďko.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Ano. Mě by zajímalo, vy jste člověk také z praxe. V kolika případech lidé z vaší zkušenosti hovoří a následně vlastně opakovaně žádají nebo mluví o euthanasii, i když potom třeba z toho ustoupí? Za jaké situace k tomu dochází? Aby si posluchači udělali reálnou představu o tom, jak to v praxi chodí.

Jiří PROKOP, lékařský etik z 3. lékařské fakulty UK, ředitel Domu léčby bolesti s hospicem Rajhradě

Když ještě se vrátím k tomu belgickému případu, že tam skutečně ta doba od požádání do provedení, jak jste citovala, trvá pět let, tak z mojí zkušenosti vám můžu říct, že jakmile těžce nemocný požádá o euthanasii, tak zcela jistě umře dříve než za pět let. Takže otázka téhle té euthanasie jako je v belgickém modelu, se týká skutečně velice úzkého profilu lidí. Z mojí zkušenosti za těch několik let práce v hosticové péči se mnou o euthanasii hovořil pouze jeden člověk, a to ještě se jednalo o jiný typ euthanasie, jak jste ji na začátku nazvala jako pasivní euthanasii. Já bych ji odborněji nazval jako odstoupení od léčby. Pacient zkrátka žádal, abychom už na něm neprovozovali léčbu, která by pro něj byla nadměrně zatěžující a nevedla by k uzdravení. Chtěl od té /nesrozumitelné/ odstoupit.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Ano, prosím, reakce pana poslance Šťastného, který se zde hlásil.
Boris ŠŤASTNÝ, poslanec, místopředseda výboru pro zdravotnictví

Jenom k tomu belgickému modelu, který tady byl dáván za příklad. Tam jsou dva typy euthanasie, který ten belgický model řeší. Ve stručnosti je to pacient, který je v terminálním stádiu onemocnění, které je nevléčitelné, na které v nejbližší době zemře a je zužován velkým utrpením zejména, zejména se to týká onkologických pacientů a velkých bolestí a tak dále. A dá opakovaný jasný, výslovný notářsky ověřený souhlas, který bude přednesen současně lékařské komisi za přítomnosti ošetřujícího lékaře a několikrát zopakován. To je ta první věc. Ten pětiletý test se týká v belgickém zákoně úplně něčeho jiného. Ten se týká typu euthanasie, kdy pacient se dostane do stavu bezvědomí. Ten stav bezvědomí je nevratný a neexistuje podle současného poznání vědy žádný způsob, jak ho vyléčit. A v takovém případě v Belgii je možné dát právě s pětiletým předstihem notářsky ověřený zápis, ve kterém pacient dává svoji vůli, jakým způsobem v takovém případě má být s ním nakládáno. Čili teoreticky, zda má být v určité chvíli ta léčba ukončena a za jakých podmínek.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Prosím reakce z Brna, pane doktore Prokope, jestli chcete říci?

Jiří PROKOP, lékařský etik z 3. lékařské fakulty UK, ředitel Domu léčby bolesti s hospicem Rajhradě

Výborně. Souhlasím. Jde ale o to, jestli taková takzvaná living will nebo advanced directives, jak se tomu říká v anglosaském prostředí, tedy pořízení dopředu, kdy pacient dává skutečně najevo, co si přeje, anebo nepřeje, aby s ním lékaři dělali, když bude ve stavu kómatu, tak v jaké míře je toto rozhodnutí skutečně svobodné, když ten pacient vlastně si přeje něco, o čem ještě zdaleka neví, jak bude vlastně vypadat, jo. Když dám příklad, člověk, který je v produktivním věku, mladý atraktivní krásný, jak jsou dneska takové běžné hodnoty, tak si asi sám těžko sebe může představit na vozíku po nějaké těžké nehodě. Když se já zeptám v průběhu výuky mediků, kdo by chtěl zůstat po těžké nehodě jako kvadroplegik na vozíku, tak se vám přihlásí jeden, dva. Většina by si přála zahynout při té autonehodě. Ale když už jsou na tom vozíku a zeptáte se některých po autonehodě, tak jsou velice rádi za to, že byli zachráněni. Takže je otázka, co si přeju, když jsem zdravý a bez problémů. A druhá věc je, co si přeju, když jsem nemocný. A potom je další věc, jak moc toto pořízení dopředu zavazuje lékaře. Jestli lékař skutečně musí vyplnit všechno to, co je napsáno v tom dokumentu, anebo jestli má postupovat v zájmu pacienta, i když ten zájem pacienta je v rozporu s tím, co pacient napsal dopředu.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Ano, to jsou jistě složité věci, které se budou řešit, pokud se tento návrh dostane na stůl. Pokud bych se ještě vrátila, mnohokrát tady zaznívá, když má pacient velké bolesti. Pokud je používána v dostatečné míře paliativní medicína, kam patří i tlumení bolestí. Jak velké bolesti, samozřejmě z našeho úhlu pohledu, z kterého jsme schopni to změřit, konkrétně vy jako lékaři, pacient, vlastně jak velké bolesti musí prožívat? Podle mého názoru paliativní medicína by měla spět k tomu, že by pacient měl prožívat zcela minimální bolest a idealistická představa vypadá, že vlastně by měl fungovat v té terminální fázi bezbolestně. Otázka pro pani doktorku Terezu Dvořákovou. Jak je to s tou, s tím prahem bolestivosti a s úspěšností využití té paliativní medicíny?

