

# VITA NOSTRA REVUE

ROZHOVOR S NOVÝM PŘEDNOSTOU POPÁLENIN – SEKVENOVÁNÍ LIDSKÉHO MIKROBIOMU – SVK – WIKISKRIPTA  
– SEMINÁŘ LIDSKÁ PRÁVA, DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A ETIKA – SCHIZOFRENIE – HOMO PSYCHOTICUS –  
ÚVAHY O URGENTNÍ MEDICÍNĚ – JAN HUS V PROMĚNÁCH STOLETÍ  
– ONDŘEJ VACULÍK O LUDVÍKU VACULÍKOVI – DOKTOR AFRIKA

## AKTUALITY

Léčba popálenin je mnohaletá záležitost. S řadou pacientů si tykáme, říká nový přednosta popálenin (rozhovor s Robertem Zajíčkem) . . . . .	2
Romana Šlamberová: Květnová konference představila více než 70 vědeckých projektů studentů 3. lékařské fakulty . . .	6
Sekvenování lidského mikrobiomu znamená podle profesora Lukeše skutečný převrat v medicíně. Dala by se díky mikrobiomu štíhlých lidí eliminovat obezita? (přednáška Julia Lukeše) . . . . .	10
Prezident odmítl jmenovat tři profesory. Co na to profesoři 3. lékařské fakulty? (anketa) . . . . .	15
Jonáš Dyba, Václav Rejlek: Žlutá nemoc . . . . .	22
Michal Anděl, promoční projev . . . . .	24
Dagmar Schneidrová: Podpora nekuřáctví u studentů zaměstnanců 3. lékařské fakulty a vinohradské nemocnice . . . . .	26
Richard Rokyta: Na zahradní slavnosti Klubu Alumni se vzpomínalo na Mistra Jana Husa . . . . .	29
Barbora Mechúrová, David Adam: Andromeda plní přání dětí z Klokánku Hostivice . . . . .	30
Dora Čapková: 3 MUŽI potěšil srdce dětských pacientů . . . . .	32
<b>MEDICÍNA</b>	
Lidská práva, duševní zdraví a etika . . . . .	35
Jiří Dienstbier: Univerzalita lidských práv . . . . .	36
Ivan Duškov: Strategie reformy psychiatrické péče – reakce na současný stav . . . . .	38
Jan Jařab: Práva osob s duševními problémy – výzva pro lidská práva 21. století . . . . .	40

Anděl jí radil, jak řídit svět. Dnes chce sama pomáhat lidem nemocným schizofrenií (příběh Michaely Malé) . . . . .	43
Lucie Bankovská Motlová: Stigma duševní nemoci . . . . .	46
Kateřina Višňovská: Chcete mě? . . . . .	50
Ondřej Nezbeda: Jak dobře mluvit o smrti . . . . .	52
Kateřina Surmanová: Práva pacientů zvolna posilují. Prosazuje se umírání doma místo v nemocnici. . . . .	58
Jaromír Matějek: Etické poradenství – lékařská etika 2.0 . . . . .	62

## TEXT

Michaela Malá: Homo psychoticus . . . . .	65
Jana Šeblová: Úvahy o urgentní medicíně . . . . .	76

## RES PUBLICA

Robert Novotný: Světec, nebo kacíf? Jan Hus v proměnách století. . . . .	89
Jiří Hanák: Polínko k hranici. . . . .	91
Jiří Štický: Mámu mu popravili nacisté tři měsíce po porodu . . .	93
Jindřich Šídlo: Ze života ředitelů Ovčáčka a Kmonička. . . . .	98
Ondřej Vaculík: Omluva za nenapsaný sloupek . . . . .	100

## ORBIS PICTUS

Renata Kalenská: Doktor Afrika. . . . .	103
Andrea Zichová: Cesta do Chile. . . . .	109
Raffaella Ergasti: Jet nebo nejjet na Erasmus? . . . . .	112

## UMĚNÍ A MEDICÍNA

Ivana Štětkařová: Fragmenty života a neživota . . . . .	114
---	-----

<b>POSTSCRIPTUM</b> Jaroslava Veise . . . . .	126
---	-----

# Léčba popálenin je mnohaletá záležitost. S řadou pacientů si tykáme, říká nový přednosta popálenin

Jolana Boháčková

Robert Zajíček se nedávno stal novým přednostou Kliniky popáleninové medicíny 3. LF UK a FNKV. Přestože se jedná o nejprestižnější pracoviště ve svém oboru v rámci celého Česka a má mnohem větší spádovost než ostatní kliniky vinohradské nemocnice, tíží ji nedostatek personálu a nezáměr z řad studentů. Nejen to by chtěl nový přednosta a dlouholetý lékař kliniky změnit.

## **Chystáte ve své funkci změny? Do výběrového řízení jste se přihlásil s určitou koncepcí.**

Klinika popálenin je jedno z nejstarších specializovaných center pro léčbu popálenin ve střední Evropě. V roce 1953 byla založena a patří k největším centrům pro popáleniny ve střední Evropě. Nový přednosta by měl usilovat o to, aby klinika svou unikátnost, specifickou a tradici dokázala prodat. Zároveň by klinika měla být vnímána jako vlajková loď celé nemocnice a fakulty, protože jiné takto naprosto unikátní pracoviště léčící popáleniny v celých Čechách neexistuje.

Spádová oblast kliniky je asi 6,5 milionu lidí. Vozí k nám z celé České republiky ta nekomplikovanější traumata spojená s popálením. Ve vinohradské nemocnici nemáme žádné jiné pracoviště s tak obrovskou spádovou oblastí. Byl bych rád, kdyby se naše klinika stala výkladní skříní nemocnice a obstála v konkurenci v rámci celé Evropy.

## **A plánujete nějaké konkrétní změny?**

Objeví se celá řada novinek, ale ne nějak náhle a dramaticky. Nic nelze udělat najednou a rychle. Na klinice dlouho funguje jakýsi režim, systém s určitou tradicí, a já bych chtěl, abychom se v něčem posunuli dál, ale nehodlám okamžitě hned teď přistupovat k nějakým dramatickým krokům.

Léčíme a léčili jsme pacienty, jak nejlépe umíme. Nabízí se však otázka, zda dokážeme výsledky své práce adekvátně prodat. A to jak odborné veřejnosti v rámci vědeckého výzkumu, tak médiím a laické veřejnosti. Rád bych se víc zaměřil na prezentaci naší kliniky, ale také na šíření osvěty v oblasti prevence úrazů.

Veřejnost by měla vědět, jak léčíme pacienty, jaké mají problémy, jak se pomalu vrací do života, jak celoživotně trpí na následky popálenin, které zanechaly jak fyzické, tak mnohdy psychické stopy. Myslím, že mnoho lidí z řad veřejnosti netuší, jak naše klinika funguje, co přesně obnáší naše práce.

Léčba popálenin je dlouhodobá záležitost, kontinuální a multidisciplinární. Nejde jen o to pacienty operovat, ale pomáháme jim vrátit se zpět do života, do společnosti, dítě se musí vrátit do školy mezi spolužáky, dospělý do práce. Pacienti u nás tráví dlouhé měsíce, známe jejich příběhy a životy. Víme, jak je pro ně těžké smířit se s ná-



sledky úrazu. Jak je to pro děti těžké ve 13 letech, pak v 18 letech, jak těžké je kvůli jizvám a znetvoření třeba hledání životního partnera, první kontakt s partnerem.

#### **Pečujete tedy o pacienty i po psychické stránce?**

Máme na klinice psychologa, který se věnuje pacientům, ale i personálu a rodinám. Pro děti organizujeme prázdninové kempy, jezdíme s nimi k Černému moři, což pro ně vlastně představuje takovou psychosociální rehabilitaci. Fyzická rehabilitace nestačí.

Založili jsme při nemocnici sdružení pro pomoc popáleným dětem, které se jmenuje Bolíto. Je to jakási podpůrná skupina. Původně jsme chtěli pouze stát u jejího zrodu, dát ten prvotní impuls a pak ji nějakým způsobem zastřešovat. Samotnou podpůrnou činnost měly vykonávat rodiny našich pacientů, jako je tomu i na Západě.

Ale k mému velkému překvapení to tak vůbec nefunguje. Popáleniny jsou primárně sociální trauma, děti, které jsou rozsáhle popálené, jsou velmi často ze sociálně hendikepovaných rodin a ty absolutně nemají zájem starat se ještě o další děti. Mnohdy s obtížemi zvládají péči o vlastní dítě trpící na následky popálenin.

***MUDr. ROBERT ZAJÍČEK, PH.D.**, se nedávno stal přednostou Kliniky popáleninové medicíny 3. LF UK a FNKV. Léta na klinice pracoval jako vedoucí lékař dětského oddělení a patří k nejuznávanějším českým odborníkům na dětskou popáleninovou medicínu. Je předsedou občanského sdružení Bolíto, které pomáhá především dětským pacientům překonat fyzické, psychické i sociální potíže spojené s následky popálenin a pořádá pro ně mnoho podpůrných akcí.*

*Robert Zajíček zavítal v rámci šíření osvěty také do populárního pořadu České televize – Kluci v akci, kde vysvětlil, na co je potřeba si v kuchyni při vaření dávat pozor.*

Naštěstí se z řad našeho personálu rekrutovala skupina lidí, kteří o pacienty mají zájem a ve volném čase se činnosti sdružení věnují a pořádají pro děti různé akce. Nejen kempy, ale i víkendové pobyty či preventivní akce. Dávají zkrátka dětem něco, co jim všeobecné zdravotní pojištění neposkytne.

Dítě ze sociálně hendikepované rodiny, třeba z nějaké romské komunity, se v životě jinou cestou k moři nedostane. S občanským sdružením Bolíto s ním k moři jedeme a navíc rehabilitujeme, komunikujeme, a to samo o sobě pro něj představuje velmi pozitivní stimul. Na akcích sdružení se mísí děti s rozsáhlým popálením s méně popálenými a zdravými. Dokonce už jsme si vychovali děti, které odrostly a pracují jako vedoucí s těmi menšími dětmi. Právě tato naše činnost je podle mě důkazem, že popáleniny jsou srdeční záležitostí.

**Léčíte okolo 300 dětských pacientů ročně. Je náročně pracovat s dětmi? Myslím i psychicky.**

Pracuji s dětmi od roku 2001 a podle mě jsou děti výborní pacienti, přinášejí nám všem velkou satisfakci, velice



*Nový přednosta popálenin je zároveň předsedou sdružení Bolíto, se kterým již mnohokrát spolu s popálenými dětmi tráví čas u moře.*

dobře se s nimi pracuje, jsou bezprostřední, dobře se hojí. Práce s nimi je velice zajímavá a právě ta satisfakce ohromná. Když léčíte dítě s popáleninami na 70 procentech těla, jehož celkový stav je velice špatný, dítě je napojeno na dýchací přístroj, a tento dětský pacient se pak pozvolna výborně uzdravuje, začne znovu chodit, běhat, vrátí se domů za bráškou nebo sestřičkou, směje se a má radost, je to skvělý pocit.

Nicméně ten první kontakt s popáleným dítětem bývá pro lékaře i sestry často psychicky náročný. Ale řekl bych, že máme dobrý tým lékařů i sester, kteří se na hrůzu toho traumatu velice dobře adaptovali. Právě snad díky tomu, že už znají výsledky své dosavadní práce. Léčil se u nás například chlapec, který měl na 90 procentech těla popáleniny. Dnes s námi jezdí na kempy, tančí, baví se a my z toho máme ohromnou radost.

### **Na začátku jste zmiňoval osvětu. Jakým konkrétním způsobem byste ji chtěl šířit?**

Osvěta se skládá z několika vrstev. Za prvé se jedná o osvětu mezi laiky. Takže se vyjadřujeme do různých časopisů pro maminky, kde popisujeme, co se může stát, když nebudou

dávat pozor na své děti. Mluvíme v televizi, zvláště u příležitosti jako je Silvestr nebo čarodějnice. Rozdáváme letáky.

Ale snažíme se maximálně zasáhnout také odbornou veřejnost, konkrétně záchranné složky. Potřebujeme, aby se k nám pacienti dostávali včas a správně zajištěni. Naše spádová oblast je velká a myslím si, že ne všichni pacienti se k nám dostanou adekvátně zajištěni od prvního kontaktu se zdravotníky a včas. První hodiny jsou pro pacienta nejdůležitější, doslova kritické. Stejně je, jak se k němu zachovají zdravotníci hned při prvním kontaktu, jak je krytá popálená plocha, jak rychle se k nám vůbec dostane. Právě v tom má systém trochu rezervy. Proto se snažíme a budeme se ještě intenzivněji snažit v rámci přednemocniční péče působit na lokální nemocnice a záchrannou službu.

Za jeden z nejdůležitějších úkolů považuji právě to, abychom vyjžděli za lékaři do lokálních nemocnic a konzultovali s nimi naše společné problémy. Vysvětlovali jim naši představu, jak by měl být pacient zajištěn a zaléčen.

**Popáleniny patří k výrazně mezioborovým disciplinám. Plánujete nějak rozvíjet právě vztahy s jinými lékařskými obory?**

Naši pacienti nejen že mají velmi těžké popáleniny, ale mají i různé další závažné komplikace, infekce, jsou připojeni na dýchací přístroje. Trpí celou řadou různých problémů, které zasahují do mnoha dalších oborů. Spolupracujeme s anesteziology, intenzivisty, rehabilitačními lékaři, neurology či mikrobiology. Péče o popálené pacienty je multidisciplinární. Zajímavost naší práce tkví právě v tom, že jsme v kontaktu s řadou různých odborníků v rámci nemocnice i v rámci fakulty.

Průsečíků najdeme celou řadu a chtěli bychom to využít k užší vědecké spolupráci, ke spolupráci na vědeckých projektech fakulty. Vidíme spoustu styčných bodů a rádi bychom využili zázemí lékařské fakulty a celého vědeckého týmu. Chtěli bychom naši kliniku otevřít novým postupům, přístupům, názorům.

### **Nemáte na klinice žádné docenty. Je málo lidí, kteří by se chtěli věnovat popáleninám?**

Máme personální krizi, je nás tady opravdu málo. Popáleniny patří k velmi specifickým oborům. Paní profesorka Königová vždycky říkala, že popáleniny nemohou dělat normální lidé. Podle studií, o kterých profesorka hovořila, vydrží lékař na popáleninách pět let. Celá řada našich lékařů tuto dobu výrazně překračuje.

Vzdělávací systém k nám nové lidi moc netáhne, právě proto, že se jedná o super specializovanou práci, nastavenou nad atestace. Pokud už se někdo jednou stane anesteziologem, chirurgem nebo dětským chirurgem, tak už to zkrátka umí a nechce zase někde začínat znovu. Navíc mají lékaři možnosti pracovat v zahraničí, takže nabídka míst pro zmiňované chirurgy či anesteziology je opravdu široká. Na naši kliniku pak přicházejí skuteční fandové. Všichni naši zaměstnanci berou svou

práci jako srdeční záležitost. V tom je naše oddělení naprosto unikátní.

### **Jak jste se dostal k popáleninám vy?**

Pracoval jsem na všeobecné chirurgii, kde jsem dosáhl atestace prvního stupně z všeobecné chirurgie, ale mimo Prahu. Chtěl jsem se však vrátit do Prahy a tady na popáleninách se uvolnilo místo. Takže jsem nastoupil a zkrátka mě to, jak se říká, chytlo.

### **Máte s pacienty ve srovnání s lékaři jiných oborů velmi osobní vztah. Líbí se vám na vaší práci právě toto?**

U nás leží pacienti s rozsáhlými popáleninami půl roku, rok. Známe jejich rodiny, víme o nich úplně vše. Těžko jim pak můžeme říct: „Ahoj, už se nikdy nevidíme.“ Nemůžeme je úplně odříznout. Ti pacienti zůstávají mezi námi napořád. Často si s nimi tykáme, protože se opravdu známe dlouho. Malé děti, které nám tykaly, protože jsme pro ně strejdivé a tety, mezitím dospěly, ale kvůli trvalým následkům docházejí stále k nám na ambulanci, a tykají nám dál. Zůstali jsme pro ně strejdy a tetami.

Myslím, že právě tento osobní přístup, který v některých oborech medicíny už nevidíme, by mohl lákat mnoho mladých a nadšených studentů. Navíc tady mají šanci dostat moderní a praktické informace o zajímavém tématu a zajímavých pacientech. Tuto možnost studenti jiných lékařských fakult nemají. Můžeme našim studentům nabídnout skutečnou konkurenční výhodou. Přesto studenti na přednášky příliš nechodí a popáleniny je nelákají. Nevím, čím to je. Zda špatně přednášíme nebo je chyba někde ve vzdělávacím systému. My si kontaktu se studenty velmi vážíme. Jsou to otevření mladí lidé, často nadšení a plní elánu. Komunikace s nimi nás vždycky oživí a baví nás.

# Květnová konference představila více než 70 vědeckých projektů studentů 3. lékařské fakulty

Romana Šlamberová, koordinátorka Studentské vědecké konference

Každoroční květnová Studentská vědecká konference 3. lékařské fakulty UK je za námi. Již čtvrtým rokem ji zahajovala „čestná“ přednáška, tentokrát na téma „Moderní molekulární metody a souputníci našich těl“ v podání prof. Julia Lukeše. Příspěvek sklidil bouřlivý potlesk a vyvolal bohatou diskuzi. Jako poděkování od studentů obdržel profesor Lukeš čestný diplom z rukou profesora Anděla.

Letošní konference představila také několik novinek. K „čestné“ přednášce přibyla ještě přednáška „docentská“, kterou přednesl doc. Jan Polák na téma „Vede spánková apnoe k diabetu?“, a přednáška zahraničního hosta dr. Sonny Dhananiho z Critical Care, Children's Hospital of Eastern Ontario na téma „My way towards the research of physiology of dying“.

Vzhledem k velkému nárůstu prezentací v posledních letech, letos se počet prací vyšplhal na úctyhodných 74, jsme poprvé uskutečnili také posterovou sekci, v rámci níž studenti prezentovali většinu prací. Formou přednášky byly předneseny ty nejkvalitnější práce z různých oborů. O rozdělení prezentací do osmi kategorií (čtyři přednáškové – bakalářská, teoretická, klinická a postgraduální, a stejné čtyři kategorie posterové) rozhodla odborná komise.

Letos jsme nově zavedli také cenu děkana. Ten na základě abstrakt a prezentací zvolil jednu práci, která ho nejvíc zaujala, a té udělil ocenění v hodnotě 10 tisíc korun, stejně jako

obdrželi studenti za své práce na prvních místech ve výše zmíněných kategoriích.

Další novinkou byla cena diváka. Všichni zúčastnění měli možnost hlasovat pro jakoukoli ústní či posterovou prezentaci a vítěz zvolený diváky obdržel iPad. Tutéž věcnou cenu získal jeden vylosovaný hlasující divák.

V neposlední řadě jsme v rámci SVK zařadili i workshop pro studenty se zájmem o vědu. Měl posloužit především studentům nižších ročníků, kteří se mohli seznámit s možnostmi vědecké práce na naší fakultě.

Prezentující studenti byli hodnoceni podle předem definovaných kritérií body od jedné do desíti, přičemž jedna představuje nejhorší a deset nejlepší ohodnocení. Maximální počet bodů od jednoho hodnotitele činil 30. Body všech členů komise se pak sčítaly a na základě dosaženého bodového ohodnocení bylo stanoveno pořadí pro každou sekci zvlášť.

Na rozdíl od předchozích let, kdy za své práce získalo finanční odměnu 12 prezentujících, letos jejich počet vzrostl na 15 a k tomu ještě přibýly zmíněné dvě věcné ceny. V posterové sekci (kromě bakalářů) peníze získali studenti za první až třetí místo, v přednáškové sekci jen za první místo. Kromě finanční odměny 10 tisíc korun (bakaláři 5 tisíc korun) obdrželi vítězové také šek v hodnotě tisíc korun na nákup od firmy Megabooks ([www.megabooks.cz](http://www.megabooks.cz)). Druhé

místo v posterové sekci bylo oceněno částkou 5 tisíc korun a třetí místo částkou 3 tisíce korun. Finance na ocenění prací i peníze na zajištění celé konference jsme získali z projektu Specifický výzkum, stejně jako loni od Univerzity Karlovy.

Nárůst sekcí s sebou přinesl i nutnost úpravy komisí.

Komise pro rozdělení příspěvků: **prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.;** **prof. MUDr. Miloslav Kršiak, DrSc.;** **prof. MUDr. Pavel Kalvach, CSc.**

Komise – přednášky teoretická a klinická sekce: **prof. MUDr. Ivan Rychlík, CSc.;** **doc. MUDr. Miloslav Franěk, Ph.D.;** **PharmDr. Magdaléna Šustková, CSc.;** **doc. RNDr. Ing. Petr Tůma, Ph.D.;** **doc. MUDr. Zuzana Motovská, Ph.D.**

Komise – přednášky postgraduální a bakalářská sekce: **prof. RNDr. Eva Samcová, CSc.;** **prof. MUDr. Josef Stingl, CSc.;** **doc. MUDr. Pavel Kraml, Ph.D.;** **doc. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc.;** **doc. MUDr. Jana Málková, CSc.**

Komise – postgraduální poster: **prof. RNDr. Jan Kovář, DrSc.;** **prof. MUDr. Lucie Bankovská Motlová, Ph.D.;** **prof. MUDr. Miloslav Kršiak, DrSc.**

Komise – pregraduální poster: **doc. MUDr. Petr Toušek, Ph.D.;** **MUDr. Klára Bernášková, CSc.;** **Mgr. Marek Vácha, Ph.D.;** **MUDr. Jan Trnka, Ph.D.**

## Výsledky:

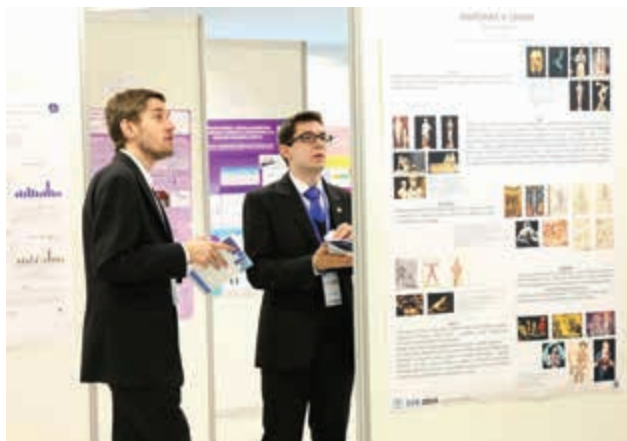
### **Teoretická sekce – přednášky**

1. **Tomáš Herma** (školitel doc. David Kachlík): Operační přístup do karpometakarpového kloubu palce ve vztahu k průběhu superficialis nervi radialis: anatomická studie s klinickými aplikacemi)
2. **Lukáš Kadeřábek et al.** (školitel MUDr. Tomáš Páleníček): Srovnání subkutánní a inhalační aplikace THC a kanabidiolu u potkana a jejich vliv na kvantitativní EEG
3. **Eliška Selingerová** (školitelka doc. Marie Černá): Epigenetické modifikace HLA genů II. třídy u diabetu 1. typu

### **Klinická sekce – přednášky**

1. **Jan Boček, Adéla Pavlíková** (školitel doc. Filip Málek): Vliv renální denervace pomocí metody zaměřeného terapeutického ultrazvuku na úroveň krevního tlaku a některé metabolické parametry u nemocných s esenciální farmakorezistentní arteriální hypertenzí
2. **Jan Kolčava** (školitelé MUDr. Tomáš Peisker, RNDr. Helena Kopřivová): Vliv hyperhomocysteinémie na klinický a radiologický nález u pacientů s ischemickým onemocněním mozku
3. **Pavel Smetana, Šimon Schagerer** (školitel MUDr. Pavel Studený): Změna astigmatismu zadní plochy rohovky vlivem rohovkového řezu u operace katarakty





### Postgraduální sekce – přednášky

1. **MUDr. Martin Holek et al.** (školitel doc. Jiří Kettner): Procalcitonin u pacientů s mechanickou srdeční podporou
2. **MUDr. Josef Fontana et al.** (školitelé prof. Michal Anděl, prof. Zuzana Červinková): Analog GLP-1 liraglutid nezhoršuje viabilitu buněk a parametry oxidačního stresu v primárních kulturách hepatocytů
3. **MUDr. Pavol Mikoláš et al.** (školitelé doc. Tomáš Hájek, MUDr. Filip Španiel): Diagnostická klasifikace pacientů s první epizodou psychózy pomocí strojového učení

### Bakalářská sekce – přednášky

1. **Petra Petrová** (školitelka Mgr. Petra Křížová): Nevidomý pacient v ordinaci DH
2. **Natalija Holubová** (školitelka Mgr. Renata Vytejková): Spolehlivost teploměrů používaných ve zdravotnictví
3. **Monika Slašťanová** (školitelka Mgr. Pavla Formanová): Využití computerové kineziologie u pacientů s dorsálními hrudní páteře

### Teoretická sekce – postery

1. **Veronika Fundová** (školitelka RNDr. Lenka Sadílková): Vakcinační potenciál tepelně ošetřených nádorových linií pro léčbu rakoviny
2. **Jakub Švec, Matěj Falc** (školitel MUDr. David Marx): Bezpečná komunikace ve zdravotnictví – využívání tlumočnických služeb při komunikaci s cizinci v nemocničních ambulancích
3. **Martina Štoková, Nikola Hrouzková** (školitel MUDr. David Marx): Analýza rizik záměny pacienta ve zdravotnické dokumentaci

### Klinická sekce – postery

1. **Martina Nemčoková** (školitelé MUDr. Deli Křížová, MUDr. Pavel Studený): Vliv pooperačního astigmatismu na pseudoakomodaci a schopnost čtení
2. **David Adam** (školitelka MUDr. Eva Vaníčeková): Empatie u dětí žijících v centrech pro děti vyžadující okamžitou pomoc
3. **Vendula Svobodová** (školitel MUDr. Jan Hajer): Diagnostika novotvarů pankreatu: ESU-FNAB a klíšťová biopsie pod kontrolou ERCP

## Postgraduální sekce – postery

1. **Mgr. Michaela Viktorinová, M.Sc. et al.** (školitel MUDr. Martin Brunovský): Elektrofyziologické koreláty emočních neuronálních okruhů u pacientů s bipolárně afektivní poruchou v remisi a zdravých dobrovolníků
2. **Mgr. Jana Kračmerová** (školitelka Mgr. Lenka Rossmeislová): Aktivace adaptivního imunitního systému při obezitě a během dietní intervence
3. **MUDr. Peter Ivák** (školitel doc. Ivan Netuka): Minimálně invazivní explantace dočasné pravostranné mechanické srdeční podpory

## Bakalářská sekce – postery

1. **Jana Smažíková** (školitelka Mgr. Petra Křížová): Komunikace s pacientem s postižením sluchu v zubní ordinaci
2. **Hana Dvořáková, DiS.** (školitelka Mgr. Renata Vytejšková): Sprchování bércových vředů – ano či ne?
3. **Vendula Nováková** (školitelka MUDr. Iva Lekešová): Těhotné ženy a jejich informovanost o orálním zdraví

## Cena děkana

**Mgr. Kolářová Michala et al.** (školitelé: RNDr. Jan Říčný, doc. Aleš Bartoš): Naturally occurring antibodies against protein associated with Alzheimer disease

## Cena diváků

**Vendula Nováková** (školitelka: MUDr. Iva Lekešová): Těhotné ženy a jejich informovanost o orálním zdraví

Stejně jako v předchozích letech byl vydán náš sborník abstraktů v tištěné a elektronické verzi, kde najdete abstrakty ke všem představeným projektům. Link: ([http://www.lf3.cuni.cz/3LF-209-version1-2015\\_sbormik\\_svk.pdf](http://www.lf3.cuni.cz/3LF-209-version1-2015_sbormik_svk.pdf)).

# Fakulta přijala nové studenty

Každý rok se v červnu na 3. lékařské fakultě UK koná přijímací řízení na magisterské a bakalářské studium. Vždy se hlásí několik tisíc uchazečů, kteří se chtějí stát lékaři a zdravotními sestrami. Je to náročný čas nejen pro uchazeče, ale i pro celou fakultu. Vytvořit zázemí pro celkem tři tisíce zájemců o studium a neudělat chybu v prezentaci ani ve vyhodnocení testů vyžaduje přesnost, pevné nervy a osobní nasazení.

3. lékařská fakulta se již několik let drží na předních místech v žebříčcích oblíbenosti u studentů, a proto i zájem o studium na 3. LF každoročně stoupá. Letošního přijímacího řízení o magisterské studium všeobecného lékařství se zúčastnilo celkem 1506 uchazečů a na základě výsledků písemného testu z biologie, fyziky a chemie jich do druhého kola postoupilo 300. Z rozhodnutí děkana fakulty bylo k magisterskému studiu nakonec přijato celkem 195 uchazečů.

Fakulta však otvírá i jiné obory. Ke studiu oboru všeobecná sestra přijala do prezenční formy studia 60 uchazečů, do kombinované 51 uchazečů. 26 zájemců přijala ke studiu fyzioterapie a 27 ke studiu oboru dentální hygienistka. Obor veřejné zdravotnictví by mělo prezenčně začít studovat 18 uchazečů, kombinovanou formou 28. Celkem fakulta v září uvítá 405 nových studentů.



# Sekvenování lidského mikrobiomu znamená podle profesora Lukeše skutečný převrat v medicíně. Dala by se díky mikrobiomu štíhlých lidí eliminovat obezita?

Jolana Boháčková

V rámci studentské vědecké konference vystoupil na 3. lékařské fakultě také světově uznávaný parazitolog Julius Lukeš. Ve svém příspěvku se od sekvenování lidského genomu dostal také k sekvenování lidského mikrobiomu, jehož znalosti mohou být podle něj pro lidský organizmus a zdraví stěžejní. Stejně tak přítomnost některých druhů parazitů, z jeho pohledu komenzálů (organizmů, pro které je život v lidském těle prospěšný, a přitom hostiteli – člověku – nijak neškodí).

„Mikrobiom a sekvenování DNA patří k tématům, která se zatím na lékařských fakultách trochu opomíjejí. Především proto, že se extrémně dynamicky vyvíjejí. To, co platilo před deseti lety, je dnes již úplně přepsáno. Co je v učebnicích fyziky, bude zřejmě platit i za 50 let. V biologii to však neplatí,“ uvedl přednášku profesor Lukeš. Osekvenovat lidský genom se zdálo být ještě před dvaceti lety téměř nedosažitelné. Když o tom kdysi hovořil Bill Clinton, odhadovalo se, že osekvenování celého genomu přijde zhruba na dvě miliardy korun. Zabývaly se tím tehdy dvě společnosti. Dnes dokážou specializované laboratoře přečíst celý lidský genom za dva tisíce dolarů. A ceny neustále klesají. Pravděpodobně bude během

několika desítek let sekvenováno DNA všech lidí, bude to standardní úkon, nicméně bude důležité se v nově nabytých informacích umět orientovat a rozumět jim.

Aby šel profesor Lukeš příkladem, nechal si také osekvenovat genom, tedy část genomu. Informací získal poměrně mnoho. Paranoia, že pojišťovací společnosti budou znát náš genom a vypočítají nám výši pojištění, je dle jeho názoru naprosto zbytečná. Ze svého genomu se dozvěděl mnoho informací. Například výčet chorob, u nichž existuje zvýšené riziko, že bych jimi mohl onemocnět. Třeba rakovina prostaty. Vzhledem k tomu, že ji měl jeho tatínek a strýc, měl by se v tomto ohledu hlídat. Tyto informace jsou důležité i pro naprosté laiky. Mohou to být informace, které člověku prodlouží život.

„Mimočodem zaplatil jsem sekvenování genu také manželce a objevila se u ní zvýšená pravděpodobnost, že by mohla onemocnět Alzheimerovou chorobou. Než na informaci kliknete, objeví se otázka, zda opravdu chcete informaci znát. Jakmile kliknete, že ano, objeví se také telefonní číslo na psychiatra, který je na lince 24 hodin denně, abyste si s ním případně mohli popovídat. Část informací může být skutečně poměrně citlivá,“ upozornil vědec.



**Prof. RNDr. Julius Lukeš, CSC.**, vystudoval Přírodovědeckou fakultu Univerzity Karlovy v Praze. Je ředitelem Parazitologického ústavu AV ČR v Českých Budějovicích a je profesorem na Přírodovědecké fakultě Jihočeské univerzity. Zabývá se funkční genomikou prvků, tripanozónami a molekulární biologii. Pracoval rovněž na amsterodamské univerzitě a na kalifornské univerzitě v Riverside a v Los Angeles.

Další zajímavou informací, kterou lze získat sekvenováním genomu, je takzvaná „drug response“. Léky, které jsou správně poskytnuty, avšak pacient na ně nereaguje, stojí spoustu peněz a spoustu životů. Díky sekvenování lze zjistit celou řadu informací o tom, jaké léky by měl pacient dostat. Pokud bude mít každý lékař možnost jednoduše kliknout na počítači a vidět, jaké léky pacient nemá dostat, ušetří se miliardy.

„Ze svého genomu jsem se dozvěděl i spoustu zábavných věcí. Například, jaké mám vlasy, zda mám ušní maz suchý nebo vlhký a podobně. Většina odpovídala realitě. Porovnává se také, do jaké míry jste Evropan, odkud pocházejí rodiny vašich rodičů. Já jsem zjistil, že moje maminka pochází z Pobaltí a tatínek ze Sicílie, k tomu se ješ-

tě objevilo několik signálů z Turecka,“ pokračoval Lukeš. V Čechách existuje společnost vedená molekulárním biologem Markem Minárikem, která se zabývá převážně paternitou. Marek Minárik mimo jiné říkal, že zhruba před deseti lety mnoho lidí, kteří se domnívali, že mají modrou krev, chtělo znát, odkud pocházejí. A když se ukázalo, že například z Ukrajiny nebo z Východu, tvrdili, že je to celé špatně, že jsou podváděni. Zkrátka často informace, které člověk zjistí, neodpovídají jeho očekávání.

Díky sekvenování je možné přivádět zpět vyhynulé druhy. Vědci by mohli například znovu stvořit mamuta, na což už skutečně existují vědecké projekty. Komplikovanější by bylo, kdyby stvořili například Neandrtálce, jelikož jeho sekvenci už také znají. Nutně by následovala etická diskuze, co pak bude s Neandrtálcem. Bude to zvíře nebo člověk?

Sergej Brin, jeden ze zakladatelů společnosti Google, dal své manželce biologce 100 milionů dolarů, aby ji prý nějak zabavil. Ona založila společnost 23andMe, která sekvenuje lidský genom, tedy jeho části, dnes už jen za pouhých 99 dolarů. Společnost však má problémy. „Je to příklad toho, jak technologie často předhání etický stupeň uvažování,“ upozorňuje profesor Lukeš. Firma totiž přišla se službou nazvanou „design baby“, což znamená, že zájemcům dokáže předpovědět, jakou například barvu očí budou mít jejich děti. A to je samozřejmě velice nebezpečné. Celá záležitost se dostala k soudu. Firma zvažovala, zda převést svou činnost do Evropy, ale v Evropě se teď diskutuje, jestli bude možné, zda bude mít jedinec vůbec právo poskytovat DNA, komu chce. „Podle mě je to diskuze. Jedná se o moje tělo a můj majetek,“ myslí si vědec.

Sekvenování DNA zkrátka přináší obrovské, téměř nepředstavitelné možnosti. O bioinformatiky, kteří poro-

zumí lidské DNA a dokážou ji analyzovat, bude obrovský zájem. V USA už tento zájem výrazně převyšuje nabídku.

## Od genomu k mikrobiomu

Zajímavé informace však nenese pouze genom, ale také mikrobiom, někdy nazývaný „zapomenutý orgán“ (dnes by se dalo říct „znovu objevený sekvenačními metodami“). Označují se jím primárně bakterie, prokaryoty v lidském těle. A právě těchto cizích buněk je v těle až desetkrát víc než vlastních buněk. Což je klíčový element, lidé v sobě nosí tedy řádově mnohem více genů, než je těch 23 lidských. Naprostá většina bakterií žije v trávicím traktu a lidé o nich vědí minimum. A tuto informace bude nutné brát v medicíně v potaz. Stejně jako si kdokoli může nechat sekvenovat svůj genom, tak si může nechat sekvenovat mikrobiom. V Americe už fungují společnosti, které mikrobiom sekvenují.

Do nedávna se pracovalo jen s několika desítkami druhů, které se daly kultivovat. Ty ovšem představují jen zlomek z celkového počtu bakterií v těle. „Nyní existuje možnost odebrat stolici a najednou veškeré bakterie, celý mikrobiom sekvenovat. To přináší naprosto nové možnosti a prozatím nikdo neví, jaký by mohly mít tyto informace dopad,“ popsal profesor Lukeš.

„V rámci této místnosti se lidé od sebe geneticky liší jen minimálně. Nepatrně by se ten rozdíl zvýšil, kdyby se k nám připojil například Papuánc. Nicméně člověk je extrémně homogenizovaný druh a sekvenační rozdíly mezi lidmi jsou velmi malé. Abychom se o rozdílech mezi lidmi něco dozvěděli, musí se sekvenovat obrovské množství informace,“ vysvětlil profesor. V mikrobiomu se však lidé v rámci stejné místnosti mohou lišit velice dramaticky. Co teprve rozdíly mezi různými národy a lidmi z různého kulturního prostředí. Například Japonci mají ve střevě

Prof. Lukeš je znám na veřejnosti mimo jiné tím, že v roce 2013 snědl vajíčka tasemnice, aby zjistil „na vlastní kůži“, jak ovlivní jeho střevní mikroflóru a zdravotní stav. Byl přesvědčen, že obavy z tasemnice jsou přehnané, protože v dnešní civilizované společnosti mají lidé dostatek jídla i dostatek vitamínů, takže by jim parazit neměl výrazněji škodit.

Nebyl ale prvním českým vědcem, který na vlastním těle vyzkoušel soužití s tasemnicí. V roce 1976 podobný pokus provedl doktor Štěrba z Akademie věd. Chtěl zjistit, zda platí představa, že díky tasemnici lidé zhubnou. Popsal však, že během několika měsíců začal mít zvýšenou chuť k jídlu a naopak přibral sedm kilogramů. Když se po roce rozhodl parazita vypudit, měřila tasemnice už šest metrů.

mikroby, které jim pomáhají trávit sushi. Češi sushi nikdy nejedli a tyto mikroby nikdy nepotřebovali, čili je ani nemají. A jistě bude existovat spousta dalších „kulinářsky specifických“ genů. V mikrobiomu se bude lišit ten, kdo neopustil Českou republiku, a ten, kdo dostal intenzivní průjmy v Indii a Malajsii. Lidé se budou lišit tím, od koho mikrobiom dostali. Primárně jej totiž dostávají od svých matek.

Poměrně málo se liší mikrobiom mezi myši a člověkem, což pro vědu představuje významné testovací možnosti. Dá se předpokládat, že mnohá data budou přenosná aspoň do jisté míry na člověka. Například existují skupiny bakterií, které se nacházejí u obézních lidí, jiné bakterie jsou zase spojovány se štíhlostí. Vědci prováděli pokusy, při kterých vzali mikrobiom obézního člověka a dali ho myši. Myš ztloustla. Potom tento mikrobiom odstranili a dali jí mikrobiom štíhlého člověka. Myš skutečně zhubla. „Dovedete si představit, co tato informace udělá s farmaceutickými firmami? Jistě už někde v tichosti běží intenzivní výzkum,“ napadlo vědce.

Lékařské zásahy do mikrobiomu se už provádějí, a to aplikací antibiotik. Každé antibiotikum mikrobiom mění a nabízí se otázka, zda se někdy vrátí do původního stavu. Existují studie, podle kterých antibiotika podaná dítěti do jednoho roku věku jeho mikrobiom změni nenávratně.

Mikrobiom může hrát svou roli i v oblasti alergií. Lékaři a vědci si všimli prudkého nárůstu alergií a různých chorob v populaci bohatého světa v posledních 20 až 40 letech. Primárně byl tento stav spojován s chemií, s chemikáliemi v prostředí a potravinami. Svou roli však hraje i posun mikrobiomu. Čím pestřejší mikrobiom člověk má, tím lépe. Chlapec známý jako „chlapec z bubliny“ neměl žádný mikrobiom a nemohl být vystaven vnějšímu světu, dožil se 12 let.

Mikrobiom lze přenést transplantací stolice. V Čechách se už fekální transplantace provádějí, ale pracovišť zatím není mnoho. Ve Spojených státech, kde se nacházejí na špici výzkumu, se provádějí větší klinické pokusy a zjišťuje se, jak moc by se daly transplantace komerčně využít. Obézní lidé by si kupovali mikrobiom štíhlých v naději, že zeštíhlí. Dokonce se otvírá první banka, kde je uložena stolice. Na webových stránkách té banky se píše, že prodávají „best quality staff“. „Nicméně situace je poměrně nejasná. FDA (Food and Drug Administration) chce, aby veškerá stolice byla testována na viry a podobně, což se však prodražuje. Existují ale hnutí, která tvrdí, že stolice je náš majetek. Proč by mi měl někdo zakazovat dát stolici svému kamarádovi,“ myslí si profesor.

## **Eukaryoty, paraziti, komenzálové**

V lidském těle žijí také eukaryoty, plísně, paraziti a různé komenzálové. Na ty se v posledních letech poněkud pozapomnělo, protože lidé je více méně všechny vyhubili. V této souvislosti však byla formulována hygienická hypotéza, podle které v populaci prudce narostl výskyt

některých chorob. Je možné, že se to stalo právě kvůli eliminaci eukaryot.

Stolice Jihoameričana z pralesa a Američana z USA se mnohem víc liší, než stolice Jihoameričana z pralesa a Afričana z Malawi. Ukazuje se, že moderní způsob života v industriální společnosti mění lidský mikrobiom, ale úplně ho nelikviduje. Zatímco parazité jsou mnohem zranitelnější, mají složitý životní cyklus a ten, když se nějakým způsobem přeruší, parazity eliminuje. Proto existují názory, že zvýšený výskyt některých chorob je zapříčiněn eliminací parazitů.

Bill Gates financoval rozsáhlou dehelmintizaci (odčervení) obyvatel Ghany. Akce byla úspěšná, děti se zbavily mnoha parazitů, ale posléze se začaly objevovat choroby, se kterými se tam lékaři do té doby nesetkali. V Africe se rovněž prakticky nevyskytuje autoimunitní onemocnění. Lékaři se do Afriky vypravili, aby zjistili, jestli je to způsobeno nedostatečnou diagnostikou, nicméně se ukázalo, že autoimunitním onemocněním tam skutečně nikdo netrpí.

„Podle mě lze některé střevní parazity requalifikovat na střevní komenzály. Je to podobné jako u slonů v savaně. Když vyvraždíte slony v savaně, nic zásadního se nestane, ale savana přeroste a úplně se změní. A i některé eukaryoty jsou jako ti sloni, jenže ve střevě. Likvidují některé bakterie a tím ovlivňují mikrobiom. Když je odstraníme, mikrobiom začne přerůstat. Ostatně střevní komenzálové s námi žili statisíce let, velice efektivně jsme je eliminovali v posledních padesáti letech a je možné, že jsme vylili z vaničky s vodou i dítě,“ dodal Julius Lukeš. Měli bychom začít provádět pokusy a zjišťovat, zda někteří parazité nejsou ve skutečnosti komenzálové. Co všechno podrobně znalosti mikrobiomu a parazitů v lidském těle mohou přinést, zatím zůstává velkou neznámou.

# Prezident odmítl jmenovat tři profesory. Co na to profesori 3. lékařské fakulty?

Jolana Boháčková

Prezident Miloš Zeman odmítl v květnu jmenovat tři profesory. Ivana Oššádala kvůli údajné spolupráci s StB, Jana Eichlera kvůli jeho předlistopadovému působení v propagandistických útvarcích československé armády, na Jiřím Fajtovi mu vadilo, že jako ředitel Národní galerie navrhoval, aby mu byly vypláceny odměny ze sponzorských darů z komerční sféry. Co si o počínání prezidenta myslí profesori 3. lékařské fakulty?

## Lucie Bankovská Motlová <sup>1</sup>

přednostka Oddělení lékařské psychologie, Kliniky psychiatrie a lékařské psychologie 3. LF UK

**Shledáváte jeho důvody za oprávněné a souhlasíte s jeho postupem?**

Neshledávám a nesouhlasím.

**Vnímáte jednání prezidenta Zemana jako cílené vměšování se do akademických svobod?**

Ano.

**Upřednostnila byste, kdyby profesory jmenovaly univerzity?**

Ano, necht' profesory jmenuje rektor.

## Milena Černá <sup>2</sup>

přednostka Ústavu obecné hygieny 3. LF UK

**Shledáváte jeho důvody za oprávněné a souhlasíte s jeho postupem?**

S postupem prezidenta rozhodně nesouhlasím, ale z jeho předchozího jednání se dalo usuzovat, že si svůj postup již jednou vyzkoušel, zalíbil se mu a tak v něm bude pokračovat, dokud mu to bude procházet. Pokud je systém habilitačního a jmenovacího řízení na UK nastaven současným způsobem a adeпти splňují veškeré požadavky, pak považují za nefér vytahovat pomyslné staré prohřešky, které s tímto řízením po více než 25 letech od politických změn nesouvisí.

**Vnímáte jednání prezidenta Zemana jako cílené vměšování se do akademických svobod?**

Nemyslím si, že by mu primárně šlo o vměšování do akademických svobod. Domnívám se, že prezidenta prostě



tější, že může provokovat a tím kritizovat zavedené postupy a nacházet slabá místa, kde by se jeho provokativní přístup mohl uplatnit. Nakonec tento svůj přístup uplatňuje i v jiných záležitostech – viz hledání Peroutkova článku.

### **Upřednostnila byste, kdyby profesory jmenovaly univerzity?**

Spíše se přikláním k současnému způsobu, a to pro jeho tradici. Může to být ale i tím, že jsem staromilec (nebo spíše staromilka) a domnívám se, že každý zásah do celkem fungujícího systému může vyvolat zmatky a problémy.

### **Petr Havránek <sup>3</sup>**

přednosta Kliniky dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a FTNSP

### **Shledáváte jeho důvody za oprávněné a souhlasíte s jeho postupem?**

Procedura jmenovacího řízení profesorem se řídí zákonnými úpravami a vnitřními předpisy vysokých škol. Je tedy problematické, aby výsledky takového řízení mohly být subjektivně korigovány. Proto ani nemohu souhlasit s postupem pana prezidenta.

### **Vnímáte jednání prezidenta Zemana jako cílené vměšování se do akademických svobod?**

Konkrétní důvody jednání pana prezidenta neznám, ale ve výsledku jistě působí jako omezování akademických svobod. A nejen to, posiluje dojem právní nejistoty.

### **Upřednostnil byste, kdyby profesory jmenovaly univerzity?**

Domnívám se, že postavení profesora vysoké školy je v současném vzdělávacím systému naší republiky natolik významné, že zaslouží stejnou pozornost jako například jmenování soudců, nebo generálů armády. Proto by bylo vhodné, aby jmenování profesorů nadále příslušelo úřadu prezidenta republiky.

### **Cyril Höschl <sup>4</sup>**

ředitel Národního ústavu duševního zdraví, přednosta Kliniky psychiatrie a lékařské psychiatrie 3. LF UK

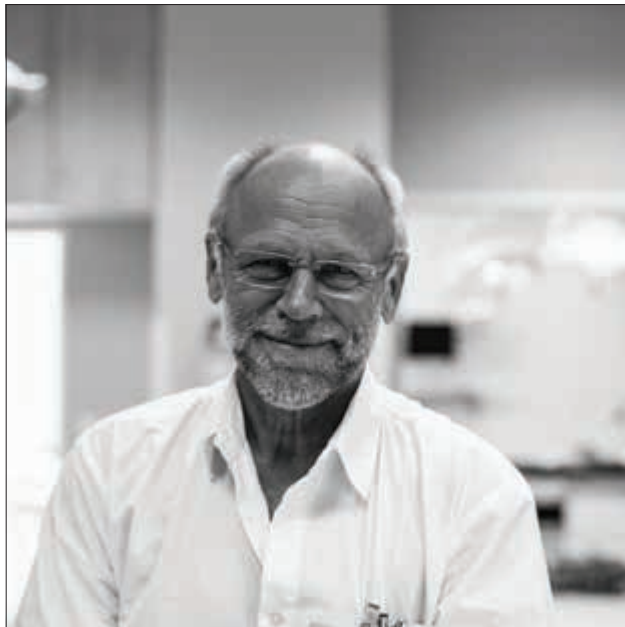
### **Shledáváte důvody prezidenta za oprávněné a souhlasíte s jeho postupem?**

To jsou dvě různé otázky: prezidentovy důvody chápu, ačkoli jsou možná přinejmenším u dvou ze jmenovaných zástupné, ale s jeho postupem nesouhlasím. K té první otázce: je ostudou vysokých škol, že si neudělají pořádek v mravních kritériích na profesorské kandidáty. Estébáctví a rozvředčictví v komunistické armádě už jim sice dneska nevadí, ale to je špatně. Na druhou stranu od prezidenta, který má nebo měl kolem sebe různé Šloufy, Mynáře, redaktory Haló novin a Lukoily, je to zjevná lichoměrnost. K té druhé otázce: prezident není kádrovák a tato jeho role není v celé proceduře kodifikována. Proto s jeho postupem nelze souhlasit.

### **Vnímáte jednání prezidenta Zemana jako cílené vměšování se do akademických svobod?**

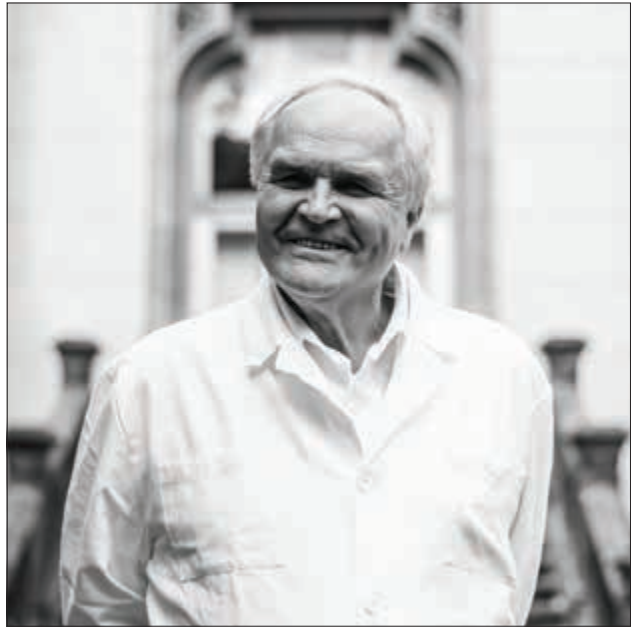
Ani ne. Vnímám to jako předvídatelný úlet ve snaze zabránit jmenování Jiřího Fajta.

### **Upřednostnil byste, kdyby profesory jmenovaly univerzity?**





5



6



7



8

Dříve ne, ale nyní již ano, a to ze dvou důvodů: za prvé proto, že stát nedokázal udržet kritéria jmenovacího řízení srovnatelná mezi vysokými školami, a za druhé proto, že prezidentské posvěcení je skutečně asi anachronismem. Ten první důvod je důležitější – není přece možné, aby profesor vygenerovaný nějakou vyšší dívčí Pepy Vomáčky v Horní Dolní měl stejné celostátní posvěcení a kredit jako profesor například z Masarykovy nebo Karlovy univerzity. Příležitost udržet úroveň profesorských titulů už tato společnost bohužel promarnila, takže nezbývá než přejít k systému, v němž profesory jmenuje univerzita, a je to vlastně funkční místo spíš než šlechtický titul.

### **Martin Krbec** <sup>5</sup>

přednosta Ortopedicko-traumatologické  
kliniky 3. LF UK a FNKV

#### **Shledáváte jeho důvody za oprávněné a souhlasíte s jeho postupem?**

Nesouhlasím.

#### **Vnímáte jednání prezidenta Zemana jako cílené vměšování se do akademických svobod?**

Ano, vnímám.

#### **Upřednostnil byste, kdyby profesory jmenovaly univerzity?**

S touto otázkou to vnímám složitější. I vzhledem k tomu, že naši univerzitu založil panovník svojí vůlí zcela osobně vyjádřenou, považují fakt, že její profesory jmenuje hlava státu, za určitou výsadu této instituce (ovšem dnes systémově rozšířenou na všechny vysoké školy). Podpis prezidenta na diplomu ale nevnímám jako signaturu jeho osoby

vyjadřující souhlas (nepodpis pak jako nesouhlas), na to nemá podle mne právo. Má to být potvrzení majestátu prezidentského úřadu o tom, že uchazeč prošel všemi náležitými procedurami a doložil, že je hoden profesorského titulu, což potvrdil nejvyšší orgán – vědecká rada univerzity. Podpis prezidenta je pak jen stvrzením toho, že procedura jmenování proběhla správně a dle litery zákona.

Podle mne je pro prezidenta nezasloužené privilegium, že je oprávněn a delegován se podepsat na diplom profesora v roli nejvyššího státního úředníka. Nota bene, když sám docentem ani profesorem není. Jestli ale prezident vnímá toto privilegium jako otázku vyjádření svého osobního názoru a nikoli čestné povinnosti, pak by mu mělo být exemplárně odebráno. Nevím, jestli navždy nebo jen do doby změny v osobě hlavy státu.

Pokud by mělo být jmenování svěřeno univerzitám, považoval bych to za velkou škodu, navíc v našich českých poměrech velmi riskantní. Obava, že každý druhý bude „dottore“ a každý čtvrtý „professore“, je opodstatněná. V Americe je obvyklé za titulem uvádět ve zkratce univerzitu, kde byl titul získán. Harvard, Yale nebo Princeton mají jiný zvuk než South-Western-LlanoEstacado Univ, nebo UJAK.

### **Richard Rokyta** <sup>6</sup>

Ústav normální, patologické a klinické fyziologie 3. LF UK

#### **Shledáváte jeho důvody za oprávněné a souhlasíte s jeho postupem?**

Jde samozřejmě o to, zda jsou ty důvody skutečně pravdivé. Protože podle sdělení navrhovatelů pravdivé nejsou. A proto jeho důvody zřejmě nejsou oprávněné a nesouhlasím s jeho postupem.

**Vnímáte jednání prezidenta Zemana jako cílené vměšování se do akademických svobod?**

Ano, vnímám.

**Upřednostnil byste, kdyby profesory jmenovaly univerzity?**

Ano, ale muselo by existovat jednotné schéma, protože jednotlivé univerzity mají svá pravidla, která jsou však velmi rozdílná. Proto by MŠMT mělo vydat jednotné předpisy, aby se jednotlivá jmenovací řízení na univerzitách tak významně a někdy i skandálně nelišila. Po této úpravě si myslím, že by jmenovací dekret mohl podepsat buď ministr školství, předseda vlády nebo i prezident.

**Romana Šlamberová**<sup>7</sup>

Ústav normální, patologické a klinické fyziologie 3. LF UK

**Shledáváte jeho důvody za oprávněné a souhlasíte s jeho postupem?**

Jelikož jsou mi důvody známy jen z médií a nevím, zda jsou doložitelné, nemohu se k této otázce zasvěceně vyjádřit. Protože však ani u politiků, kteří jsou zodpovědní za vedení státu, není vyžadováno lustrační osvědčení a u mnohých se jedná o konflikty zájmů v nejrůznějších oblastech, zdá se mi, že zde dochází k měření dvojím metrem. Osobně se však domnívám, že profesor by měl být nejen odborníkem ve svém oboru a dobrým pedagogem, ale měl by mít jako člověk morální kvality. Věřím, že stejného názoru jsou i členové vědeckých rad UK i VŠE, kteří žádosti o jmenování posuzovali.

**Vnímáte jednání prezidenta Zemana jako cílené vměšování se do akademických svobod?**

Ano.

**Upřednostnila byste, kdyby profesory jmenovaly univerzity?**

Ne. Strávila jsem čtyři roky na univerzitě v USA a vím, o čem je řeč. Oba systémy mají samozřejmě svá pro i proti. Nicméně se domnívám, že náš systém profesorských řízení, ale také habilitací, má svou historii, které bychom se měli držet. V některých aspektech je náš systém náročnější. Například v USA pro habilitaci není zapotřebí sepsat habilitační práci, na rozdíl od naší republiky. Tam jmenují člověka docentem, respektive profesorem na základě jeho dosavadní práce, publikací a získaných grantových prostředků. Jmenování je vázáno na konkrétní školu, takže při přechodu na jiné místo je hypoteticky zapotřebí začít znovu od začátku. Přestože se domnívám, že bychom se měli držet toho, co je u nás historicky zakořeněno, neznamená to, že bychom neměli co zlepšovat. Rozhodně by měly být požadavky na docenty a profesory napříč našimi univerzitami lépe standardizovány. Podmínky a kritéria by měly být stejné jak na Univerzitě Karlově a jiných tradičních vysokých školách, tak i na nově vznikajících univerzitách.

**Petr Widimský**<sup>8</sup>

přednosta III. interní kardiologické kliniky 3. LF UK a FNKV

**Shledáváte jeho důvody za oprávněné a souhlasíte s jeho postupem?**

Jeho důvody posuzovat nemohu, protože fakta sám neznám. Víím jen to, co bylo v tisku. S jeho postupem však zcela jednoznačně nesouhlasím. Je to nebezpečný precedens a v principu to dělá ostudu prezidentskému úřadu a vrhá to též stín na univerzity. Podobné situace se mají řešit solidním jednáním vedoucím ke konsensu a nikoli veřejným bojem přes média.

### **Vnímáte jednání prezidenta Zemana jako cílené vměšování se do akademických svobod?**

Myslím, že tím sledoval nějaké konkrétní osobní cíle a obávám se, že o akademických svobodách vůbec nepřemýšlel. Nevím, jaké cíle měl na mysli, mne napadají čtyři možnosti: Chtěl se zviditelnit ve sdělovacích prostředcích, chtěl touto záležitostí překrýt debatu nad svou účastí v Moskvě ve stejné době, chtěl vyprovokovat univerzity k tomu, aby dobrovolně změnilы proceduru jmenování profesorů v České republice, vadí mu, že má podepisovat diplomy automaticky, aniž by měl možnost vyjádřit svůj názor, a chce tuto situaci změnit. Pokud by byly pravdivé první dvě možnosti, tak je to dost zoufalý obrázek o tom, kam dospěl kdysi velmi inteligentní člověk. Pokud by ale byly pravdivé druhé dvě možnosti, pak bych to vcelku chápal, nicméně bych očekával, že to otevřeně a srozumitelně sdělí. Způsob, jakým to udělal, považuji za nepřijatelný.

### **Upřednostnil byste, kdyby profesory jmenovaly univerzity?**

Zcela jednoznačně ano, velice bych to přivítal. Souvisí to i s mou odpovědí na předchozí otázku. Já sám mám svůj profesorský diplom z roku 1998 podepsaný od prezidenta Havla a shodou okolností i od tehdejšího premiéra Zemana. I když jsem hrdý na to, že na tomto diplomu je podpis Václava Havla, když se o tom občas v nějaké debatě zmíním někomu ze svých kolegů v USA či v západní Evropě, tak to moc nechápou. Nerozumí tomu, proč mi diplom podepisoval prezident republiky. U nich je to prostě jinak. Můj názor na způsob jmenování profesorů je naprosto jasný: přivítal bych, kdyby titul profesor platil jen

na té univerzitě, která ho udělila. U nás (ale samozřejmě i ve světě) existují gigantické rozdíly v úrovni univerzit a samozřejmě kvalitnější univerzity mají řádově vyšší nároky (kriteria) pro získání titulu docent či profesor.

V medicíně to může vést k absurdním situacím. Při obsazování pozic přednostů klinik ve fakultních nemocnicích je (správně) podmínkou titul docent či profesor. Pokud ale tento titul lze získat snadno na jedné univerzitě a obtížně na jiné, vede to pak k možné nespravedlnosti při výběrovém řízení. V Kardiocentru 3. LF UK a FNKV pracuje v současné době pět profesorů a pět docentů. Ti všichni splnili přísná kritéria Univerzity Karlovy. Pokud by ale moji kolegové (s jejich aktuálními akademickými výsledky) pracovali na některé jiné univerzitě (která má měkčí kritéria), měli bychom v Kardiocentru profesorů asi 15 a docentů asi dalších 10. Proč se ze dvou stejně akademicky výkonných lékařů jeden může stát profesorem a druhý se stejnými výsledky je na náročnější univerzitě pouze odborným asistentem?

Bohužel si uvědomuji, že s tímto názorem na jmenování profesorů jsem v menšině. Naše většinová „rakousko-uherská“ mentalita a středoevropské tradice jsou prostě jiné. Pokud není reálná takto radikální změna (jmenování profesorů jen pro danou univerzitu), pak si myslím, že vše má zůstat, jak to je. Tedy alespoň ctěme tradice. Takto by k tomu měl přistoupit i prezident Zeman. Pokud neprosadí změnu jmenování (a tu nemůže prosazovat tím, že poškodí konkrétní osoby, které splnily zákonné podmínky), měl by se vyvarovat podobných excesů a chovat se tak, jak se chovali jeho předchůdci v uplynulých téměř 100 letech.

# Žlutá nemoc

Jonáš Dyba, Václav Rejlek, studenti 5. ročníku medicíny na 3. LF UK

WikiSkripta. Zná je každý, ale jen málokdo se zatím odvážil nahlédnout pod pokličku tohoto úspěšného e-learningového projektu pro studium medicíny. Avšak bez zapálení a neutuchajícího úsilí bychom nic takového neměli. Právě WikiSkripta nám prezentují zásadu „dávej, ber“ v té nejčistší podobě. Neboť tvoříme „se studenty pro studenty“.

WikiSkripta jsou místem, kam může kdokoli přispívat svými znalostmi ze zdravotnických oborů. Ano, tím je myšleno opravdu kdokoli – studenti medicíny, farmacie, fyzioterapie, sestry či nutriční terapeuti a samozřejmě pedagogové. A všichni ostatní, kteří mají ze svého odborného hlediska k tématu co říci. Základní idea celého projektu je společně tvořit skripta, která na rozdíl od jejich tištěných verzí nezestárnou, protože články lze pár úhozy klávesnice jednoduše zaktualizovat.

Portál započal svou existenci již v roce 2008 na půdě 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Rychle se však otevřel mezifakultní spolupráci pod hlavičkou MEFANETu, vzdělávací sítě českých a slovenských lékařských fakult. Dnes se počet publikovaných článků pohybuje kolem osmi tisíc s přibližně tisícem přístupů denně. Ovšem ve zkuškovém období množství zobrazení stránek stoupá až ke dvaceti tisícům.

Redaktoři společně se zkušenějšími správci dohlížejí na veškeré dění na stránkách. Touto prací kontrolují nejenom přesnost informací článků a jejich zdrojů, ale

dohlížejí například i na problematiku autorsko-právní. Rovněž jsou některé články kontrolovány spolupracujícími pedagogy, kteří mají možnost tyto články označit razítkem se svým podpisem stvrzujícím kvalitu článku.

Žádný nováček se nemusí bát, že by se při přispívání ztratil a nevěděl, jak dál. Jakmile vyjádří své přání zapojit se do redakčního dění, získá svého WikiTutora, jenž ho provází (ve dne v noci) životem na WikiSkriptech. Tutoří jsou zkušenější přispěvatelé, kteří mají zájem předat své znalosti mladším kolegům a vychovat tak své nástupce ve tvorbě moderních podkladů pro studium medicínských oborů.

Proč se vlastně WikiSkripta stala tak oblíbeným nástrojem pro vyhledávání odborných informací z medicíny? Protože WikiSkripta spojují spoustu výhod v jednom – přehlednost, možnost aktualizace, multimediální podklady, interaktivitu, mobilnost. A jsou nekomerční. Tím však výčet výhod zdaleka nekončí. Je to tak unikátní věc, že jsme se stali inspirací pro jiné fakulty a jejich studenty, leckdy z jiných oborů, kteří za námi jezdí čerpat inspiraci, jak provozovat oborový WikiProjekt.

WikiSkripta nejsou pouze virtuálním pojmem, nýbrž komunitou příjemných, vizionářských lidí. Od našich prvních editací jezdíváme s redakcí na společná setkání – WikiVíkendy, kde se člověk kromě práce a diskuzí nad dalším směřováním projektu nevyhne ani zábavě. WikiSkřípek, WikiBěžky, WikiKola, Wikithon a mnoho



dalších WikiAkcí nováčky pohltní a vytváří důležitá trvalá přátelství.

### **Co mají společného WikiSkripta a 3. LF UK?**

Na naší fakultě se nedávno vykristalizovala skupinka nadšených histologů, kteří fotí školní preparáty, vytvářejí k nim popisky a zušlechťují obsah článků z histologie. Aktivní práci studentů z různých ročníků podporují odborným vedením pedagogové z Ústavu histologie, jmenovitě MUDr. Eva Maňáková a MUDr. Tomáš Boráň. Jím vděčíme za zpracované informace z Modulu buněčných základů medicíny. Krom histologie byly zpracovány i materiály z histopatologie pro Modul obecných

základů patologie a patofyziologie pod odborným vedením bývalého pedagoga doc. Tomáše Jiráska z Ústavu patologie.

Ohledně další aktivity našich studentů na WikiSkriptech není bohužel co slavit. Studentů mimo 1. LF UK dlouhodobě spolupracuje s WikiSkriptami málo. Hlavní vinu na tom patrně má nízká motivace studentů dělat něco navíc „zadarmo“ a velmi nízká podpora, včetně propagace projektu ze strany pedagogů. Avšak jak už bylo naznačeno výše, úplně bez odměny člověk nezůstane!

Nám to dalo hodně, teď je řada na dalších. Stačí se rozhodnout, udělat první krok vpřed a poznáte žlutě zbarvený WikiSvět!



# Quod bonum, felix, faustum, fortunatumque eveniat

Michal Anděl, promoční projev děkana 3. LF, březen 2015

**Vaše magnificence, vážený pane rektore, spectabiles paní proděkanky a páni proděkani, honorabilis pane promotore, vážení učitelé fakulty, milí hosté této promoční slavnosti, především však cari amici, naši drazí absolventi,**

ta chvíle se přiblížila. Po včerejší číši vína na fakultě se spolu ještě jednou setkáváme na univerzitní půdě, ještě na chvíli, na pár desítek minut, během kterých složíte slib, převezmete diplomy a pak už to budete mít černé na bílém, od vaší almae matris dostáváte stvrzení, že můžete vykonávat povolání lékaře, povolání s vysokou úctou ve společnosti, povolání, které spolu nese privilegia i závazky.

Už to také tušíte – být lékařem představuje velké privilegium, privilegium se často dotýkat těch nejniternějších oblastí člověka spojených s nemocí i zdravím, se smrtí i životem, s nadějí i zklamáním, se smutkem i radostí. Málokteré povolání přináší tak blízký kontakt s obrovskou radostí, kterou má uzdravený, který před chvílí umíral, a na druhé straně se smutkem či zklamáním toho, kdo zjistí, že jeho onemocnění již nemůže být účinně léčeno.

Zatímco u těch, kteří se pohybují v hospodářské sféře, radost i zklamání klientů souvisí s úspěchem či neúspěchem, u nás lékařů a zdravotníků se radost i zklamání našich nemocných dotýká nezákladnějších lidských pocitů, které souvisejí s bytím či nebytím. To je právě to, co dělá z našeho nemocného pacienta člověka trpělivé-

ho, snášejičího a člověka, který se občas chvěje obavami a jindy radostně směje. Tím, že se jeho radost i smutek dotýkají těch nezákladnějších instinktů i pocitů, liší se od klienta bankovního či pojišťovacího poradce. A tady také vidím zásadní rozdíl mezi pacientem, tedy člověkem s nemocí, a klientem, tedy zákazníkem. Pochopitelně se k pacientovi máme chovat slušně, jako se ke klientovi chovají v autoservisu či bance, ale vztah lékaře a pacienta jde často mnohem hlouběji i mnohem šířeji.

To dává našemu povolání mnohem širší smysl. My jsme s našimi pacienty často v nejtěžších chvílích jejich životů. Když jim dáváme vybírat mezi terapeutickými alternativami, není to výběr mezi televizí s 2D a 3D nebo mezi poskytovateli povinného ručení. Myslete na to prosím, stačí občas. A využijte svého privilegia dotýkat se oblastí, ke kterým se může přiblížit jen málokdo. Medicína pak nebude zabírat jen nějaké odstíny šedi, ale může vám přinést celé barevné spektrum.

Právě styk s nejtímnějšími sférami lidského bytí z vás může udělat lidi, kteří mají hlubokou úctu k lidskému bytí, úctu k jeho kontextům, jeho trvání, k jeho vývoji i jeho přesahům. Přírodovědné vzdělání, kterého se vám na fakultě dostalo, vám dovoluje mít originální

pohledy na evoluci vesmíru, světa, živé přírody i člověka. Vědomí kontextů našeho bytí, našeho zasazení do přírody, se kterou souvisíme, stovkami organických látek, které sdílíme nejen s nejvyššími savci, ale i s červy či dokonce s trávou a mikroby, nás také může přivést k zvláštní sebereflexi, jejímž vyústěním může být pokora. Pokora, která není nutně nihilistická, naopak, která může údiv z poznání přetavit v radost. I tady jsou absolventi lékařské fakulty ve výhodě. Dostalo se jim takového přírodovědného vzdělání, které je při troše dobré vůle mohlo nejen obohatit, ale může obohacovat po celý život.

Lékaři ale nejsou přírodovědci, nejsou totiž ve své praktické lékařské činnosti ani vědci. Jejich znalosti zcela jistě vyplývají z vědeckých poznatků a s rozvojem vědy se také postupně mění. Medicína je praktické povolání s vědeckými základy, ve své každodenní praxi však vědou není. Vyžaduje nejen znalosti a dovednosti, ale především schopnost znalosti a dovednosti správným způsobem ve správnou chvíli aplikovat. To souvisí se schopností a snad i dovedností umět se správně rozhodovat. Umět se správně rozhodnout je v medicíně extrémně důležité, je to však často velmi složité. Pokud zvažujeme dvě možnosti, které jsou podobně pravděpodobné, můžeme dospět k rozhodnutí, které nebylo správné. Pokud se rozhodujeme o tom, zda si na pozemku vysadíme forsythii nebo zimoztráz, nemusí to být tak těžké dilema. Pokud se však rozhodnutí týká budoucí kvality života nebo dokonce života vůbec, představuje velký tlak na psychiku a osobní integritu toho, kdo se rozhodnout musí. Proto jste také ve větším riziku deprese a různých závislostí, než ti, jenž pracují v mnoha jiných povoláních. Musíte o tom vědět a musíte se naučit nejen s tím žít, ale také se tomu bránit. Mezi důležité

techniky, které musí bránit integritu vašich osobností, patří vědomí toho, že nepochybně budete v klinické medicíně mít povolání, které patří k těm slušným, povolání, jenž díky tomu, že pomáhá, dává smysl i ukazuje směr.

Spoustu věcí jsme se vás snažili učit a vy jste při zkouškách museli osvědčit, že jste se je naučili. I když jsme se o to také snažili, to, co jsme vás nemohli dokonale naučit, je, jak zpracujete váš každodenní styk s nemocným člověkem a vše, co se pro vás od toho bude odvíjet. I ve smyslu všeho, co jsem vám dnes řekl, vám přeji, aby to, co z medicíny získáte, bylo převážně pozitivní.

Byli jsme moc rádi, že jste si ke studiu medicíny vybrali naši fakultu. Naše fakulta, v Praze třetí lékařská, rozhodně svou roli nevnímá, jako by její označení mělo znamenat nějaké pořadí. Ostatně, z trojky vyplývá mnoho zajímavého. Tres faucium collegium a už od Aristotela argument třetího byl argumentem, který reprezentoval stanovisko obyčejného člověka s ideální podobou muže, tedy tak zvaný tritos anthropos. Trojice je základní podstatou křesťanství a tři králové v sobě nesou také magicou trojku. I zákon v mnoha parlamentech, včetně našeho, má tři čtení. Naše trojka tedy zdaleka neznamená nějaké pořadí, ale z našeho pohledu především vyjadřuje mnohost. Mnohost pohledů, mnohost šancí a mnohost příležitostí. Věřím, že jste si vaše příležitosti uvědomovali a že jich však většinu před sebou ještě máte.

Teď už se plnou parou blížíte ke chvíli, ve které převzmete diplomy, jež jste si zasloužili díky pilné práci a také díky podpoře rodin i vašeho okolí. Važte si jich a vaše povolání i vaše životy mimo práci nechteť jsou prosvíceny radostí, nadějí i láskou. K tomu vám přeji starou latinskou formulí, kterou se s vámi děkan loučí, totiž Quod bonum, felix, faustum, fortunatumque eveniat.

# Podpora nekuřáctví u studentů a zaměstnanců

## 3. lékařské fakulty a vinohradské nemocnice

Dagmar Schneiderová, přednostka Ústavu zdraví dětí a mládeže 3. LF UK

Koncem května se v prostorách fakulty a nemocnice objevily zajímavé výtvarné práce na téma kouření. Jedná se o díla studentů povinně volitelného kurzu Drogy a drogové závislosti (Dr. Magdalena Šustková, Ústav farmakologie), kteří zvítězili v každoročně vypisované výtvarné soutěži v rámci osvětové kampaně ke Světovému dni bez tabáku, jenž připadá na 31. květen. Soutěž je součástí dlouhodobější kampaně fakulty proti kouření.

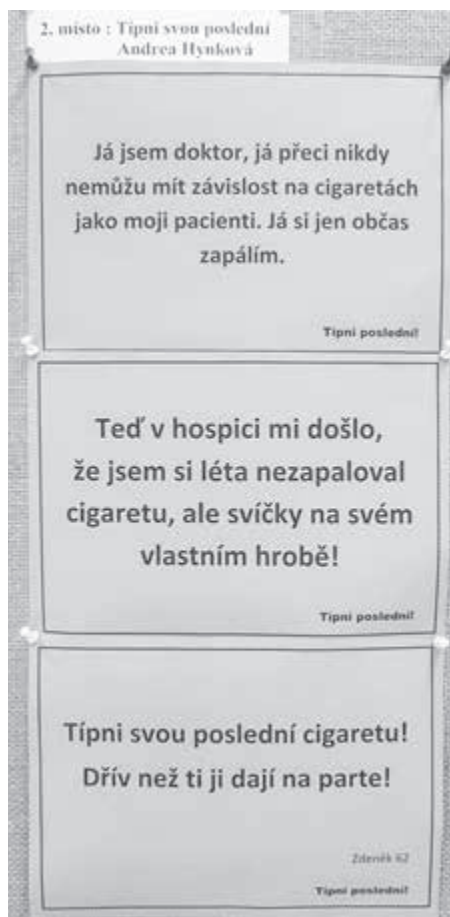
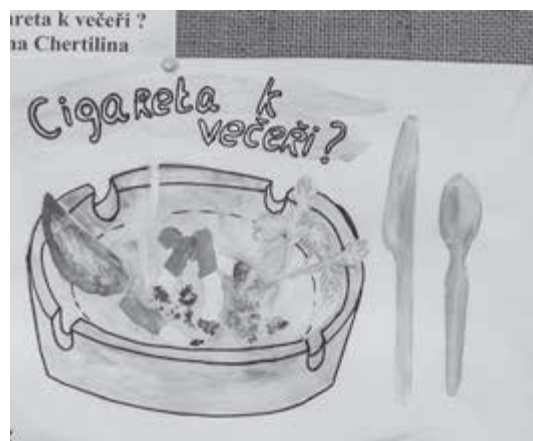
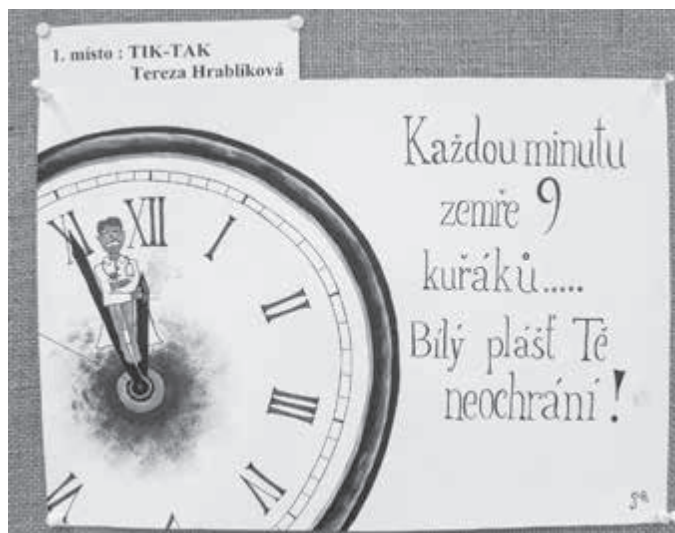
Projekt na podporu nekuřáctví u studentů a zaměstnanců 3. LF UK a FNKV realizoval Ústav zdraví dětí a mládeže ve spolupráci s Ústavem farmakologie 3. LF UK a Kliniky pracovního a cestovního lékařství 3. LF a FNKV v letech 2012 až 2015. Navázal na dlouhodobý záměr fakulty podporovat nekuřáctví prostřednictvím výukové, osvětové a poradenské složky.

Prvním cílem projektu bylo koordinovat výuku zaměřenou na problematiku užívání tabáku a aktualizovat poznatky o prevalenci, zdravotních dopadech kouření a užívání tabákových výrobků, farmakologických mechanismech a možnostech prevence a léčby závislosti na tabáku. Záměrem vyučujících bylo rovněž motivovat studenty magisterského i bakalářského studia v rámci výuky k nekuřáctví. Výuka i studijní materiály byly průběžně doplňovány o nové poznatky z výzkumů i praxe prezentované Společností pro léčbu závislosti na tabáku prostřednictvím pravidelných konferencí a odborných materiálů na webových stránkách.

Dalším cílem projektu je poskytovat poradenství a farmakologickou podporu při léčbě závislosti na tabáku studentům a zaměstnancům 3. LF UK a FNKV. Informace o poskytovaných službách získávají při výuce, ve veřejných prostorách hlavní budovy, na webových stránkách 3. LF UK a na intranetu FNKV. Poradna pro odvykání kouření při ÚZDM (doc. D. Schneiderová) zajišťuje první kontakt a poradenství při odvykání kouření vycházející z principů kognitivně behaviorální terapie. Farmakologickou část léčby zajišťují pracovníci Centra pro léčbu závislosti na tabáku při Klinice pracovního a cestovního lékařství FNKV (doc. E. Hrnčíř, prim. MUDr. J. Malinová).

Pracovníci centra rovněž průběžně provádějí časnou identifikaci a krátkou intervenci ve vztahu k užívání tabákových výrobků v rámci pravidelných preventivních prohlídek. Při této příležitosti provedli v letech 2014 a 2015 dotazníkové šetření u více než 600 zaměstnanců FNKV. Dotazník „Prevalence kuřáctví ve zdravotnictví“ nabízela na webových stránkách Společnost pro léčbu závislosti na tabáku ([www.slzt.cz](http://www.slzt.cz)). Výsledky šetření se v současné době zpracovávají a poslouží jako východisko ke stanovení dalších cílů pro přijetí FNKV mezi nekuřácké nemocnice v rámci programu vyhlášeného SZO.

Jako součást projektu se také prováděl průzkum kuřáckých návyků a postojů u studentů 3. LF UK. Jeho výsledky najdete v některém z dalších čísel Vita Nostra Revue.



Výuku zajišťuje Ústav zdraví dětí a mládeže a Ústav farmakologie ve 3., 4. a 5. ročníku pro studenty oboru Všeobecného lékařství a ve 3. ročnících pro studenty bakalářských studií. Do výuky v 5. ročníku magisterského studia byla v minulém roce zařazena metodika časné identifikace a krátké intervence v ordinaci praktického lékaře ve vztahu k užívání návykových látek doporučená SZO jako běžná součást výuky na lékařských fakultách. Studentům bakalářského studia Veřejné zdravotnictví byla nabídnuta relevantní témata pro zpracování bakalářských prací.



# Na zahradní slavnosti Klubu Alumni se vzpomínalo na Mistra Jana Husa

Richard Rokyta

V krásném prostředí Valdštejnské zahrady v Senátu Parlamentu České republiky se večer 2. června konala zahradní slavnost Klubu Alumni Univerzity Karlovy v Praze. Záštitu nad akcí převzal senátor a předseda senátního Výboru pro vědu a vzdělávání prof. Václav Hampl, emeritní rektor Univerzity Karlovy, který celé jednání zahájil a připomněl historii setkávání akademické obce Univerzity Karlovy na půdě Senátu, jež se začala psát zhruba před deseti lety.

Kromě senátora Hampla se slavnosti zúčastnili další senátoři z řad profesorů Univerzity Karlovy: Eva Syková a Jaroslav Malý. V dalším projevu rektor univerzity, prof. Tomáš Zima, hovořil o historické úloze Mistra Jana Husa a citoval jeho inaugurační projev při jeho zvolení rektorem UK v roce 1409. Projev je velice aktuální i dnes. Předseda Klubu Alumni prof. Ivan Wilhelm, emeritní rektor Univerzity Karlovy, popsal historii Spolku přátel Univerzity Karlovy a nyní Klubu Alumni a jejich historickou souvislost. Neopomenul také aktivity klubu za poslední rok a nastínil jeho plány v příštím období.

V hlavním projevu večera promluvil děkan Husitské teologické fakulty Jan Blahoslav Lášek o významu Mistra Jana Husa v historickém kontextu. Velmi zajímavě a podrobně rozebral názory Jana Husa v souvislosti s dobou,

v níž Mistr Jan Hus žil. Osvětlnil jeho názory na církve a církevní dogmata, které se příliš nelišily od oficiálních církevních dokumentů tehdejší doby, ale lišily se v názoru na jejich provádění. Také vysvětlil, že Mistr Jan Hus nebyl autorem přijímání podobojí. K tomu se připojil až po vnesení verdiktu Kostnického koncilu. Přijímání podobojí v Betlémské kapli a jinde prováděl především Mistr Jakoubek ze Stříbra.

Prof. Lášek také rozebral Husův odkaz dalším generacím. Zdůraznil statečný boj za pravdu, která vychází z písma, a její hájení za všech okolností, a také úctu k předchozím generacím a univerzitním učitelům. To by mělo být trvalým mementem pro studenty i učitele Univerzity Karlovy i dnes.

Čili odkaz Jana Husa je podle prof. Láška více v rovině morální, než v rovině teologické. Jan Hus například neodsuzoval odpustky, ale odsuzoval jejich zneužívání. Prof. Lášek připomněl, že Husovy názory na církve a její úlohu možná byly konzervativnější, než názory některých členů grémia Kostnického koncilu.

V každém případě prof. Lášek podložil svou přednášku hlubokými historickými, právními a filosofickými znalostmi a důstojně připomněl letošní 600. výročí tragické smrti Mistra Jana Husa v Kostnici.

# Andromeda plní přání dětí z Klokánku Hostivice

Barbora Mechúrová, David Adam, studenti medicíny na 3. LF UK

Souhvězdí Andromedy bylo odedávna považováno za symbol snů a přání. A jelikož přání, jak je obecně známo, plní víly, není tomu jinak ani v projektu Andromeda, zaměřeném na pomoc ohroženým dětem. Za dětmi z Klokánku Hostivice docházejí za účelem kompenzace citové deprivace supervidované dobrovolnice – víly, které si s nimi povídají a hrají. Každé dítě získává osobu, která je tu jen a jen pro něj, osobu, které se může svěřovat se svými starostmi a sdílet s ní i radosti.


Své zážitky a zkušenosti popisuje jedna z víl, Barbora Mechúrová: „Andromeda je nesmírně oduševnělý projekt vnášející radost a úsměv do míst, kde si většina lidí představí jen střípky bolesti a nešťastného dětství. Andromeda nám dobrovolnicím nabízí možnost seberealizace a šanci pomoci druhému člověku už jenom tím, že jsme a věnujeme pár chvil ze svého volného času.

Těch pár chvil se mi při každém setkání s holčičkou, za kterou již tři čtvrtě roku přicházím, stonásobně vrátí, protože si neumím představit krásnější odměnu, než úsměv, který se jí rozzáří na tváři pokaždé, když mě vidí. Způsob, jakým se proti mně rozběhne a skočí mi do náruče, nebo slova, která používá, když o mně mluví před ostatními dětmi a dobrovolnicemi... Návštěvy v Klokánku mi dávají pocit užitečnosti a jasně vidím, jak málo z mého všedního, samozřejmého života stačí, abych někomu zlepšila den a snad i pomohla prožít pár bezstarostných okamžiků, které právě děti v Klokánku tolik potřebují.

Po měsících, které jsem již s holčičkou strávila a které nebyly vždy snadné, mohu říci, že jsem se toho od ní spous-

tu naučila. Dělán všechno proto, abychom si společné dny užily, co se do nás vejde, a aby prožívala radostné a naplněné dětství, jaké znají její vrstevníci. Snažím se naslouchat věcem, o kterých mi říká, občas ji pohladím po vláskách nebo obejmou. Ona mi za to pomáhá zapomenout na mé malicherné starosti, přestat se na chvíli chovat dospěle a vrátit se do dětských let. Kdykoliv jsme spolu, stavíme domečky, prolézáme kdejakým křovím, plašíme holuby, zkoušíme nové prolézačky, válíme se v trávě, skáčeme do písku, houpeme se na houpačkách, hrajeme si na strašidla a já všechny tyhle radosti zakouším s ní. Vzpomínám, jaké bylo krásné nepřemýšlet, jestli si ušpiním boty nebo zablábím kalhoty, a tak se snažím dnes, i když právě nejsem v Klokánku, jakmile se nikdo nedívá, občas přelézt plot nebo se brouzdat kaluží.

Andromeda je o vzájemném dávání a přijímání. Naše setkání mě nabíjejí pozitivní energií. Někdy odcházím unavená a vyčerpaná, vždy však příjemně naladěná. Tato kouzelná čtyřletá holčička, která zažila věci, ze kterých mě mrazí, mi ukazuje, jak nádherný svět může být i v případě, že k vám život nebyl vždycky laskavý a spravedlivý. Připomíná mi, jak důležité je být pokorný a vděčný za vše, čeho se nám v životě dostává a i když máme málo a nejsme se vším spokojení, jsou na světě lidé, kteří se mají mnohem hůře, a přesto stále dokáží vidět tu světlou stránku života. Věřím ve šťastné konce a jeden z nich bych přála i této holčičce, která, navzdory všemu, umí vidět svět tak neuvěřitelně barevný."



Možnost prožití vřelého citového vztahu v raném dětství je klíčová pro zdravý vývoj osobnosti, rozvoj sociálních dovedností a celkového sebezpejetí jedince, ovlivňuje kvalitu budoucích přátelských i partnerských vztahů a zařazení do společnosti. Děti přicházejí do center, jako je Klokánek, zanedbané a ve většině případů těžce traumatizované. Mnohdy byly vystaveny psychickému či fyzickému týrání, sexuálnímu zneužívání, finanční nouzi, vyrůstaly s psychicky nemocným nebo na drogách závislým rodičem. Doufejme, že entusiasmus a nasazení „vřelých dobrovolnic“ dětem pomůže aspoň částečně vynahradit hrůzy, kterými si v životě prošly.

Dobrovolnicí se může stát dívka, nejlépe ve věku 18 až 30 let, která je časově flexibilní. Výhodou je vzdělání v oblasti psychologie, pedagogiky, zdravotnictví či sociálně zaměřených oborů, nikoli však podmínkou.

Na začátku se dobrovolnice zúčastní dvou denního odborného školení a pak bude po dobu jednoho školního roku pravidelně jednou týdně (vždy na stejném místě a ve stejném čase) navštěvovat jedno dítě, pro něž se během této doby stane blízkou osobou. Jednou za dva měsíce se spolu se všemi do projektu zahrnutými dobrovolnicemi a dětmi sejde na společné kulturní akci.