Tereza DVOŘÁKOVÁ, lékařka, předsedkyně občanského sdružení Tři

Já bych jenom k tomu chtěla říci reakci, že bohužel, myslím, že i statistiky používání opioidních analgetik v České republice jsou velmi zoufalé a blížíme se opravdu k zemím k rozvojovým, protože jsme si dělali v tom našem regionu takový malý výzkum, kolik specialistů a praktických lékařů si vyzvedlo na městských úřadech recepty s modrým pruhem a vyšlo nám, že sedmdesát až osmdesát procentů lékařů nemůže preskribovat nebo opioidní analgetika. Takže oni, pokud mají o své onkologické pacienty terminální ve svých ambulancích, tak končí tramalem, dál se nedostanou. Takže já mám pocit, že farmakologický průmysl nabízí celou škálu v dnešní době rychle uvolňujících, rychle se uvolňujících opioidních analgetik, ale nějakým způsobem pořád přetrvává určitá fobie i ze strany lékařů. Právě znovu mám pocit, že i trošičku touto debatou bylo rozhýbáno útlumy dechových center a podobně. Já musím říct, že opiáty dáváme velmi často. Já jsem nezažila tedy ve své praxi, že by, když se postupně tedy podle potřeby pacienta, kdy ta bolest je korigována narůstajícím nebo koargetickou léčbou, že by tedy útlumu dechového centra došlo. Takže mám pocit, že opiáty tady pořád stále, stále nemají to své místo, které by měly mít.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Dobře a v kolika případech vy jste se za svou praxi setkala s nějakou žádostí nebo byť latentní pacienta o euthanasii?
Tereza DVOŘÁKOVÁ, lékařka, předsedkyně občanského sdružení Tři

Tak jeden případ si pamatuju. Když jsem sloužila, protože jsem fungovala také jednu dobu jako lékař hospici v Litoměřicích a tam to bylo takové, taková prosba, protože ten člověk byl velmi opuštěný. Ve chvíli, kdy se podařilo obnovit rozbité vztahy, protože nežil se svojí ženou, vyváděl v době, kdy jako zjistil závažnost svého onemocnění různé tedy věci typu havárií pod vlivem alkoholu a podobně. Ta žena ho opustila ve chvíli, kdy se urovnala tato věc, tak ten člověk tedy už nikdy znovu tuto žádost nezopakoval. A potom u jedné paní tady v té terénní službě, kterou poskytujeme. A tam ve chvíli, kdy jsme jí řekli, že je možné navodit jako umělý spánek, tak jako ji tato pomoc tímto směrem naprosto stačila a k nějakému aktivnímu, většímu aktivnímu zásahu už nás nenutila.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Doktor Zdeněk Kalvach. Jak je to s těmi tlumícími přípravky a s tou mírou bolesti, kterou pacienti prožívají?
Zdeněk KALVACH, geriatr, gerontolog, vedoucí jednoho z interních oddělení III. interní kliniky 1. lékařské fakulty UK