# Soubor 3 MUŽI potěšil srdce dětských pacientů

Dora Čapková, studentka medicíny na 3. LF UK

V letošním akademickém roce vznikl na naší fakultě nový spolek rozšiřující řadu studentských aktivit. Jedná se o divadelní soubor 3 MUŽI (Medici pro Umění, Život a Ideály) pod vedením Viktora Šeba z prvního ročníku magisterského studia. Na jeho počátku stálo jednoduché přání: spojit příjemné s užitečným. Zpeřtření jednotvárného každodenního studentského života a snaha vnést mezi stohy knih trochu kultury měly vyústit v nacvičení a zrealizování divadelní pohádky, která by potom zpřijemňovala malým pacientům čas trávený v nemocnici.

Na začátku prosince se věci začaly dávat do pohybu. Sešla se parta nadšenců, rozdělily se úlohy, vybrala se pohádka O ukradených dinosauřích vejcích a začalo se pravidelně zkoušet. Přes perné začátky začala hra po nějakém čase nabírat reálné obrysy a mohlo se přejít k praktičtější části – výrobě kulis, kostýmů, rekvizit a všeho ostatního, co je k takovému divadlu potřeba.

Výrobní víkend tak trochu připomínal návrat na základní školu, konkrétně do hodin výtvarné výchovy. Malovalo se, stříhalo, lepilo, šilo a mnoho dalšího. S hotovými kostýmy působily zkoušky již mnohem hotovějším dojmem a všechny přípravy se začaly soustředit na organizaci a přípravu premiéry, jejíž datum bylo stanoveno na 6. května v kapli na pediatrické klinice.

V den představení se v hledišti v kapli sešli dětští pacienti naší nemocnice se svými rodiči, doplnění o děti z Klokanů Hostivice a jejich tety a víly z projektu Andromeda. Pohádka obsahovala vše, co by správný moderní trhák obsahovat měl. Velké a silné (a trochu nešťastné) dinosaury, napětí, padouchy v podobě dvojice lstivých pra-cibetek, rychlá auta, přísnou maminku a bystrého vypravěče. Nechyběl ani popletený a lehce přihlouplý policista pod vedením mohutného frajera detektiva. A samozřejmě šťastný konec. Představení, doufejme, splnilo svůj účel a děti alespoň na chvíli zapomněly na všechny své problémy.





# MEDICINA

Vales: a bumpy road

Genevra Richardson

King's College London

# Lidská práva, etika a duševní zdraví

foto Jiří Pasz

O tématech týkajících se duševního zdraví, psychiatrické péče a lidských práv se v České republice diskutuje už několik let. Několik let se také pracuje na reformě psychiatrické péče a hovoří se o případném přijetí zákona o duševním zdraví. Nicméně stále jsou základem péče o psychiatrické pacienty v naší zemi velká lůžková zařízení, což je model, který zaostává za vývojem psychiatrické péče a moderními trendy oboru. Proto se Úřad vlády ČR ve spolupráci s Národním ústavem duševního zdraví a 3. lékařskou fakultou Univerzity Karlovy rozhodli uspořádat 9. a 10. června seminář Lidská práva, etika a duševní zdraví.

Záštitu nad ním převzali předseda vlády ČR Bohuslav Sobotka, ministr lidská práva, rovné příležitosti a legislativu Jiří Dienstbier, ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček, ministryně práce a sociálních věcí Michaela Marksová a rektor Univerzity Karlovy Tomáš Zima. Odbornou záštitu převzala 3. lékařská fakulta UK, Národní ústav duševního zdraví a Psychiatrická společnost ČLS JEP. Na semináři vystoupila celá řada odborníků z oblasti medicíny, psychiatrie a lidských práv jako Jan Jařab, Anna Šabatová, Cyril Höschl, Jan Pfeiffer a další. Pozornost upoutala především profesorka Genevra Richardson, právnička, která v Anglii vedla poradní komisi tamnějšího ministerstva zdravotnictví při tvorbě reformy

legislativy zaměřené na duševní zdraví. Před přednesením svého příspěvku popisujícího situaci kolem legislativy týkající se duševního zdraví v Anglii ještě převzala z rukou děkana 3. lékařské fakulty UK Michala Anděla pamětní medaili.

Konference pokrývala celou řadu oblastí, například strukturu psychiatrické péče, ke které patří její financování, legislativní kontext, vzdělávací systém, výzkum a postoje obecné populace vůči duševním onemocněním. „Považuji za nesmírně důležité a přínosné pro celou společnost otevřít diskusi nad tématem tak tabuizovaným, jako je duševní zdraví a postavení lidí s tímto handicapem. Mé činnosti coby ministra pro lidská práva, rovné příležitosti a legislativu se dotýká v mnohých směrech, minimálně v otázkách podporovaného přístupu, opatrovnickví, deinstitutionalizace a zejména stigmatizace lidí s tímto onemocněním. Nešťastné události posledních měsíců a s nimi spojené některé výroky bohužel často lidi s duševním zdravím nálepkují ještě více,“ uvedl ministr Jiří Dienstbier.

Pokud se podíváme na to, jak vypadá situace v zemích, s nimiž by se Česko mělo srovnávat a k jejichž hodnotovým dědictvím se hlásíme, je situace alarmující. Konference by tak měla přispět k tomu, aby se podařilo nalézt efektivní řešení stávající situace. Pro inspiraci přinášíme ve Vita Nostra Revue několik zajímavých příspěvků.

# Univerzalita lidských práv

Jiří Dienstbier, foto Jiří Pasz

Jako ministr pro lidská práva a rovné příležitosti chci hovořit o ochraně lidské důstojnosti, rovném zacházení a rovných příležitostech i pro osoby se zdravotním postižením, kam samozřejmě patří také osoby s duševním postižením. Tyto osoby mají stejná práva jako kdokoli jiný a musí jim být dopřány stejné možnosti tato práva uplatňovat. Pokud jim v tom jakkoli brání zdravotní postižení, je nutné překážky odstraňovat a poskytovat duševně nemocným osobám potřebnou podporu.

Na tomto principu je založena úmluva o právech zdravotně postižených osob, kterou Česká republika ratifikovala před šesti lety. Úmluva vychází z univerzality lidských práv, která nemohou být omezována či někomu upírána pouze z důvodu zdravotního postižení. V případě duševních nemocí je to zvláště důležité vzhledem k jejich častější zdnalivě neviditelnosti a důsledkům pro nemocného i pro jeho okolí. Je to širší problém, než si připouštíme nebo než je v obecném povědomí. A je potřeba říci, že jeho řešení zůstává politická vůle, legislativa i exekutiva společnosti hodně dlužná.

My ministři odcházíme, ale naši spolupracovníci zůstávají. Jsou nositeli institucionální paměti, a proto bych rád citoval některé nedostatky v péči o psychiatrické pacienty, které zmiňoval již před dvěma lety na konferenci ministerstva zdravotnictví doktor Ptáčník z vládního výboru pro zdravotně postižené občany. Mezi nejzávažnějšími nedostatky uvedl:

- péči ve velkokapacitních psychiatrických léčebnách, které neposkytují pacientům dostatečnou míru vlastního soukromí a rozhodování;
- důsledky nevyhovujícího uspořádání poskytované péče, které se negativně projevují v určitém formalismu při rozhodování o nedobrovolných hospitalizacích i léčbě a ve způsobu používání restriktivních opatření a omezování svéprávnosti;
- nejsou vytvořena pravidla pro postupnou deinstitucionalizaci velkých psychiatrických ústavů;
- na jedné straně stojí velký podíl psychiatrických lůžek následné péče v dislokovaných psychiatrických léčebnách, na druhé straně nedostatečný podíl lůžek akutní péče na psychiatrických odděleních nemocnic;
- chybí síť sociálních a komunitních služeb.

Toto zaznělo již před dvěma lety a všechny zmíněné problémy přetrvávají, pokud nejsou ještě intenzivnější. Někdy vedou k tragickým událostem, jak je známe z médií. Ta věnují tragickým událostem nadměrnou péči, aniž by se komplexně zabývala celým problémem.

Podobné události ale zároveň upozorňují na komplexnost a celospolečenský dosah tématu a nutnost změn v pojetí psychiatrické péče v České republice. Je samozřejmé, že řešení je dlouhodobou záležitostí. Zároveň záležitostí velmi nákladnou, která bude vyžadovat spolupráci více resortů a také zapojení vícezdrojového financování.



Smysluplná řešení nemají nic společného s razantními návrhy, které se v současné době občas objevují právě ve vazbě na incidenty, jimž je věnována velká mediální pozornost. Je nutné si uvědomit, že zjednodušená řešení mohou znamenat zásah do práv osob s duševním postižením, a v souladu s úmluvou, která ctí lidská práva, není možné všechny lidi jen tak po jistotu zavřít a pomyslně odhodit klíč. Duševně nemocní mají stejné právo na osobní svobodu a volnost pohybu jako ostatní. Takovéto „uzavírání“ problému naopak lidem s duševním onemocněním ubližuje a jejich stigmatizaci jen prohlubuje.

Je proto nutné systematicky přistupovat k jejich léčbě a směřovat péči pokud možno k opětovné integraci do běžné společnosti, akceptaci jejich stavu nejen ze strany jejich samých, ale i celé společnosti. Existují zajisté pří-

pady, kdy toho nelze dosáhnout, ale mnohé zahraniční příklady ukazují, že osoby s duševním postižením jsou při řádné léčbě a sociální práci schopné samostatného života ve společnosti, aniž by ji a sebe jakkoli ohrožovali. Podobně je nutné přistupovat i k dalším navrhovaným opatřením jako například povinné registraci osob s duševní chorobou. V tomto případě je nutné zvažovat přiměřenost zásahu do práv duševně nemocných osob a uvědomit si, že přiměřenost takovýchto opatření je přinejmenším pochybná.

*Text je přepisem příspěvku ministra Jiřího Dienstbiera na semináři „Lidská práva, etika a duševní zdraví“, který uspořádal Národní ústav duševního zdraví, 3. lékařská fakulta UK, Úřad vlády České republiky a Ministerstvo zdravotnictví České republiky, s cílem otevřít debatu na téma reforma psychiatrické péče.*

# Strategie reformy psychiatrické péče – reakce na současný stav

Ivan Duškov

Rád bych prezentoval několik objektivních dat z oblasti psychiatrické péče u nás. Máme velmi přetíženou síť ambulantních psychiatrů. Nechávali jsme si v rámci reformy psychiatrické péče zpracovávat několik studií, ze kterých vychází, že v průměru mají ambulantní psychiatři zhruba deset minut na jednoho pacienta, což, jak tvrdí kolegové psychiatři, mnohdy stačí jen na předepsání receptu na antipsychotika a antidepresiva.

Náš systém je také typický tím, že máme rozsáhlou síť dvaceti materiálně i technicky zaostalých psychiatrických nemocnic. Jak trefně poznamenává pan profesor Höschl, dneska se nazývají nemocnicemi, ale jsou to léčebny v rakousko-uherském smyslu slova, navíc s velkou spádovou oblastí. V průměru máme 500 lůžek na instituci, ale všichni dobře víme, že pražské Bohnice čítají 1300 lůžek, což je evropský unikát. Ale máme tu i ostrůvky pozitivní deviace, například poměrně dobře fungující síť Fokusů a různých neziskových organizací, které se snaží poskytovat potřebnou sociální asistenci duševně nemocným, a právě v tom spočívají základní reformní kroky. Měli bychom tuto síť rozšířit, posílit a z hlediska regionální potřeby ji dále rozvíjet.

Psychiatrická péče v České republice je značně podfinancovaná. Současné odhady hovoří o 3,5 procentech ze zdravotnického rozpočtu, což v porovnání s vyspělými státy tvoří třetinový až pětinnový podíl.

Podle statistik se v posledních deseti letech zvýšil počet pacientů v psychiatrických ambulancích zhruba o 66 procent. Musíme si však dát pozor na interpretaci těchto údajů, rozhodně to neznamená, že se o 66 procent navýšil počet duševně nemocných. Spíše to souvisí s tím, že psychiatrie se alespoň částečně destigmatizuje, takže lidé se již nebojí a nestydí chodit ke specialistovi. Nicméně ta čísla jsou poměrně alarmující. Uvědomme si, že asi 600 tisíc lidí ročně navštíví ambulantního psychiatra, v institucích se léčí zhruba 45 tisíc lidí. Martin Holý, předseda psychiatrické společnosti ČLS JEP, v jednom rozhovoru zmiňuje až 60 tisíc lidí v institucionální péči. Navíc ještě v sociálních ústavech je přibližně 4,5 tisíce duševně nemocných.

Bohužel ale v této oblasti chybí výzkum, který by podával komplexnější obraz o tom, kolik je skutečně duševně nemocných lidí a jaké potřebují intervence. Máme jen jakési kvalifikované odhady takzvané skryté psychiatrické nemocnosti, podle nichž zhruba každý třetí až pátý

člověk v naší společnosti trpí nějakou duševní poruchou. Cílová skupina, na kterou se zaměřujeme, a které chceme saturovat neutěšené potřeby, je tedy poměrně velká.

Ještě několik ekonomických ukazatelů ze studie publikované v roce 2010, v níž se výzkumný tým zaměřoval na zmapování nákladů na poruchy mozku v České republice za daný rok. Náklady byly členěny do tří základních kategorií: 1) přímé medicínské, kde byla zahrnuta diagnostika, prevence a samotná léčba; 2) přímé nemedicínské, to znamená ty, které navazují, zejména sociální služby a služby neformální péče; 3) nepřímé, ty vznikají zejména absencemi zaměstnání, předčasnými důchody a tak dále. Celkem náklady na poruchy mozku, teď hovořím o všech, včetně demencí, mozkových nádorů a cévních mozkových příhod, činily v roce 2010 činili 258 miliard korun. To je 6,8 procenta hrubého domácího produktu. Když z těchto nákladů vydestilujeme pouze duševní onemocnění, stejně nám vychází 100 miliard korun ročně. To jsou obrovské sumy a zahraniční zkušenost prokazuje, že za předpokladu jiného spektra intervencí, to znamená komunitní péče, která se jeví jako poměrně efektivní, bychom mohli tyto náklady redukovat.

Pracovníci NÚDZu rovněž mapovali počet nově přiznaných invalidních důchodů mezi lety 2001 až 2011 a ukázalo se, že duševní onemocnění je druhá nejčastější příčina přiznání trvalého invalidního důchodu. V roce 2001 zaujímaly z celkového počtu nově přiznaných důchodů duševní poruchy pouze 14,5 procenta. V roce 2011 už to bylo 20 procent. Je zajímavé, že nemoci svalové, kosterní a pohybové tkáně zaujímají pořad stabilně 27 procent, u nemocí oběhové soustavy je zaznamenán pokles z 15 na 10 procent. Medicína postupuje dopředu a poskytuje efektivní léčbu. U duševních onemocnění ale vidíme přesně opačný efekt.

Nechci ale, aby se diskuze odehrála pouze nad tvrdými daty. Prezentoval jsem objektivní data, nicméně to subjektivní prožívání vlastně nezachycují a my bychom měli klást důraz právě na ty subjektivní prožitky, se kterými bychom měli tvrdá data dávat do kontextu.

*Text je přepisem příspěvku Ivana Duškova, koordinátora tvorby a implementace strategie reformy psychiatrické péče na ministerstvu zdravotnictví, na semináři „Lidská práva, etika a duševní zdraví“, který uspořádal Národní ústav duševního zdraví, 3. lékařská fakulta UK, Úřad vlády České republiky a Ministerstvo zdravotnictví České republiky, s cílem otevřít debatu na téma reforma psychiatrické péče.*



# Práva osob s duševními problémy – výzva pro lidská práva 21. století

Jan Jařab, foto Jiří Pasz

Psychiatrie a lidská práva jsou v podstatě proti sobě stojící protiklady. Čím se liší a v čem vycházejí z odlišných filozofií? Psychiatrie jako celá medicína vychází z klasického biomedicínského paradigmatu, kde je pacient objektem léčby, zásadní roli hraje diagnóza a odborník přináší řešení. Samozřejmě se ví, že existují pochybení, ale ta jsou individuální a náhodná. Nepochybuje se o tom, že celý systém směřuje správně, je benevolentní.

Lidé, které bychom nazvali komunitou kolem lidských práv, a to nejsou jenom právníci, vnímají pacienta a odborníka jinak. Důležitá je osoba jako držitel lidských práv. Kdokoli vůči ní uplatňuje svou moc, a to i benevolentní, tak je za to zodpovědný a musí se zodpovídat. Presumpce benevolence nestačí. Je potřeba kontroly a je potřeba posilovat postavení toho, kdo je držitelem práv.

A tímto směrem se věci mění i v medicíně, mění se zdravotnická etika. Roste důraz na etiku jako protiváhu technicistního, technokratického přístupu a sama etika se komplikuje. A to je správně. Dnes již zemřelý historik medicíny z Británie Roy Porter se díval na péči o duševní zdraví jako na fenomén, který se vyvíjí v čase, ale také zdůrazňoval, že etika se komplikuje a komplikovat se musí, protože přestává být příručkou jednoduchých technických algoritmů a stává se z paternalistické etiky etikou interaktivní. Člověk, kterého jsme nazývali paci-

entem, se stává aktivním subjektem. Správné řešení není předem dané a odvíjí se stále více od interakce léčícího s léčeným.

V posledních desetiletích vidíme zejména v západních společnostech dva velmi slibné trendy, které přispívají k tomu, že zmíněný úvodní protiklad začíná být překonáván. V rámci prvního se v přístupu k pacientům prosazuje stále více etický individualismus, jde o každého jedince a jeho práva a ne jenom o to, jak společnost vyřeší nějaký kolektivní problém. Rizikem v tomto vývoji je jistá tendence ke komercializaci, redukcí člověka na spotřebitele či zákazníka, a kodexy práv, které sice v něčem mohou být dobré, jsou vlastně souhrnem spotřebitelských práv, nevycházejí z toho, co je společné pro nás pro všechny, tedy lidských práv. Svou roli samozřejmě mohou hrát další aktéři jako farmaceutické společnosti.

Další slibný vývoj vidíme v tom, že se s lékaři, včetně psychiatrů, stále více diskutuje o lidských právech. Přestávají se objevovat vyloženě defenzivní reakce a názory, že lidská práva s medicínou nemají co dělat. Hrozí však riziko, že i když psychiatrické společnosti začínají používat jazyk lidských práv, často tak činí poměrně úzce se zaměřením na jedno právo a to je právo na zdravotní péči. Jako by lidé neměli všechna ostatní práva, která mohou být ohrožena. Přitom psychiatři by měli být těmi, kteří



je budou podporovat. Od práv majetkových po práva na soukromý život.

Nyní se zaměřím se na jedno právo úmluvy, které je v diskuzi o posunu od ústavní péče ke komunitní zvláště relevantní. Jedná se o relativně novou úmluvu o právech osob se zdravotním postižením ratifikovanou v 21. století. Klade důraz na autonomii, na člověka jako aktivní subjekt. Článek 19 této úmluvy má vztah k posunu od ústavní ke komunitní péči. Přestože vůbec nepoužívá nikde pojem ústav. Říká, že všichni lidé se zdravotním postižením mají mít možnost si zvolit na rovnoprávném základě s ostatními místo pobytu, kde a s kým budou žít, a nemohou být nuceni žít ve specifickém prostředí.

Osoby se psycho-sociálním postižením nebo duševní chorobou tvoří kategorii, která patří pod ochranu úmluvy. Státy mají podle článku 19 zajistit, aby měly přístup ke službám v komunitní péči určené přímo pro ně, ale mají také zajistit, a to je neméně důležité, aby komunitní služby určené široké veřejnosti byly přístupné i osobám se zdravotním postižením a braly v úvahu jejich potřeby.

### **Od ústavního modelu ke komunitnímu**

Nyní se vraťme k tomu, kde se vůbec vzal ústav. Existují dva typy paternalismu, které se doplňovaly. Ten starší, patřící do předmoderní doby, je charitativní a vnitřní logika tohoto paternalismu, jak jsme viděli nebo četli například v Oliveru Twistovi, zní: když už je někdo tak

laskavý, že se stará o „chudáky“, tak se mu nesmíme příliš koukat na prsty. Neměli bychom řešit, zda to dělá dobře nebo nedělá, protože když už to dělá, příjemce má být vděčný a společnost má být také vděčná. Tento člověk to jistě dělá z křesťanské lásky k bližnímu. Paternalismus druhého typu je ten klasický modernistický. Je založen na přesvědčení, že věda umí věci diagnostikovat, pojmenovat, vyřešit a moderní organizace je umění ohraničit a zadministrovat.

Od konce 50. let a přelomu 60. let se v zejména anglosaských zemích šíří kritika obou typů paternalismů a kritický pohled na ústav jako totální instituci, která vychází z představy, že lidé, kteří jsou nějakým způsobem problematičtí, by měli být odděleni od zbytku světa. Rizikem je však ztráta lidského rozměru a nabízí se otázka, co institucionalizace s lidmi dělá.

V mnoha evropských zemích probíhaly více či méně úspěšné reformy psychiatrické péče směřující k tomu, aby se péče posunula směrem od instituce ke komunitě. V roce 2009 vznikla pod patronátem Vladimíra Špidly expertní skupina, která měla fungovat rok, ale funguje do současnosti, jako společná platforma mezinárodních a nevládních organizací, která se snaží ovlivňovat procesy transformace v jednotlivých zemích.

Dnes již můžeme zhodnotit proběhlé reformy a pojmenovat možná rizika. V zásadě existují rizika dvojího typu. Reforma je příliš polovičatá. Hodně se investuje do alternativ, které jsou o něco lepší, o něco méně ústavní, třeba menší ústavy, ale institucionální kultura se vlastně dostatečně nezmění. Reforma se příliš zaměřuje na psychiatrii, ale ne na další služby a segregace psychiatrických pacientů pokračuje.

Rizikem druhého typu je zbrklá deinstitucionalizace bez vytvoření podpůrných sítí služeb, která je často způsobená tím, že je potřeba do určitého termínu na politic-

ké zadání splnit byrokratický úkol, zkrátka zrušit určitý počet lůžek. To známe například z USA nebo Velké Británie a podobné problémy hrozí i v Řecku.

A jak provést reformu správně? Důraz musí být kladen na kvalitu služeb, na kvalitu péče směřující od paternalistické k interaktivní, musí se změnit model financování, finance by neměly směřovat na lůžka, ale k jedinci. Musí být kladen důraz na emancipaci a podporu autonomie člověka. Člověk není jen souhrnem diagnóz, ale sociální bytostí. Důraz musí být kladen na potřeby každého jednotlivce, ne jen na naplnění technokratických zadání, na naplnění čísel. Každý člověk by měl užívat co nejvíc právaných všeobecnou deklarací. A velmi důležitá je spolupráce s nevládními organizacemi.

Příliš dlouho existovala teritoria dvou nezávislých království. Něco bylo vyčleněno pro lidská práva a něco pro psychiatrii. My potřebujeme budovat mosty mezi profesionály duševního zdraví a profesionály na lidská práva. Psychiatrie jako profese by měla přijmout, že se obecné standardy lidských práv týkají všech, i osob s psycho-sociálním postižením, a že musejí do své práce integrovat přístup založený na lidských právech. Na druhé straně by měli odborníci z oblasti lidských práv zvýšit své povědomí o dlouhá léta opomíjené problematice osob s psycho-sociálním postižením a samozřejmě by neměli kázat ze slonovinové věže, co se může a co nesmí, ale měli by znát dilemata, s nimiž se v lékařské praxi vyrovnávají psychiatři. A trvalý dialog by měl zahrnovat také uživatele a jejich organizace.

*Text je přepisem příspěvku Jana Jařaba, regionálního zástupce pro Evropu Úřadu vysoké komisařky OSN pro lidská práva, na semináři „Lidská práva, etika a duševní zdraví“, který uspořádal Národní ústav duševního zdraví, 3. lékařská fakulta UK, Úřad vlády České republiky a Ministerstvo zdravotnictví České republiky, s cílem otevřít debatu na téma reforma psychiatrické péče.*

# Anděl jí radil, jak řídit svět. Dnes chce sama pomáhat lidem nemocným schizofrenií

Jolana Boháčková

Michaela Malá na 3. lékařské fakultě pokřtila svou knihu s názvem Homo Psychoticus. Detailně v ní popisuje svůj život se schizofrenií. Začíná dětstvím, prvním andělským zjevením, následuje však řada osobních problémů, pokus o sebevraždu, mnoho hospitalizací v nedůstojných podmínkách českých psychiatrických léčeben, paranoia, problémy se zvládnutím běžných každodenních činností a podobně. Michaela Malá velmi otevřeně píše o svém životě se závažnou duševní nemocí, kterou trpí až jeden člověk ze sta.

Nemoc obvykle propuká někdy mezi 20. a 30. rokem života, ale příčinám, které ji vyvolávají, prozatím lékaři dobře nerozumějí. „Schizofrenie je multifaktoriální onemocnění. To znamená, že pro vznik schizofrenie je rozhodující souhra genetických dispozic a vlivů prostředí. Takto vznikne terén, kterému pak už stačí málo, například nějaký spouštěč v podobě nadměrného stresu (studium na vysoké škole nebo kouření marihuany a podobně) a rozvine se akutní ataka,“ vysvětluje psychiatrička Lucie Bankovská Motlová, proděkanka 3. lékařské fakulty, která se dlouhodobě věnuje rodinným psycho-edukačním programům pro pacienty se schizofrenií. Mohou však existovat lidé, kteří ačkoli dispozici mají, se svým spouštěčem se nikdy nepotkají a schizofrenií neonemocní.

Ve většině populace tato choroba vzbuzuje obavy a strach. I mediální obraz tomu odpovídá. O lidech nemocných schizofrenií se veřejnost často dozvídá pouze ze zpráv spojených s vraždami nebo jinými násilnými činy. „Zdraví lidé nevědí, jak se k lidem nemocným schizofrenií chovat a podle průzkumů by se většina Čechů s lidmi trpícími schizofrenií nechtěla přátelit,“ říká psychiatrička Lucie Bankovská Motlová. Přitom podle odhadu odborníků touto duševní chorobou trpí až jedno procento populace.

## Halucinace a bludy

„V terapii s doktorem A. jsme postupně odkrývali minulost a zabývali se i přítomností. Můj anděl mi znovu zopakoval, že musím zachránit svět. Že je ho potřeba rozebrat a znovu poskládat. Najednou mě napadlo, že prostředníkem mezi andělem, mnou a světem může být doktor A. Před prázdninami mi totiž řekl, že jednou trávil dovolenou u svého známého psychiatra ve Švédsku. A já se kdesi dočetla o skupině psychoanalytiků ze Švédska, kteří analyzují politickou situaci ve světě. Okamžitě mě napadlo, že je s nimi doktor A. v kontaktu, že je snad členem této skupiny lidí. Začala jsem si denně kupovat noviny a z nich jsem si vystříhávala a lepila do svých deníků ústřížky článků týkajících se politiky,“ popisuje v knize



Michaela Malá. Deníky předávala psychiatrovi a věřila, že se její rady, jak řešit politické a globální problémy, dostávají až k těm nejmocnějším. Měla pocit, že tajně řídí svět. Lidé trpící schizofrenií jako Michaela mylně interpretují, co se s nimi děje. Trpí bludy a halucinacemi a podle toho se také chovají.

Mnoho rad a návodů, jak se chovat a co dělat, dostávala Michaela od anděla, který se jí zjevoval už od dětství. Nemoc se totiž projevuje různými poruchami vnímání reality, při nichž pacient vidí osoby či slyší hlasy, které mu doporučují, jak se má chovat. Anděl byl pro Michaelu nejdřív spřízněnou duší, oporou a nikomu o něm neřekla. „Pak jsem ale cítila, že mi nařizuje,

co mám dělat, chce mě ovládat. Proto jsem se rozhodla říci o něm svému psychiatrovi,“ řekla na autogramiádě knihy autorka.

Na psychiatrii se léčila nejprve s mentální anorexií a trvalo poměrně dlouho, než jí lékaři diagnostikovali schizofrenii. „Tato nemoc je těžko rozpoznatelná, nemáme žádný krevní test ani zobrazení mozku, které by řeklo: toto je obraz schizofrenie. Vycházíme z informací okolí a z pozorování chování pacienta. Navíc onemocnění začíná v období pozdní adolescence nebo časného dospívání a tak je někdy těžké odlišit, zda nejde o složité dospívání,“ líčí komplikace v diagnostice Lucie Bankovská Motlová.

## Po útoku nemoci přichází na čas zase klid

Onemocnění probíhá většinou cyklicky: po „atace“ nemoci, při které se naplno projevují výše zmíněné příznaky, nastává léčba a následuje fáze klidu. K tomu se ale připojují poruchy kognice, tím se myslí poruchy myšlení a soustředění, a často také ztráta motivace. Právě tato údobí se střídají také v knize Michaely Malé. Zaznamenává období, kdy maluje, tvoří, pracuje a v celku normálně zvládá každodenní problémy, jindy však začne nemoc útočit a pacientka musí být hospitalizovaná, protože není schopná fungovat v každodenním světě běžných problémů a mnohdy se stává sama sobě nebezpečnou.

Michaela Malá detailně ve své knize popisuje i doslova nedůstojné prostředí českých psychiatrických léčeben, ve kterých pacienti tráví čas na mnoholůžkových pokojích v hnědých teplákových úborech a personál se k nim občas chová i hrubě a agresivně. Autorka v knize například popisuje, jak zdravotní sestra kvůli nějaké naprosté hlouposti zfackovala před zraky ostatních pacientku. Podle Lucie Bankovské Motlové české psychiatrické léčebny vypadají velmi různě. „Za hlavní problém považuji ložnice s velkým počtem lůžek, nedostatečně kvalifikovaný střední personál a nedostatek personálu obecně,“ říká.

V současné době se vede diskuze, jakým způsobem pacientům nejlépe pomoci. Podle psychiatricky zkušenosti jednoznačně ukazují, že pobyt na nemocničním lůžku a následné návštěvy ambulantního psychiatra nestačí. „Optimální model zahrnuje mezičlánek – denní centra, která pacientovi nabídnou rehabilitaci na zotavení po akutní fázi nemoci. Zároveň bude moci žít ve svém přirozeném prostředí. To však předpokládá také zapojení rodiny a celé společnosti,“ zdůrazňuje psychiatricka.

Sama autorka knihy, která nyní zvládá pomocí léků a zázemí nemoc dobře, začala studovat sociální práci.

„Chtěla bych pracovat jako sociální pracovnice, pomáhat lidem se schizofrenií a podílet se na reformě psychiatrické péče u nás,“ dodává Michaela Malá. Účinná léčba totiž nespočívá jen v podávání léků. „Nemocný a jeho blízcí potřebují informace o povaze schizofrenie a jejím průběhu, aby jí lépe porozuměli a rozpoznali hrozící zhoršení včas,“ říká psychiatricka Lucie Bankovská Motlová.

## Celá vesnice si na ni ukazovala prstem

Situaci rodinám navíc komplikuje skutečnost, že lidé stále hledí na nemocné schizofrenií s nedůvěrou. „Na vině je stigma spjaté s touto diagnózou, které ve svém důsledku zhoršuje průběh nemoci a diskriminuje nemocné,“ dodává Lucie Bankovská Motlová. To potvrzuje i Michaela Malá. „Pocházím z malé vesnice a musela jsem se odtud odstěhovat. Když jsem dostala invalidní důchod, všichni lidé ve vsi řešili, že jsem ta bláznivá, co nepracuje. V Brně, kde mohu žít anonymně, je mi lépe,“ podotýká autorka knihy. Podle psychiatrů je zkrátka těžké pochopit, co se děje v myslích pacientů, a tak snadno vznikají předsudky. Kniha Michaely Malé může veřejnosti pomoci představit si, jak se nemocní lidé cítí a co prožívají.

Autorka se se svou nemocí naučila žít a začala studovat další vysokou školu. Podle Lucie Bankovské Motlové se asi 10 až 20 procent pacientů vyléčí úplně a u ostatních se více či méně nemoc dále projevuje. Nicméně asi 70 procent nemocných je schopných při správné léčbě fungovat i pracovat.

O křest knihy, kterému předcházelo autorské čtení a přednášky psychiatrů 3. lékařské fakulty, následované diskuzí s posluchači, byl veliký zájem. Syllabova posluchárna na 3. lékařské fakultě UK doslova praskala ve švech. Proto v rubrice Text přinášíme několik stránek rukopisu Michaely Malé – Homo Psychoticus.

# Stigma duševní nemoci

Lucie Bankovská Motlová, přednostka Oddělení lékařské psychologie 3. LF

**Když pacient s bipolární poruchou nepřijde na plánovanou kontrolu, hlásíte to policii?"**

**ptá se medička vyučujícího. „Proč bychom to dělali?“ optá se vyučující.**

**„Protože by třeba mohl něco provést.“**

**Výuka psychiatrie, Univerzita Karlova, 2015**

Při představě duševní nemoci nám automaticky přicházejí na mysl slova jako nebezpečí, nespolehlivost, lenost, strach, ohrožení, dokonce i vražda. Ani medicí a lékaři nejsou negativních představ ušetřeni. Jádrem těchto negativních zkratkovitých schémat jsou kulturně podmíněná přesvědčení, která si vytváříme v mládí. Má-li Karel smůlu a onemocní závažným psychotickým onemocněním, je onálepkován jako „schizofrenik“ či „maniak“ a automaticky je okolím vnímán jako „nebezpečný“. Onemocní-li Marie depresí, vzbuzuje pocit, že si za nemoc může sama a je označena jako „lenoška“. V důsledku schémat nevnímáme Karla a Marii jako individuální bytosti s nelehkým osudem a závažnou nemocí, ale pohlížíme na ně „schematickým prismatem“ rovnou jako na příslušníky skupiny – v tomto případě „duševně nemocných“.

Duševní nemoc totiž nevysvětlujeme jen klinickými popisy, ale také souborem atributů, které vycházejí z již zmíněných kulturně podmíněných přesvědčení, v případě duševní nemoci negativně laděných. A odtud je již krůček ke stigmatizaci, tedy specifickému atributivnímu procesu, během kterého jsou jedinci přiřazeny sociálně diskreditující vlastnosti a duševně nemocný je tak nezvratně vyloučen ze sféry normality do sféry deviance (Goffman, 1963). Vnímáme jej tedy jako devianta.

Stigma spjaté s duševní nemocí má závažné dopady pro pacienty a jejich blízké. Prvním závažným problémem je nechuť lékařů sdělovat pacientům diagnózu. Například v průzkumu ve Spojených státech, kterého se účastnilo 719 pacientů se schizofrenií, se zjistilo, že 50 % z nich vůbec nevědělo, že jim byla schizofrenie diagnostikována, ačkoli byli na základě této diagnózy kontaktováni (Lehman et al., 1998). V roce 1999 v Japonsku se 52 % členů Japonské psychiatrické společnosti přiznalo, že informovali pacienty se schizofrenií o diagnóze pouze příležitostně podle situace, a jen 7 % informovalo o diagnóze své pacienty vždy (Ono et al., 1999). V jiném výzkumu vyšlo najevo, že jen 16,6 % pacientů a 33,9 % jejich blízkých bylo schopno říci, jakou mají diagnózu. To znamená, že v Japonsku přibližně 167 000 pacientů se schizofrenií pobývalo průměrně více než jeden rok na psychiatrickém lůžku, aniž by znalo název svého onemocnění.

Ačkoli přesná data z České republiky nemáme, klinická zkušenost ukazuje, že přibližně 20 % účastníků programu denního stacionáře pro léčbu psychóz – tedy ti, kteří již prošli hospitalizací – nezná svoji diagnózu. Někteří pacienti jsou v kartotéce vedeni pod diagnózou jinou, i když mnohdy jsou již kritéria pro schizofrenii splněna. V zájmu zajištění spolupráce pacienta se totiž psychiatři v dobré víře





uchylují například k akutní polymorfní psychotické poruše jako méně stigmatizujícímu označení. Lékaři si uvědomují, že odmítnutí diagnózy a následně i léčby pacientem je příliš vysoké riziko.

A někdy to není pacient, ale jeho blízcí, pro které je diagnóza schizofrenie absolutně nepřijatelná. Někteří situaci bagatelizují, v krajních případech pak své nemocné blízké dokonce od léčby aktivně odrazují. Přitom právě schizofrenie je onemocnění, které vyžaduje vysokou míru souhry celého „týmu“: pacient, jeho blízcí a lékař musí táhnout za jeden provaz.

Na jedné straně neinformovanost a na druhé stigma představují obrovská rizika: počáteční prodleva v léčbě je na škodu, čím dříve se schizofrenní onemocnění začne léčit a pacient akceptuje dlouhodobou systematickou léčbu, tím lepší je výsledek.

Další komplikací spjatou se stigmatem je nedostatečná zdravotnická péče. Stigmatizace mezi lékaři a zdravotním personálem všeobecně často způsobuje diskriminaci ve smyslu neposkytnutí adekvátní léčby lidem s duševním onemocněním (Corrigan et al., 2014). Konkrétně u schizofrenie je počet tělesných onemocnění vysoký, zato péče poskytovaná pacientům je málo. Existují důkazy o tom, že ačkoli nemocní se schizofrenií mají více kardiovaskulárních chorob než obecná populace, podstupují katetrizaci méně často než obecná populace (Lawrence et al., 2003). Podobně je tomu s monitorováním HbA1c či pravidelnými kontrolami retiny v případě diabetu. Stejně tak vážne péče o nemocné s osteoporózou. Lékařské kontroly jsou řídké a léčba pro tělesné nemoci se většinou poskytuje pouze tehdy, jde-li o život ohrožující stavy.

Kdo za to může? Podceňují pacienti problém, nerespektují rady lékařů a nechodí na kontroly? Nebo lékaři ignorují zdravotní problémy schizofrenních pacientů prostě proto,

že si myslí, že pacienti budou jejich doporučení ignorovat? Na příkladu obezity můžeme doložit, že pacienti si problém uvědomují. Pokud mají možnost absolvovat intervence zaměřené na zlepšení životního stylu, jsou ochotni se jich účastnit a dodržují rady (Bankovská Motlová et al., 2010). Ostatně programy na podporu zdravého životního stylu jsou pacienty akceptované a vyvolávají kýžené efekty. I proto jsou doporučeny jako standardní postup v léčbě schizofrenie (Dixon et al., 2010).

I když pacient diagnózu zná a je s ní smířen, zdaleka to neznamená vítězství, jelikož nyní ho čeká boj nekonečný: čelit předsudkům okolí. Skutečnost, že společnost hledí na nemocné s diagnózou duševní nemoci skrz prsty, představuje chronický stresor. A vyjdeme-li z představy bio-psycho-sociálního modelu nemoci, pak stigma nepochybně jako chronický stresor působí a může negativně ovlivňovat průběh závažných onemocnění, jako je schizofrenie nebo bipolární afektivní porucha.

Jak jsme na tom s předsudky a s diskriminací duševně nemocných u nás? Winkler et al. zjišťoval míru stigmatizujícího jednání vůči lidem s duševním onemocněním v České republice a porovnával je s obdobným šetřením v Anglii. Míra zamýšleného stigmatizujícího jednání vůči lidem s duševním onemocněním se v obecné české populaci ukázala jako velmi vysoká. Zatímco v Anglii by spíše nebo rozhodně vadilo přátelit se s člověkem, u kterého se objeví psychické onemocnění, necelým 4 % populace, v Česku by to vadilo více než 26 % populace. Ačkoli takto dramatický rozdíl může vypovídat spíše o neznalosti problematiky duševního zdraví a nemoci než o v budoucnosti skutečně projeveném jednání vůči člověku, u kterého se objeví např. deprese, problematika stigmatu a diskriminace vyžaduje systematickou pozornost a na důkazech založené úsilí o změnu (Winkler et al., 2014).

Jak této změny docílit? Co kdybychom schizofrenii – nejvíce stigmatizující diagnózu – prostě přejmenovali? Navrhovaný název v angličtině „salience syndrome“ vystihuje, že se jedná o poruchu připisování významnosti podnětu (van Os et al., 2009). V Japonsku se o to pokusili a schizofrenii (mind-split disease) v roce 2002 přejmenovali na „poruchu integrace“ (integration disorder). Již v roce 2003 přinesla změna výsledky: zatímco v roce 2002 bylo informováno o původní schizofrenní diagnóze jen 36,7 % pacientů, v roce 2003 to bylo 65 % a v roce 2004 již 70 %. 98 % procent z těch lékařů, kteří obvykle pacienta již dříve poctivě informovali o schizofrenii, používalo v roce 2004 nový název. A první průzkumy veřejného mínění v Japonsku prokazují, že zatímco původní pojem byl asociován s kriminalitou jedinců trpících schizofrenií, v souvislosti s novým pojmem je spjata kriminalita podstatně méně (Takahashi et al., 2009).

Najít relevantní ekvivalent v češtině by nebylo lehké (návrhy jako „misatribuční konektopatie“ či „porucha zpracování informace“ jsou sice výstižné, avšak poněkud nepraktické). Zatímco přejmenování názvu je spíše virtuálním řešením, existují řešení realističtější. Podle Thornicrofta má stigma spjaté s duševním onemocněním svá specifika a zahrnuje tři základní elementy: 1. nevědomost (problém znalostí); 2. předsudky (problém postojů) a 3. diskriminaci (problém jednání) (Thornicroft et al., 2007). Z těchto specifík pak vycházejí i intervence. Je-li primární příčinou vzniku stigmatu malá míra přesných informací o duševním onemocnění, pak podle tohoto předpokladu intervence, programy a kampaně, které přesné informace zprostředkují, povedou k redukci stigmatizace. Doufáme, že destigmatizační kampaně dostanou zelenou. Na tomto poli zůstáváme našim duševně nemocným pacientům hodně dlužni.

PS: Proším kolegy ze somatických oborů, aby mi dali vědět, zda jim medicí při výuce kladou podobné otázky jako mně medička na psychiatrii. Například zda se má hlásit policii, když se na plánovanou kontrolu nedostaví pacient s diabetem, hypertenzí, či jinou nemocí. Děkuji.

#### Literatura:

- Bankovská Motlová L, Dragomirecká E, Matelová S et al. Edukace u schizofrenie: Jak pacienti a příbuzní hodnotí program prevence relapsu PREDUKA. *Čas Lék Čes* 2010; 149: 21–25.
- Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, Haynes TF, Han X, Morris S, & Sullivan G. Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Research* 2014; 218(1–2), 35–38.
- Dixon L, Dickerson F, Bellack AS et al. The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* 2010; 36(1): 48–70.
- Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. London: Penguin Books 1968
- Lawrence DM, Holman CD, Jablensky AV et al. Death rate from ischaemic heart disease in Western Australian psychiatric patients 1980–1998. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 31–36.
- Lehman AF, Steinwach DM. Patterns of usual care for schizophrenia: Initial results from the schizophrenia patient outcomes research team (PORT) client survey. *Schizophrenia Bulletin* 1998; 24(1): 11–20.
- Ono Y, Satsumi Y, Kim Y et al. Schizophrenia: is it time to replace the term? *Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 53: 335–341.
- Takahashi H, Ideno T, Okubo S et al. Impact of changing the Japanese term for „schizophrenia“ for reasons of stereotypical beliefs of schizophrenia in Japanese youth. *Schizophrenia Research* 2009; 112: 149–152.
- Thornicroft G, Rose D, Kassam A, & Sartorius N. Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry* 2007; 190(3), 192–193.
- van Oss J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet* 2009; 374: 635–645.
- Winkler P, Csémy L, Janoušková M, & Bankovská Motlová L. Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v Česku a Anglii: dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace. *Psychiatrie* 2014; 18(2): 54–59.

# Chcete mě?

Kateřina Višňovská

Kamarádka si tuhle stěžovala, že nemůže najít práci. Deprese, invalidní důchod, bez jakékoli podpory ze strany rodiny, finanční zázemí nula nula nic. Pracovala by, až by brečela, jenže ji nikdo nechce. Zaměstnávat člověka s duševní poruchou je zřejmě až příliš riskantní. Splníte všechny předpoklady pro výkon daného povolání, ale jakmile prý donesete příznání invalidního důchodu, vypoklonkují vás ze dveří, ani nevíte proč. Samozřejmě, důvod je nabíledni, ale nikdo vám to upřímně do očí neřekne. A tak ona kamarádka pracuje v jedné chráněné dílně téměř zadarmo a doufá v lepší časy.

Znejistila jsem. Jsem taky v důchodu. Jsem práce schopná a chci pracovat. Jsem v procesu hledání si práce. A jsem na vážkách, jestli se k papíru na hlavu přiznat anebo zatloukat, zatloukat, zatloukat. Zbaběle jsem zvolila druhou variantu, i když moc nechápu, proč by mě kvůli mému postižení neměli zaměstnat. Posuďte sami:

- Několikrát jsem prošla psychiatrickou nemocnicí. Velmi dobře tudíž vím, jak blázinec vypadá. Dojduli k přesvědčení, že „to není firma, to je blázinec“, nesložím se z toho. Přesně totiž vím, jak to v takové instituci chodí, a jak se tam chovat, aby člověk přežil bez úhony.
- Žádná sociální interakce mě nepřekvapí. V léčebně jsem potkala mnoho lidí s nejroztodivnějšími způsoby chování, na které jsem si postupně zvykla a přijala za své, že podivíni, se kterými se člověk střetne „ven-

ku“, mi vlastně přijdou normální. Tuhle jsem se ocitla na jednom osmiletém gymnáziu, kde mě míjející chlapec oslovil slovem „bagr“. Automaticky jsem odpověděla „ahoj“, „bagr“ je zřejmě nová forma pozdravu. Proč ne.

- Z výše uvedeného důvodu vyplývá, že kromě podivínů nebudu mít problémy ani s cvoky, bláznů, debilů, magory nevyjímaje.
- Jsem ohromně trpělivá. Práce s korálky, při níž se snažíte třesoucí se rukou provléci vlasec tím nejmrňavějším kouskem skla, vás poznamená navždy. Už se nevztékám, neplýtvám materiálem, nemrskám rozdělanou prací o zeď. Umím se soustředit i při nudné a titěrné činnosti. Dbám na detaily. Kdo nevěří, ať si korálkování zkusí.
- Díky blázinci jsem zvyklá na režim – napřed se udělá toto, pak následuje něco jiného. Víím, že i když se budu proti zaběhanému rámci vzpouzet, nijak mi to nepomůže. Jasně, že diskuzí lze dospět k určitým modifikacím, pokoušet se ale o převrat nemá smysl.
- Respektuji, anebo alespoň akceptuji rozhodnutí výše postavených či zkušenějších kolegů. Nemá cenu se totiž povyšovat na doktora, jste-li pacient, který léčbu houby rozumí. Můžete se o ni zajímat, můžete spolurozhodovat o jejím průběhu, můžete k ní zaujmout své stanovisko, můžete nadávat na neschopnost



lékaře se svými kolegy spolupacienty, ale to je asi tak všechno.

- Zažila jsem, jak vypadá kolaps organismu. A udělám vše pro to, abych se do podobného stavu už nedostala.
- Na rozdíl od mnoha ostatních jedinců už vím, že jsem blázen. Snažím se se svým postižením žít a jednat podle toho. Umí tohle ti ostatní?

Milí potenciální zaměstnavatelé, doufám, že jste si po přečtení mé obhajoby udělali vlastní obrázek o tom, jak je důležité mít ve firmě nikoli Filipa, ale jedince v duševní nepohodě. Kdo totiž ještě nemá v týmu svého blázna s papírem, mohl by být jednou svým okolím považován nikoli za blázna, ale za blbce.

*Autorka studovala dějiny a angličtinu na Filozofické fakultě UK a mnoho let pracovala jako učitelka a zástupkyně ředitele na gymnáziu i na základní škole.*

# Jak dobře mluvit o smrti

Ondřej Nezbeda

Čeští pacienti nejčastěji žalují lékaře ne kvůli chybám v léčbě, ale protože se k nim chovají přezíravě, povýšeně, špatně komunikují a umějí být i hrubí. Lékaři si zase stěžují, že jsou přepracovaní, nemají na sdělování vážné diagnózy dost času ani vhodné podmínky. Důsledek: terminálně nemocní nemohou svobodně a zodpovědně rozhodnout o svém osudu.

„Ve chvíli, kdy mi sestra zaklepala na rameno, vyprávěl pan profesor něco o komplikacích hypertenze. Na pokoji bylo šest pacientů a celé procesí – k pravidelné vizitě se nás přidalo ještě několik studentů – zabíralo většinu volného prostoru. „Mohla byste, prosím, trochu uhnout? Děkuju,“ řekla mi sestra a spolu s kolegyní do úzkého prostoru mezi dvěma postelemi přesunuly plentu. „Pacient umírá,“ dodala na vysvětlenou. Pan profesor dál pokračoval ve výkladu a po chvíli jsme pokračovali do dalšího pokoje.“

Tak se s umíráním poprvé během studia medicíny setkala Lydie Fialová. 3. lékařskou fakultu absolvovala v roce 2003 a dnes přednáší lékařskou etiku na Univerzitě v Edinburghu. Když pokračuje ve vzpomínání na studia, vybavují se jí hodiny anatomie, kdy před ně vyučující vyndával z umělohmotného kbelíku lidská srdce nebo části končetin, které celý život věrně sloužily svým nositelům a jejichž cesty se nejspíše protnuly až v posmrtném životě na pitevně. Teprve po pár dalších hodinách vyndal z černého gumového pytle i celé tělo. „Byli jsme příliš za-

neprázdnění snahou naučit se náročnou latinskou terminologií a všechny detaily neuvěřitelně složitého lidského ustrojení, než abychom přemýšleli nad osudy těl, která bezbranně ležela před námi na stole.“

## Selhali jsme, je konec

Už samotné studium anatomie má tak krom nesporného přínosu co do porozumění struktury a funkce lidského těla ještě další významnou roli. Možná ne úplně záměrnou, ale velmi efektivní – odosobnění „pacienta“. Vlastně celé kurikulum českých lékařských fakult je v současné době postavené především na co nejlepším technickém ovládnutí lékařského řemesla, ale zapomíná se na to, co by jej zároveň mělo dělat uměním – na jeho psychologickou, vztahovou i spirituální povahu.

Komunikace s pacientem a sdělování špatné zprávy už je sice několik let součástí osnov, ale stále jde pouze o nepatrnou část ve srovnání s technickými odbornostmi, které musejí medici ovládnout. Dokonce i paliativní medicína, která se orientuje na pacienty s nevléčitelnými chorobami, terminální diagnózou a na péči na konci života, je na naprosté většině fakult pouze volitelným předmětem.

Současné lékařství se tak paradoxně díky svým nesporným úspěchům dostalo do pastí. Převažuje v něm instrumentální přístup, jehož příčinou je mechanistické pojetí nemoci, pro které je psychika a její vliv na zdravot-



ní stav člověka naprosto irelevantní. Spolu s tím se stále zlepšují diagnostické postupy i technické možnosti současné medicíny a fascinace jimi. Není pak divu, že lékaři neodvratitelnou smrt prožívají jako své selhání a zahanbení. I to je jeden z mnoha důvodů, proč je pro ně tak těžké povědět pacientovi, že už ho nedokážou vyléčit.

Výmluvné je v tomto ohledu rovněž to, že medicí nejsou na své praxi hodnoceni za svůj přístup k pacientům, nýbrž pouze za výkon, tedy za odborné dovednosti a znalosti. Ty sice ovládají na vysoké úrovni – což dokazuje fakt, že se úspěšně ucházejí o práci v zahraničí, především v Německu a Velké Británii – ale když potom odpovídají na otázku, jak je škola připravila na oznámení vážné zprávy, odvětví většina oslovených, že nijak.

### **Zápasy s časem**

Do jisté míry s nimi souhlasí i lékařský etik a katolický kněz Marek Vácha, který přednáší etiku a sdělování špatné zprávy na 3. lékařské fakultě Karlovy univerzity. Ne-zůstává jen u teorie, na hodinách spolupracuje s profesionálním hercem, s nímž studenti sehrávají různé situace, do kterých se jednou mohou ve svých ordinacích dostat, natáčí je na video a společně je rozebírají. Celkem tomuto tématu věnují 23 až 25 vyučovacích hodin. Přesto Marek Vácha tvrdí, že na oznámení toho, že už lékař svému pacientovi nemůže nabídnout žádnou léčbu, že se blíží okamžik jeho smrti, to nestačí.

„Existují sice osvědčené principy, jak člověku sdělit špatnou zprávu – například protokol S. P. I. K. E. S., který

navrhl torontský lékař Robert Buckman, nebo Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy, který vytvořil tým Jiřího Vorlíčka z Hemato-onkologické kliniky v Brně. Ty například doporučují, aby se lékař nejprve zeptal, jestli dotyčný člověk chce vůbec o své nemoci mluvit, co o své nemoci ví a co mu o ní řekli lékaři a jestli ji chce znát v plném rozsahu, komu dalšímu ji chce sdělit a podobně. Pořád jde ale jen o teoretické a idealizované situace,“ vysvětluje Marek Vácha. „Něco radikálně jiného je konfrontace s konkrétním člověkem, jeho osudem, emocemi, odmítáním, strachem. A také s jeho blízkými, což je kapitola sama o sobě.“

Aby byl lékař schopen nahlédnout do hloubi situace člověka na konci života, měl by podle něj zažít tu chvíli, kdy jej drží za ruku při jeho posledním vydechnutí. I proto během posledních let posunul hodiny věnované komunikaci s pacienty ze třetího až do posledního ročníku, kdy už mají medicí více praktických zkušeností a nejspíš se osobně setkali i s umíráním a smrtí. Přesto přiznává, že by se s nimi nad tímto tématem nejraději setkával ještě déle, až několik let po tom, co jako absolventi školu opustí. Tedy až ve fázi, kdy vystudované lékaře již drtí soukolí byrokratického systému nemocnic, jsou unaveni z přesčasů a nočních služeb, a kdy mnohdy z pochopitelných důvodů zapomínají na všechno, co si v hodinách etiky na fakultě vyprávěli a zkoušeli.

Dobrym znamením podle Marka Váchy ovšem je, že většina mediků už komunikaci s pacienty vnímá jako podstatnou součást své budoucí práce a zajímají se o ni. Mnozí i proto, že mají možnost porovnávat přístup lékařů k pacientům na svých zahraničních stážích.

V úvodu již citovaná Lydie Fialová přibližuje své studium v Německu, konkrétně na stanici intenzivní onkologie. Studenti medicíny tam mají možnost pracovat jako

„sitzwache“, ošetřovatelé-strážní pacientů, kteří vyžadují nepřetržitou péči. Lydie tak často trávila u jednoho pacienta několik nočních služeb za sebou, pomáhala s ošetřovatelskou péčí i s komunikací s rodinou, která za ním přicházela na návštěvu. S oním pacientem sice nikdy nemluvila, protože byl ve zvláštním stavu polovědomí, ale přesto za těch pár služeb měla pocit, že hodiny ticha sdílené ve sterilním nemocničním pokoji, omývání obličeje a polohování nehybného těla mezi nimi vytvořily zvláštní spřízněnost. „Když ten muž pak během jedné noci v půl čtvrté zemřel, vyšla jsem ven, do chladné tmy plné hvězd. Vzpomněla jsem si při tom na větu filozofa Emmanuela Lévinase, který říká, že základní etické pravidlo nezabíješ, má svou druhou stranu: nenecháš mne ve smrti samotného.“

Jiří Šedo z Masarykova onkologického ústavu v Brně zase popisuje své zkušenosti ze stáží na Harvard Medical School v Bostonu a na onkologické Mayo Clinic v Rochesteru. Vzdělávání mladých lékařů tam probíhá tak, že neatestovaný lékař pacienta vyšetřuje i v ambulantním provozu pod neustálým dohledem zkušeného lékaře – konzultanta. Vážné diagnózy tudíž sdělují společně: ať už tak, že rozhoovor vede konzultant a mladší lékař se od něj učí, anebo jej vede mladší lékař za asistence supervizora. Z těchto zkušeností Jiří Šedo čerpá dodnes: „Vlastně jsem dosud neměl od té doby příležitost se to jiným způsobem naučit, přitom třeba v našem ústavu je celá řada kolegů s velmi dobrými lidskými a komunikačními předpoklady. V tomto určité český systém vzdělávání mediků i lékařů nejvíce selhává. Nemluvě o tom, že na řadě jiných pracovišť ani není od koho se správné komunikaci naučit, protože předchozí generace lékařů k tomu už vůbec nebyly systematicky vedeny.“

Přitom právě Masarykův onkologický ústav na Žlutém kopci v Brně je vyhlášený citlivým přístupem k pa-

cientům. Ke sdělení vážné zprávy je tu k dispozici uzavřená ošetrovna, což v jiných nemocnicích není vůbec samozřejmé. Pacient tu má potřebné soukromí a může si k rozhovoru přizvat svého partnera nebo blízkého člena rodiny. Lékař zase může požádat o pomoc zkušeného psychologa a v případě mladého lékaře i využít přítomnosti zkušenějšího kolegy. Na rozhovor mají přibližně tři čtvrtě hodiny až hodinu a scházejí se spolu opakovaně, protože v první chvíli je pacient v šoku a na doplňující otázky většinou nemá myšlenky. To všechno ale platí pouze v případě, že jde o člověka, který je v ústavu hospitalizovaný.

Dramaticky jiná je situace v ambulantním provozu, kde má lékař na pacienta přibližně 15 až 20 minut, kdy část času vezmou ostatní nutné úkony spojené s vyšetřením. Možnosti lékaře v takovýchto podmínkách jsou proto nemilosrdně omezené. „Nejde jenom o to, že na adekvátně vedený rozhovor absolutně nemáte dostatek času, ale o to, že v ambulantním provozu často pacienta znáte pouze z krátkých kontrol, nemáte přehled, jaké má hodnotové zázemí a o co se opírat v případě, že akutně potřebuje intervenci,“ vysvětluje Jiří Šedo. „Ten časový aspekt je zcela zásadní – můžete mít sebelepší školení a tréninky, ale pokud na takové sdělení nemáte dostatek času, tak to jednoduše nejde dělat dobře.“

Výjimkou přítom není ani to, že nemocný se o vážnosti svého zdravotního stavu dozví od svého lékaře telefonem, nebo dokonce esemeskou. Právě tak zjistil pan S., o nějž v jeho posledních dnech pečoval domácí hospic Cesta domů, že trpí akutní formou leukemie. Panu S. bylo 69 let a své stáří trávil velmi aktivně – každé pondělí navštěvoval posilovnu a pravidelně chodil plavat. Během lyžařského zájezdu ve francouzských Alpách se ale začal cítit divně. Bylo mu slabo, točila se mu hlava, spustila se

mu rýma a kašel, omdlával. Po návratu proto navštívil lékaře, který mu po rozboru krve oznámil, že se mu testy moc nelíbí a že vzorky pošle na podrobnější analýzu. Mezitím pan S. ulehl do postele a celý víkend prospal. Když si v pondělí opět zapnul telefon, čekala ho zvláštní zpráva: „Během vaší návštěvy zjištěna akutní leukemie, okamžitě se dostavte na Ústav hematologie a krevní transfuze.“

V prvním okamžiku byl šokovaný, ale co se zprvu zdálo jako bezohledný přístup, vyjevilo se nakonec jako starost a strach lékaře o pacienta – bál se, aby pan S. nezkolaboval na ulici, a tak mu poté, co se mu nemohl dovolat, raději poslal SMS. Lékaři z Ústavu hematologie a krevní transfuze pak na žádost pana S. podrobně seznámili s jeho stavem a prognózou – zbývalo mu několik měsíců, možná už jen týdnů. Raději proto odmítl další léčbu a zvolil domácí paliativní péči. Během zbývajících času vyřídil všechny administrativní a byrokratické nutnosti, aby po sobě zanechal čistý stůl, urovnal svůj vztah s dcerou, která o něj pečovala v posledních dnech, rozloučil se se svými přáteli. Nestihl už jedině – skočit si v červenci na své sedmdesáté narozeniny z letadla. Před několika týdny, vyrovnaný a smířený se svým životem, zemřel.

### **Potřeba upřímných odpovědí**

Jediný průzkum, který se v České republice zabýval tím, zda si pacienti přejí znát pravdu o svém zdravotním stavu, byla již zmíněná studie agentury STEM/MARK z roku 2013. Podle ní si nemocní přejí znát pravdu ve více než devadesáti procentech případů – což je přibližně stejně jako v Evropě a USA – zatímco lékaři, ale i příbuzní nemocných si to samé myslí v sedmdesáti procentech. U příbuzných jde většinou o obavu, že vědomí špatné prognózy povede k beznaději, k tomu,



že nemocný všechno vzdá, přestane bojovat a zemře rychleji. Žádná data, která by tuto domněnku podporovala, přitom neexistují. Naopak většina nemocných se pak cítí zrazená, protože sleduje zhoršování svého zdravotního stavu a po zjištění pravdy přestává svému blízkému okolí i lékařům důvěřovat. Přitom pouze pacient dostatečně informovaný o zdravotním stavu a svých právech může být lékařům partnerem. Jen v takovém případě se může o svém osudu svobodně a zodpovědně rozhodnout.

Veřejnou pravdou ovšem je, že čeští pacienti jsou vůči lékařům velmi submisivní a v přístupu ke svému zdraví pasivní. Často je proto po oznámení diagnózy a navržení léčby nenapadnou ani ty nejjzákladnější otázky, například: Proč mají léčbu podstupovat? Co pozitivního i negativního jim přinese? Přežijí? Vyléčí se úplně, nebo s jakými následky? Bude cílem léčby zpomalení postupu nemoci?

Bez srozumitelných a upřímných odpovědí se nikdo nemůže odpovědně a svobodně rozhodnout a přenechává svůj osud v rukou lékaře. Ten by sice měl jednat vždy v zájmu pacienta, ale zároveň je mnohdy těžké, aby v něm neviděl sám sebe, výsledky svého pracoviště nebo toho, jak léčí, aby si do něj neprojektoval svou životní zkušenost.

„Já skoro vždycky můžu nabídnout nějakou léčbu,“ říká Michal Kouba z Ústavu hematologie a krevní transfuze v Praze, „ale někdy je velmi malá šance, že zabere.“ Většina jeho pacientů totiž trpí nějakou formou leukemie, a tak často řeší dilema, zda zvolit agresivní chemoterapii s možností úplného vyléčení v deseti procentech a rizikem těžkých komplikací v procentech devadesáti, nebo snad pár měsíců v klidu doma na uspořádání věcí, ale bez šance na vyléčení. Otázkou pak je, jaké trápení, které si lékař umí představit, avšak pacient nikoliv, ještě stojí za to.

„Když jde o třicetiletého rodiče s malými dětmi, chápu, že se člověk chytá i sebemenší šance,“ říká Michal Kouba. „U starších lidí ale víte, že léčba bude probíhat těžko, že bude bolestivá a bude mít vedlejší projevy. Často jim proto opakují, že v tuhle chvíli tu nesedíme jako doktor a pacient, ale jako člověk s člověkem. Já mám informace, ale rozhodnout se musíte sám“.

Přístup, jaký má onkolog Michal Kouba, je ale spíše výjimečný. Mnozí lékaři si ani nechtějí připustit, že mají nad svými pacienty velkou nadvládu, že o nich mnohdy rozhodují za ně namísto, aby jim jejich možnosti srozumitelně vysvětlili a nechali poslední volbu na nich. Neděje se to samozřejmě na vědomé úrovni, nemusí to být záměrná motivace, ale na podstatě problému to nic nemění. Jakkmile si pacient chce něco prosadit nebo o něčem sám rozhodnout, je často vnímán jako potíživista. Za přehliživým postojem lékařů samozřejmě stojí i strach ze selhání nebo z následných žalob. Jenže zatímco o těchto obavách lékařů se už otevřeně mluví, o moci nad pacientem se mlčí.

Výmluvně přitom je, že podle domácích i zahraničních průzkumů většina lékařů volí na konci svého života postupy paliativní medicíny. To znamená, že odmítají resuscitace, vysoce agresivní léčbu, pobyty na jednotce intenzivní péče a podobně a volí už jen řešení symptomů, jako je tlášení bolesti, zvracení, dušnosti. Tedy právě to, co někdy odmítají připustit u druhých. „Často proto svým pacientům opakují, že nemám rád úsloví ‚musíš s tím bojovat‘,“ vysvětluje Michal Kouba. „Není na tom nic špatného, ale navozuje to pocit, že buď je tu cesta správného boje, tedy agresivní léčby, nebo ta druhá, kterou je selhání. Statečné je rozhodnout se pro kteroukoli z těch cest.“

Zatímco podle výše zmíněného průzkumu agentury STEM/MARK by 78 procent Čechů jednou rádo dožilo

doma, téměř stejné procento lidí umírá ve zdravotnických zařízeních nebo v pobytových zařízeních sociálních služeb. Konkrétně v České republice ročně zemře 105 000 lidí, z toho 60 procent v nemocnici a devět procent v nemocnicích dlouhodobé péče; tato čísla jsou ve srovnání se západními zeměmi vysoká a neexistuje pro ně přijatelné klinické vysvětlení. Například v sousedním Německu a Rakousku dožije doma, v péči některého ze stovek mobilních hospiců, plně hrazené ze zdravotního pojištění, zhruba deset procent nevléčitelně nemocných lidí a na tento typ péče existuje v obou zemích zákonný nárok.

Naproti tomu v České republice, kde není mobilní specializovaná paliativní péče hrazena ze zdravotního pojištění a dvacítky mobilních hospiců existuje jen díky darům, grantům a veřejným sbírkám, je mobilní paliativní péče dostupná jen v některých regionech a využít ji může jen zhruba jedno procento nevléčitelně nemocných lidí na konci života (cca 1 600 lidí ročně).

### **Výkony a paradoxní plýtvání**

Vraťme se na začátek. Pokud se pro lékaře nevytvoří adekvátní časový prostor pro sdělení diagnózy, nemůžeme čekat dramatické změny k lepšímu v jejich přístupu k paci-

entům. Hájení časového prostoru pro rozhovor a vytváření důvěryhodného vztahu s nemocným by proto mělo být prioritou nejen pro vládní orgány a pojišťovny, ale také pro samotná zdravotnická zařízení, jejich zřizovatele a třeba i patientské organizace. Dnes pojišťovny platí velmi drahou léčbu s nejistým výsledkem, ale čas lékaře na opakovaný a podrobný rozhovor o cílech léčby, jejím možném přínosu i rizicích a o preferencích pacienta hradí směšnou částkou. Není pak divu, že i z tohoto důvodu lékaři náročné rozhovory minimalizují a raději indikují léčbu.

To, co by bylo skutečně žádoucí, je však velmi obtížné prosazovat ve společnosti, jejíž občané mají zásadní mentální problém být s minimálním příplatkem na recept nebo za hospitalizaci, a v systému, kde je lékař hodnocen podle kvantity provedených výkonů. Najít pracoviště se skutečně fungujícím tréninkem lékařů s důrazem na komunikaci je v Česku obtížné a jednorázové projekty snažící se zvýšit kvalitu komunikace lékařů a dalších zdravotníků s pacienty většinou nakonec stejně nevyužijí především ti, kteří by to nejvíce potřebovali.

Nezbývá tedy než nabízet pomocnou ruku těm, kteří na sobě chtějí pracovat a stále se zlepšovat.

*Autor je redaktorem Lidových novin a pracuje pro organizaci Cesta domů.*

*(Lidové noviny, Orientace, 25. dubna 2015)*

# Práva pacientů zvolna posilují. Prosazuje se umírání doma místo v nemocnici

Kateřina Surmanová

Emancipace pacientů v Česku je do značné míry kvůli autoritářskému minulému režimu poměrně malá. Přesto u nás startují projekty, díky nimž by mohla patientská práva posílit. Začíná se skloňovat možnost dobrovolného odchodu ze světa či uzpůsobení léčby závažných onemocněním přáním pacienta.

Přemysl Šlusař před čtyřmi lety zjistil, že má nevléčitelnou amyotrofickou laterální sklerózu. Ale nebyla to smrt, z čeho měl strach. „Nejvíc Přemka děsilo, že ochrne, připojí ho na dýchací přístroj a on bude půl roku koukat do stropu, než umře,“ vzpomíná zdravotní sestra Andrea Radomská.

O panu Šlusařovi slyšela poprvé, když o něm viděla reportáž v televizi. Sháněl peníze, aby mohl odjet do Švýcarska za eutanazií, ale bylo to nad jeho možnosti. Radomská se s ním spojila a řekla mu o institutu dříve vyslovených přání. „Obrovsky se mu ulevilo. Sepsali jsme s právníčkou dokument, kde bylo jasně uvedeno, že nechce připojit na ventilátor,“ dodává zdravotnice.

Dříve vyslovená přání jsou v českém právu zakotvena od dubna roku 2012, ale pacienti ani lékaři se s nimi dosud nenaučili pracovat. Málokdo o nich ví, a málokdo je proto také využívá. Jde o právní dokument, který člověk sepiše u notáře, a nechá tak lékařům jasné instrukce, co

si přeje, aby se s ním dělo v situaci, když už nebude sám schopen komunikovat.

Nejde jen o to, říct, co si pacient nepřeje – třeba umělou výživu nebo plicní ventilaci, ale především o to, aby věděl, co se s ním děje, jak se jeho nemoc bude vyvíjet a ovlivňovat jeho život. I to se ukázalo na případu pana Šlusaře, který měl stejnou chorobu jako nedávno zesnulý expremiér Stanislav Gross. Báł se, že bude umírat v bolestech, a až mu přestanou fungovat plíce, při plném vědomí se udusí. Sestra Radomská mu vysvětlila, že je to zbytečný strach, protože až to nastane, lékaři ho uměle uspí.

## České tabu

Řada zdravotníků se shoduje na tom, že Češi nejsou připraveni o smrti uvažovat, a už vůbec ne se o ní bavit. Například v sousedním Německu je standardem, že lidé svá dříve projevená přání sepisují, obdobně jako třeba závěť, a v rodinách diskutují o tom, jak si své poslední dny předstávají. „Drtivá většina Němců vám řekne, že jejich příbuzný by si například nepřál dožívat na přístrojích. Ale Češi reagují popuzeně, když se zeptáte, jestli by si jejich babička přála ožít: to si děláte srandu, to jsme se jako měli bavit o smrti?“ popisuje lékařka Barbora Slunečková, která pracuje na anesteziologicko-resuscitačním oddělení v bavorské nemocnici.



Jedním z důvodů je, že Češi jsou okouzlení možností moderní medicíny. Téměř každý den se objevují zprávy o objevu nového léku nebo léčebné metody, kterými se dá život prodloužit. Ve světě posledních třicet let začíná převládat jiný trend, který se vedle délky života zajímá také o jeho kvalitu. „Je to celospolečenský problém, kdy máme pocit, že moderní medicína dokáže všechno. V jedné chvíli ale přijde moment, kdy už není možné léčit,“ popisuje doktorka Irena Závadová ze sdružení Cesta domů, které se specializuje na práci s umírajícími. Podobně to vidí i Slunečková: „Intenzivní medicína má takové možnosti, že můžete i mrtvého člověka udržovat při životě třeba další týden. Ale není to etické.“

Cesta je ve větším zohlednění paliativní péče, která se na rozdíl od intenzivní medicíny zaměřuje na léčbu symptomů – odstraňuje bolest, dušnost, nabízí pomůcky, jako je třeba polohovací postel. Především však paliativní zdravotníci s pacienty mnohem více mluví, už z toho prostého důvodu, že na to na rozdíl od lékařů mají čas. Vedle praxe jsou to i zahraniční studie, které dokazují,

že v momentě, kdy dialog odbourává pacientovu úzkost ze smrtelné choroby, se jeho život prodlužuje.

„Celý zdravotnický systém je zaměřený na prodlužování života. Ale my jsme denně konfrontováni s realitou, že moderní léky za obrovské miliony často nepřinášejí ten benefit, který bychom chtěli,“ říká Ondřej Sláma, který vede paliativní ambulanci Masarykova onkologického ústavu v Brně.

Dříve projevená přání s paliativní péčí úzce souvisí, protože jsou ve své podstatě přirozeným vyústěním dialogu mezi zdravotníky a pacientem. Když se začne připravovat plán paliativní péče, musí si lékař s nemocným člověkem sednout a prodiskutovat s ním, jaké má hodnoty, co je pro něj důležité a co považuje za priority. Z toho vyplyne, co si pacient přeje – jestli využít všech možností, které medicína nabízí, aby žil déle, nebo raději strávít poslední měsíce doma s rodinou a za pomoci odborníků, kteří mu uleví od utrpení. Na obojí má plné právo. Přání lze projevit dvěma způsoby: sepsat notářsky ověřený dokument nebo určit osobu, která bude za člověka rozhodovat, až on sám už nebude moci.

Emancipace pacientů v Česku vážne, do značné míry je to dědictví minulého režimu, který nastavil zdravotnictví obdobně autoritářské, jako bylo samotné státní zřízení. Češi především starších generací se bojí o svém zdraví sami rozhodnout nebo se zeptat, když něčemu pořádně nerozumí. Obraz podřízeného pacienta pořád převládá i v hlavách některých zdravotníků. „Systém tu pořád vychází ze socialismu a má tendenci pacienta sortýrovat podle toho, jak se mu to hodí – přijďte tehdy a tehdy, protože jindy má pan doktor volno,“ uvádí Jiří Šedo, Slámův kolega, který sbíral zkušenosti i na proslulé americké klinice Mayo.

### Levněji, lépe a déle

Po letech nejistoty a nečinnosti se ale v Česku letos daly věci do pohybu. O dříve vyslovených přáních začíná být víc slyšet a přibývá pacientů, kteří se na ně ptají. „Poměrně dost lékařů na nás směřuje dotazy na toto téma, což svědčí o tom, že toto zákonné ustanovení neexistuje jen na papíře,“ říká Michal Sojka z České lékařské komory. Součástí sepsaného přání musí být i písemné poučení lékaře, v němž dosvědčí, že pacientovi vysvětlil, co jeho nemoc přinese a jaké důsledky bude mít, pokud nějakou léčbu odmítá, či vyžaduje. Už v tom je obsažený příslib, že spolu lékaři a nemocní lidé začnou více komunikovat a padnou tabu ohledně umírání. Že je to v Česku deficit, dokládají i čísla – devadesát procent stížností, které přijdou na Českou lékařskou komoru, se týká špatné komunikace.

Stěžejní jsou dva projekty, které se právě teď rozbíhají. Po dlouhých letech, kdy pojišťovny odmítaly hradit domácí hospicovou péči, spustila ta největší z nich, VZP, zkušební projekt. Bude trvat tři čtvrtě roku a 350 pacientů z osmi mobilních hospiců bude

mocť díky těmto penězům strávit poslední měsíc života doma. Nemocní lidé budou mít k dispozici tříčlenný tým po americkém vzoru, bude v něm lékař, zdravotní sestra a paliativní pracovník. „Ten bude řešit kvalitu života a starat se také o komunikaci s rodinou, aby jí ulehčil situaci,“ vysvětluje Martin Loučka z Centra paliativní péče. Ve výsledku se spočítají náklady na tuto péči a porovnají se s tím, co pojišťovny platí za péči o umírající v nemocnicích.

Druhý projekt díky grantu z ministerstva zdravotnictví začíná tento měsíc v Masarykově onkologickém ústavu a jde o českou kopii studie, kterou už v Americe provedla klinika Mayo. Paliativní péče se v Česku často zapojuje až ve chvíli, kdy už klasická léčba nevede k žádným výsledkům a smrt pacienta je neodvratná. A v Brně chtějí prozkoumat, co se stane, když se odstraňování bolesti a důraz na pohodu nemocného člověka zapojí už od začátku léčby. Část pacientů v rámci studie dostane „jen“ onkologickou péči, část ji bude mít posílenou o tu paliativní.

„Budeme sledovat, co to udělá s kvalitou života pacientů, co s hladinou jejich úzkosti a také s čerpáním péče. Jestli náhodou včasné zapojení paliativní perspektivy nepovede k tomu, že pacienti budou žít levněji, lépe a déle. Já si myslím, že se zjistí nepřekvapivá data o tom, že je to užitečné, a ne až tak nákladné,“ říká brněnský paliativní odborník Sláma.

Úspory se projevují už na drobných chytrých řešeních, s nimiž Sláma pracuje ve své brněnské ambulanci. Například jeden z průvodních jevů rakoviny, vodu z břicha, tu vypouštějí „na počkání“, běžně se zákrok řeší třídním pobytem v nemocnici. „Je to dílčí věc, ale přispívá to ke kvalitě pacientova života a také je to samozřejmě levnější. Zvládnete to za dvacet minut, ale jinde jsou z toho kvůli neosvěcenosti tři dny v nemocnici. Někdy poslední tři dny,“ dodává Sláma.

Pokud oba projekty skončí úspěchem, má Česko naději na historický přelom – z dialogu mezi zdravotníky a pacienty by vzešel hrazený standard, díky němuž by mohlo více lidí zemřít v klidu doma mezi těmi, které znají a mají rádi. Nedávný průzkum Centra pro výzkum veřejného mínění dokládá, že Češi o to mají zájem. Téměř 80 procent dotázaných si přeje zemřít doma, ale realita je úplně opačná – ve vlastní posteli skoná jen dvacet procent Čechů. Nevede se ale statistika, kolik lidí z tohoto počtu zemřelo před příjezdem sanitky či přirozeně a kolik bylo v domácí paliativní péči. Na západ od hranic panuje úplně jiná situace, doma lidé umírají až třikrát častěji a mnohem lepší jméno mají i hospicy. U nás v nich dožívá jen kolem tří procent lidí.

## Zákony mluví proti sobě

Ve chvíli, kdy se začne kultivovat vztah mezi zdravotníky a nemocnými, mají i dříve projevovaná přání větší šanci se prosadit a pomoci tomu, aby Češi ztratili pověřivý pocit, že mluvením o smrti ji přivolávají.

Zákonné možnosti se zatím nejsilněji chopili svědci Jehovovi, kteří odmítají transfuze. Náboženská skupina udělala mezi přívrženci informační kampaň a oběhala si i nemocnice. „Mají precizně udělané návody a na krku nosí kartičky s nápisem Žádou krev. Je na nich citace paragrafu, notářské ověření, takže jde o regulérní dříve projevované přání,“ popisuje expert na zdravotnické právo Ondřej Dostál.

Zároveň upozorňuje na to, že v Česku se dříve projevovaná přání málo využívají i proto, že kolem nich panuje právní nejistota. Regulují je dva zákony, které jdou svojí logikou proti sobě. V důsledku má člověk větší šanci, že lékař bude jeho přání respektovat, když si určí osobu, která za něj bude rozhodovat, a to v režimu nového občanského

zákoníku, kde je princip osobních práv velmi silný. „Naopak v zákoně o zdravotních službách převážil restriktivní přístup. Je tam mnoho výjimek, kdy nemusí lékař přání pacienta ctít,“ míní Dostál. Třeba podmínka, že lékař smí léčit navzdory dříve projevovanému přání, pokud se domnívá, že medicína pokročila tak, že by i pacient změnil názor.

Byť jsou zatím pacienti s dříve projevovanými přáními výjimkami, rozpor v zákonech si uvědomují i nemocnice. Paradoxně tak nástroj, který má pacientům i lékařům dát jistotu v tom, jak se zachovat, v Česku vyvolává obavy. A pokud si lékař není jistý, musí péči poskytnout, jinak by se vystavoval trestnímu řízení a šel proti etice svého stavu.

„V zákonech existuje rozpor, je potřeba, aby se sladily,“ potvrzuje Martin Holcát (sám bývalý ministr zdravotnictví) z Fakultní nemocnice v Motole. Ministerstvo jim v tom aspoň zatím nepomůže, novela se nechystá. Část velkých zdravotnických zařízení se i tak rozhodla, že bude pacientská přání respektovat, pokud nebudou vyžadovat aktivní ukončení života – jde třeba o Fakultní nemocnici Ostrava nebo svatou Annu v Brně.

Zřejmě nejdál je emancipace pacientů ve Spojených státech amerických. Od roku 1990 tam platí zákon, který každé veřejně placené nemocnici nařizuje, aby všem svým pacientům „přečetla jejich práva“. Na rozdíl od hubeného českého mustru jsou v amerických nemocnicích podrobné manuály, díky nimž člověk dovede lépe promyslet, do jakých situací ho nemoc může přivést a jak se s nimi chce vypořádat. Osvětovou kampaň udělal dříve vysloveným přáním i prezident Barack Obama. Před šesti lety Američany vyzval, aby si dokument sepsali: „Já i moje žena ho máme. Doufáme, že ho velmi dlouho nevyužijeme, ale podle mě jde o něco, co dává smysl.“

*(ihned.cz, 28. května 2015)*

# Etické poradenství – lékařská etika 2.0

Jaromír Matějka, Ústav etiky 3. LF UK

Etické poradenství je služba, poskytovaná ve zdravotnických zařízeních, která má napomoci lékařům, sestřám, pacientům a/nebo jejich rodinám, případně komukoliv dalšímu řešit eticky konfliktní nebo komunikačně obtížné situace, objevující se v nejširších souvislostech poskytování zdravotní péče. Přestože ji v Čechách, domnívám se, neznáme, respektive není nijakou rutinní záležitostí, v USA nebo i v Německu má za sebou poměrně dlouhý (a bouřlivě dramatický) vývoj.

Etické poradenství je mnohotvará, ne příliš rozsáhlá, přesto velmi barevná a velmi diferencovaně strukturovaná služba. Někdy je hlasitá, někdy mluví velmi tiše. Je vnořena do mnoha vědních oblastí – morální filozofie, medicínského práva, do psychologie. Snaží se je navzájem propojit a zároveň chce, aby byly praktickou pomocí v řešení složitých situací, které se v každodenním zdravotnickém provozu objevují denně.

Mým prvním impulsem v cestě do této oblasti byl nutkový pocit, že lékařská etika, tak, jak se učí na lékařských fakultách, je někdy zajímavá, většinou však nudná záležitost, která ničemu, co se děje v českých nemocnicích, nepomáhá. Že je to pouze marginální drobnůstka, když studujete lékařskou fakultu. Často nutné zlo, kterým se musí projít, otrava, ztráta času. To byla pro mě lékařská etika 1.0.

Na úplném začátku mé akademické kariéry jsem potkal dva kolegy, pocházející z byznysu kolem médií a komu-

nikace. Řekli mi zcela jasně: „Pokud chceš, aby lékařská etika byla slyšet, musí to být praktické a snadno pochopitelné.“ Mohl jsem je poslat do háje, protože jsou jen z byznysu, a co oni vědí o medicíně a o etice, že? Ale neudělal jsem to. Byla to pro mě jednoduše výzva. Takže jsem začal hledat něco, co je „praktické a snadno pochopitelné“ v oblasti lékařské etiky. A našel jsem fascinující pole lékařské etiky 2.0 – klinickou etiku a etické poradenství.

Byl jsem tímto tématem doslova stržen. To je přesně to, co nemocnice nebo hospice v České republice skutečně potřebují. Praktickou pomoc v jejich problémech, v eticky zmatečných situacích, v konfliktech uvnitř zdravotnického týmu nebo s pacienty a jejich rodinami.

Začal jsem studovat. Intuitivně číst všechno, co se nějak tohoto tématu týkalo. Klinická etika vyžaduje velmi široké spektrum znalostí a chápání souvislostí konkrétního případu a klinické (bio)medicíny, medicínského práva, klasických témat lékařské etiky a velmi intenzivně psychologie, především umění empatie, aktivního naslouchání a vlastní autenticity. Musím se přiznat, že přesně toto mě vždycky lákalo. Široké spektrum zájmů, hledání souvislostí, vztahů, vnímání nečekaných spojitostí křížem krážem celým tématem. Prostě intelektuální dobrodružství...

Konzultace v klinické etice nejsou pouze o jednom expertu. Jsou o setkávání nejrůznějších lidí, o rozho-

vorech s nimi, o sdílení jejich příběhů, strachů, nadějí, životů... Stáváte se součástí jejich příběhů. A to je fascinující.

V centru etické konzultace stojí pacient sám. Je to jeho a její život. Tělo, duše, emoce. Pro lékaře, sestry a vlastně všechny pracovníky ve zdravotnictví obecně je velmi důležité rozumět dějinám pacientova života a nahlížet souvislosti mezi nimi a často konfliktní současnou situací. Hermeneutika (umění pochopení) pacientova předchozího života a jeho propojení s pacientovou budoucností je základní strukturou setkání mezi zdravotníkem a pacientem. Celá tato situace je ohraničena mantinely medicínského práva. Nikdo nechce jít do vězení nebo platit velké peníze. A proto by měl konzultant v klinické etice rámcově české platné medicínské právo znát. To není vždy lehké. Psychologie a především praktické dovednosti, jako je empatické naslouchání, lidská opravdovost lékaře a přijetí pacienta, jsou cesty, které vedou k pochopení a analýze všudypřítomných emocí. Tyto dovednosti pomáhají najít konkrétní spojitost mezi důležitými momenty pacientova dosavadního života, současnou situací a vyhlídkami do budoucna. A samozřejmě také klinická (bio)medicína se svojí obrovskou znalostí biologických souvislostí.

Jak to celé využít? Představme si následující rozvahu. Má být ukončena život udržující terapie pacienta, otce

dvou dětí, jehož mozek je nezvratně poškozen jako následek nehody, která se stala před šesti měsíci. Kdo rozhodne a jak? Podle jakých kritérií a jaká přesně tato kritéria budou. A co když někdo s nabízeným řešením souhlasit nebude? A ještě mnoho dalších jiných věcí může být tématem etického poradenství.

A jaké jsou argumenty proti etickému poradenství? Potřebujeme „experty“ na etiku? Není to nesmysl? Vždyť přece každý musí dělat dobrá rozhodnutí, a proto tedy neexistují profesionální experti na dobrý život obecně nebo dobrý život jiného člověka. Naopak, každý sám musí být expert na svůj vlastní dobrý život, a proto tedy nejsou experti v klinické etice potřeba.

Na druhou stranu, medicína je tak komplikovaná a názorově jsme tak pestrobarevnou společností, že neexistují jasná, jednoznačná a nekomplikovaná řešení komplikovaných situací. A proto potřebujeme někoho, kdo je schopen usnadňovat a prohlubovat dialog vedený v těchto situacích. Kdo rozumí mainstreamu myšlenek lékařské etiky, medicínskému právu, kdo je dostatečně citlivý a trpělivý v naslouchání. A má na to čas. A proto experty v klinické etice potřebujeme.

Etické poradenství je fascinující pole medicíny. Pomáhá lidem, kteří se ocitli v nepřehledných situacích, dělat dobrá a spolehlivá rozhodnutí v jejich vlastních křehkých životech.





**TEXT**

# Homo psychoticus

(ukázky z knihy)

Michaela Malá

## KAPITOLA PÁTÁ Poselství a politika

V terapii s doktorem A. jsme postupně odkrývali minulost a zabývali se i přítomností. Můj anděl mi znovu zopakoval, že musím zachránit svět. Že je ho potřeba rozebrat a znovu poskládat. Najednou mě napadlo, že prostředníkem mezi andělem, mnou a světem může být doktor A. Před prázdninami mi totiž řekl, že jednou trávil dovolenou u svého známého psychiatra ve Švédsku. A já se kdesi dočetla o skupině psychoanalytiků ze Švédska, kteří analyzují politickou situaci ve světě. Okamžitě mě napadlo, že je s nimi doktor A. v kontaktu, že je snad členem této skupiny lidí. Začala jsem si denně kupovat noviny a z nich jsem si vystříhávala a lepila do svých deníků ústřížky článků týkajících se politiky. Podtrhávala jsem v nich, co jsem považovala za podstatné, a psala k tomu své komentáře. Velikými tiskacími písmeny jsem psala, co mi diktoval anděl, má božská bytost. Snad vzkazy od samotného boha? A kdo je to bůh? Je vůbec? Nosila jsem svému psychoterapeutovi tyto deníky a nechávala jsem mu je k přečtení, ačkoli mi několikrát řekl, že nemá čas je číst a ať z nich sama vyberu, o čem se chci bavit. O politice jsem se s ním ale nikdy nebavila. Nevěřila jsem mu, že deníky nečte a neanalyzuje moje politické komentáře a vzkazy od boha. Začala jsem být vůči němu podezřívavá. Podle mě je zpracovával, jenom mi to nechtěl říct.