No, já si myslím, že v naprosté většině případů je možné bolest ztlumit do přijatelné úrovně a zůstávají ojedinělé případy, které jsou vzdorné na léčbu, ale to jsou opravdu procenta nebo promile případů. Ale co je nesporné, že samozřejmě umírání je spojeno s celkovým diskomfortem trápením, ten total pain, jak tomu Angličani říkají, my říkáme utrpení, tam tedy je, dá se tlumit také těmi opiáty jako úzkost, jako dušnost a tak dále, ale zůstává tam jedna potom velmi podstatná a mnohdy klíčová věc, a to je dopad toho stavu na okolí. Mnohdy ten člověk, ať spontánně v agonálním stádiu nebo pod vlivem léků opiátů je obluzený, ale reaguje, působí zneklidňujícím dojmem, tedy zneklidňuje svoje okolí, především blízké lidi, a to je ta závažná skupina případů, kdy vlastně o euthanasii žádá ne ten pacient, ale to jeho okolí. A to je nesmírně problematická záležitost, protože tady zaznělo vlastně jen ten, kdo něco dělá, tak ví, proč to dělá. Znělo to ve vztahu k podávání paliativních opiátů, ale právě tak se to týká žádosti o ukončení života někoho bližního a tak dále. A tam si myslím, že největší nebezpečí zneužití. Tam je nejhorší vymezení. A většina lidí si bohužel myslí, že ten, ta legalizace euthanasie by byla o tom, že by rodina přišla a řekla: "Pane doktore, vy se přeci na to nemůžete dívat, jak maminka trpí. Něco s tím udělejte." A doktor řekne: "Ano, ano, zákon nám to umožňuje. Poďte sem nebo běžte pryč a já tedy provedu to, co provedu a bude všechno vyřešeno." A tohle to právě nejde a tady by se nějak měly řešit ty rozhodnutí předem a tam si myslím, že je velmi závažný prvek, abychom do legislativy dostali tu svobodnou lidskou vůli učiněnou předem. Do not resuscitate, nepřeji si být resuscitován, nepřeji si být uměle vyživován, nepřeji si některé tedy okolnosti a mělo by se umožnit odpojení od přístroje, což je, řekněme, takový ten britský přístup miss be, tedy mám právo být odpojen, i kdyby vzápětí zemřel a není to euthanasie. Já akceptuji přirozený průběh té choroby a to by měl být, a to by si měla ta společnost vydiskutovat, ujasnit a nad to může být ta diskuse o euthanasii, která je jednak vrcholně politickým rozhodnutím a je to záležitost filosoficko-teologických a etických disputací.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Co vy byste z hlediska vaší odbornosti v tuto chvíli doporučoval lidem, kteří jsou úplně zdraví, lidem, kteří třeba nás slyší a mají v blízkosti někoho, kdo je v poslední fázi života nebo ho třeba přímo doprovázejí. Na co by se mohli a měli soustředit, aby jim bylo lépe, aby byli schopni lépe tu situaci zvládnout z té strany informovanosti a i jakéhosi smíření. Máte nějaký recept?

Zdeněk KALVACH, geriatr, gerontolog, vedoucí jednoho z interních oddělení III. interní kliniky 1. lékařské fakulty UK

Znovu bych jenom zopakoval, pokuste se najít vstřícného zdravotníka, především tedy lékaře jako průvodce umíráním, protože zdůrazňoval svého času Jonathan Swift, že tedy Apollon byl bohem lékařství i průvodcem nemocných, a to že je ta dvojí role lékařů a že často sklouzáváme k té expertní, že léčíme a že našimi partnery jsou choroby, se kterými tedy bojujeme, které krotíme a nikoliv pacienti, které bychom provázeli. Takže pokusit se najít toho lékařského průvodce stonáním a umíráním a s ním konzultovat. Jinou radu já neznám.

Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Otázka pro pana poslance Borise Šťastného. Co vy v tuto chvíli tak, jak jste schopni nyní uvědomit to, co zde také zaznělo od vašich kolegů odborníků, jak ty informace budete začleňovat do své práce?
Boris ŠŤASTNÝ, poslanec, místopředseda výboru pro zdravotnictví

Já myslím, že když bych měl vzít tedy předchozí vyjádření pana doktora, tak já v devadesáti devíti celých devíti procentech s ním budu absolutně souhlasit. Každý člověk má právo se rozhodovat o spoustě věcí a jednou z těch věcí určitě je rozhodnutí o svém zdraví a budoucnosti léčby a vývoj své léčby. Já si myslím, že to, co tady, tady zaznělo, je přesně to, kam bychom měli směřovat.
Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Tak a bohužel je to už závěr dnešního vydání Studia STOP. Více se do našich padesáti minut nevejde. Za návštěvu děkuji Tereze Dvořákové, lékařce a předsedkyni občanského sdružení Tři, geriatrovi a gerontologovi Zdeňku Kalvachovi z III. interní kliniky 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, poslanci za ODS Boris Šťastnému a lékařskému etikovi a řediteli Domu léčby bolesti s hospicem v Rajhradě Jiřímu Prokopovi. Všem vám děkuji velice za vaši návštěvu a dobrou noc.
Boris ŠŤASTNÝ, poslanec, místopředseda výboru pro zdravotnictví

Na shledanou.
Tereza DVORÁKOVÁ, lékařka, předsedkyně občanského sdružení Tři

Na shledanou.
Zdeněk KALVACH, geriatr, gerontolog, vedoucí jednoho z interních oddělení III. interní kliniky 1. lékařské fakulty UK

Hezký večer.
Jiří PROKOP, lékařský etik z 3. lékařské fakulty UK, ředitel Domu léčby bolesti s hospicem Rajhradě

Na shledanou.
Terezie JIRÁSKOVÁ, moderátorka

Tak a to už je opravdu samotný závěr. Z režie se loučí Jiřka Procházková a Radvík Novák a ze studia Českého rozhlasu 6 se s vámi na slyšenou těší Terezie Jirásková.