A pak se, pane doktore, stala jedna událost, která mi dokázala, že mé deníky musí doktor A. číst. V Izraeli probíhaly tou dobou nepokoje. Řešila to Organizace spojených národů. A mě napadlo, že by se sídlo OSN mělo přestěhovat právě do Izraele, přímo do Jeruzaléma. Že je to nejvýznamnější náboženské město na světě a že by tam tedy OSN měla sídlit. Ústřížek z novin o nepokojích jsem opět nalepila do deníku a přidala svůj komentář. Donesla jsem to jako vždy doktoru A. A pak se to stalo. Hned druhý den byl v novinách článek od tehdejšího prezidenta České republiky Václava Havla. Přišel s úplně tím samým nápadem. Tohle byl pro mě důkaz, že doktor A. předává mé zápisky a návrhy politikům. Ale neřekla jsem mu to. Myslela jsem si, že to zůstane naší tajnou úmluvou. Že se o tom spolu nebudeme bavit, ale budeme to tak dělat dál. Stala jsem se tajnou členkou psychoanalytické skupiny a doktor A. se opravdu stal prostředníkem mezi mnou a světem.

Psychoanalýza mě, pane doktore, zajímala. Taky jsem nechtěla v terapii nic ponechat náhodě. Chtěla jsem vědět, co se mnou bude doktor A. dělat, což bylo špatně, protože potom se terapie často mýjela účinkem. Nejprve jsem si přečetla Freudův Výklad snů, potom Sebrané spisy Sigmunda Freuda, současnou psychoanalýzu, neopsychoanalýzu a odpadlíka Junga. Nejvíc mě zaujala francouzská škola psychoanalýzy a kleiniáni. Taky jsem

hodně kreslila, malovala a lepila koláže. Všechno jsem to nosila doktoru A. a později, po devíti letech jsem mu všechny obrázky vzniklé během terapie věnovala. Byl rok 2001. V lednu se stal prezidentem USA George W. Bush a já se samozřejmě ihned stala jeho poradkyní ve věcech politických. Spolupracovala jsem i s jeho ministrem zahraničí Colinem Powellem. Můj pocit vyvolenosti tak dostal konkrétní podobu.

\* \* \*

V červenci mě čekaly státnice (udělala jsem je) a promoce. Stala jsem se inženýrkou geodézie a kartografie a zůstala v Brně, kde jsem se spolužáky získala podnájem. Okamžitě jsem si také našla práci v jedné brněnské geodetické firmě. Mou náplní práce bylo zpracovávat naměřená data vedení optických kabelů na počítači. Ale dlouho jsem tam nevydržela. Vadilo mi, v jakém prostředí jsem pracovala. Byla to místnost s deseti počítači, tiskárnou a plotterem. Bez klimatizace. A venku bylo kolem třiceti stupňů Celsia. A tak jsem si, pane doktore, našla další geodetickou firmu.

Tentokrát jsem dělala geometrické plány, komplexní pozemkové úpravy a jezdila jsem do terénu měřit s GPS. Ani tam jsem se dlouho neohřála. Tentokrát ale proto, že jsem měla pocit, že mě začal někdo sledovat. Opět kvůli jedné události. Ráno jsem si v kuchyňce uvařila kávu, a když jsem šla po chodbě do kanceláře, trochu kávy jsem vylila na podlahu. Došla jsem do kanceláře a z rádia, které jsem měla puštěné, se ozvalo od moderátora, že jeho kolegyně šla po chodbě a rozlila si kafe. Vyděsilo mě to tak, že jsem se začala rozhlížet, kde jsou v místnosti a chodbě umístěné tajné kamery. A tak jsem z firmy doslova utekla. Zašla jsem za svým psychiatrem a řekla mu, že nechci pracovat ve svém oboru a že jsem se rozhodla

pomáhat lidem. Kdybych mu radši řekla o andělovi, politice a pocitech pronásledování! Ale to jsem neudělala.

A tak jsem začala pracovat v psychiatrické léčebně jako pomocný zdravotnický personál na oddělení geriatric. Zůstala jsem tam tři měsíce, od listopadu do konce ledna 2002. Na geriatrii byli zoufalí staří duševně nemocní lidé. Muži i ženy dohromady. Měli různé formy demencealkoholovou, Alzheimerovu nemoc... Většinou spávali v síťových lůžkách. Přes den jsme je posadili do křesel na chodbě a oni tam seděli celý den a nevnímali svět kolem sebe. Ale byli tam i relativně zdraví lidé, které tam už dospělé děti odložily, protože se o ně nemohly nebo nechtěly starat. Jezdily své rodiče navštěvovat v den, kdy dostávali důchody, které svým dětem odevzdali. Těchto starých lidí mi bylo líto. Byla jsem asi přecitlivělá, ale vydržela jsem to opravdu jen tři měsíce a sama jsem potom skončila v krizovém centru na psychiatrii.

V roce 2001 se stala jedna událost, která změnila celý svět. Jedenáctého září zaútočila teroristická skupina al-Kájda na USA. Na Světové obchodní centrum v New Yorku, na budovu Pentagonu ve Washingtonu a jedno letadlo mělo podle spekulací v plánu zasáhnout buď Bílý dům, nebo Kapitol ve Washingtonu. Začala válka proti terorismu. USA zaútočily na Afghánistán, kde bylo centrum al-Kájdy. A já to celé řídila. Samozřejmě jsem se začala bát, že mě teroristé budou pronásledovat a Američané mě neochrání. Přesto jsem zůstávala v politice a radila Georgi W. Bushovi a Colinu Powellovi, jak mají ve válce postupovat. Stala jsem se odborníkem na problematiku terorizmu.

V březnu 2002 jsem si našla práci na územním pracovišti Pozemkového fondu České republiky v Brně. Lustrovala jsem bývalé státní pozemky určené do veřejné nabídky k odkoupení. Pronajala jsem si byt 1+kk v centru

Brna. Ani tam jsem si nepřipadala v bezpečí. I tam mě sledovaly kamery a odposlouchávali mě. Opět jsem utekla do dalšího zaměstnání. Začátkem června 2002 jsem nastoupila do jednoho brněnského autosalonu a prodávala auta. Z tohoto zaměstnání jsem odešla kvůli majiteli autosalonu, který mi dělal sexuální návrhy. Z autosalonu jsem odešla k mámě a Strejdivi. Práci jsem si našla v geodetické firmě, kam jsem chodívala na brigády ještě jako studentka. Opět jsem dělala geometrické plány. Od září 2002 do konce února 2003. Tentokrát jsem neodešla, tentokrát mě vyhodili kvůli mému chování. Stále mě sledovali, stále mě odposlouchávali. Svět kolem mě byl pouhé divadlo a já byla pozorovatelkou. Četla jsem z výrazů lidských tváří, jestli dělám věci dobře, nebo ne. Bavili se o mně, sledovali mě.

V červenci 2002 byl český politik Jan Kavan zvolen předsedou Valného shromáždění OSN. Další člověk z vysoké politiky, se kterým jsem spolupracovala. Chtěla jsem světový mír. Chtěla jsem urovnat všechny války a nepokoje, které ve světě probíhaly. Můj anděl mě k tomu neustále nabádal. Snažila jsem se změnit svět. Já sama proti mocným politikům tohoto světa.

## KAPITOLA ŠESTÁ

### Hospitalizace

Rok 2003 byl doslova psychiatrický. Začalo to mojí hospitalizací v psychiatrické léčebně v Brně. Byla jsem na nějaké gynekologické prohlídce a tam jsem se psychicky zhroutila. Přijela pro mě sanitka a odvezli mě do léčebny. Byla jsem na samotce, kde byla jen postel a kamera, kterou mě pozorovali. Vadilo mi to, a tak jsem hodila na kameru ručník. Přišel ošetřovatel, ručník sundal a důrazně mi řekl, ať to nedělám. Když už jsem to udělala potřetí, přišli dva a přikurtovali mě k posteli. Takhle jsem tam

strávila tři dny. Potom mě přeložili na uzavřené oddělení pro psychotiky.

Z toho si moc nepamatuji. Byla jsem asi totálně mimo sebe. Takové milosrdné zatmění mozku. Asi jsem dost vyváděla. Snad jsem byla andělem, který chtěl zachránit svět. Asi jsem se za něj prohlašovala. Nevím. Z oddělení si pamatuji jenom to, že jsme tam všichni vyfasovali hnědé teplákové soupravy a v nich pak chodili. Pamatuji si, že jsme po obědě trávili čas na malé oplocené zahrádce, kde byly lavičky a altán. Víc si opravdu nepamatuji, ani nevím, jak jsem tam byla dlouho. Po čase mě přeložili na otevřené oddělení pro ženy. Bylo nás na pokoji deset, takže žádné soukromí. Někdo mi tam ukradl peníze. Ale já tam vyváděla psí kusy, a tak mě vrátili na oddělení, kde jsem byla předtím. Po čase mě opět přeložili na otevřené oddělení, tentokrát smíšené, muži i ženy dohromady. Mohl být tak květen. Ještě s jedním spolupacientem jsme se chodili opalovat do parku v léčebně. Chodili jsme na třešně, které v parku rostly. Asi za měsíc či dva dozrály i meruňky a moruše. Mohla jsem tam být tak dva tři měsíce. Na oddělení se nic nedělo. Žádné psychoterapie, nic. Léčba spočívala pouze v podávání léků. Jinak si nás nikdo nevšímal. Na tomto oddělení jsem se naučila kouřit a kouřím dodnes s chabými pokusy toho nechat. Můj současný psychiatr mi vysvětlil, že nikotin funguje jako slabé antidepresivum. Hodně psychiatrických pacientů kouří, odhadovala bych to tak na tři čtvrtiny. Psychiatrická oddělení jsou taky jediná oddělení, kde bývá kuřárna a lékaři kouření pacientům tolerují. Kuřárny jsou výsadou psychiatrických oddělení.

Když už jsem byla na oddělení v léčebně delší dobu, dozvěděla jsem se od jedné spolupacientky, že v Kroměříži je psychoterapeutické oddělení a že je to tam dobré. Tak jsem si vyjednala, že mě tam přeloží. Oddělení 17B.

Tam jsme měli skutečné terapie třikrát týdně a arteterapii, která mě bavila.

Po tomto pobytu jsem se vrátila do Brna. Našla jsem si podnájem a opět práci v geodetické firmě. Jenže jsem měla neustále pocit, že mě někdo pronásleduje a odposlouchává. Nezvládla jsem to a pokusila jsem se o sebevraždu. Spolykala jsem léky a zapila je vodkou. Upadla jsem rychle do bezvědomí, ale za sedm hodin jsem se probudila a zjistila jsem, že se mi to nepovedlo. Bylo mi ale příšerně zle. Tak jsem si sama zavolala sanitku a odvezli mě do fakultní nemocnice, kde mi vypumpovali žaludek a dali mě na metabolickou jednotku, kde jsem byla pár dní.

Odtud jsem šla na uzavřené oddělení 22 na psychiatrické klinice. Tam jsme chodily pouze na pracovní terapii šít plyšová zvířata. Na oddělení byla velice nesympatická lékařka, kterou neměl nikdo rád a každý se jí bál. A ani ostatní personál nebyl nic moc. Arogance a povýšenost. Byla jsem svědkem toho, jak jedna zdravotní sestra zfackovala pacientku kvůli nějaké hlouposti. A tak jsem simulovala, že mi už nic není, aby mě propustili.

Přestala jsem důvěřovat svému ambulatnímu psychiatrovi, a tak jsem si našla nového ve Vojenské nemocnici Brno. Ten, když mě uviděl, mě okamžitě nechal hospitalizovat na psychiatrickém oddělení. Byla jsem opět trochu mimo sebe a podstoupila jsem elektrošoky. Po nich jsem se jakž takž probudila k normálnímu vědomí. Byla jsem tam čtyři měsíce a pořád jsem nebyla v pohodě, a tak mě převezli do léčebny v Jihlavě. Tam jsem byla do června – na roku 2004. Potom jsem dostala plný invalidní důchod.

\* \* \*

Vrátila jsem se k mámě a Strejdovi. Začala jsem chodit do stacionáře pro duševně nemocné. Během pobytů na psychiatriích jsem na sebe řekla všechno o pocitech pro-

následování, odposlouchávání, o teroristech a politice. Diagnóza zněla paranoidní schizofrenie. Můj vnitřní svět se proměnil ve vyprahlou poušť. Opuštěný dům plný pavučin a prachu. Anděl se stal halucinací, pouhým přeludem. Navzdory lékům, které jsem brala, jsem slyšela hlasy. Poslouchala jsem je, neslyšné, v nocích, kdy jsem nemohla spát. Leživala jsem v posteli a střešním oknem pozorovala oblohu plnou hvězd. Poslouchala jsem dešťové kapky bubnující do okna. Žila jsem ve svém vězení a má duše křičela, že chce ven.

Kromě anděla mě začaly doprovázet dvě postavy. Byla jsem to já coby malá pětiletá holčička a já coby patnáctiletá holka vypadající jako kluk. Tyhle dvě postavy se mnou všude chodily. V roce 2005 jsem byla hospitalizovaná dvakrát. Nejprve v době od konce února do začátku května.

A přišla další rána, která mě poznamenala na celý život. Museli mi vyoperovat dělohu, kvůli rakovinovým buňkám. Už nikdy nebudu mít děti. Po operaci jsem jela na tři měsíce do Kroměříže na psychotherapeutické oddělení. Tentokrát s depresí. Už jsem se odmítala zabývat politikou. Jenom jsem zaznamenala, že George W. Bush byl znovu zvolen prezidentem USA a místo Colina Powella nastoupila jako ministryně zahraničí Condoleezza Riceová. Z poradkyně mocných jsem se stala schizofreničkou. Začala jsem si uvědomovat, že jsem byla a stále jsem nemocná. Můj život se zúžil na pomoc rodičům. Mámě s domácností a Strejdovi se zahradou kolem baráku. Znovu jsem se vrátila ke cvičení loveckých psů. Zhruba třikrát týdně jsem chodila do stacionáře. Nežila jsem. Přežívala jsem ze dne na den. Kromě ročního období pobytů na psychiatriích jsem neustále jezdila jednou týdně na psychotherapie za doktorem A. Společně jsme stavěli most ze země šilenství do světa zdravých lidí. Most odněkud ně-

kam, z jedné strany na druhou, ze strachu k přátelství, z vesmíru na pevnou zem, přes hory smutku a bolesti. Stavěli jsme duševní most.

V lednu až březnu 2006 jsem byla opět hospitalizována ve Vojenské nemocnici Brno. Hospitalizací jsem začínala mít plné zuby. Na internetu jsem si našla informace o prý nejmodernějším psychiatrickém pracovišti v České republice a odjela tam. V tomto zařízení (Psychiatrické centrum Praha, PCP) mi začali dávat antipsychotikum poslední volby – Leponex. Od té doby jsem na dlouhou dobu neslyšela ani neviděla nic, co by bylo nereálné. Nezajímala jsem se o politiku. V PCP jsem si připadala jako v hotelu. Ubytování bylo na vysoké úrovni. Každé ráno komunita, každé ráno vizita, někdy i večer. Jedenkrát týdně primářská vizita. Skupinové terapie, kognitivní terapie, pracovní terapie – většinou jsme batikovali nebo malovali trička. Chodili jsme do parku hrabat listí, neboť byl zrovna podzim. Odpoledne povinné vycházky do areálu léčebny. Mohli jsme jít třeba do čajovny nebo do klubu dát si něco nealkoholického. Měli jsme přístup k internetu. Opravdu nadstandardní služby. Hodně mi tam pomohli. S vedoucím lékařem oddělení, který se později stal primářem celého PCP, jsem dodnes v kontaktu. Občas mu napíši e-mail, jak se mi daří.

Když jsem se z PCP vrátila domů, tak jsem si, pane doktore, dokonce našla práci. A opět v jedné geodetické firmě. Zpracovávala jsem komplexní pozemkové úpravy. Jenže na konci zkušební doby mi řekli, že mě nezaměstnají, protože jsem pomalá a nesamostatná.

A následovaly dvě hospitalizace ve Vojenské nemocnici Brno. První od dubna do června, druhá od listopadu do prosince 2007. Kvůli depresím. Mezitím pobyt doma a stacionář. Zachvátila mě dost silná deprese. Byla jako černá infuze. Jako by mi někdo pouštěl do žil temnotu

a myšlenky na smrt. Deprese mě lapila do svých sítí. Byla dusná a dusící. Nevěděla jsem, proč mám žít. Pro koho? Pro co? Během roku 2008 jsem byla hospitalizovaná od února do dubna. Opět práce doma a stacionář. Za doktorem A. jsem dojížděla jen jednou za čtrnáct dní. A jednou za měsíc na kontrolu za psychiatrem. Po nějakém čase jsem se rozhodla, že za doktorem A. nebudu dojíždět vůbec. Měla jsem pocit, že sezení s ním mi už nic nedávají a jde o pouhý zvyk. Za dobu naší spolupráce prošel náš vztah vším možným a nemožným. Strachem, nedůvěrou, láskou, nenávisí a přátelstvím z mé strany a zřejmě profesionálním přístupem ze strany doktora A. A tak jsme se v prosinci 2008 po devíti letech rozešli.

## KAPITOLA SEDMÁ

### Přítel a doktor B.

Rok 2009 byl pro mě velice významný a zlomový. Od ledna do konce března jsem byla hospitalizovaná jako všechny poslední roky ve Vojenské nemocnici Brno. Na oddělení jsem potkala muže, se kterým žiji dodnes. Jeho hlavní diagnóza je úzkostně-depresivní porucha a problémy s alkoholem. Tou dobou, pane doktore, skončilo i volební období George W. Bushe. Tak nějak skončilo všechno. Udělala jsem za svou minulostí tlustou čáru. Uvěřila jsem, že je přede mnou nová, jiná budoucnost. Konec všeho, co se týkalo politiky, všech hospitalizací. Otevírala se mi nová etapa v mém životě.

Odstěhovala jsem se za svým přítelem do Brna. Do města, kde se cítím doma. Pomalu jsme se začali víc poznávat. Celé léto a podzim byly ve znamení šílené zamilovanosti. Zamilovaní až po uši. Prvně jsme s přítelem, pane doktore, po sobě jen tak koukali. Je to vysoký chlap se sportovní postavou. Velice příjemný svým vystupováním, velice hezky se choval k ženám na oddělení. Chodili

jsme vedle sebe a čím dál víc nás k sobě něco přitahovalo. Cítila jsem v sobě něco velice zvláštního. Když kolem mě přešel a zavoněl jeho parfém, přivírala jsem oči a cítila touhu. Jeden spolupacient z oddělení si všiml, jak se k sobě chováme, a právě on dal podnět k tomu, že jsme si jednou večer konečně řekli, že jsme asi zamilovaní.

A nebylo to „asi“, byli jsme zamilovaní doopravdy. Čtrnáctého března 2009 jsme si dali první pusy a tento den slavíme jako výročí vzniku svého vztahu. Řekli jsme o tom naší ošetřující lékařce, ta si nás oba pozvala na pohovor a začala nám líčit úskalí života dvou duševně nemocných lidí. Neposlechli jsme ji. Díky mému tátovi, který měl také problémy s alkoholem a třikrát se léčil v léčebně, jsem neměla z přítelových problémů s alkoholem strach. Věděla jsem, že i alkoholik může být velice hodný, vzdělaný a citlivý člověk. A tak jsem se rozhodla do tohoto vztahu jít. Byla jsem propuštěná koncem března a přítel asi o týden později. Vzali jsme to rychle a já se v půlce dubna k němu a jeho mamince nastěhovala. Byli jsme zamilovaní. Po „nereálném“ či spíše zvláštním terapeutickém vztahu s doktorem A. jsem se rozhodla vyzkoušet skutečný vztah s reálně dostupným mužem.

Téměř hned na začátku jsme si vyříkali, s čím do společného života přicházíme. Přítel byl podruhé rozvedený a měl čtyři děti – tři kluky a holku. Měl dluhy z podnikání a já jsem mu pomohla vyřídit splátkové kalendáře, aby mu nenarůstala penále. Po zkušenostech z předešlých vztahů jsem zjistila, že ke štěstí potřebuji něco jiného než být milenkou a vozit se v mercedesu nebo se přizpůsobovat potřebám a zájmům toho druhého. Poznala jsem také, že v dřívějších vztazích mi chyběla něha a vzájemná úcta. Zamilovanost, ta šílená a bláznivá, která na začátku doprovází každý vztah, musela zákonitě jednou odeznít a místo ní nastoupila vzájemná tolerance, pochopení

a sdílení společného života. Přítel se tak pro mě stal mužem v dobrém i zlém. I když nejsme manželé, představuji si, že spolu půjdeme životem ruku v ruce dál. Dokud nás smrt nerozdělí. Oba máme problémy, ale vzájemně se podporujeme. Děláme si radost i malými věcmi, které samy o sobě nejsou podstatné, ale to, že například jeden druhému koupíme čas od času nějaký malý dárek, znamená, že na sebe myslíme. Že chceme jeden druhého potěšit. Ať už to byl plyšový dráček Soptík, kterého jsem dostala, když jsem byla nemocná, aby mi dělal antidepresáka, nebo pořádný foťák Nikon k Vánocům, dva dárky z mnoha. Ať to byla plyšová opička Žuchlinka na spaní do postele, nebo tepláková souprava Adidas do posilovny. Nic bych nevyměnila za chvíle, kdy jsme večer spolu a ležíme vedle sebe. Když si položím hlavu na přítelovo rameno a poslouchám, jak mu bije srdíčko. Když vdechuji jeho vůni. Reálný vztah odlišný od terapeutického. Tady teď byl a je skutečný přítel, který mi moji lásku vrací a dává mi svou.

Občas za mnou na chvíli přišel anděl. Stejně jako dřív přinášel různá poselství a rady jak žít. Jenže já už ho nechtěla poslouchat. Věděla jsem, že je to příznak mé nemoci. A tak jsem se nechala hospitalizovat, aby mi pozměnili léky. Na Vánoce jsem byla doma s přítelem a jeho maminkou.

Celý příští rok a půl jsem zvládla bez hospitalizace. V září 2010 jsem začala chodit v Brně do sdružení, které pomáhá lidem s psychotickým onemocněním začlenit se do společnosti. Na poloviční pracovní úvazek jsem v obchůdku prodávala výrobky z chráněných dílen. Seznámila jsem se tam s lidmi, kteří svět kolem sebe vidí trochu jinak. Mají různé příznaky nemoci. Vidí či slyší věci, které jiní nevidí a neslyší. Mozek jim funguje trochu jinak.

V obchůdku jsem měla smlouvu do prosince 2011. Bohužel můj psychický stav se zase zhoršil. Občas přišel anděl, občas se svět kolem proměnil v divadlo, které režíroval neznámý režisér. Lidé na ulici mě pozorovali a bavili se o mně. Měla jsem pocit, jako bych se vznášela ve vzduchoprázdnu. Nebylo to tak pořádkem. Tyhle pocity přicházely a odcházely. Od začátku srpna do konce září 2011 jsem zase musela být hospitalizovaná. Za těch několik let, které jsem strávila na psychiatriích, jsem si na svou nemoc zvykla. Snad mi byly některé prožitky dokonce i příjemné. Obohacovaly můj skutečný život, který mi mnohdy připadal příliš všední a nudný. Vždyť byly doby, kdy jsem byla poradkyní mocných politiků světa. Najednou se můj život zúžil na pomoc rodičům a stacionář, když jsem ještě bydlela u rodičů, a na ženu v domácnosti, když jsem začala bydlet s přítelem.

\* \* \*

Na oddělení byl nový lékař – doktor B. Byl mým ošetřujícím lékařem. Doktor B. ke mně přistupoval naprosto jinak než všichni lékaři, se kterými jsem se kdy setkala. Měla jsem dojem, že pro něj nejsem nemocná. Že ho nezajímá moje psychiatrická nálepka schizoafektivní porucha, depresivní typ. Pokaždé, když jsem s ním mluvila, měla jsem zatím nepoznaný pocit bezpečí a klidu. Začala jsem se mu při rozhovorech dívat do očí, krásných a vlídných očí. Doktor B. se mi začal věnovat individuálně. Bavili jsme se spolu dost otevřeně, probouzel ve mně zdravou část mého já. Občas se vynořila ta nemocná, která ho strašila sebevraždou. Doktor B. to přešel s klidem. Postupně jsem získávala pocit, že se s ním můžu bavit úplně o všem. Začala jsem mu odkrývat svůj vnitřní svět. Nikoho jsem si ještě nepustila tak blízko jako jeho. Ta malá pětiletá holka schovaná hluboko ve mně se začínala

zbavovat strachu. Ta zneužitá malá holčička. To nedůvěřivé malé dítě. Vůbec jsem si nepřípadala jako dospělá. Ve svých 35 letech jsem se považovala za dítě. Doktor B. začal komunikovat s touhle malou holčkou a svým chováním si pomalu získával moji důvěru. Byla jsem malé zakřiknuté dítě, které ještě nikdy s nikým nemluvalo a nikdy se nikomu neukázalo. Žila jsem v dětském světě.

Za dobu hospitalizace, tedy od srpna do září 2011, jsem si na doktora B. zvykla a bylo mi v jeho přítomnosti dobře. A tak jsem ho požádala, zda bych k němu mohla chodit do ambulance. Souhlasil. Měla jsem pocit, že je to právě on, kdo mě vysvobodí z klece strachu, ve které jsem žila. Dozvěděla jsem se, že doktor B. dělá i psychoterapii. Tak jsem to s ním chtěla zkusit. Důvěřovala jsem mu. Chtěla jsem odhodit masku či masky, které jsem nosila. Falešnou tvář dospělé ženy. A tak začala psychoterapie. Rozhodla jsem se, že se úplně vyléčím. Že opustím svůj nemocný, nereálný svět a budu žít normální život.

Vážený pane doktore, na základě rozhodnutí, že budu žít pouze v reálném světě, jsem tento svět chtěla prozkoumat. Jak vlastně funguje a kdo ho řídí? Prvně jsem se zastavila u politiků, ale čím dál víc mi připadalo, že to nejsou ti praví. Hlavní jsou ti, kteří mají peníze, a tedy nejbohatší lidé na světě. Narazila jsem na skupinu Bilderberg. Kromě jiných do ní patří majitelé dvou nejbohatších bankovních domů na světě – Rockefellerové a Rothschildové. Dalšími členy jsou například královna Alžběta II., španělský král Juan Carlos I., nizozemská královna Beatrix, představitelé firem IBM, Xerox, Nokia, Daimler, Google a další. Ze začátku byla skupina Bilderberg doslova utajená. Dnes už ne. Do této skupiny patří i někteří čeští politici. Další skupinou, která ovládá svět, jsou majitelé médií. Vlastníci televizních kanálů, rozhlasových stanic, novin a časopisů. Informace o světě nám



mnohdy servírují zkresleně. Média považují za vysoce manipulativní. Politici tak dělají jenom to, co jim skutečně mocní tohoto světa dovolí. Jsou pouhými figurkami na šachovnici. Černí a bílí. Dobro a zlo. Skupinu Bilderberg považují za ony režiséry a hráče tohoto světa.

\* \* \*

S doktorem B. na sobě pracuji od září 2011. Tu malou holku ve svém nitru jsem mu však hned neukázala. První půlrok jsem za ním chodila s maskou nemocné dospělé ženy. Prvně jsem mu chtěla ukázat jenom tuhle část. A v terapii se tak začala manifestovat psychóza. Pocity manipulace z médií, pocity, že mi někdo chtěl něco sdělit pomocí textů písniček, že mi chtějí dávat rozkazy. Další příznak psychózy se vynořil na základě snu, který jsem kdysi měla a který byl znovu aktuální. Tenkrát se mi zdálo, že jsem se ocitla v údolí, jež tvořily hory ze zlata a na jejichž úpatí ležela spousta drahého kamení. Najednou ke mně přiběhl bílý jednorozec a já na něj nasedla. Běžel se mnou údolím až k bílému chrámu. Vstoupila jsem do něj a procházela jsem kolem Ježíše, Buddhy, slunečního boha Ré, boha Inky... Došla jsem až k oltáři, kde stála nejvyšší bohyně – žena. Položila mi na hlavu své dlaně a já se stala novým zástupcem boha či bohyně na zemi. Tuhle novou roli jsem přijala. Když jsem to řekla doktoru B., spolu s pocitem manipulace a svým zájmem o Velký třesk, kvantovou teorii, teorii relativity a termojadernou fúzi, byla z toho floridní (akutní) psychóza s religiozními a kosmickými bludy. A tak následovala hospitalizace na psychiatrii, od března do května 2012.

Během hospitalizace se mi doktor B. dál věnoval individuálně, a tak jsem ho dokonale seznámila se svým světem. Se svou představou boha, vesmírných zákonů, mocných tohoto světa a úlohy médií. Po hospitalizaci jsme s doktorem B. pokračovali v terapii. Už jsem se

nemusela schovávat za žádnou masku, věděl o mně vše podstatné. Čím dál víc jsme se propracovávali k mému skutečnému já. Doktor B. mi začal dost odvážně snižovat a vysazovat některé léky, a já se díky tomu dostávala více do kontaktu se svým vlastním tělem a emocemi. Na jedné terapii jsem si uvědomila hned několik věcí. Týkalo se to vztahů s lidmi, toho, jaké vztahy vytvářím a jak v nich potom funguji. Zjistila jsem, že ke každému člověku přistupuji se strachem, že mě nepřijme takovou, jaká jsem, a že se tudíž musím chovat podle představ toho druhého. A tak jsem vždy myslela za člověka, se kterým jsem byla v kontaktu.

Snažila jsem se uhodnout, co si asi ten druhý o mně myslí, a podle toho jsem se chovala. Psychologové tomu říkají projekce. Výsledkem bylo, že jsem si nasazovala už tolikrát zmiňované masky. Z čeho jsem ale měla strach? Že si ten druhý o mně bude myslet něco špatného, že mě nebude mít rád. A já chtěla být milovaná. Ta hodná a poslušná holka. Doktor A. mi kdysi řekl, že hodné holky se dostanou do nebe, ale ty zlobivé tam, kam chtějí. Něco na tom asi bude. Ty masky mě začínaly štvtát. Chtěla jsem být sama sebou, ale jak to zjistit, co to znamená být sama sebou? Měla jsem vůbec nějaké já? Nějaký pocit jáství? Díky emocím, které se při sezeních s doktorem B. začaly vynořovat na povrch, jsem zjišťovala, co mi je a není příjemné. Hlásilo se i tělo. Psychosomatické prožitky. Když se mi něco nelíbilo, začal se mi z toho zvedat žaludek a bylo mi na zvracení. Když mě něco rozrušilo, srdce mi tlouklo rychleji. Když jsem nevěděla kudy dál, tuhly mi nohy. Emoce a tělo. Začínala jsem s nimi být v kontaktu. Pro mě dosud nepoznaná zkušenost. Dříve jsem byla pouhou duší. Teď jsem začínala být celým člověkem.

\* \* \*

I vztah s doktorem B. se změnil. Čím déle jsem za ním chodila, tím víc jsem měla pocit, že mu na mně opravdu záleží. Na jednom z prvních sezení jsem mu vykládala o svých zkušenostech s alkoholem a drogami. On mi na konci řekl, že tu pro mě bude, i když se opiji nebo si vezmu drogu. Tenkrát mě napadlo, že je mu jedno, jestli to udělám. Později jsem pochopila, že to myslel jinak. Že sice nesouhlasí s tím, abych to udělala, ale když to přesto udělám, neztratím jeho zájem mi pomáhat vyznat se sama v sobě. Že když zakopnu, neznamená to, že spolu nemůžeme jít dál. Také mě učil převzít za svůj život zodpovědnost. Když jsem mu řekla, že přemýšlím o sebevraždě, zajímalo ho proč, namísto reakce: to si nevezmu na triko a nechám vás hospitalizovat. Tak by to udělal předešlý psychiatr, ke kterému jsem chodila. Psychiatři označují takové myšlenky za černé či život ohrožující a podle nich posuzují, zda je člověk nebezpečný sobě či svému okolí; při takových myšlenkách mohou nechat člověka hospitalizovat. Ale doktor B. přešel mé řeči o sebevraždě s klidem. Řekl mi, že má o mě strach, ale nechal na mém rozhodnutí, zda to skutečně udělám, nebo ne. Je to přece můj život a jsem zodpovědná sama za sebe. A to jsem si potřebovala uvědomit.

Došlo mi, že když si budu jakýmkoli způsobem ubližovat, že tím opravdu ublížím především sama sobě. A proč bych to měla dělat? Dříve jsem si tím chtěla nejspíš vynutit zájem druhých. Chtěla jsem, aby se o mě někdo staral. Když to nešlo vynutit jinak. Hrozně jsem toužila být milovaná. A dříve jsem toho pocitu dosahovala právě vynucováním si soucitu. Soucit byl pro mě důkazem, že tomu člověku na mně záleží. A tak jsem lidem v posledních letech ukazovala, jak moc jsem nemocná. Ať už to byla mentální anorexie jako dokonalý způsob, jak vzbudit pozornost a zájem o sebe a probouzet v lidech pečova-

telské a spasitelské sklony, nebo řezání se žiletkami. Byla jsem citovou vyděračkou a jako nástroj jsem používala sebeustrukturu. Doktor B. ve mně ale začal vzbuzovat pocit, že o mě bude mít zájem, i když nebudu nemocná. Že by to nemuselo být špatné, být zdravá. Že mi to v životě přinese nové zkušenosti a možnosti.

A tak jsem se, pane doktore, rozhodla, že to zkusím. Nejdříve jsem mu ukázala nemocnou část svého já a seznámila ho se svým světem, kam utíkám. Doktor B. ve mně podněcoval touhu poznat svět z druhé strany. Vždyť ostatní lidé v něm žijí, aniž by vypadali nespokojeně. Jak to dělají, že jsou šťastní? Co když ten skutečný svět nakonec není až tak špatný? Ono se dá nejspíš žít i jinak, než jak jsem to znala já. Podle psychologické definice je za normálního považován člověk, který je schopen pracovat, milovat a těšit se z toho. Já jsem pracovat nedokázala, nanejvýš v chráněném prostředí pro duševně nemocné lidi. Milovat či být milován jsem svedla pouze s podmínkou, že ten druhý bude podle mých představ, jinak není hoden lásky. A těšit se ze života? Ani to jsem neuměla. Život byl pro mě převážně utrpení, byl plný různých zklamání a strachu. Jak to ti lidé dělají, že se jim na světě líbí a zdají se být šťastní?

Chtěla jsem to všechno vyzkoušet. A tak jsem si začala všimnout, co mi přinášelo hezké pocity a co ne. Kdy mě přepadl strach? Kdy jsem si nasazovala masku a co jsem tím chtěla zakrýt nebo získat? V různých situacích jsem si začala uvědomovat, že bych se chtěla zachovat tak a tak a proč jsem se zachovala jinak. Že to někdy skutečně nešlo, ale že v jiných případech by to šlo. A že jsem měla možnost volby. Projevit sebe, aniž bych tím musela plnit cizí představy. Začala jsem si budovat vlastní představu sebe samé. Svě sebevědomí. Vědomí sebe. Tohle jsem já. Slovo milovat pro mě časem přestalo znamenat převzít



za někoho zodpovědnost. Něco, co se dá vynutit. Je to něco, co se mi na druhém líbí. Něco, čím je ten člověk jedinečný a svůj. Chtěla jsem být taky svá. A začínala jsem si uvědomovat, že mě nemusí všichni lidé zrovna milovat. Že nemusím být podle jejich představ.

A tak jsem se vydala na cestu hledání sebe samé. Pracovat? Rozhodla jsem se, že zkusím i to. Znovu jsem začala chodit do tréninkové kavárny pro psychoticky nemocné lidi. Pracovala jsem za barem a byla tak víc v kontaktu s lidmi. Což jsem chtěla. Pracovat v kolektivu. Míchat nápoje a obsluhovat hosty kavárny. Těšit se ze života. Co mi vlastně dělá radost? Třeba to, že si koupím plátno, barvy a namaluji nějaký obraz. Že se učím své pocity nějak ventilovat. Někdy jsem je nedoká-

zala ani popsat, protože byly něčím novým. Jindy jsem marně hledala to správné slovo. Těším se z toho, když někomu udělám radost. Nejen sobě, ale i jiným. Dělal a dělá mi radost, když mě doktor B. pochválí, že jsem na sobě udělala kus práce. Jak se učím porozumět sobě a jiným lidem. Jak vytvářím vztahy teď oproti minulosti. Bez podmínek, bez projekcí.

Tohle všechno mi terapie přináší. Nové zážitky ze vztahu s druhým člověkem. Vztahy. To je to, co mě nejvíc zajímá. Dosud neprozkoumaná oblast. Dříve mě ochromoval všudypřítomný strach, ale poslední dobou to začíná být jinak. Převládá zvědavost. I pocity manipulace se mění. Pocity, že život je pouhé divadlo či film.

\* \* \*

Vážený pane doktore, přemýšlela jsem o světě dál. O režisérech tohoto světa. Co když nejsou? Přestávala jsem mít pocit, že někdo režíruje i můj život. Začala jsem být režisérkou sama sobě. Tak, aby se můj život ubíral cestou dopředu, a ne zpět. Už jsem se necítila být pouhou figurkou. Byla jsem zodpovědná sama za sebe. Chceš pracovat? Pracuj. Chceš milovat? Miluj. Chceš se těšit ze života? Do toho. Zkoušela jsem to, přehodnocovala a přemýšlela o tom všem. Chtěla jsem být zkrátka normální. Chtěla jsem se uzdravit. Co když má nemoc byla pouhým útekem před reálným světem? Útěk do nemoci. Ze strachu. Chce to přestat se bát. Trochu víc si věřit. Trénovala jsem tak komunikaci s lidmi. Převážně v tréninkové kavárně. Vyhledávala jsem kontakty s lidmi a slyšela jsem od nich, že se se mnou povídá lépe než dřív. Že se víc usmívám. Už ne takový ten úsměv ze zdvořilosti, ale opravdový, upřímný úsměv. Ano, to jsem byla já. Sama za sebe. Ono to nakonec opravdu jde i bez masek. Chovat se, jak chci. Jak to cítím.

Doktor B. mi pořád říkal, že mě vnímá jako velice křehkou bytost. Duše možná, ale tělo tomu přestalo odpovídat. Hádala se duše s tělem. Cítila jsem, že se musím stát křehkou bytostí i tělem, abych byla celá. Vážila jsem totiž 72 kg. Tentokrát jsem ale nechtěla hubnout proto, abych v někom vzbuzovala strach či soucit. Chtěla jsem, protože jsem prostě musela. Babička mi vždycky říkala, že ženská má vážit o 110 méně, než měří. A já měřím 167 cm. Takže váha 57 kg bude tak akorát. Křehká duše, křehké tělo. Jak to, že jsem tak moc přibrala? Už se mi to stalo. Poprvé s doktorem A. S ním jsem přibrala ze 45 na 67 kg. A s mým současným partnerem z 51 na 89 kg!!! Pokaždé to bylo poté, co mě někdo zaplavil svou náklonností či láskou. Nejenže jsem se přejídala těmito emocemi, přejídala jsem se i jídlem. A nebylo to tím, že bych se stala silnou osobností. Žád-

né silné tělo, silná osobnost. Tak to bohužel nebylo. Byla a jsem křehkou bytostí bez silného já. Bez pocitu jáství. Začala jsem ho budovat až s doktorem B. Mám takový pocit, že až budu „normální“, bude normální i mé tělo. Bez neustálých výkyvů dolů či nahoru. Že se to někde ustálí.

Přemýšlela jsem o rodičích. Chtěla jsem být milovaná především jimi. Hodná a poslušná holka. Nezarmoutit, nezklamat. Už jsem je v životě zklamala dost. Nevrátila jsem se po promoci na vysoké škole domů, kde pro mě měli nachystaný byt 3+1 a práci v realitní kanceláři. Předpokládali, že se dobře vdám. Teď zpětně je chápu. Všichni rodiče chtějí pro své dítě to nejlepší. A já zůstala v Brně, potloukala se po privátech a střídala zaměstnání po třech měsících. Až přišla paranoidní schizofrenie a oni mi pomáhali dál. Přijali mě i s nemocí. Museli být nešťastní. Dcera, do které vkládali své naděje a sny. Museli se smířit s tím, že jsem prostě nemocná. Asi to bylo dost zklamání. Kdo ví? Na tohle jsem se jich nikdy nezeptala. Já sama jsem se ale se svou nemocí nikdy úplně nesmířila. Pořád v sobě žívím touhu vyléčit se. Ať už mi k tomu pomohou léky, psychoterapie, či práce. Nejspíš všechno dohromady. Kdo ví, co bude za rok, za dva, za pět nebo deset let?

A co znamenala a znamená nemoc pro mě? Nejdřív jsem nevěřila, že jsem nemocná. Potom přišel strach. Strach z diagnózy paranoidní schizofrenie. Postupem času trochu smíření a snaha zjistit, co se dá s nemocí dělat. Jak se vrátit do společnosti mezi lidi? Je to jako probouzet se z hodně špatného snu. Někdy se ptám proč. Proč zrovna já? A jaký to má význam? Jindy přijde sebelítost. Ale jde se dál. Zítra je taky den.

*Převzato z knihy: MALÁ, Michaela. Homo psychoticus, 1. vydání, Praha: Stanislav Juhaňák – TRITON 2015. ISBN 978-80-7387-845-0*

# Úvahy o urgentní medicíně

(ukázky z knihy)

Jana Šeblová

Urgentní medicína je jedním z nejmladších lékařských oborů a dokonce ani mnozí zdravotníci si nejsou jisti jejím obsahem. Knížka esejí a úvah lékařky středočeské záchranné služby 3. lékařské fakulty Jany Šeblové si klade za cíl přiblížit čtenářům tento dynamický a mnohotvárný, avšak zatím poměrně neznámý obor medicíny. Z velké části vychází z editorials odborného časopisu *Urgentní medicína*, jehož je od jeho vzniku Jana Šeblová vedoucí redaktorkou. Vybrané a doplněné texty jsou nezřídka reflexí událostí, které se týkaly nejen urgentní medicíny, ale často i celé společnosti. S laskavým svolením autorky několik ukázek z její připravované knihy vychází i na stránkách *Vita Nostra Revue*.

## Urgentní medicína... co to vlastně je?

Za léta, co v tomto oboru pracuji, jsem schopná vychrlit „deset důvodů pro samostatný základní obor“ i ve tři v noci. Na druhé straně vím, že spousta lidí si urgentní medicínu obsahově nedokáže zařadit. Jak se liší od intenzivní nebo akutní medicíny, co s tím přídomkem „medicína katastrof“ – to hovoříme jen o válečné medicíně? A potřebujeme to vůbec?

„To máte daň za to, že jste si vybrali tak úzký obor“, pravil jednou jeden z ministrů zdravotnictví, když jsme na audienci prosazovali vzdělávací program.

„Tady bych nedělal ani za nic, vy tu musíte zvládnout úplně všechno,“ komentoval zkušený kolega konziliář aktuální sestavu pacientů na urgentním příjmu.

Kdo má pravdu – ministr, který má nějakou vzdálenou představu o oboru, nebo kolega, který opakovaně sledoval ten každodenní kolotoč?

„Urgentní medicína je lékařská specializace založená na znalostech a dovednostech nezbytných pro prevenci, diagnostiku a zvládnutí urgentních a emergentních příznaků nemocí a úrazů, které postihují pacienty všech věkových skupin a v celém spektru nediferencovaných somatických a duševních poruch. Je specializací, ve které je čas kritickou veličinou. Praxe urgentní medicíny zahrnuje přednemocniční a nemocniční třídění, resuscitaci, vstupní vyšetření a zvládnutí nediferencovaných urgentních a emergentních stavů až do propuštění nebo předání do další péče jiného lékaře či zdravotníka. Zahrnuje též vývoj systémů přednemocničních a nemocničních záchranných služeb.“

Tak zní sofistikovaná a přesná definice z programového prohlášení Evropské společnosti pro urgentní medicínu (ESEM). Někdy používám stručnější příměr: Lé-

kař tohoto oboru je medicínský Ferda Mravenec, práce všeho druhu. Musí umět vyřešit úplně vše a musí všem pacientům i všem obtížím dokázat přiřadit tu správnou prioritu. Nastane-li krize u konkrétního pacienta, musí být okamžitě schopen přeladit se do intenzivistického modu konání. Jindy musí být především dobrým manažerem, to když se na oddělení náhle ocitne více pacientů, než je počet lůžek, a personál včetně lékařů začíná ztrácet přehled. Musí být i diplomatem schopným přizpůsobit se v komunikaci partě mladistvých toxikomanů, obyvatelům nejrůznějších domovů pro seniory či Alzheimer center i top manažerům státních i nestátních podniků.

Zdravotníci, kteří pracují v přednemocniční péči, jsou vysíláni operačním střediskem ve všechny možné i nemožné hodiny do bytů, ubytoven, hospod a někdy opravdu do terénu, přičemž nikdy nevědí, kam je další minuta a další výjezd zavede a čeho se bude týkat – medicínsky i lidsky. Zdravotníci na urgentních příjmech jednu jistotu mají – mezi příchodem a odchodem ze směny nebudou mít čas vůbec na nic, kromě zvládnání nekonečného přílivu pacientů. Jen budou řešit koho dříve a hlavně kam, když hlášení volných lůžek pravidelně obsahuje sérii nul.

## **Kdo se hodí na ulici aneb osobnostní profil lékaře záchranné služby**

Při pročitání nabídek pracovních míst se velmi často objevují ze všech regionů nabídky práce v záchranné službě. Na počet lékařů, který je ve srovnání s internisty nebo praktickými lékaři zanedbatelný, je to nezvykle vysoké procento. Jedna z příčin může ležet v dokončování transformace přednemocniční neodkladné péče, v delimitaci od nemocnic a osamostatňování, včetně získávání kmenových lékařů s celým úvazkem.

Urgentní medicína se stále více přibližuje primární péči tam, kde je primární péče nedosažitelná – časově, místně či sociálně. Zahrnuje interní a hlavně typicky polymorbidní pacienty, úrazovou problematiku a čím dál častěji i tu psychiatrickou a sociální. Lékař musí být schopen velmi široké diferenciální diagnostiky, okamžité léčby, kterou stabilizuje stav pacienta, ale musí také zvolit optimální úroveň další péče a obor, který se dále bude o pacienta starat. Toto vše vyžaduje komplexní pohled na pacienta, který mnoha specialistům chybí.

Říkáme (snad výstižně), že jsme mostem mezi primární a nemocniční péčí. V roce 2013 využily tento most téměř dva miliony pacientů, kteří byli ošetřeni zdravotnickými záchrannými službami a na existujících urgentních příjmech – naši péči tedy potřeboval každý pátý člověk žijící v ČR, od dětí až po zvyšující se podíl seniorů kvůli stárnutí populace.

Musíme být schopni zvládnout překotný porod, ošetřit dítě se závažným úrazem, řešit veškeré zdravotní problémy od mládí až po seniorský věk a poskytnout paliativní péči v okamžiku, kdy už je medicína bezmocná – to vše na místě a v čase, který zvolí pacient a jeho okolí.

Kdyby urgentní medicína neexistovala, museli bychom si ji vymyslet.

Podstatnější příčina však asi bude v práci samotné. Lidé si většinou pod pojmem „záchranná služba“ představí heroické zásahy u spadlých letadel a závažných dopravních nehod – krev a slzy, blesky fotografů, kamenné tváře profesionálů. My, co tento obor děláme delší dobu, již dávno víme, že především pečujeme o pacienty s mozkovými příhodami nebo selhávající kardiálně, pacienty, kterým se nechce čekat u praktického lékaře a raději si po několika

letech, měsících či v lepším případě dnech obtíží v noci zavolají linku 155. Staráme se o blaho našich alkoholem znavených spoluobčanů, řešíme kutilská sebepoškození a následky svérázných variant přístupu k životosprávě. A při této práci, náročné na trpělivost, musíme být připraveni kdykoli zvládnout i resuscitaci nebo spadlé letadlo. V zimě je nám zima a v létě vedro, ulice a terén nemívají kvalitní klimatizaci. Drtivá část našich klientů se probouzí s večerem a podle toho vypadají naše noční směny.

Před lety jsme ve studii zjišťovali, co pracovníci sami považují za nejdůležitější předpoklady pro výkon profese záchranáře – bez rozdílu profesních kategorií. V různých synonymech se objevovala zejména schopnost rozhodování a samostatné práce, dále vyrovnanost, odolnost vůči zátěži, trpělivost, sebekázeň, sebekontrola, fyzická kondice, schopnost komunikace v různých prostředích, asertivita, zájem o práci i o další vzdělávání, schopnost přizpůsobit se různým pracovním podmínkám, nutnost týmové spolupráce.

Na tom, že odborné znalosti jsou předpokladem kvalitní práce, se shodli všichni. Vědomosti jsou nezbytným základem, na druhé straně se záchranářskou kuchařku může naučit v klidu pokoje kdokoli. Chce-li jí však uplatnit v praxi, musí být schopen se v nejasných nebo hraničních situacích rozhodnout a nést za svá rozhodnutí zodpovědnost. To rozhodování se často odehrává pod časovým tlakem a bez možnosti konzultace.

Dobrá lékař pro záchranou službu musí znát široké spektrum akutních stavů nejrozličnějších oborů, avšak být ve všech těchto oborech tak trochu diletanem, musí být ochoten odklonit svůj pohled od elek-

trofyziologických dějů na buněčné membráně a zjednodušit svůj přístup k pacientovi třeba jen na obyčejné lidské popovídání. Musí být schopen velet a vynutit si splnění vydaných povelů, ale i podřídit se disciplíně a práci v týmu – a hlavně musí tyto situace umět rozpoznat. Musí komunikovat, kdykoli, kdekoli a na úrovni potřebné ke zvládnutí situace, umět své chování přizpůsobit okolnostem, ať již je to restaurační zařízení IV. cenové skupiny nebo vládní recepce. Musí mít i rychlý, intuitivní psychologický odhad zúčastněných, jejich vzájemných vazeb a míry jejich stresu. Měl by být ochoten odložit heroický invazivní zákrok, jehož převažující indikací je profesní uspokojení zachraňovatele. Všichni jistě doplníte další potřebné pro kvalitní zvládnutí této profese.

Když jsem se zamýšlela nad odchody některých kolegů, kteří v průběhu let obor urgentní medicíny opustili, téměř nikdy nešlo o selhání odborné, mnohdy naopak. Šlo o komunikační obtíže, přílišné komplikování problémů, váhavost, třeba i jen diktovanou ohledy a slušností.

Lékař se vždy a všude setkává s bolestmi života a s jeho smutnějšími stránkami, záchraná služba však je o životě (a o dospělém zvládnutí života) asi nejvíce. Naši pacienti nejsou součástí výrobní nemocniční linky, nesmíme si je zredukovat na součást procesu, nacházíme je v jejich přirozeném prostředí, v jejich vlastních funkcích a rolích, s jejich slabostmi a s jejich důstojností. My bychom měli citlivě v těchto situacích pouze asistovat při zmírnění bolesti a odvrácení dalšího poškození. Může se to zdát snadné – ale jen při neznalém pohledu zvenku.

## Kdo se hodí na práh nemocnice aneb osobnostní profil lékaře urgentního příjmu

Pokud je na záchranných službách v České republice lékařů málo, ale pořád ještě se zde systémově vyskytují, pak na urgentních příjmech je lékařů se specializovanou způsobilostí z urgentní medicíny kritický nedostatek.

Když pomínu nekončící sérii změn v postgraduálním vzdělávání, které zapříčinily katastrofální stav (nejen našeho oboru) v této oblasti, zbývá důvodů stále dost. Urgentní příjmy jsou zatím v našich nemocnicích spíše výjimkou než pravidlem a organizace chodu oddělení i celá filozofie činnosti bývá velmi rozdílná.

Jedno ale mají společné s příjmy na celém světě – ve velmi krátké době poté, co vzniknou, se začnou objevovat napřed sporadicky, pak čím dál častěji infarktové situace, kdy počet pacientů směrem dovnitř výrazně převyší aktuální „síly a prostředky“. Přeloženo do lidské řeči to znamená, že nejsou lůžka, nejsou lidi, není čas, a přesto je nutné každého z pacientů zařadit do kategorie závažnosti, vyšetřit, dobrat se diagnózy, ale hlavně se dobrat řešení, kdo si pacienta převezme.

V dohledné době asi lékařů se specializací v urgentní medicíně nebude nadbytek – pro obor charakteristický a nezbytný holistický přístup k pacientovi nemocničním super-super-specialistům připadá diletantský. Oni ten svůj jeden jediný orgán či jeho část znají do podrobností až na úroveň elektronového mikroskopu. Nicméně přístup urgentní medicíny, tedy být jakýmsi průvodcem pacienta jeho nemocí a koordinátorem akutní péče, klienti vnímají jako přístup patient-friendly, a snad i proto se česká oddělení urgentních příjmů naplňují a přeplňují, a to po celém světě.

Lékař, který si vybere urgentní medicínu, musí mít dost protichůdných vlastností, které se zdánlivě vylučují. Musí mít dostatečnou sebedůvěru, která se mu hodí

jak při obhajobě svých rozhodnutí, jež nemá v akutní situaci s kým konzultovat, tak při komunikaci s kliniky zavedených a strukturovaných oborů, kteří nejsou vždy vstřícní. Musí však mít i pokoru pro neustálou zpětnou vazbu ohledně stanovených diagnóz a použitých postupů, ale i pro přijetí svých chyb. Musí mít poněkud dobrodružného ducha, jinak by si nevybral mladý obor s nejasnou perspektivou, na druhé straně je disciplína nezbytností. Musí být schopen se rozhodnout a hlavně nést důsledky a zodpovědnost, ale nesmí být bezhlavý střelec.

Mohla bych v tomto stylistickém cvičení pokračovat ne snad donekonečna, ale ještě dlouho: komunikativnost, pevné nervy, zdraví a fyzická kondice, empatie, demokratičnost, organizační schopnosti a schopnost velení a vedení... Toto je společné jak pro přednemocniční, tak pro nemocniční část oboru. V nemocnici ubývá některých nepříjemností, jež s sebou nese práce přímo v terénu, je zde stálá teplota a ve službě se lze vystřídat s kolegou v čase, který se téměř kryje s plánovaným koncem služby, což se na záchranné službě vždy nepodaří.

Tím však výčet výhod končí. Lékař za směnu ošetří odhadem tři až pětkrát více pacientů než v té nejvytíženější posádce záchranné služby. Musí rozhodovat o strategii ošetřování i v okamžicích, které už přesahují jeho kapacitu pečlivého vyšetření všech a tím zvyšují riziko omylu. Musí přeskakovat z geriatricke ke kardiologii, odskočit do psychiatrie a nevynechat adiktologii, být připraven kdykoli přepnout do intenzivistického modu a zahájit a vést resuscitaci. Nelze se věnovat jednomu pacientovi po druhém – souběžně je nutno řešit až několik pacientů naráz. U jednoho se čeká na výsledky, u druhého na příchod konziliáře, u třetího na lůžko, ze kterého právě narych-



lo propouštějí na oddělení jiného pacienta, a čtvrtý sice už čeká s propouštěcí zprávou na sanitku domů, ale než k tomu dojde, předvede personálu výstavní křečový záchvat a posouvá se v diagnostice zase na startovní čáru.

A zatímco povinnost převzít pacienta od zdravotnické záchranné služby je již konečně alespoň nějak definována v zákoně, za urgentním příjmem leží oblast hic sunt leones. Navíc pacient má dojem, že už v té nemocnici přece je! Nic mě tak nevyčivilo v medicínské argumentaci jako předávání pacientů z urgentního příjmu na nemocniční oddělení, zejména mezi druhou a čtvrtou hodinou nad ránem. Každý specialista dokáže zdůvodnit, proč zrovna jemu tento pacient vůbec, ale vůbec nepatří. Lékař urgentního příjmu musí být tím, kdo v zájmu pa-

cienta a po dohodě s ním nebo s rodinou nejen vybere, ale i zajistí optimální a přitom bezpečnou úroveň další péče. Někdy to je poslední volné lůžko jednotky intenzivní péče, jindy vlastní postel doma.

Popis obsahu činnosti často zkracuji na slogan „Ferda Mravenec – medicínské práce všeho druhu“. Hlavní úkol lékaře urgentu je křišťálově jasný – pacienta, který přichází či přijíždí do nemocnice neplánovaně, vyšetřit a předat dál. Realizace bývá někdy adrenalinovým sportem. Na druhé straně může být ona náročnost a nejistota snad alespoň pro některé z nás vykompenzována podobností objevování neznámých pevnin a vlastním střípkem v mozaice, ze které jednou vyroste česká urgentní medicína.

## Urgentní etické otázky

Dovedu si představit námitky proti spojení etiky a urgentní medicíny – vždyť tam, kde jde o život, není na filozofické debaty čas ani prostor, důležité je rychle rozhodnout; v dobré vůli předpokládáme, že v zájmu pacienta. Jenže v kolika procentech případů jde skutečně o takto vyhocenou a časově naléhavou situaci, ve které nestihneme ani pozdravit? Etika není něco, o čem se můžeme bavit až tehdy, kdy už jsou všechny konkrétní a praktické problémy vyřešené. Naopak, promítá se nejen do postojů, ale i do způsobu vedení rozhovoru s pacientem a jeho okolím, do našeho každodenního chování.

Debata o lékařské etice, pokud se vůbec nějaká odehrává, se obvykle zužuje na téma eutanazie, případně transplantací, potratů a metod umělé reprodukce. Přesto moderní medicína nastoluje etických dilemat čím dál tím více. Některá jsou spojena s rozvojem vědeckých poznat-

ků, jiná souvisejí se změnou způsobu života a rychlými přesuny obecně přijímaných hodnot.

V celé západní civilizaci se navíc generaci od generace zvyšuje strach ze smrti, vedoucí až k jejímu popírání. Bezprostřední zkušenost se smrtelností je v naší populaci minimální – a i toto má dopad na praxi záchranných služeb. Jistě jste všichni zažili umanuté naléhání rodiny na transport jejich umírajícího příbuzného; tyto situace, ve kterých se mi nedaří vysvětlit příbuzným, že medicína má hranici své bezmoci, ve mně zanechávají pocit marnosti a selhání větší než neúspěšná resuscitace.

Diskuse o etice vztahené k urgentní medicíně ještě ani nezačala. Anglicky psaných odkazů na toto spojení mi vyhledávač vychrlil 1 220 000, na předních místech šlo většinou o učebnice nebo odkazy na články renomovaných časopisů. Česky zadané sousloví vydalo 1260 odkazů, z nichž velká část byla náhodná. Přesto je námětů

k debatě – a to debatě s nezbytným zapojením veřejnosti – více než dost.

Jak se máme postavit k informovanému souhlasu a poučení pacienta v časově naléhavé urgenci? Kde je míra jeho náhledu a plné kompetence – ovlivňuje jej nad rámec obecně přijímaných omezení třeba i hypoxie, bolest, strach, probíhající akutní stresová reakce? Jak se chovat u lucidního vnímajícího pacienta, který pro afázi a parézu není schopen souhlas či nesouhlas slovem, písmem nebo gestem vyjádřit? Co s dospívajícím, který nežije s rodinou, a přesto by se k jeho léčbě podle právních norem měli vyjádřit rodiče? Co s rozvedenými rodiči, s různými náhledy na léčbu jejich společného dítěte?

Soudy jsou pomalé i pro běžný život, natož pro dynamiku úrazů a akutních nemocí. Co dělat, když pacient chce A a rodina B (nejčastěji transportovat – netransportovat), a rozhodnutí lékaře je tedy zatíženo rizikem nejen etickým, ale i odborným a forenzním. Český právní řád vychází z předpokládaného benefitu pacienta při jeho neschopnosti se vyjádřit. Benefitem se v tomto kontextu rozumí maximální možná snaha o záchranu života. Chce to ale pacient vždy a se všemi důsledky, které známe my, zdravotníci, a o nichž pacienti a jejich rodiny vůbec netuší? Pojem prospektivní zdravotní vůle je téměř neznámý.

## **Přípustné a nepřípustné riziko**

Jaké míře rizika jsme oprávněni vystavit své pacienty? V civilizované zemi, mezi které se chceme počítat, není zcela jistě dovoleno vše ani v případech ohrožení zdraví a života, i když míra přípustného rizika se pochopitelně odvíjí od závažnosti stavu pacienta. Obvykle se přednáší, že potenciální poškození nesmí být větší než stav, který

Informačním polem neoraným je oblast poskytování zdravotní péče za mimořádných podmínek. Byla veřejnost (politiky, médií) seznámena s tím, že v počátku mimořádné události jsou technické i lidské zdroje omezené? Tuší veřejnost, že probíhá třídění? A právě veřejnost je tou množinou osob, které by se měly shodnout na zadání pro nás, lékaře a zdravotníky postavené před tuto zodpovědnost.

Jak v roce 2001 napsali autoři Pesik, Keim a Iserson v *Annals of Emergency Medicine*: „Nejprve musíme dosáhnout širokého konsenzu a tato rozhodnutí (o omezených prostředcích, pozn.) musejí přesáhnout hranice urgentních příjmů. Podobné kritické situace nemohou být ponechány na rozhodování případ od případu. Lékaři by nikdy neměli být postaveni do pozice, kdy by sami za sebe museli rozhodovat o neposkytnutí péče, aniž by k tomu měli vodítka obecně přijímaného postupu nebo doporučení.“

Výše citovaným autorům jsem vděčná za to, že na nás myslí se snahou snížit naše následné pochybnosti. Ze strany naší veřejnosti a politiků jsem zvyklá jen na stálý tok zadání, mnohdy obtížně splnitelných. Média informují buď o skandálech, nebo v lepším případě o úspěších heroické medicíny, ale nikoli o současných reálných možnostech. Přesto bychom se všichni dohromady měli vstřícně a nekonfliktně bavit o tom, co po nás kdo vlastně chce.

odvracíme. Tato poučka je vcelku logická, byť je někdy v časové tísní náročné zvážit poměr konkrétních rizik.

Nejzávažnějším stavem je pochopitelně smrt, tedy klinická smrt, kterou naším názvoslovím označujeme „náhlá zástava oběhu“ a kterou lze při dobře fungujících člancích záchranného řetězce někdy ještě zvrátit. Všichni

však dobře víme, ze kterých standardizovaných a přesně definovaných kroků se toto odvracení skládá – trénujeme tyto kroky sami, nacvičujeme je s našimi záchranáři, operátorkami a studenty, učíme část z nich i širokou veřejnost. Když se v přednáškách první pomoci snažíme zmírnit obavy laiků z ne zcela dokonalé první pomoci či z možného poškození pacienta, často používám argument: „V případě zástavy oběhu je dotyčný de facto mrtvý, mrtvější být nemůže, může být jenom živější, pokud se rozhodnete mu pomoci.“

Je tedy v případě klinické smrti skutečně dovoleno vše, jak by se z výše uvedených řádků dalo předpokládat? Jistě se shodneme na tom, že mantinely i v této situaci existují. Jsou vymezené současným stavem vědeckého poznání, od kterého se odvíjejí odůvodněné a na důkazech založené postupy. Další hranicí jsou naše kompetence, tedy naše odborná medicínská specializace. A další nezbytnou podmínkou, byť obtížně specifikovatelnou, je alespoň minimální naděje na úspěch založená na racionálním vyhodnocení, nikoli jenom na základě přání a emocí. Pokud taková naděje skutečně není, musíme být schopni tento fakt přijmout, konstatovat smrt a navíc musíme mít odvahu to sdělit okolí – třeba i matce dítěte, které právě zemřelo.

Otiskli jsme odborný článek o perimortálním císařském řezu, tedy o situaci, která je extrémní a nese s sebou mnoho podobných dilemat. Přesto se hranice dají vymezit odborným jazykem a postup má své medicínské indikace, ale i kontraindikace. Autor jej napsal jako reakci na informaci v běžném tisku o císařském řezu provedeném u těhotné po dopravní nehodě ještě na

místě zásahu. Jazykem medicíny založené na důkazech je v textu článku specifikována právě ona naděje a jsou vymezeny situace, ve kterých se limitně blíží nule – popisovaný zásah k nim patřil zcela jistě. Dalším podobně sporným zákrokem, jehož prezentace vzbudila na odborném fóru velmi kontroverzní reakce, byla přednáška o provedené přímé srdeční masáži u zavaleného dělníka s evidentně těžkým, s životem neslučitelným polytraumatem.

Veřejnost a novináři bohužel podobné případy interpretují jako obdivuhodné a odvážné. Titíž novináři, kteří útočí na zdravotníky v případě správných postupů a hledají cokoli, co by se dalo pranýřovat, bývají fascinováni extrémními zákroky, jejichž medicínská indikace je velmi sporná. Podléhají dojmu, že se zdravotníci pokusili o nemožné a bohužel prohráli, je však nutné je pochválit – snad za odvahu, snad za úpornost, snad za snahu?

Jsme lékaři, nejsme bozi a není nám nikým dovoleno si na ně hrát. I v těch nejkritičtějších stavech se musíme držet uvnitř nám vymezeného hřiště a nic nekonat kvůli sobě, svému profesnímu uspokojení nebo své zvědavosti či touze vyzkoušet něco nového. Každý lékařský postup má své indikace, kontraindikace a způsob provedení a my jsme povinni toto za všech okolností dodržovat. I tak se pohybujeme v míře rizika mnohem vyšší, než u drtivé většiny ostatních specializací. Naším úkolem je projít tímto minovým polem bezpečně – jak pro nás samotné, tak pro ty pacienty, kteří nám nemohou udělit informovaný souhlas a my se musíme rozhodovat i za ně.

## Úvaha o novorozenci a lidských právech

V roce 2010 se odehrál soudní proces, který vzbudil poměrně značné vášně mezi zdravotníky, ale i veřejností, která byla kupodivu většinou na straně zdravotníků: Brněnský soudce odsoudil Zdravotnickou záchrannou službu Jihomoravského kraje k pokutě za zásah do osobnostních práv, neboť lékař MUDr. Robert Zodl odvezl po porodu v domácím prostředí podchlazeného a neošetřeného novorozence do nemocnice; hodinu po porodu nebyla ještě ani přestřižena pupeční šňůra.

Lékař se procesu nedožil – zemřel náhle ve věku nedožitých 43 let, záhy poté, co se prostřednictvím Ligy lidských práv začala projednávat stížnost na tento jeho zásah. Vrchní odvolací soud dal za pravdu lékařům, soudce pak i napodruhé rozhodl stejným způsobem a kauza byla také podruhé vrácena z Nejvyššího soudu – celý spor se vleče již pátý rok. Výbor Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP navrhl MUDr. Roberta Zodla na udělení Zlatého záchranařského kříže za výjimečný přínos pro záchranařství in memoriam a porota hodnotitelů jednoznačně rozhodla o udělení tohoto vyznamenání za rok 2011. Pro rodinu zemřelého lékaře to byla alespoň malá morální satisfakce.

Na zásah záchranné služby jsem vypracovávala znalecký posudek, takže jsem měla informace všechny a v nezkrácené podobě. Tento text je spíše publicistickou nikde nezveřejněnou reflexí, zejména na výrok dotyčného soudce do médií, že „pan doktor měl ve svých obavách příliš velké oči“.

Na lidská práva jsem poměrně citlivá od doby, kdy na mě v 80. letech křičeli soudruzi z StB na Bartolomějské: „MY JSME VÁS NA TU FAKULTU NEMUSELI PŘIJMOUT A MY VÁS TEĎ S VAŠIMI NÁZORY VYHODÍME!“ Takže jestli si na současné době něčeho cením, tak toho, že si

mohu myslet a říkat, co chci, a že se osobní svoboda posunula v žebříčku hodnot opravdu vysoko.

Jako lékařka sním o dospělých pacientech, co jsou odpovědní za sebe (případně svoji rodinu) a chovají se partnersky – moc jich sice nepotkávám, ale věřím, že jako každé dítě jednou vyrostete z puberty, tak z ní vyrostete i český pacient.

Jako lékařka záchranné služby jsem konfrontována se všemi možnými alternativními způsoby existence v lidské společnosti, a kdybych se měla vůči každé variantě „mocensky“ vymezovat (jak jsme jako lékaři podezíráni či osočováni jako stav), nestrávila bych život ničím jiným a to mi za to skutečně nestojí.

Takže celkem v klidu akceptuji, že si někdo píchá drogy (abych se přiznala, preferuji uživatele heroinu; když si vezmu dvojce rukavice, určitě mě tito pacienti neohroží tolik jako ti na pervitinu, kteří bývají neklidní, paranoidní a agresivní, ale nakonec i s nimi se dá někdy domluvit), odvážím klienty (velmi mnohé) s problémy s alkoholem, léčím pacienty s infarkty, k nimž si přinejmenším někteří přispěli celoživotním přejídáním a kouřením, naučila jsem se dávkovat opioidy tak, abych vyvlékla motocyklistu po nehodě z jeho milované drahé kožené kombinézy, aniž bych ji musela rozstříhat.

V mnoha situacích řeším zdravotní následky a nekomentuji sociální, to mi nepřísluší. Přiznám však, že přece jen mám jistý problém s životní filozofií těch, co si naše dálnice a silnice pletou se závodním okruhem a provoz na nich s ruskou ruletou, zejména pokud osud dopadne na někoho, kdo tu ruletu hrát nechtěl – nicméně vím, že prevence i sankce jsou věcí policie.

Nedávno jsem dokonce respektovala (byť jsem to nepovažovala za rozumné a nechala jsem si od zákonného

zástupce podepsat za nezletilou dívčinu odmítnutí lékařské péče, negativní reverz) naprosté odmítání desetiletého děvčete nechat se po dopravní nehodě vyšetřit, v tomto konkrétním případě ale zjevně nešlo o bezprostřední ohrožení života.

S čím ale bytostně – po stránce medicínské – nemohu souhlasit, je soudní rozhodnutí ve věci transportu novorozeného dítěte k odbornému vyšetření. Vycházej z výsledku, že dítě přežilo a vyvíjí se (doufejme) dobře, je zaměňování kauzality. Nelze vycházet z faktu přežití ve zdraví, že ohrožení zdraví přítomno nebylo. Novorozenci jsou extrémně zranitelné bytosti, zcela závislé na nás, dospělých, a hranice mezi stabilizovaným stavem a krizí je velmi tenká. Náročnost poporodní adaptace, neschopnost termoregulace, malý krevní objem – to vše může hrozit náhlým zvratem do stavu, z něhož není cesta zpět.

Povinností lékaře záchranné služby je myslet na komplikace dopředu a obávat se jich, nikoli bohorovně čekat, až zhoršení nastane – ať již je to šokový stav, rozvrat metabolismu, hypotermie, koagulopatie, zástava oběhu...

## Krizová intervence pro vražedkyni

Výzva: cela předběžného zadržení, žena, kolaps...? V sanitním voze si v duchu povzdechnu, že snad nemine služba bez návštěvy „cépezetky“ nebo věznice, obojí jedny z nejoblíbenějších destinací záchranářů. „To je ta, co dneska čistou ranou do srdce zabila partnera, my ho resuscitovali,“ informují mě kolegové z denní směny. První, co mi vytane na mysl, je slavný muzikál Chicago: „A pak mi naběhl na nůž... Nejmní desetkrát mi na něj naběhl.“

Na místě nacházíme rozčuchané stvoření s pouty na rukou, rozmazanými očními stíny a stékajícím nalí-

To, co je již velmi obtížně nebo vůbec není zvrtné a hlavně není na první pohled a dopředu vůbec vidět. Touto – možná na první laický pohled přílišnou – opatrností jsem (bez přehánění či vychloubání, neboť je to moje práce, ke které mám výcvik a znalosti) zachránila za léta na záchranné službě ne desítky, ale spíše stovky životů.

Bohužel jsem však – na rozdíl od pana soudce – viděla i mrtvé dítě pár hodin po porodu, které se stále ještě bezmocně houpalo na nepřestřiženém pupečníku, bohužel jsem resuscitovala (neúspěšně) dítě předčasně narozené, bohužel k naší práci patří děti utonulé, smrtelně a těžce zraněné. Přejeme si, aby jich bylo co nejméně, i když jsou to děti „cizí“, ne naše. O ty se bojíme tak jako všechny matky a všichni otcové, možná i trochu více, protože na vlastní oči vidíme, že to, o čem se píše v novinách, se skutečně děje.

Mýlíme se jako lékaři, pokud bereme právo na život – i podle Listiny základních lidských práv a svobod – jako nejvyšší hodnotu a skutečně základní lidské právo, a snažíme se proto život a zdraví zachovat v okamžicích, kdy se k tomu naši pacienti nemohou vyjádřit?

čením, pod nímž prosvítají hematomy různého stáří, a to stvoření usedavě pláče. Toto že je předobraz chladnokrevné vražedkyně, které se podařilo trefit přesně to správné mezižebří a zasáhnout keramickým nožem přímo levou komoru srdeční?

„Prosím vás, řekněte mi, že to není pravda, to nemůže být pravda, on nemůže být mrtvý, vždyť já ho tak milovala, jen kdyby tak nepil,“ drmolí a pokračuje plynule v monologu: „Já jen chtěla, aby nešel do hospody, hajzl jeden, když se napil tak mě mlátil, už jsem nevěděla, co

s ním, ale jinak to byl zlatý chlap...“ A tak pořád dokola, jak v rétorickém cvičení na protiklady.

Hlavou mi běží poučky ze seminářů o obětech domácího násilí, nesouvislá a informačně zcela nelogická řeč zcela odpovídá tomu, co nás lektorky učily a co bylo psáno ve skriptech, avšak co se tak obtížně chápe zvenku. Že něco tak jednoduchého jako odejít od někoho, kdo druhému ubližuje a ponižuje ho, může být naprosto nezvládnutelné. „Co se mnou teď bude?“ potvrzuje běh mých myšlenek zoufalý výkřik té, co se strefila.

Stále dokola mi vypráví, jak hned volala na záchranu, jak té krve bylo opravdu docela málo, jak poslouchala tu paní na telefonu a stlačovala partnerovi hrudník, jak jí ta paní radila, a vždyť přece letěl i ten vrtulník?

Najednou si uvědomuji, že vlastně provádíme krizovou intervenci: potvrzuji stále dokola, že ano, je mi líto,

## Na dně beznaděje

Zatímco problém našich opilých pacientů se dostal až na půdu sněmovny, kde se poslanci předhánějí ve vymýšlení způsobů, jak jejich ošetření záchranou službou zpoplatnit, v USA se stejná sociální skupina dostala do prvního letošního čísla *Annals of Emergency Medicine*, oborového časopisu s nejvyšším IF. Američtí kolegové vybrali 20 typických frequent ED users a provedli kvalitativní výzkum s užitím fenomenologického přístupu na základě semistrukturovaných dotazníků. Přeloženo do lidštiny: s bezdomovci závislími na alkoholu si popovídali, vše si nahráli, přepsali a nejen, že jim naslouchali, ještě se nad obsahem i zamysleli (a pak to vše publikovali).

Vzhledem k (cituji) „nezanedbatelnému stigma, jež ve společnosti i v lékařské profesi vůči této populaci pře-

trvá“ a, se zaměřili na subjektivní výpovědi pacientů o jejich životní historii, o tom, jaký život vedou dnes a kam, dle jejich názoru, jejich životy směřují. Tedy jak to, co my vidíme zvenku (s naším pohledem plným oprávněné deziluze) pacienti sami prožívají a jsou schopni popsat zevnitř. Okruhy dotazů se týkaly jejich každodenní zkušenosti alkoholika žijícího na ulici, dále role nemocnice v jejich životě a jejich představ o budoucnosti.

Asi během necelé hodinky se celá scéna uklidňuje, paní v rukou s pouty žmoulá rozmáčený kapesník a stružky slz vyryly v make-upu brázd. Probraly jsme i to, že ji čeká pravděpodobně vazba, ale že ji tady ti pánové vyslechnou až zítra ráno, že pravděpodobně bude i soud. Pánové od kriminálky byli na odklad výsledku celkem vstřícní, vraždu měli jasnou v podstatě od prvního momentu, z „domácích zabijaček“ nebývají nevyřešené pomníčky.

Jen se mi tak honilo hlavou, že tento policejní a právně tak jasný případ je další v řadě úplně zbytečných tragédií, kterou vyvolal koktejl alkoholu, emocí, násilí, zoufalství a náhody. A že hranice mezi vlky a beránky bývá někdy zatraceně klikatá a rozmazaná.

Vzorci chování a problematika této skupiny jsou naprosto totožné, výstižně charakterizované v editoriale: „Jsou přivázeni, protože pili nebo spali tam, kde by podle názoru někoho jiného pít nebo spát neměli, odcházejí na reverz navzdory našim doporučením, rozhodují se způsobem, který dává smysl jen jim samotným.“ Nepřipomíná vám to něco?

Přesto studie, byť shrnuje neradostná fakta a značně fatální budoucnost (čtvrtina zpovídaných do roka zemřela), obsahuje i humanistický aspekt. A cestu ke snížení terapeutické frustrace: lepší pochopení této medicínsky nevzděčné skupiny pacientů může vést k nabídce modifikované paliativní péče, což může být lepší a důstojnější řešení pro obě strany. Paliativní péče v tomto podání může znít: chvílku nechat vyspat pod střešou, dát trochu jídla (je-li), čisté šaty (jsou-li) a vynechat řeči o trvalé abstinenci, neboť to není tak úplně realistický terapeutický cíl. Pro tyto pacienty bývá nejzazším cílem dožít se dalšího dne.

I my důvěrně známe své frequent ED/EMS users a většinou je provázíme až do jejich smrti. Nejsou registrovaní u žádného praktického lékaře, do odvykacích programů je nenabízíme, neb psychiatři kolegové nám odmítají přijmout i mnohem perspektivnější pacienty – a tudíž my na záchranné službě či na urgentním příjmu jsme si s našimi alkoholiky-bezdomovci jaksi nedobrovolně zbyli. My jsme jejich primární i odbornou péčí a spolu s policií téměř jedinými sociálními kontakty.

Při čtení příspěvků ve výše zmíněném časopise jsem si vzpomněla na jednoho ze svých pacientů z této skupiny. Léta jsme pro něj jezdili na skládku odpadu, kde přebýval v jakémsi polopracovním kutlochu, za poskytnuté přístřeší tam trochu vypomáhal. Téměř vždy jsme ho ošetřovali po epileptickém záchvatu v souvislosti s abúzem alkoholu. Býval to naprosto rutinní zásah: kanylá, magnézium, někdy diazepam, většinou per os... Nevzpomínám si, že bychom někdy

tohoto pacienta nějakým způsobem vnímali jako člověka. Byl to prostě jeden z našich alkoholiků. Jediné, co vybočovalo, byl sezónní výskyt jeho záchvatů, a tedy i jeho pití. Nikdy se, pokud mi bylo známo, neléčil, takže to sice nedávalo smysl, nikdy jsem o tom ale nijak nehloubala.

Jednou jsem ho však přijímala na druhé straně barikády, v nemocnici. Odležel si na expektačním lůžku pozáchvatovou zmatenost, sestry ho umyly, vybavily ho čistým oblečením a já se kromě obligátní infuze dostala až k odběru anamnézy, včetně sociální:

„Vy máte trvalé bydliště? A proč proboha přebýváte na té skládce, když máte být v osobním vlastnictví?“

„Já byt nechal dceři. Ale vždycky na sezónu jedu do hor, tam pracuji jako kuchař na jedné horské chalupě. Baví mě to, těším se na to. Mají mě tam rádi, mám tam pokojík, je to tam moc fajn, tam vůbec nepiju...“Vůbec nevím, jak tento příběh skončil. Tenkrát se mi vysvětlily ony prodlevy v našich výjezdech, najednou jsem viděla za infaustním transportovaným balíkem na prahu deliria lidskou bytost a trochu jsem se té bytosti za mnoho minulých výjezdů v duchu omlouvala.

Nejsem naivní, nečekám, že životní příběhy těchto pacientů skončí happyendem, při podobných výjezdech mívám jako každý zdravotník pocit zmaru, byť se snažím postupovat medicínsky správně a eticky přijatelně. Přesto se někdy neubráním pocitu, že dělicí čára mezi záze-  
mím s přiměřenými jistotami, které nám připadají zcela samozřejmé, a životem na ulici může být velmi tenká.



ZÁCHRANNÁ SLUŽBA

ZÁCHRANNÁ SLUŽBA  
A. S. P. P.  
REK. ZDROJ. ZDROJ

SLAVNÉ  
100 LET

120

ZÁCHRANNÁ SLUŽBA  
A. S. P. P.  
REK. ZDROJ. ZDROJ





**RES PUBLICA**

# Světec, nebo kacíř? Jan Hus v proměnách století

Robert Novotný

Když dal 6. července 1415 Ludvík Bavorský pokyn k upálení českého církevního reformátora Jana Husa, přihlíželi této podívané v Kostnici i dva vzdělanci, kteří později o spektakulární exekuci zanechali písemné svědectví. Jejich pohled se značně lišil.

Český průvodce Husa Petr z Mladoňovic se soustředil především na osobní statečnost odsouzeného, kterému vložil do úst následující slova: *„V té pak pravdě evangelia, kterou jsem psal, učil a kázal ze slov a výkladů svatých doktorů, dnes vesele chci umřítí“... A jeho hned biřící zapálili a mistr hned silným hlasem zazpíval nejprve: „Kriste, synu Boha, živého, smiluj se nad námi“; a podruhé: „Kriste, synu Boha živého, smiluj se nade mnou“; potřetí: „Jenž jsi se, narodil z Marie Panny“. A když potřetí začal zpívat, hned mu vítr vehnal plamen do tváře, a tak sám v sobě se modle, pohybuje rty a hlavou, vypustil duši v Pánu.*

Kostnický měšťan a kronikář Ulrich Richental byl oproti patetickému líčení Petra z Mladoňovic o poznání lakoničtější: *Pod nohy mu kat dal vysokou stoličku, okolo něho rozložil dřevo a slámu, na to nalil trochu smůly a podpálil. Hus začal hrozně křičet a zakrátko shořel. A přestože už byl upálený, biskupská čapka zůstala ohněm neporušená. Kat ji rozšlapal a až potom shořela i ta.*

Dvě očitá svědectví o Husově smrti symbolizují i dvě začínající tradice v pojmání betlémského kazatele: jako svatého mučedníka a jako zavrženíhodného kacíře. Obě tradice se velmi rychle rozvinuly. Zatímco pro část oby-

vatel českých zemí se Hus stal svatým, jehož památku si každoročně 6. července připomínali, pro české katolíky i celou Evropu ztělesňoval počátek všech útrap, které s sebou přinesly války o Husův odkaz. Protože husité, jak si přívrženci českého reformátora začali říkat, svůj zápas uhájili a vytvořili si nakonec autonomní církve, neupadlo Husovo jméno v zapomnění, jako se tomu stalo u jiných významných odsouzených reformátorů. S postupem času se přirozeně začaly ztrácet reálné kontury Husova života a jeho postava nabyla legendistických rysů, kterým dal ostatně základ již Petr z Mladoňovic.

Nebyl to však jen Husův životní příběh, jenž začal zahalovat závoj legend a zapomnění. Podobný osud postihl i jeho dílo. Nová husitská (utrakvistická) církev potřebovala k legitimizaci především světce-mučedníka, kterého by si postavila na počátek svého rodokmenu. Hus jako vzdělanec tak ustupuje do pozadí, což mělo ale i svůj další důvod. Jeho spisy byly příliš umírněné a v mnohých ohledech katolicky pravověrné. Reformní věrouka prošla od Husovy smrti překotným vývojem a pro utrakvistickou církev byly mnohem bližší spisy pozdějších teologů jako Jakoubka ze Stříbra či Jana Rokycany.

Nové oživení zájmu o Husovo dílo přinesla německá reformace. Sám Martin Luther zprvu jakoukoli návaznost na Husa odmítal, neboť sdílel všeobecný stereotyp o jeho herezi. Po prostudování Husových spisů ale upozorněl, neboť myšlenky obou reformátorů se do značné

míry překrývaly. Ofenzíva reformačních učeních záhy přispěla rovněž k jisté rehabilitaci utrakvistů, neboť jejich učení se zdálo být menším zlem. Dokonce i papežská kurie, která existenci samostatné utrakvistické církve nikdy nepřijala, se nyní vyslovila pro její uznání, aby zastavila bleskový postup reformačních proudů.

Náboženská pluralita českých zemí vzala za své po bitvě na Bílé hoře a spolu s vítězným postupem katolické církve se změnil i obraz Jana Husa v historickém povědomí. Osobnost betlémského kazatele neměla upadnout do úplného zapomenutí, avšak jen proto, aby sloužila jako odstrašující případ. To ale nebylo tak jednoduché. Katolickým dějepiscům barokní doby byl vzorem při pojednání Husovy kauzy vlivný kronikář Václav Hájek z Libočan, jehož zpracování českých dějin ostatně ovlivňovalo pohled na české dějiny hluboko do 19. století. A pro katolického konvertitu Hájka Hus nebyl jednoznačně zápornou figurou. Negativní charakteristiky spojoval především s radikálními odnožemi husitství, k postavě Husa zaujal spíše smířlivý postoj a někdy s jeho kroky i přímo sympatizoval. Zejména v případech, kde Hus vystupoval jako odpůrce Němců, neskrýval nacionalisticky smýšlející Hájek svůj souhlas. Tento tón od něj pak přijali i barokní vlastenečtí dějepisci.

Nástup osvícenství přinesl v pojmání Husa dvě nové komponenty, které jsou přítomny i v jeho dnešním chápání. Nábožensky vlašná doba nechápala, proč bylo kvůli věroučným sporům nutno upalovat člověka a do jisté

míry tak Husa rehabilitovala. Zároveň ale z celého případu sňala jeho nejdůležitější, totiž náboženský rozměr, a otevřela tak dveře k nejrůznějším ahistorickým interpretacím Husa jako nacionalisty, bojovníka za svobodu svědomí či sociálního revolucionáře. Nacionalistické chápání Husa charakterizovalo především druhou polovinu 19. století, kdy byl v působení betlémského mistra spatřován předobraz aktuálních snah o národní emancipaci. Po vzniku Československa se pak Hus stal zejména bojovníkem za svobodu slova a svobodu svědomí, zároveň byl ale více zdůrazňován i sociální akcent jeho učení, který se dočkal absurdního přecenění v komunistickém období.

Poslednímu čtvrtstoletí je vlastní úsilí vrátit Husa tam, kam patří, tedy do středověku, a chápat ho především jako církevního reformátora. Zároveň je třeba ale vnímat i snahu katolické církve o vyrovnání se s touto problematickou kapitolou vlastní historie. Postava Husa už nemá společnost polarizovat, ale spojovat. Pokud ale od některých katolíků zazněly hlasy navrhuující Husovu rehabilitaci, ozvaly se i příslušníci církví na Husa navazující: Není třeba z Husa dělat něco jiného než heretika. Byl a zemřel jako kacíř, a to z dnešního pohledu není žádná ostuda. Strany se při odpovědi na otázku, zda světec, nebo kacíř, po staletí obrátily.

*Mgr. Robert Novotný, Ph.D., je šéfredaktorem časopisu *Studia Mediaevalia Bohemica* a odborným pracovníkem Centra mediévistických studií, společného pracoviště Filosofického ústavu Akademie věd a Univerzity Karlovy v Praze.*

# Polínko k hranici

Jiří Hanák

Kostnická hranice dohořela před šesti sty lety. Její uhlíky však zapálily hranici jinou, hranici sporu teologů, historiků, umělců a laiků a samozřejmě politiků o Mistra Jana Husa a husitství vůbec. Hoří už přes sto let a mocně do ní dmýchají zejména politikové, kteří toho samozřejmě vědí nejvíce, jak také jinak.

Jako člověk sice historii milující, avšak jen trochu poučenější diletant v této disciplíně, dovoluji si jako ona příslovečná babička, která prý v Kostnici přinesla polínko k Husově hranici, přinést polínko k oné dnešní hranici sporu. Byl Mistr Jan Hus husita? Byl toliko reformátorem? Byly „roty polem pracující“ božími bojovníky? Bylo husitství hnutím sociálním či náboženským? Byli husité vražednými a všeničícími pancharty? Dost těžké polínko.

Domnívám se, že Hus nebyl ani husita, ani reformátor, spíše, jde-li to tak říci, restaurátor. Byl to věrný úd církve katolické a chtěl ji navrátit k původní podobě a k poslání: ke střídmosti a k tomu, aby byla bezpečným morálním sloupem, zaručujícím lidem po těžkém pozemském životě ráj na nebesích. To byl ovšem gigantický a vlastně nesplnitelný úkol v době, kdy církev katolická válela se jako bachyně v kalu pažravosti, kurevnickví, kšeftování s výnosnými prebendami a papežové množili se jako králíci.

Abý se řídila Písmem svatým. To muselo znít až legačně pro kostnické preláty: podle Písma? A jak potom platit konkubíny? Hus musel být upálen, to se nedalo nic

dělat. Byl to muž obrovské mravní síly, který za poznanou pravdu ručil svým životem. Prokopl dveře do zplněného života církve katolické, vpustil tam lidský rozum a zejména požadavek na Písmo jako zákon zákonů. Do té doby byla Bible „dolnímu“ lidu utajena, protože neexistoval překlad do národního jazyka. Lutherovi protestanti měli na čem stavět.

O rotách polem pracujících dá se jako o božích bojovnících bez problémů hovořit jen asi pět let po smrti Václava IV. do smrti Jana Žižky. Muž s bohatou lapkovskou zkušeností byl skutečně vojevůdce geniální. To se týká zejména použití původně spížovnicích vozů jako pohyblivé hradby. Obrněné sklopnými fošnami, sražené kolo na kolo, svázané řetězy, někdy v několika řadách, tvořily těžko dobytelnou pevnost. A když byla bitva u vozů na vážkách, vyřítila se z branky mezi vozy se zlověstným vytím „bijte zabijte, nikoho neživte“ husitská jízda a bylo po žížalkách. Žižka samozřejmě bořil a zabíjel ve velkém. To je ovšem dnešní pohled. Středověký je jiný. Byl to prostě bojovník za poznanou boží pravdu a mečem nutil i ostatní ke stejné víře. Protivně straně také nebylo cizí upalování, zabíjení a plenění. Jen těch, dnešními slovy památek, zničil Žižka nepoměrně více.

Husitské roty byly v boji na svoji dobu mimořádně disciplinované. Řekl bych, že k tomu přispěl i slavný chorál Kdož sú boží bojovníci. Neodolatelně totiž připomíná zpívaný vojenský řád. Po první působivé ideologické slo-

ce totiž následují přesné pokyny: třeba „...svých hauptmanův pozorujte, retuj druh druhého, hlediž a drž se každý šiku svého“. Nebo: „Vy pakosti a drabanti na duše pomněte, pro lakomstvie a lúpeže životův netraťte a na kořistech nezastavujte, heslo všichni pamatujte, kteréž vám vydáno“.

Jenže postupně vždy vítězné rotý božích bojovníků začaly přitahovat dobrodruhy a řekněme i chamraď z českých zemí i ze zahraničí. Z válčení si postupně učinili živnost. Po poslední křižácké porážce 1431 u Domažlic začal koncil hledat kontakty k jednání s husity. Jednání táhlo se čtyři roky a polní rotý, s příměsí sirotčích a tábořských radikálů stávaly se přítěží. Ty chtěly bojovat stále, radikálové bojem vnutit přijímání podobojí všem, ostatní jen pokračovat v řemesle. Jenže země na to už neměla. Vydrancovaná, vyjedená, zdevastovaná. Ustal obchod, ustala řemesla, necelé dva milióny obyvatel už po patnácti letech nemohlo žít nějakých 15 tisíc profesionálních bojovníků. Loupeživé spanilé jízdy za hranice, často s přebohatou kořistí, na tom nemohly nic změnit. A tak se šlechta husitská se šlechtou katolickou dohodla, že ony „škůdce a zhoubce zemské“ odstraní. Stalo se u Lipan 30. května 1434. Podle historika Josefa Pekaře to byl šťastný den českých dějin. Těžko s tím nesouhlasit.

Poté se kališníci s katolíky podruhé dohodli a vynutili si na císaři Zikmundovi slib (jako podmínku jeho přijetí na český trůn), že zabrané majetky církve katolické se vracet nebudou. Přeživší radikálové odešli hledat své válečné štěstí do Uher proti Turkům. Všude byli vysoce cenění. A obrovská doba husitského pozdvižení pomalu odplývala až skoro do zapomnění, aby obživla v době národního obrození. Polínko dohořelo.

*Novinář a publicista Jiří Hanák pracuje jako komentátor deníku Právo. Tento text napsal pro Vita Nostra Revue.*



# Mámu mu popravili nacisté tři měsíce po porodu

Jiří Šticky

Atentát na Reinharda Heydricha se odehrál 27. května 1942, zastupující říšský protektor zemřel 4. června. Maminka Vratislava Ebra byla sestrou parašutisty Josefa Valčíka. Popravili ji tři měsíce po porodu, Vráťova otce už o několik měsíců dříve.

Ten těžký úkol dostala máma. Táta prý obvykle nechával rodinné záležitosti na ní. Říct patnáctiletému Vráťovi, že je adoptovaným synem, musela ona. Vzala si ho doma ke stolu a s viditelnými obavami mu prozradila, že paní, co k nim chodí co pár měsíců na kafičko, není rodinná přítelkyně, ale paní ze sociálního úřadu dohlížející na jeho adopci: rodiče mu zavraždili nacisté a někde má možná sourozence. Víc toho tehdy nevěděla a ani nemohla.

„Měli strach, že řeknu ahoj a půjdu jinam,“ vzpomíná Vratislav Ebr. Chtěl být hercem, dal si přihlášku na uměleckou školu; přitom v padesátých letech musel objasnit svůj „třídní původ“ a dodat podrobný životopis rodičů. Mámu tím donutil k akci, ale úplně překvapení to pro něj nebylo. Na škole měli někteří spolužáci i učitelé narážky na jeho původ, o kterém nic netušil. „Rodiče měli úplně zbytečné obavy. Oba byli strašně hodní, nemohl jsem dostat snad lepší výchovu. Vyrůstal jsem jako jedináček v rodině velmi inteligentních lidí, kteří se nikdy nehádali.“

Teď s ním sedím u stolu v kuchyni pražského činžovního bytu já, z patnáctiletého kluka je vitální urostlý chlap, který ani náhodou nevypadá na dvaasedmdesát.

Zbystřit musím, kdykoliv vypráví o mamince a tatínkovi. Říká tak svým biologickým rodičům, které neměl šanci poznat, i svým adoptivním rodičům, kteří si ho krátce po válce odvedli z tajného oddělení nacistického lazaretu. Nyní, sedmdesát let po válce, musí na dotazy týkající se jeho rodičů odpovídat mnohem častěji: „Jsem už starší, jdu k doktorovi a ten se ptá ‚... á, slyším, máte šelest na srdci. Je to dědičné? Vy máte cukrovku. Máte ji v rodině?‘ Nevím vůbec nic, nepoznal jsem své rodiče, říkám jim.“

Aby si snad nemysleli, že se ho rodiče zřekli, opakuje, co má v rodném listě. Narodil se pravděpodobně 20. října 1942. Zřejmě přímo ve vězení na Pankráci. Maminka byla sestra parašutisty Josefa Valčíka, účastníka atentátu na Reinharda Heydricha. Popravili ji v lednu 1943. Táta se o narození čtvrtého dítěte vůbec nedozvěděl, zastřelen byl čtyři dny po jeho příchodu na svět. Ale to všechno se dozvěděl až mnohem později. „To není hrdinství, to je jen osud. Sourozenci jsou starší, ale i oni se s tím vyrovnali,“ říká.

Pro nacisty byl jen číslo, nepřítel říše. Pro tvrdý komunistický režim po roce 1948 zase živou připomínkou něčeho, na co se mělo zapomenout. Atentát na zastupujícího říšského protektora, kterého se zúčastnil strýc Valčík, připravoval „buržoazní odboj“ v Londýně, a tudíž byl léta tabu.

Nacisté se pomstili vyvražděním pomocníků – a také příbuzných včetně čtrnácti členů Valčíkovy rodiny a je-

jich životních partnerů. Zůstalo po nich patnáct sirotků ve věku od nuly do čtrnácti let. Vráťa byl nejmladší, své tři sourozence poprvé viděl až jako dospělý člověk.

## Němý svědek

Manželé Ebrovi, kteří jej adoptovali, byli úspěšní lidé žijící ve vile na pražské Hanspaulce. Marně toužili po dítěti. Brzy po válce se jim ozvala sociální pracovnice referátu pěstounské a adoptivní péče, aby se přijeli podívat do Masarykových domovů v Krči, dnešního areálu Thomayerovy nemocnice. Během války sloužila jako německý lazaret a do takzvaného tajného oddělení odkládalo gestapo nejmenší nepřátele režimu. Podle písemného svědectví sociálních pracovníků, které získal díky své pečlivé adoptivní mámě, předávalo gestapo děti do ústavu jen s informací o příjmení, křestním jménu a datu narození. U něj předání proběhlo bez jakýchkoliv papírů ve středu 9. prosince 1942.

Když se na něj přijeli podívat manželé Ebrovi, byly mu necelé tři roky a nemluvil. Zájemci o adopci byli upozorněni, že dítě může být němý. Kdo ho dnes jen trochu zná, ví, že taková diagnóza mu vůbec neodpovídá. Příčinou jeho nemluvnosti byl nepředstavitelný stres okolo, jež jako mimino musel vnímat. „Prý jsme v ústavu zbyli dva. Já jsem se vrhnul k mé nové mamince, chytil ji za sukni a už se nepustil. Byl jsem jejich,“ vzpomíná na rodinnou historku Vratislav Ebr. Až rok po válce potvrdilo šetření policejního oddělení pátrajícího po zavražděných lidických dětech, že v jeho případě gestapo nefabulovalo a jeho rodné příjmení sedí. Je synem obětí heydrichiády Františka Sívka a Františky Sívkové, rozené Valčíkové.

Dům, z kterého je gestapo odvekló, stále stojí uprostřed valašské obce Střelná. „Chcete ho koupit? Je na prodej, teď v něm nikdo zase nebydlí,“ osloví mě sou-

sed ze žluté družstevní bytovky, která vyrostla těsně za domkem. Všiml si, že si fotím domek s malou zahrádkou a dřevěnou verandou. Pod bílou omítkou nahozenou na rákos, který je v průčelí vedle okna obnažený, se ukrývá původní dřevěnice s ručně psaným číslem popisným 71.

Obec Střelná leží kousek od česko-slovenské hranice, asi čtyřicet kilometrů za Zlínem. Už přes pět set let zde stráží Valaši Lyský průsmyk, jeden z přirozených vstupů na Moravu mezi Bílými Karpaty a Javorníky. Název obce je údajně odvozen od střelců, vojáků odrážejících výpady východních národů. Jde o oblast kopcovitou, neúrodnou a dříve extrémně chudou. Lidé zde byli vždy hluboce věřící a mívali velké rodiny. Nejobvyklejším stavením byla malá dřevěná chaloupka s jednou větší jizbou. Místní kronikář Josef Matocha v pamětní knize o Střelné píše, že domečky zde dělala jedna tesařská parta, která postupovala podle stejného vzoru. Děti se ve stísněných prostorech odmalička učily omezování a uskrovnování, které je poté provázelo celý život.

Pamětní deska připomínající oběť manželů Sívkových, rodičů Vratislava Ebra, se před lety přestěhovala z domku číslo 71 na místní hřbitov o pár set metrů dál. Na kostel se zde lidé rychle složili při krátkém tání režimu v roce 1968, avšak dokončen byl v roce 1971 a po zbytek komunismu nesl označení „obřadní síň“. Využíván směl být jen při pohřbech, na řádné vysvěcení musel počkat dalších dvacet let.

Památník vzadu za kostelem je obrazem setkání se třemi zly minulého století. Úplně nejvýše je deska s devatenácti padlými z první světové války. Pod připomínkou smrti manželů Sívkových v koncentráku Mauthausen a souseda, který zahynul při náletu, je vzpomínka na jednoho z prvních zavražděných komunistickým režimem. Obchodník Alois Pohunek manžele Sívkovy dobře

znal. Byl jejich vrstevníkem, bydlel v hospodářství hned naproti přes cestu. Státní bezpečnost si pro něj přišla jako pro jednoho z organizátorů protikomunistické odbojové skupiny Světлана – Makyta a ještě ten samý den, 11. března 1949, v nechvalně proslulé věznici v Uher-ském Hradišti zemřel. Jeho nahé tělo se stopami po mu-čení se pozůstalým vrátilo v zatlučené rakvi až třetí den. Na úmrtním listu je napsáno: sebevražda oběšením v po-matenosti smyslů. Přivolaný lékař to vyloučil, ale tehdy, stejně jako dříve za nacistů, se s tím nedalo nic dělat. Po-hřbili jej v neoznačeném hrobě, děti režim perzekvoval. „Ani doma jsme o něm nemluvili. Myslím, že se stal obětí provokace StB, která potřebovala zlikvidovat a zastrašit místní živnostníky,“ říká Jaroslava Schovajsová, dlouho-letá starostka Střelné a neteř Aloise Pohunka. „Místní by se jen tak nevzdali, mají odboj v krvi.“

## Střela do týla

Pro rodinu Josefa Valčíka včetně manželů Sívkových si přišlo gestapo 15. června 1942, tedy tři dny před smrtí parašutistů v chrámu v Resslově ulici v Praze. O jeho ná-vratu do vlasti věděla tajná německá policie již od břez-na, dlouho však neměla přesné informace o jeho pravé identitě. Valčíkova fotka se objevila na vyhláškách na-bízejících sto tisíc korun den po atentátu, byť ho s ním gestapo veřejně nespojovalo.

„Člověk teď přemýšlí, co si vůbec pamatuje. Mně tehdy byly tři roky. Víím, že naproti byla stodola a hasičárna. Když byl atentát, začala lítat celá dědina, co z toho bude. Tušili, že to byl Valčík. Všude byly cedule, že ho hleda-jí,“ líčí bratr Vratislava Ebra, Miroslav Sívek – prostřed-ní z tehdy narozených dětí. Další bratr, Standa, je o rok mladší, již zesnulé sestře Martě bylo pět. Že mají ještě mladšího sourozence, který přežil matčinu smrt, pro ně



*Jeden z výsadkářů Josef Valčík*

bylo obrovské překvapení. „Babička měla odněkud infor-maci, že novorozené miminko jeden gestapák v pankráč-ké věznici zabil. Ani jsme nevěděli, jestli to byla holčička, nebo chlapeček,“ cituje výpověď Stanislava Sívka spiso-vatelka Marie Formáčková v nedávno vydané knize Naro-zen na popravišti.

V rodné osadě Smolina sebrali nacisté většinu rodiny Josefa Valčíka. Otce Jana a matku Veroniku, nejmladší sourozence Antonína a Ludmilu, sestru Terezii, provda-nou Beňovou, s manželem Janem. Po nich zůstaly čtyři děti. O několik kopců dále v Křekově žili Josef a Marie Kolaříkovi. Ti zanechali dva sirotky. Hned ve vedlejší Li-pině žili manželé Alois a Anna Valčíkovi se čtyřmi dětmi. A v Brně žil bratr Emil s ženou Annou a synem. Se Sívkovými ze Střelné tedy dohromady čtrnáct lidí. Z výslecho-vých místností v Brně a v Praze je přesunuli do Malé pev-



nosti v Terezíně, která sloužila jako vězení pro potřeby pražského gestapa.

Vratislav Ebr má z této doby na mámu jednu unikátní památku. Napsala mu malířka Ema Blažková, která byla jako septimánka vězněna v terezínské Malé pevnosti a vytvořila sérii kreseb o každodenním životě vězeňkyň. „Obrovská náhoda. Mámu nakreslila v době, kdy byla těhotná a směla si na hodinu denně odpočinout na kavalci. A já tu kresbu získal,“ říká. Dříve než se s ní dokázal osobně spojit, paní Blažková zemřela.

„Na obci jsme hledali, ale moc památek na manžele Sívkovy jsme nenašli,“ říká ve své kanceláři na obecním úřadě současný starosta Střelné Petr Kráčmar a ze složky vyndává malý poklad. Dva lístky psané z Terezína na úřední dopisnici zřejmě brzy po zatčení. „Milá rodino. Srdečně Vás všechny zdravím a zároveň děkuji za věci, které jste mi poslali. Prosím Vás, napište mi, co je s dětmi, jsou-li všichni zdraví? Je Milka s nimi doma, nebo jsou u babičky? Jistě teď mají hodně třešní. Jenom aby se jim z nich něco nestalo. Martičce přeji všechno nejlepší k jejím jmeninám. Tetička nechť učí Mirečka a Martu modlit. Ještě Vás prosím, pošlete mně, jak je Vám, a prosím o 100 Kč. S pozdravem Fanča.“ Ve stejném duchu píše František rodičům a dopouští se milosrdné lži: „Jsem zdrav a mám se dobře.“

V obecním archivu jsou i jejich úmrtní listy odeslané z koncentračního tábora Mauthausen. František Sívek byl popraven v 16 hodin 32 minut 24. října 1942. Vraždění pomocníků a příbuzných parašutistů probíhalo ve dvouminutových intervalech střelou do týla při zinscenované lékařské prohlídce od 8:30 do 17:42.

Františku Sívkovou, rozenou Valčíkovou, zavraždili z rodiny jako úplně poslední o tři měsíce později. Říjnové datum popravě totiž téměř na den kolidovalo s narozením



*Knihkupec Vratislav Ebr, synovec výsadkáře Josefa Valčíka*

Vrátí. V té době již nebyla s ostatními v Terezíně, kde lidi tajně odsouzené na smrt soustředili, ale v pražské věznici na Pankráci. V Mauthausenu ji usmrtili spolu s dalšími českými ženami v plynové komoře 26. ledna 1943 v 16 hodin 15 minut. Dohromady popravili v Mauthausenu v odvetě za Heydricha 294 vlastenců.

## **Bez rodičů**

Pro Vlastu Tkadlecovou, další příbuznou parašutisty Valčíka, se stala ztráta rodičů impulzem zjistit co nejvíce informací a dát aspoň příležitostně bratrance a sestřenky dohromady. Při vzpomínkách na mámu Marii a tátu Josefa Kolaříka se jí láme hlas a stěží zadržuje slzy. Marie Kolaříková, rozená Valčíková, a Františka Sívková byly dvojčata.

Vlasta Tkadlecová dodnes bydlí v Křekově kousek od domku, který táta postavil. Gestapo ho sebralo na stavbě v nedalekém Brumově. Ona a osmnáctiměsíční bratr Josef byli s mámou na poli, když přiběhl chlapec

z dědiny, že pro ni přijeli tajní. Nechala je v nedalekém baráčku u sestřenice od taťky, ať dá na děti pozor, než se vrátí. „Babička pro nás přišla večer, bráchu nesla na zádech, já tříletá šla před ní. Bolelo mě břicho a nechtěla jsem jít. Odvedla nás domů, kde nikdo nebyl. Vybíhala jsem ven, zda už jde maminka domů.“

Děti čekal boj o přežití. Ještě větší chudoba, válka a všudypřítomný strach. Nikdo netušil, co s nimi nacisté zamýšlejí. Měly omezený pohyb a nahlášené byly do dětského domova ve Valašských Kloboukách. „S bratrem jsme vyrůstali s babičkou a jejím nejmladším synem. Babička jezdila po příbuzných, abychom měli něco k jídlu. Lidé se báli nám něco dát, byla válka,“ vzpomíná Vlasta Tkadlecová. Po roce 1945 začala jako sirotek po odbojářích dostávat 400 korun na obživu a 500 korun na knížku jako vázaný vklad. V roce 1953 přišla měnová reforma a děti o tyto peníze přišly.

Osud každého z Valčíkových siroteků je unikátní. Rozhodovala náhoda, kdo je bude moct vychovat, v jaké rodině skončí, zda budou mít možnost studovat. Často o sobě vůbec nevěděli, protože po únoru 1948 se atentát na Heydricha nepřipomínal. Až v roce 1968 zorganizoval tehdejší režim snažící se o reformu komunismu velkou akci k uctění památky obětí heydrichiády, na kterou pozval pozůstalé. Řada z nich se viděla vůbec poprvé od zatčení rodičů v roce 1942...

Sourozenci Sívkovi vyrostli každý zvlášť. Nejstarší Marta odešla do pěstounské rodiny na Hanou a stala se z ní zdravotní sestra. Stanislav vyrůstal s příbuznými a poté v dětském domově, vyučil se pekařem. Žije v Semilech.

Mirolava si k sobě vzal obchodník s dřívím ze sousední vesnice, který znal otce. Miroslov mu říkal „strýc“ – strýc se jmenoval Gustav Moqueane (Mokó) a byl potom-

kem francouzského vojáka z bitvy u Slavkova. Počátkem roku 1945 jej zatkli kvůli tomu, že dával práci lidem bez papírů. Ve vězení v Brně se prý modlil a slíbil, že si vezme jedno ze Sívkových dětí na výchovu. Pokud přežije. Po válce v sousedním Lidečku postavil dům a pilu. Rok fungovala, pak přišel únor 1948. „Všechno nám vzali. Strýce nechali na pile pracovat a jen čekali, kdy ho budou moct zase zavřít,“ říká Miroslov Sívek. „Neměli jsme peníze, museli jsme rozprodávat všechno možné. Řekl jsem, že půjdu na vojnu. Potom už mu dali pokoj.“

Osmadvacet let strávil v armádě, z toho dvanáct let u čestné stráže pražské posádky. „Husák, Bilák, Kapek... všichni stáli za mnou a čekali, až začnu zdravít. Pak zvedli věnce a začali pochodovat. Měl jsem posádkovou ústřední vojenskou hudbu, dvakrát týdně jsem měl na starosti pietní akty,“ říká. Je stejná nátura jako Vráťa. Veselý, povídavý, plný historek ze zákulisí života papalášů.

S bratrem se viděl poprvé, když mu bylo dvacet. On i Standa přijeli do Prahy a zašli za Vráťou do práce, do knihkupectví v průchodu budovy dnešní České národní banky. „On mě viděl a říká: Ty seš asi můj brácha. Byli jsme si na první pohled podobní,“ vzpomíná Miroslov.

Vráťa se hercem, jak si přál, nestal. „Naštěstí pro divadlo jsem tehdy neudělal zkoušky,“ říká. Učarovaly mu knížky a obzvlášť poezie. V Praze na Arbesově náměstí vybudoval jedno z neznámějších a nejúspěšnějších knihkupectví. Teď se vrhl do sepisování encyklopedie pražských ulic pojmenovaných po lidech. V předsíni, kde je obvykle botník, on má uličník – zápisky o ulicích od A po Ž. Hotové má písmeno F, dokončuje A. „Mrzí mě, že ulice má název a víc už neřekne. Speciálně chci vytáhnout jména a osudy lidí, kteří bojovali a jsou hrdiny, ale dnes už je nikdo ani moc nezná.“

*(reportermagazin.cz, 10. května 2015)*

# Ze života ředitelů Ovčáčka a Kmoníčka

Jindřich Šídlo

Situace v Kanceláři prezidenta republiky (KPR) se v posledních týdnech stabilizovala a po několika nedorozuměních KPR opět pracuje jako profesionální státní úřad, kde se podařilo vyřešit mnoho složitých problémů. Vybráme ty nejnáročnější.

Ředitel Hynek Kmoníček prohlásí v rozhovoru, že není nutné brát vážně všechny výroky prezidenta republiky, protože jen odpovídá na nesmyslné otázky svých voličů, které stejně nebere vážně, a navíc mu Kmoníček radí odpovědi.

Ředitel Jiří Ovčáček oznámí, že není možné brát vážně všechny rozhovory ředitele Kmoníčka, protože ředitel Kmoníček příliš často používá ironii, která není srozumitelná všem posluchačům, například řediteli Ovčáčkovi.

Kromě toho, zdůrazňuje ředitel Ovčáček, neexistují nesmyslné otázky, ale pouze nesmyslné odpovědi. Ředitel Kmoníček připomene řediteli Ovčáčkovi některé jeho otázky na poradách ředitelů KPR. Ředitel Ovčáček se ptá, co tím ředitel Kmoníček myslel.

Prezident Zeman prohlásí, že velvyslanec USA Andrew Schapiro má zákaz vstupu na Hrad. Ředitel Ovčáček prohlásí, že tím prezident nikdy neměl na mysli zákaz vstupu velvyslance Schapira na Hrad, ale že chtěl naopak velvyslance Schapira při vhodné příležitosti pozvat na oběd, což ale velvyslanec Schapiro odmítl.

Velvyslanec Schapiro odmítne, že by jej kdy prezident pozval na oběd a že by to odmítl. Jiří Ovčáček to na mi-

mořadné tiskové konferenci označí za zcela nepřipustné vměšování do vnitřních záležitostí hostitelské země.

Ředitel Kmoníček zavolá velvyslanci Schapirovi, že nemá brát slova Ovčáčka vůbec vážně a že ani prezident nemyslel svůj výrok vážně, neboť pouze odpovídal na nesmyslné otázky svých oblíbených novinářů z Parlamentních listů. Prezident si navíc podle Kmoníčka pravděpodobně vůbec nepamatuje, že by s Parlamentními listy hovořil.

Velvyslanec Schapiro vysvětlení s radostí přijme a ujistí ředitele Kmoníčka, že stejně nebere prezidenta Zemana vůbec vážně.

Prezident Zeman prohlásí, že si rozhodně nenechá radit od velvyslance Schapira, že by neměl jezdit na vojenskou přehlídku do Moskvy. Ředitel Ovčáček oznámí, že prezident nepojede na přehlídku do Moskvy, a ředitel Kmoníček řekne, že je na problém možné podívat se i tak, zda vůbec nějaká Moskva existuje. Ředitel Ovčáček se ředitele Kmoníčka na poradě ředitelů KPR zeptá, jestli je to pravda, že Moskva neexistuje, a nabídne se, že by pro to ve svém volném čase našel důkazy hned poté, co nenajde článek Ferdinanda Peroutky Hitler je gentleman.

Prezident i ředitel Kmoníček ocení snaživost ředitele Ovčáčka a požádají jej, aby nadále pročetl Peroutkovy články, a pokud nějakému nebude rozumět, ať jej předloží novinářům jako důkaz, že Peroutka obdivoval



nacismus. Ředitel Ovčáček je potěšen důvěrou a konečně najde odvahu zeptat se ředitele Kmoníčka, kdo to byl Peroutka.

Kancléř Vratislav Mynář vydá nařízení, jímž s okamžitou platností zakazuje zaměstnancům KPR poskytovat rozhovory bez jeho schválení.

Ředitel Kmoníček a ředitel Ovčáček se shodnou, že kancléře Mynáře neberou už dávno vážně a že by si měl dát do pořádku bezpečnostní prověrku.

Kancléř Mynář vzápětí zveřejní platy ředitelů Ovčáčka i Kmoníčka, aby je mezi sebou rozeštval, označí je v dokumentu pouze jako Ředitele 1 a Ředitele 2. Ředitel Ovčáček se zeptá, proč mu říkají Ředitel 2, když se jmenuje Jírka, a proč má nižší plat než Ředitel 1.



Kancléř Mynář omylem zveřejní i svůj plat, který je vyšší než plat ministra vlády. Když se jej novináři zeptají, jestli mu to připadá normální, odpoví Mynář, že by byl nejšťastnější, kdyby do práce nemusel chodit vůbec, ale že musí, protože si koupil vilu za 5,5 milionu a musí nějak vykázat příjmy na její rekonstrukci.

Později svou odpověď koriguje, že by nejradši stejně chodil do Kolbenky, protože pro to má ideální kvalifikaci.

Ředitel Ovčáček obviní novináře, že záměrně pokládají hloupé otázky, protože dobře vědí, jaké dostanou odpovědi.

*Autor je šéfredaktorem politického zpravodajství a názorové sekce Hospodářských novin.*

*(Hospodářské noviny, Barvy moci, 24. dubna 2015)*

# Omluva za nenapsaný sloupek

Ondřej Vaculík

Častokrát jsem se redaktorům tohoto našeho znamenitého listu omlouval (Deník Referendum, pozn. redakce), že z nějakých důvodů nenapišu svůj pravidelný sloupek, protože... dopisuji něco jiného, nebo něco naléhavého mi psaní zhatilo, nebo se mi text nedařil, a někdy také se mi tak krutě nechťelo, až mě z toho udolala nepřekonatelná únava.

Nyní, když mám pádný důvod nepsat, protože mi umřel tatínek, zdá se mi strohá omluva nedostatečná, takže ji musím rozepsat. To abych se osvědčeným způsobem zbavil rotujících myšlenek: Poslední tátovo čerstvě napsané Poslední slovo vyšlo v LN 5. května 2015 „Zdráv buď, ó králi náš“ jako jeho vzpomínka na Rumuny, kteří osvobozovali naši vlast a jimž o mnoho let později, když se tázali na cestu na pražský Hrad, zazpíval jejich starou hymnu a oni se zděsili a utíkali pryč.

S psaním se velice mořil, věnoval mu pak všechnu sílu, zvláště když už v Dobřichovicích nemohl ke svému špalku, haluzím a sekyře, tak mu síly jeho „dřevěné mysli“ slábly.

Na povinnost psát jsem si myslel v podstatě do posledního dechu; když k němu šel lékař den před smrtí, myslel si, že si jde pro Poslední slovo, které mu zůstalo rozepsané ve stroji. Předtím se také vybíral na autogramiádu na Knižní veletrh na pražské Výstaviště, protože cítil odpovědnost za prodej svých knih, když už vyšly.

Solidarita s nakladateli – v Atlantisu mu právě vyšla kniha Další tisíce slov. Tam už ale nemohl. Uvědomil jsem si na tom jeho věrnost dílu a připomněl si jeho dřívější radu mně lehkou

myslnému, aby slíbené dílo člověk dokončil, i kdyby u toho měl umřít. Myslel to vážně.

Janek i máma s ním probděli několik nocí, jak nemohl spát, a chtěl vstávat, někam jít a něco dělat. Když mluvil o svém umírání, Janek ho burcoval k životu, já spíše konejšil, zdálo se mi, že se možná bojí usnout, a dřív, než by se dřimota mohla prohloubit, si honem chce aspoň sednout. Leckdo z blízkých ho chtěl navštívit a potěšit, což on odmítal, chtěje nás. V sobotu 6. 6. svolil, aby ho navštívil páter Jaroslav Vinklárěk, dominikán a celoživotní kamarád našich rodičů.

Devadesátiletý kněz přijel vlakem z Prahy, Janek ho k nám přivezl a podle maminky „po starém dogmatickém způsobu“ pomohl tátovi smířit se s Bohem, aby zaopatřen svátostmi mohl opustit tento svět a vydat se na další cestu. Pět minut poté, co Janek Otce Vinklárka odvezl na nádraží, táta naposledy pokojně vydechl.

Píšu to jako „užitečné sdělení pro nás mnohé“, nikoli abychom se kochali smrtí. Mně to velice pomohlo v mých různých nejistotách, a pořád na to musím myslet, snad už to přestane, abych omluvu nemusel psát i příště.

Překvapilo mě, že na rozdíl od Janka mi vůbec netekly slzy, když jsme nad zesnulým tátou seděli a stáli, a zastyděl jsem se, že ho možná mám málo rád. Když jsem pak opisoval jeho poslední Poslední slovo „Až umřu“, které si napsal dopředu už v roce 2010, a dneska, 9. 6., vychází v LN, bohatě se mi to dohnalo, ačkoli jde o velmi věcný a docela stručný text, emocí prostý. Pochopil jsem, že můj vztah k tátovi vede přes jeho tex-

ty, dotýkají se mně více, než jsem si myslel při snaze, abych je četl jen způsobem: Tak copak nám to mistr napsal...

Ovšem, vždyť já jsem s jeho texty žil od svých zhruba třinácti let stejně jako s hrami Voskovce a Wericha, dalším pro mě je Jiří Suchý a také Václav Havel – taková síla humoru skrytějšího i zjevnějšího.

Četl jsem tehdy – a velice se bavil – jeho fejetony, které pod šifrou směl tisknout ve Filmových a televizních novinách v době po sjezdu spisovatelů v roce 1967, kdy Strana za trest spisovatelům zabavila Literární noviny.

Tak vznikly i čtyři tátovy fejetony „o jeho zkušenostech coby ministra“: Převzetí ministerstva, Černé dny na ministerstvu, Mezi námi ministry, Odchod z ministerstva. Zdá se mi, že jeho haškovsko-kafkovské vidění je dnes možná ještě aktuálnější, než bylo tehdy. Část fejetonu „Mezi námi ministry“ přepisují:

„Od doby, co jsem ministrem, kupuju každé ráno noviny a v tramvaji cestou do práce si je prohlédnu. Dívám se hlavně, jestli od včerejška nedošlo k nějakým změnám ve vládě. Nechtěl bych vypadat na vrátnici svého ministerstva trapně.

Jak jsem se tu myslím už zmínil, chodím vždycky po schůzi vlády hned domů a nezdržuju se. Tak se mi někdy stává, že o nějakém opatření nevím, protože náš předseda se rozhovoruje o věcech takhle ze zákulisí až po schůzi. Pro mne nic takového neexistuje, já se držím zásady, že je pouze to, co může být oficiálně. Co je neoficiálně, to prostě nemá být, a tudíž pro mne není. Co říkal ten a co říkal ten, mě prostě nezajímá. Moje žena se mně velice diví a říká, že takto si to nepředstavovala.

Starám se, abych řádně plnil své povinnosti, mezi nimiž první je docházka do schůzi vlády. Neboť poznal jsem, že jakmile někdo chybí, mají ostatní vždycky tendenci vyřešit věci v jeho neprospěch. Na to mě hned zpočátku upozorňoval ministr peněžnictví, s nímž si rozumím poměrně nejlíp. Řekl: A kdyby ses měl dostavit po čtyřech a v horečce, dostav se! Jinak se nedopočítáš!

Později jsem se o tom přesvědčil, naštěstí nikoli na své kůži. Jednou jsme projednávali trapnou záležitost, co s několika novými, avšak špatně umístěnými továrnami, které široko daleko neměly surovinu.

Nabíledni ležely dvě možnosti: změnit jejich program, což by bylo přidalo starostí mně, nebo je rozebrat a přestěhovat jinam. Tenkrát zrovna se nestačil vrátit na zasedání vlády ministr železnic, protože mu voda vzala kdesi trať o půlhodiny dřív, a my jsme se vcelku hladce usnesli, aby železnice dopravila všecku surovinu k továrnám.

Jindy zas byl nemocný ministr péče o zdraví. Probírali jsme tehdá bytovou výstavbu, jejíž program zase nebyl splněn, takže zbylo dosti peněz, které jsme ovšem chtěli nebydlícím lidem aspoň nějakým způsobem dát a zároveň je trochu uklidnit.

Nevěděli jsme už kudy kam a tu si někdo povšiml, že chybí ministr péče o zdraví. Usnesli jsme se tedy všechny žadatele o byt očkovat. Ten potom nadával! Ale předseda řekl: Co narobíme!“

To jsem četl, a pak přišel domů, a byl-li táta doma, často jsem dostal za cosi vynadáno, někdy i pár facek; jak malicherné, ba ubohé se mně to jevílo oproti jeho psaní! No jak se vyrovnat s takovou diskrepancí, když Voskovec s Werichem mě nebili nikdy, natož Suchý!

Až teď jsem přišel na to, že tátu jako autora textů miluju (přestože ho čtu kriticky), kdežto jako otce ho mám rád, vážím si ho, a to poslední léta docela nekriticky. Už bych mu dávno nevytkl nic.

Vysvětluje se mi tím, proč já píšu: v podvědomí to mám za způsob, jímž se autor může dobrat lásky. Jak vždycky říkával táta na svých besedách: normální člověk nepíše.

*Autor je publicista, místostarosta Hořovic a syn zemřelého spisovatele, publicisty a autora manifestu Dva tisíce slov – Ludvíka Vaculíka.*

*(Deník Referendum, 9. června 2015)*



**ORBIS PICTUS**

# Doktor Afrika

Renata Kalenská

**Český zdravotník Aleš Bárta vybuďoval nemocnici v jedné z nejchudších oblastí „černého kontinentu“. K Africe tíhl od malička, dnes v ní napůl žije. Jako zdravotník se v keňské vesnici Itibo a jejím okolí stará o devět tisíc pacientů. Léčí rýmu, tropické choroby, sešívá lidi posekané mačetou, vytrhává zuby a rodí děti. A zaučuje i české mediky. Za to všechno dostal africké jméno Makori. Není to málo. Znamená to důvěru domorodců v to, že tenhle běloch sem nejedí jen na prázdniny.**

**Už deset let pendlujete mezi Keňou a Českou republikou. Jak jste se vlastně do Afriky dostal?**

V roce 2004 tsunami devastovalo jihovýchodní Asii a to byl vlastně můj prvopočátek spolupráce s ADROU. Tehdy jsme odlétali na Srí Lanku ošetřovat zraněné. Tím, že jsem od malička tíhl k Africe, jsem se pak pídil, jestli tu ADRA nemá nějaký projekt. Měsíc nato jsme s kamarádkou odletěli na měsíc do Keni a hledali vhodné místo pro naše plány. Projeli jsme Keňu od východu k západu... Jednou jsme přijeli před rozpadlou bránu rozpadlé budovy – hned to ve mně cinklo, že tohle je to místo. Složitě dostupná zdravotní péče, velký pozemek na novou budovu, zavedená elektřina, spousta nemocí... Na ambulanci měli tabuli, na níž byl seznam: malárie, HIV, tyfus... To mě nadchlo. ADRA vyhlásila veřejnou sbírku na finance pro Itibo. Přesně za rok jsem i s penězi odjel do Keni.

**Takže na celou nemocnici se vlastně složili Češi?**

Samozřejmě. Všechno Češi. Nešel na to žádný grant z ministerstva, skládalo se to dvacetikoruna po dvacetikoru-

ně. Na místě stály velmi zchátralé tři budovy, dírami přišlo dovnitř, všude špína, smrad. Nebylo tam nic, žádné vybavení. Malý chirurgický sálek byl jedna špinavá místnost s lehátkem, žiletka na stole. Tu vždycky omyli v dešťové vodě, prořízla se kůže, vypustil absces, na to se dala chlupatá vata a pacient odcházel domů. Zrekonstruovali jsme to během tří měsíců.

**Jak dlouho trvalo, než jste získali důvěru místních?**

**Vy dnes máte vlastně i africké jméno.**

Uplynuly dva roky a otvírali jsme budovu porodnice. Při slavnostním otevření, kdy se na pozemku tlačilo skoro pět set lidí, od rána se tancovalo, zpívalo a zabíjely slepice, přišli místní s tím, že mi dají africké jméno. Jmenuju se Makori.

**Co to znamená?**

Oni to vysvětlují tak, že je to ten, který jde dlouhé cesty, přes vody, hory, balvany, aby přišel do Itiba a pracoval s nimi.



**Musel jste pro ně být zjevení. Jakou důvěru měli třeba ke všem těm lékům, co jste jim začal dávat?**

**Předpokládám, že do té doby je neznali.**

Tam vždycky na všechno fungoval paracetamol. Na bolest, na teplotu, na malárii... Pak začali dostávat lepší léky a to samozřejmě vítali s nadšením. Pro nás je důležitý počet pacientů. Pacienty nám vozí třeba i na normálním stavebním kolečku. A klidně i v noci deset kilometrů. Jezdí k nám lidé i z míst vzdálených sedmdesát kilometrů...

**Dokumentární film Olgy Špátové Daleko za sluncem, který měl na HBO premiéru minulý týden, ukazuje, jak k vám jezdí jako k zubaři. Místní vypadají, že jsou na takovém místě poprvé.**

A oni jsou. To je vidět ve chvíli, kdy přijde stará paní a sedá si na lehátko, jako by to bylo gynekologické křeslo. Aniž by samozřejmě tušila, že něco jako gynekologické křeslo existuje. Ale nohy nám strká až pomalu k lampě.

**Když už jsme zmínili zubařské křeslo, které obory vlastně pokrýváte? Je to třeba právě i ta gynekologie?**

Taky. Máme klasickou ambulanci, kam chodí děti s rýmičkou, kašlem, klasika. Pak tam samozřejmě chodí lidé s tropickými chorobami, se záněty a se stavem, kdy jsou ohroženi na životě. Když řešíme úraz, přeneseme si toho člověka na chirurgický sálek.

**Kolik vlastně máte specializací?**

Nemám žádnou. Jsem zdravotník, nejsem doktor. Mám jenom zdravotní školu. Šestnáct let jsem dělal na úrazové ambulanci v Pardubicích, pak jsem se vzdělával ve všech možných oborech medicíny v rámci pardubické nemocnice. Táhne mě to hlavně k úrazům, popáleninám a k medicíně katastrof.

**Český zdravotník léčí skoro deset tisíc lidí v Africe.**

Ale ne sám! Mám tam spoustu lidí. Jezdí za mnou medicí, s nimi vždycky lékař specialista na infekční choroby nebo internista, úrazy dělám já, přitom zaškoluju v úrazové medicíně mediky. A pak s námi jezdí stomatolog.

**Takže vy máte na starost úrazy. Tudiž třeba nerodíte?**

Taky! I zuby dělám. Ty však naštěstí jen trhám, nevrstám. Děláme všichni všechno. Třeba náš stomatolog Radek Hippmann, úžasný člověk, jenž pro Itibo strašně moc udělal – mimo jiné sehnal za půl miliónu zdravotnického vybavení –, jede teď do Keni posedmé. Je strašně šikovný. Když se blíží porod, tak na něj zařekáme: „Radku, máš porod.“ A on jako stomatolog jde velmi bravurně s naší místní sestrou Elizabeth odrodit.

**Ona vás vlastně naučila rodit africkým způsobem, kdy dítě vytáhnete a za nohy si s ním pohazujete jak s kočkou.**

Ano, to je africký způsob. Pokud má dítě vdechnutou plovku, trošku se tím vyklepe. No v Česku bych si to teda netroufl. To by na mě koukali, že dítě – obrazně řečeno – lítá od kachličky ke kachličce. Jde ale vážně o velmi úspěšný způsob, jak nedýchající dítě probrat. To jsou ty jejich vychytávky. Třeba v diagnostice. My se zatím musíme obejít bez rentgenu, ultrazvuku...

**Ano, ve filmu je záběr, jak pohmatem zkoumáte, kde a jak má pacientka zlomenou ruku. Rentgen pohmatem... Vypadalo to dost šíleně.**

A to my pohmatem rovnáme i kosti. Samozřejmě se snažíme, abychom pacientům nepůsobili zbytečnou bolest. Jakmile zlomeninu diagnostikujeme, podáváme silné léky proti bolesti a pak léčíme.

### **Kolik lidí vám v nemocnici ročně zemře?**

Některý měsíc třeba nikdo, další měsíc máme tři úmrtí. Rozhodně to nejsou desítky ročně.

### **Stává se, že vám pod rukama umírá člověk a vy cítíte bezmoc, protože víte, co málo z pardubické nemocnice by vám stačilo, abyste ho zachránil?**

Určitě. Třeba nám umřela paní s těžkou infekcí. K nám do ordinace přišla ještě po svých. Měla vysokou teplotu a byla HIV pozitivní. Těžko se jí dýchalo, měla nízký stav kyslíku v krvi. Tak jsme jí nasadili v infúzích velmi silná antibiotika a dali ji na kyslík. Kdyby to bylo v Česku, tak je tahle paní napojena na řízenou plicní ventilaci a měla by šanci překlenout tu dobu, než jí zaberou léky. My bohužel tenhle přístroj nemáme, takže bylo jen na ní, aby to s podporou kyslíku udýchala. Jenže zákon schválnosti – zrovna v tu chvíli vypnuli proud a náš kyslíkový přístroj přestal fungovat. Takže paní zemřela.

### **Ano, to je ve filmu – jak se snažíte zoufale a zbytečně nahodit náhradní agregát.**

Tehdy se mi nepodařil nahodit, protože mají nekvalitní benzín.

### **Překvapilo mě, že k vám místní chodí rodit. U nás se pořád vášnivě diskutuje o domácích porodech, zatímco v Africe ženy, mají-li možnost, jdou do porodnice.**

Když jsme v roce 2006 přišli, fungovala na místě porodnice stylem jedna místnost se špinavým rezatým lehátkem a chlupatou vatou, jež se matce dala po porodu místo vložky. Jakmile vyšla placenta, ženská vzala dítě a šla domů. Někdy i několik kilometrů. Takže cestou třeba začala krvácet a zemřela. Před naším příchodem byly



v téhle porodnici zhruba jeden až dva porody za měsíc. Zatímco dnes jich máme kolem patnácti. To je důsledek osvěty, kdy jim říkáme, že je lepší, když rodička rodí pod dozorem zdravotníků a s veškerým vybavením, kdyby se něco dělo. Pořád je tam ale ještě padesát šedesát procent rodiček, jež rodí podle tradice v hliněných chýších.

### **Za takovou osvětu by vás české aktivistky hnaly.**

No to by nás teda hnaly. Dodnes se nám stává, že k nám do ordinace přijde paní, jež několik hodin velmi těžce krvácí, má hemoglobin 40, což je stav, který ji už ohrožuje na životě. Anebo přijde v náručí s dítětem, jež se před deseti hodinami narodilo a při porodu vdechlo vodu. Nic s tím neudělali, takže dítě má takovéhle zorničky a v podstatě mrtvý mozek. Ačkoli žije. Takových negativních důsledků domácích porodů máme poměrně hodně. A domácí porody u nás? To mi přijde jako hazardování se životem svým i dítěte. Nikdy nikdo přesně neví, jaká komplikace se při porodu může vyskytnout.

### **Přemýšlíte, jak daleko zajít s osvětou, abyste nenarušoval přirozený způsob života v Keni?**

Pochopili jsme, že všechno musíme dělat velmi pomalu a velmi nenásilně. Myslím, že tím, že chci, aby rodička, jež u nás rodí, u nás taky alespoň 24 hodin ležela na lůžku, jejich kulturu zas tolik nenarušujeme. A je taky fakt, že málokdy nám takhle „dlouho“ zůstanou. Spíš zůstávají ty, které jsme museli sešívát, protože jsme jim třeba dělali nástřihy.

### **Takže nástřihy jste do Afriky zavedli.**

Samozřejmě. Neděláme to jako na běžícím páse, ale když vidíme, že matce je čtrnáct, je malá a její tělo není přizpůsobeno na to, aby jí prošlo tříapůlkilové dítě... Nástřih je v tu chvíli menší zlo, než aby se ona roztrhla. Jinak by vypadala, jako když jí tam bouchne granát. A šije se to třeba čtyři hodiny.

### **Předpokládám, že taková dívka, kdyby rodila doma, by nejspíš zemřela.**

Určitě. Buďto primárně na vykrvácení, nebo sekundárně na nějakou infekci, protože jí buďto nikdo nezašil, nebo jí zašil nějakou špinavou nití.

### **Už jsme zmínili osvětu. Snažíte se na dívky působit ohledně antikoncepce? Právě proto, aby ve čtrnácti nerodily nebo nebyly HIV pozitivní.**

Máme okolo docela hodně škol, jimž poskytujeme zubní servis, a tak jim v rámci toho naši medicí dělájí i osvětu ohledně prevence HIV a AIDS. Zvláště pro holky, zvláště pro kluky. Máme k tomu i takový nástroj v podobě penisu, dostali jsme prošlé kondomy, které používáme jako edukační – a ukazujeme jim, jak se s tím zachází.

### **Nakolik jim víra dovoluje kondom použít?**

To je právě absurdní. My jim říkáme, ať si prezervativu vezmou, v kostele jim tvrdí, že je to špatné.

### **Když jsem byla v Kongu, zažila jsem třeba dítě, jež bylo HIV pozitivní a rodina ho kvůli tomu vyhnala z domu jako ďáblem posedlé. Exorcismus je tam velmi silný. V Keni nic takového není?**

V Keni je to taky. Hlavně je tam ale HIV obrovské stigma. Vůbec se o něm nemluví. Když máme pacienta, u něhož diagnostikujeme, že je HIV pozitivní, jen si pro sebe zapíšeme značku HCT. A mezi sebou mluvíme nahlas tak, že řekneme: „Vyšetříme pacienta na chlupatou.“ To je náš vymyšlený terminus technicus, kterému rozumíme jen my. Slova HIV a AIDS v ordinaci nevyslovujeme. Pacientovi to řekneme, ale potají. A je na něm, jestli se svěří rodině a bude se případně léčit.

### **Případně jestli někoho dalšího nakazí.**

Tak. Zkratka AIDS je tu obrovské tabu. Když nám třeba přivezou paní nebo chlapa rozsekaného mačetou, my na něm začneme pracovat a krev stříká dva metry do stropu a Elizabeth ho zná, jen mi třeba posunkem naznačí, že je HIV pozitivní. Tím to končí. Stejně ošetřujeme dál. Ke každému tam přistupujeme tak, že může být HIV pozitivní. Máme rukavice, máme brýle.

### **Řekl jste si někdy, že už chcete víc klidu?**

Při práci jsem nikdy neměl pocit, že bych toho chtěl nechat. Ta oblast, ti lidé, ta práce... To všechno nás naopak dobíjí. Jednou nám přivezli pobodaného a posekaného kluka. Byli s námi čeští medicí a dva čeští lékaři. Začali jsme na něm pracovat a já jim jen tak z legrace připomínám: „No, většinou se stane, že když přivezou jednoho takového, tak pak přijdou i další.“ Během pěti minut se rozlétly dveře a už k nám táhli po zemi dalšího v krvavé louži. Byl bodnutý do pusy nožem až do mozku a posekaný po celém těle. Oživovali jsme ho, intubovali, dýchali jsme s ním.



### **Přežil?**

Nepřežil. Jsme zvyklí nechávat otevřené dveře a je nám jedno – pokud to není gynekologický nebo urologický problém –, že se rodina jde dívat. Příbuzní vidí, že se snažíme. Že makáme. I u tohoto případu byli rodiče toho kluka. Když se stane něco takového, tak se na našem pozemku sejde dvě stě až tři sta lidí s mačetami, holemi a klacky a je neskutečné pozdvižení. Medici se tehdy začali bát, že až oznámíme, že ten osmnáctiletý kluk zemřel, jeho příbuzní se na nás vrhnou. Já i Elizabeth jsme jim říkali, že si to nemyslíme... Pak jsme jim tedy šli říct, že jim zemřel syn, ale že druhého jsme zachránili – a celá rodina nám podávala ruce a děkovala. Protože viděli, jak se ho skutečně snažíme zachránit. Ten, co je rozsekal, sebral rodinu a majetek,

co stihl pobrat – a utekl. Už se do té oblasti nikdy nevrátil. I kdyby se vrátil za deset let, tahle rodina ho zabije.

### **Víte, proč podobné situace vznikají?**

Víme. Občas se to dozvíme. Tohle bylo proto, že tihle dva kluci – jednomu bylo osmnáct, druhému pětadvacet – fungovali jako léčitelé dobytka. Pán měl nemocnou krávu, oni jí dali něco vypít a kráva zdechla. Chlap vzal mačetu a oba kluky rozsekal. Nebo jsme měli čtyři lidi z rodiny, taky posekané mačetou. Vozili nám je opravdu po pěti minutách. Chtěli pokácet strom na svém pozemku, táta to odmítal. Přesto jeho děti vzaly sekeru, že jdou kácet. A tak on vzal mačetu a manželku a tři děti posekal. To je prostě jiný svět.

### **Jak je tenhle svět kompatibilní s osobním životem?**

I můj kamarád lékař mě varoval, že jednou budu litovat, že jsem Africe obětoval strašně moc: „Jednou tě to bude mrzet, že nejsi se svými blízkými.“

### **A pořád tomu nevěříte?**

Už jsem uvěřil. Před dvěma lety jsem byl zrovna v Keni a v září jsem měl přiletět domů s tím, že moje máti tam poletí se mnou. Chtěli jsme si udělat takovou dovolenou, nikdy tam nebyla. Ale bohužel to nestihla.

### **Proč se vždy po třech měsících vracíte do Česka?**

Je to hlavně proto, že do Keni jezdím na turistické vízum, a to je tříměsíční. A taky nám to dobře vychází na období stáží mediků. Je pravda, že někdy se mi do Afriky nechce – ale pak přijedu do Itiba a říkám si, jaký je to balzám na duši. Žádná auta, místní nám nosí banány, pomeranče, avokáda. Tašku banánů si koupím v přepočtu za pět korun. No a ta chuť. Úžasná zelená krajina, všechno má jiný rytmus. Nikdo tam nespěchá. Taky tam nemáme téměř žádné infarkty! Tady se přijímá v nemocnici x infarktů za den, v Africe jsme jich za těch deset let měli čtyři, možná pět.

### **To je tedy to, co bychom se měli od Afričanů učit?**

#### **Zpomalit tempo?**

V každém případě. Nebo strava... Oni jsou vlastně nastaveni na rostlinnou stravu. Většinou jedí jen ovoce a zeleninu. Maso nejedí skoro vůbec. Jen slepice – velmi vzácně při pohřbech a při svatbách. Když už mají kuřata, tak je chovají, aby vyrostla, a pak je prodají. Lidé jsou v Keni závislí na tom, co sami vypěstují a prodají.

**Zažil jste tam nějaký civilizační šok? Co tím myslím – byla jsem s Evou Holubovou v Peru a ona pak několik Inků z andské vesnice včetně náčelníka pozvala na měsíc sem. Náčelník je velký kutil, tak jsem ho vzala do OBI. Byl v šoku, když viděl, že si za peníze, jež můžeme utratit za chleba, kupujeme kytky v květináči, které si můžeme vykopat za barákem. No a když pak zahlédl u kasy muže, jak platí tři pytle hlíny, tak to už ten náčelník jen stál, držel se za břicho a smál se a smál. Myslím, že tohle v Andách vypráví dodnes.**

My si třeba v Itibu domestikujeme toulavé pejsky. Místní se bojí pokousání a vztekliny, takže po psech házejí kameny. Takže ti psi jsou nedůvěřiví. K nám začnou vždycky chodit k bráně, protože je lákáme na kousky chleba. Pak se nechají pohladit. A to je pro místní nepochopitelné, když podrpu psa a on si lehne na záda. To jsou opravdu zděšení.

### **Řekl jste jim, že my si je tady kupujeme do bytů?**

To jsme říkali Elizabeth, když si k nám takhle jednou večer přišla sednout na terasu. Ukazovali jsme jí fotky psů, jaké tady lidi mají. Jak je mají různě natupírované, že s nimi doma bydlí, že s nimi spí v posteli, mají psí salóny, psí psychiatry. A ona jen kroutila hlavou a říkala: „Crazy Europe.“ Pak jsme slyšeli mňoukat kočku. Koček tam moc není. A Elizabeth začala taky vyprávět něco o domácím zvířátku: „Jojo, moje děti chtěly kočku, a tak jsem jim ji sehnala. No ale asi za tři dny je už nebavila, tak ji zabily.“ A řekla to, jako by přestalo pršet. Jiný kraj, jiný mrav.

*Autorka je novinářka a publicistka, toho času moderátorka diskuzního pořadu Pro a proti na ČRo Plus.*

*(Reflex, 14. května 2015)*

# Cesta do Chile

Andrea Zichová, studentka medicíny 3. LF UK

Díky IFMSA se mi naskytlá skvělá příležitost splnit si dávné přání – navštívit Jižní Ameriku. Nepatřím totiž mezi blázny, kteří by si jen tak koupili letenku a prostě vyrazili... Na to nejsem dost odvázná a zkrátka potřebuji mít aspoň minimální zázemí v místě, kam budu cestovat. A právě IFMSA mi tohle umožnila a stejně tak může pomoci i vám.

Dlouho jsem váhala, jestli skutečně jet či ne, neb taková cesta několik tisíc kilometrů od domova spolkně značnou část rozpočtu, ale nakonec jsem si řekla: „teď nebo nikdy“, a jela jsem. Podařilo se mi sehnat akční letenku z Madridu do Sao Paula a zpět až do Berlína jen za 6,5 tisíc korun. Pak už stačilo pořídit zbylé letenky, zabalit si vše potřebné a vyrazit. Dokonce jsem si naplánovala výlet v Brazílii, když už jsem tudy měla cestu... No, ne tak úplně, neboť vzdálenosti po celém kontinentu jsou trochu jiné, než když člověk cestuje po České republice. Ale toužila jsem navštívit národní park Iguazu a vidět tak na vlastní oči obrovské vodopády, o kterých si u nás můžeme nechat jen zdát.

Rodina byla samozřejmě proti, ale všem radím: pokud si opravdu přejete někam vyrazit, tak to nevzdávejte! V mém případě vlastně nebyli tím hlavním úskalím rodiče, ale můj manžel – ne, že by mě nechtěl nechat jet, spíš když už máte rodinu (ačkoliv zatím bez dětí), tak se jaksi nesluší si na měšíc někam zmizet. Nicméně možná to byl důvod navíc pro to, abych odcestovala ještě v rámci školy.

Cesta z letiště v Praze do Madridu byla naprosto bez komplikací. V Madridu jsem ale pak znejistěla, když jsem si chtěla

nechat odbavit své zavazadlo a paní za přepážkou asi pět minut koukala do počítače a pořád tam něco hledala. Lekla jsem se, že má akční letenka byl „nějakej podfuk“. Naštěstí mi ale ona paní brzy sdělila, co má na srdci: že prý je letadlo „overselled“ a jestli bych nemohla letět později, že by mi zajistili přespání v Madridu a dokonce mi i něco zaplatili. Nabídka to byla lákavá, neboť se blížila půlnoc a vidina postele místo sedadla v letadle byla téměř neodolatelná. Problém byl v tom, že ačkoliv jsem před dalším letem ze Sao Paula měla asi osm hodin, nenašlo se žádné další spojení, které by mě tam dostalo včas. Škoda, mohla se mi aspoň část peněz vrátit zpět. Tak jsem se nalodila na palubu obrovského letadla (můj první let přes oceán, takže další nový zážitek) a započala dlouhá cesta až do Sao Paula. Pro mě tedy až moc dlouhá, v průběhu těch deseti hodin letu mi ztuhly snad všechny svaly v těle a celkem jsem se nudila. Létání mám ráda, ale tam jsem seděla uprostřed v uličce a nebylo se kde opřít. A navíc, i kdybych seděla u okýnka, tak bych toho v noci moc neviděla.

Nespornou výhodou stáže přes IFMSA (a samozřejmě i jinou podobně fungující organizaci) je zajištěné ubytování a osoba, která vám po příjezdu do naprosto neznámé země více či méně daleko od domova poskytne spoustu důležitých informací a poradí v případě nesnází. Chilská IFMSA nezajišťuje vyzvednutí studentů přímo na letišti, takže prvním dobrodružstvím pro mě mohla být cesta z letiště na uvedenou adresu, nicméně to jsem se rozhodla vyřešit jednoduše taxíkem. Sice jsem později zjistila, že kousek od místa mého dočasného domova jezdí au-



tobusy přímo na letiště a to za nesrovnatelně nižší cenu, ale v tu chvíli jsem byla ráda, že jsem se bez úhony dostala, kam jsem potřebovala. Ono se většinou vyplatí se zeptat místních, jenže má kontaktní osoba mi na maily moc neodpovídala a moje úroveň španělštiny odpovídala v tu chvíli lekci čtyři učebnice pro začátečníky. Ale i tak to není nic neřešitelného.

To je vlastně dalším úžasným benefitem stáže – být měsíc v cizí zemi odkázán jen na místní jazyk donutí aspoň trochu mluvit a rozhodně rozumět téměř každého. Ačkoliv jsem původně předpokládala, že se ještě v Čechách zvládnou naučit více, nestalo se tak. A tím pádem mé první dny v Chile a zejména v nemocnici byly dost náročné. Nějakým nedopatřením totiž na mém oddělení očekávali studentku se znalostí španělského jazyka, o čemž u mě nemohla být řeč. Ale zvládnout se dá všechno. Hlavně protože jsem se španělsky chtěla naučit a snažila jsem se porozumět, co nejvíc to bylo možné. Paradoxně nelehčí to bylo v nemocnici při rozhovorech studentů s lékařem, kdy se probírají jednotlivé případy, zatímco běžná konverzace mi činila značné problémy i v závěru mého měsíčního pobytu. A na španělštině je ještě kouzelné to, že zdaleka neexistuje jen „jedna španělština“. Každá jihoamerická země má svou vlastní specifickou výslovnost a dokonce i spoustu svých vlastních slov. A že prý Chile není úplně nejlepší zemí pro začátečníka, ale spíš ve smyslu, že když už budete rozumět jim, tak porozumíte „špánině“ kdekoliv na světě... no něco na tom bude.

I přes jazykovou bariéru byla má stáž v nemocnici úžasná. Byla jsem na gynekologicko-porodnickém oddělení, část pobytu na lůžkové části, část na ambulanci a párkrát také na sále. Většinu času na lůžkové části jsem strávila spolu s místními studenty ze sedmého ročníku. V Chile se studuje medicína sedm let, přičemž poslední dva jsou čistě praktické, studenti mají na starosti své vlastní pacienty a podílí se tak reálně na běžném provozu oddělení. Za ten měsíc jsem si až bolestně uvědomila, jak mi tento přístup u nás v Čechách chy-

bí, a jak moc by mi to pomohlo, abych se cítila připravenější na budoucí povolání lékařky. Na ambulanci jsem si zas mohla popovídat s lékaři (převážně španělsko-anglická konverzace) a potěšilo mě, že většina z nich věděla co je Česká republika a Praha a někteří ji dokonce i navštívili.

A co bylo na celém pobytu to nejlepší? Pro mě jednoznačně ostatní studenti, kteří tam byli také na stáži a s nimiž jsem si celý ten měsíc užila. Zážiteků by tam bylo dost i tak, ale když se nemáte s kým o ně podělit, tak to není ono. Parádní je, že každý den z nemocnice nemíříte domů či za prací a jinými povinnostmi, ale za zábavou, pohodou a poznáním třeba nové části neznámého města.

Ano, město to bylo opravdu veliké a částí na prozkoumání bylo nepřehledně mnoho. Má stáž totiž směřovala přímo do hlavního města – Santiaga de Chile, které má cca pětkrát více obyvatel než Praha a adekvátně tomu i větší rozlohu. A bohužel i smog. Jak by tam bývalo bylo nádherně bez něj. Jednak by se nám lépe dýchalo a hlavně bychom viděli hory. Celé město je totiž obklopené kolem dokola Andami a za jasného počasí lze pozorovat scenérii města s vrcholky And v pozadí. Jenže tohle jasné a čisté počasí tam bude, předpokládám, tak jednou do roka. Za mého pobytu tam byly vidět maximálně naprosto zamžené a nejasné kopce. Škoda.

Kromě poznávání Santiaga jsme podnikli i pár výletů do jiných koutů Chile, třeba do Valparaísa, města na pobřeží Tichého oceánu, nebo trochu na jih, do oblasti plné vulkánů. Původně byla zamýšlená i expedice přímo na jeden z vulkánů, ale počasí nám v tomto ohledu nepřálo. O to lépe se nám ale relaxovalo v termálních pramenech, jejichž bazény nekryté střechou byly umístěny v lesní soutěsce a žádný studený déšť je nemohl ochladit.

Skvělých zážitků bylo mnohem mnohem více, ale to už nechám na vás – jeďte a užijte si je na vlastní kůži. Lepší příležitost se hledat těžko.



# Jet nebo nejet na Erasmus?

Raffaella Ergasti, studentka v programu Erasmus

Od chvíle, kdy jsem začala přemýšlet, že bych vyplnila „erasmovský“ formulář, mi přišlo na mysl tisíce pochybností a otázek, kvůli kterým bylo mé rozhodování opravdu těžké. Není to ztráta času? Co když nezvládnou příští rok všechny zápočty a zkoušky? Co když nedokážu všechno nechat doma, vzít si triadvacetikilový, pokaždé příliš malý kufr a na devět měsíců odletět? Dnes jsem si jistá, že kdybych všem těm pochybnostem podlehla, zmeškala bych největší zážitek svého života.

V posledních měsících jsem zvažovala či spíše snila o tom, že napíšu svého osobního průvodce jménem „Erasmus: Jak přežít“, takže bych měla poděkovat časopisu fakulty, že mi dal oficiální důvod to alespoň částečně uskutečnit.

Ale zpět k hlavní linii mého vyprávění. Zvědavý či váhající studente, dovol mi, abych ti sdělila pár základních poznatků z mého studijního pobytu:

## **Pokud si věříš, dokážeš to!**

Univerzitní svět je všude a pro každého studenta složitý. Vybírání předmětů, zapisování se na ně, hledání způsobu, jak stihnout ve stejnou dobu různé přednášky v různých budovách... Vše může vypadat na první pohled nemožně. Vzpomínám si, jak mi na prvním setkání dali rozvrh jen „některých“ předmětů, které jsem měla podle studijní smlouvy navštěvovat. První týdny jsem téměř v slzách strávila rozesíláním e-mailů. Ale když jsem se posadila a v klidu dýchala, všechno se povedlo.

Asi jsem měla velké štěstí. Našla jsem skupinu lidí, kteří byli připraveni pomoci mi ten boj vyhrát. Marika Bendoová, administrativní koordinátorka Erasmus+ z 3. lékařské fakulty mě překvapovala od prvního dne, co jsem ji potkala v její kanceláři. Pomohla mi zorganizovat všechny potřebné věci a vždycky dokázala najít nejlepší řešení. Jana Dáňová byla vždy na nás na všechny velmi milá, vzpomínám si na čaj na velikonoční oslavě, smáli jsme se, fotili jsme se... Nebyli to jen mí učitelé, ale můj tým.

Zjistila jsem, že pedagogové pomáhají „erasmovským“ studentům s opravdovým potěšením. Dokonce jsem dostala příležitost zúčastnit se v rámci speciálních osobních týdnů praxe na různých odděleních. Na všech jsem získala lékařské i životní zkušenosti.

Takže mi věř, milý studente, když říkám, že celý pobyt může být snadný, když se prostě rozhodneš důvěřovat svým kolegům.

## **Popovídat si nikdy nebylo tak složité**

Jestli se, milý studente, bojíš opustit svůj rodný jazyk a začít přemýšlet, mluvit, nakupovat či studovat anglicky (nebo v jiných jazycích), měl bys vědět, že na konci svého pobytu si budeš anglicky i zpívat ve sprše. Bez legrace. Na univerzitě jsme měli možnost otestovat svoji angličtinu, na začátku roku jsem byla na úrovni B1, pak nás požádali, abychom test zopakovali poslední týden, téměř na konci roku. Tentokrát jsem se dostala na úroveň C1.



Jak to? Každodenní život, nákupy, legrace s kamarády, sledování filmů, to všechno dohromady s přednáškami a praxí vedly k obrovskému zlepšení. Poslední měsíce jsem se v angličtině zlepšovala téměř neustál. A nerostla jen má slovní zásoba, přibývaly i vzpomínky.

## Jsmo jedna rodina

Krok za krokem se dostáváme k nejveselejší části dobrodružství: Seznámíš se a spřátelíš se spoustou lidí. Všichni tví přátelé z domova den před odjezdem zorganizují nějakou akci na rozloučenou, popřejí ti hodně štěstí a spoustu pěkných věcí. V tu chvíli si budeš připadat jako vyvolený šťastlivec, který dobude svět. Neuvědomíš si, že po přistání budeš úplně sám. Žádní přátelé na tebe nečekají, máma s tátou zůstali doma, žádný babiččin úžasný nedělní oběd, jenom ty a tvůj triadvacetikilový kufr. Pomyslíš si, jak je to strašné, protože zatím nevíš, kolik dalších studentů tou dobou v tom samém městě cítí totéž. Postupně je budeš potkávat v klubech nebo hospodách, jak pijí úžasně levné české pivo, tančí a baví se. To oni budou v následujících měsících tvým světem.

Zjistíš, jak může být snadné navazování silných vztahů, a jak budeš brečet, když se tví přátelé, které jsi nedáv-



no ještě vůbec neznal, budou vracet domů. Na své spolubydlící totiž budeš nahlížet jako na svou rodinu, ve škole budeš myslet na návrat domů, což ve skutečnosti nebude tvůj opravdový dům, ale co nejlevnější sdílený studentský byt. Staneš se součástí něčeho, na co nikdy nezapomeš. To je Erasmus.

## Klid, ber to v pohodě

A teď, milý studente, jestli ještě čteš, vlak dojel na konečnou. Co bude dál? Jak se vrátím do „skutečného“ světa? Bohužel nebo neštěstí, zatím nevím, to bude asi velmi těžké. Den po dni se bude všechno vracet do starých kolejí a ty opět začneš svůj normální život. Ale nic už nikdy nebude jako dřív. Budeš se dívat jinak na svět, budeš umět ocenit obyčejné věci a maličkosti, kterými ti lidé pomáhají. Naučíš se, jak důležitá je rodina a jak tě život může překvapit.

Teď bys tedy měl, milý studente, zkrátka zapnout počítač a vyplnit formulář, který pravděpodobně změní tebe? Možná ne, ale přinejmenším změní tvůj příští rok. A pak se staneš součástí množství lidí z Erasma, kteří budou dál vyprávět své příběhy dalším generacím a nikdy je nezapomenou. Protože Erasmus je způsobem bytí...



*Olej na plátně 45x60 cm, 2013*

# Fragmenty života a neživota

Přednostka neurologické kliniky Ivana Štětkařová letos vydala zajímavou sbírku poezie, ve které se prolíná výtvarné vyjádření básně s básnickým pojetím obrazu. Kniha veršů, maleb a grafik nese název *Fragmenty života a neživota* a zabývá se postavením jedince ve společnosti a zkoumáním vzájemného vztahu člověka a přírody. V básních lze číst hlubokou znalost lékařského prostředí, která se promítá do všech stránek lidské osobnosti.

V rámci fakulty i nemocnice se jedná o skutečně zajímavý a neobvyklý počín, proto několik ukázek z jejího díla přinášíme i ve *Vita Nostra Revue*.

## KOUZELNÍK PLANET

Někomu stačí  
mozek jeden  
jiný ho má půl  
mozky všech mozků  
spojují se v celek  
Stojím sám  
stranou všeho dění  
na bolesti lidské  
nalézt chtěl bych  
zázračný všelék  
Stojím sám  
rozpolcený v chtění  
jak ten kdo životu  
rozumí nejvíc  
záhadám světa je dalek

*Doc. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc., se narodila v roce 1963 v Praze. Vystudovala Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy a profesním zaměřením je neuroložka. V současné době je přednostkou Neurologické kliniky 3. LF UK a FNKV. Patří k předním odborníkům na léčbu spasticity, roztroušené sklerózy a cévních mozkových příhod. Zabývá se rovněž klinickou a experimentální neurofyziologií.*

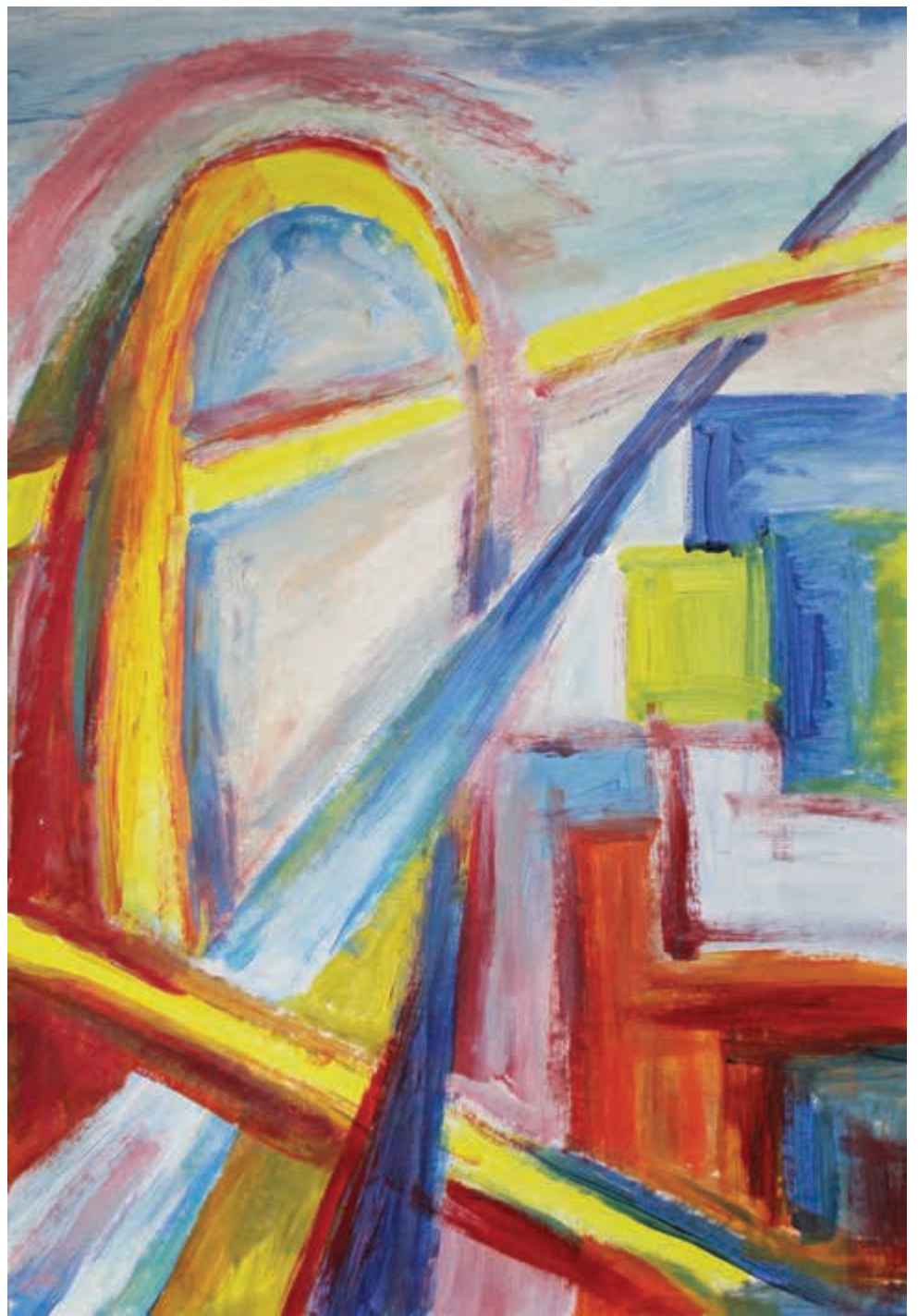
*Od mládí se aktivně věnuje výtvarnému umění, hudbě a psaní. Měla několik samostatných výstav, jejichž tématem je člověk, jeho duše a krajina. Je pravnučkou Fan Vařincové, která napsala román „Eva tropí hlouposti“, a neteří lékaře Pavla Teisingera, autora populárních večerníčků Človíčkova dobrodružství.*

## **OTISK**

Cítit teplo vůni tvojí kůže  
přivinout tě rozprostřít se v tichu  
jen ten ví jak tančit s tebou může  
v divokém tangu nelapá po dechu  
Pokračuj otisku mého života  
kolikátá tvá kopie je tatam?  
Až skleničkou vína u bran věčnosti  
připiju tobě i sobě z vděčnosti

→ *Olej na plátně, 30x20 cm, 2013*





## MRAKODRAP V DEŠTI

Vysoko nad ulicemi v žáru zvuků  
padat dolů do kolotoče hluků  
v mrakodrapu koupat se  
v modři nebe houpat se  
rozplynout se v tichu  
Město plné teskných lidí  
spěchajících nevím kam  
v moři deště zápolení  
tikot hodin slyšet není  
Šňůry perel za okny  
melodii bubnují  
padají do nekonečné tmy  
sirotci být nechtějí  
Letmý úsměv na tváři  
chodce co mne mívá  
klapání bot zvonící  
u katedrály stojící  
kající se v košili ukrývá  
Město slzí dál  
uplakané šedé  
deštníky jak hejna ptáků  
formují se v řady  
Město sluncem zářící  
po koupeli bledé  
ulicí se brodící  
louže stříbrošedé

← *Akryl na papíře, 30x20cm, 2012*



## HRADNÍ ZŘÍCENINA

V torně u sedla pramínek vlasů mám  
co padal ti do tváře při milování  
ustřižený svázaný jak kytice oltářní  
Chuť krve sladkobolná v ústech vadne  
pot slanější než moře stéká do dlaní  
umírám lásko nezapomeň na mne  
Pelyněk hořký jako rytířova prohra  
křížácké bitvy v zemi půlměsíce  
hladoví krkavci na kořist vrhají se  
Plachý svědek z doby dávno minulé  
zřícenina hradních zdí tu zbývá  
nepláče jen lučným kvítím se pokrývá

→ *Olej na plátně, 45x60 cm, 2012*

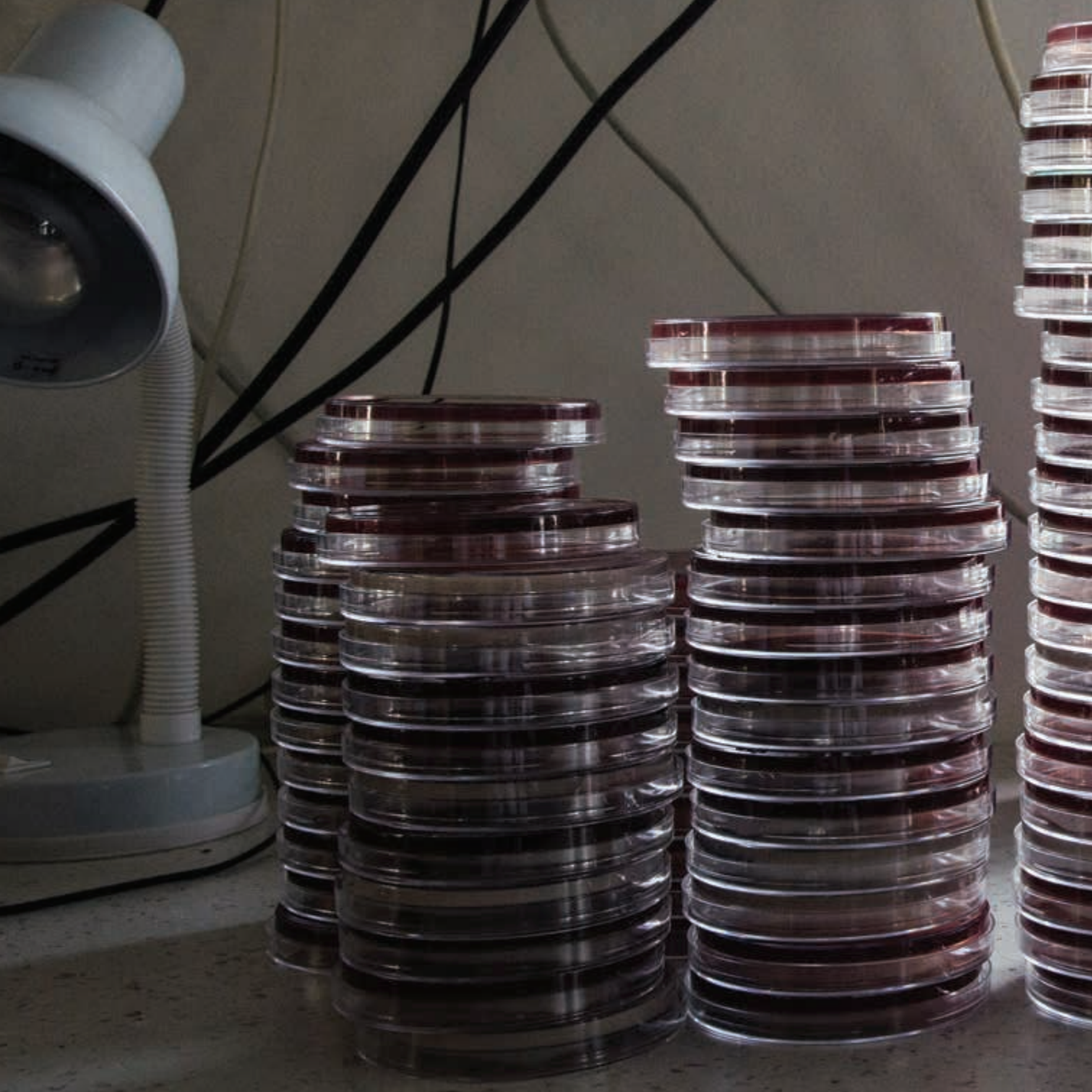




## SOOS

Zem cedníkem děr je posetá  
rozrytá a rozpukaná celá  
šepoty a přísliby věčného života  
černá brána s pachutí síry  
Zem ranami krvácí  
lektvary pýchy a pádu  
prastará poselství  
o hnití a rozkladu  
Na mechových chůdách dotyků  
procházím uplakaným ránem  
brodím se mokrou bažinou vzlyků  
nehlučně a bez ptačího křiku  
Stromy si podají ruce  
pod prachovou peřinou  
je ustlaná a voní sladce  
šťavnatou dužinou  
Pokojně odpočívám  
v tmavém borovicovém háji  
koruny větví klenou se v chrám  
slunce mne hledá a září

← *Akryl na papíře, 30x20 cm, 2012*





# Post scriptum: Hybridní svět

Jaroslav Veis

Stalo se zvykem někdy v listopadu – obvykle k tomu dochází hned poté, co ve Stockholmu oznámí nové nobelisty – volit slovo roku. Protože v naší době nemůže mít úspěch žádná kandidatura bez patřičně dlouhé a mohutné kampaně, zahajuji tímto textem volební kampaň, jejímž cílem je prosadit jako slovo roku 2015 hybrid, případně jeho adjektivní tvar hybridní.

Vedou mne k tomu tyto důvody. To slovo je pozoruhodné už tím, že ač dosti staré, mládne podobně jako titulní postava nejdřív povídky Francise Scotta Fitzgeralda a potom filmu Davida Finchera Podivuhodný případ Benjaminu Buttona, jehož hrdina (Brad Pitt) se narodí jako stařec a zemře jako nemluvně.

Když začnete stopovat hybrid v historii, není na tom hybrid o moc lépe než Benjamin Button. Původu prastarého, zpodobovaného v kůži kentaurů či obdařené šupinami jako mořská panna, se v novověké latině objevuje v podobě „hybrida“ kolem roku 1600 jakožto označení pro křížence domácí prasnice a kance divočáka. Pak se vytrácí až do poloviny devatenáctého století, kdy se stěhuje z říše fauny do říše flóry. Jestli vás rázem napadne jméno Johan Gregor Mendel, moc se o tom v té době neví. Třeba Ottův slovník naučný, pramen všeho populárního

vědění našich praotců a pramatek, díl XI. Hédypathie – Hýždě z roku 1897 praví toto: „Hybrida (lat.) tolik co míšenec rostlinný od původního typu tak daleko odchylný a měnlivý, že nelze vůbec původ jeho přesně stanovit (viz Míšenec). Zahradníci užívají slova h. k označení celých skupin dosti odchylných tvarů, které však přesného rozlišení nepřipouštějí...“ Dozvíme se rovněž něco o petúniích, Mendel však zůstává utajen. (Poznámka pro čtenáře, kteří stejně jako já netuší, co je hédypatie: je to pocit blaha.)

Díl s odkazem na míšence (XVII. Median – Navarette) vyjde teprve v roce 1901. Míšenci je v prvním roce nového století už věnováno dosti místa a čtenáři je připomenuto, že vedle kříženců rostlin čili starých dobrých hybridů jsou i kříženci živočichů čili bastardi. O Mendelovi opět ani slovo, genetiku ještě nikdo nepojmenoval. (Poznámka pro čtenáře, kteří stejně jako já netuší, kdo je to Navarette: španělský malíř, žijící v 16. století, zvaný též El Mudo).

Dotatky čili Ottův velký slovník naučný nové doby (Díl II., sv. 2 Gao – Isk, 1933) opouští říši živé přírody. Seznamuje nás s hybridními horninami (vyvřeliny smíšené se sedimenty) a hybridními slovy; utvořenými cizí

koncovkou z domácího slova, třeba takový houslista či synátor. Mendel pořád v nedohlednu.

Malá česká encyklopedie (jelikož šlo o ryze socialistický projekt, k vydání té velké nikdy nedošlo, jen se pořád plánovala) z roku 1985 zaznamenává další fázi vývoje: hybrid popisovaný už jazykem genetiky následují mj. hesla hybridizace, hybridizační program, hybridní kolektor, hybridní počítač, hybridní roj, hybridní zdatnost a hybridomy. Mendel sice už není v nemilosti, ale chybí. Encyklopedie je mu nejspíš malá.

A pak přichází finální fáze rozpuku a slávy slova druhdy ze zahrady a encyklopedií. V roce 1997 začíná Toyota prodávat první sériově vyráběný hybridní automobil světa Prius, jehož reklamní slogan zní případně Víc než slova. Priusů, kombinujících klasický spalovací motor s elektromotorem, se prodaly od té doby už dva milióny a prakticky žádná velká automobilka si dnes netroufne nevyrábět alespoň jeden model s hybridním pohonem. Rozumím tomu; před časem jsem Prius pár let měl, a dodnes mě mrzí, že jsem ho prodal.

Víc než deset let se zdálo, že slovo hybrid omládló a zahájilo masové tažení světem výrazně v pozitivním duchu. Být hybridní znamenalo tvořivý, kombinovat to

staré s tím, co přinášela doba, spojovat různé cesty k řešení problému k dosažení optimálního výsledku, zkrátka hybrid začal být jak se hezky česky říká sexy, cool, případně in.

Pak přišel letošní rok a pozitivní obraz slova se zakačil. Na Ukrajině se rozhořely boje a dočetli jsme se, že tam zuří hybridní válka – tedy taková, která v sobě kombinuje prvky války konvenční, nepravidelné a kybernetické, nevylučuje použití jaderných, biologických a chemických zbraní, to vše doplněno podomácku vyráběnými výbušninami a válkou informační a může se to odehrávat všude a nikde zároveň. Hnidopich by možná řekl, že je to válka spíše superkomplexní, pesimista zase, že je to válka budoucnosti.

Každopádně i ona přispěla k tomu, že dnes na hybrid narazíme každý den nejen na ulici, ale i na internetu, v novinách, televizi a v rozhlase. Svět se stal jaksi hybridní.

Proto je pro mě hybrid i přes částečně negativní obsah nejvážnějším kandidátem na slovo roku. Pokud ho tedy před cílem nepředstihne buď migrant nebo česky uprchlík.

Jen nevím, co by si o mém návrhu myslel Mendel. Ani letos se o něm nijak moc nemluví.



VITA NOSTRA REVUE: Časopis 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.  
Vychází 4× ročně v českém jazyce.

Vydavatel a sídlo redakce: Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta,  
Ruská 87, 100 00 Praha 10. IČO: 00216208; [www.lf3.cuni.cz](http://www.lf3.cuni.cz).

Ročník 25, číslo 2, červenec 2015

Redakční rada:

Předseda: prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc., FCMA

Členové: prof. MUDr. Michal Anděl, CSc., FCMA; Jolana Boháčková;

PhDr. Martina Hábová; MUDr. Lucie Hubičková Heringová, Ph.D.; Lucie

Olivová, Jakub Polách, doc. MUDr. Hana Provazníková, CSc.; Jaroslav Veis.

Šéfredaktorka:

Jolana Boháčková, 3. lékařská fakulta UK, Středisko vědeckých informací,

Ruská 87, 100 00 Praha 10, e-mail: [vnr@lf3.cuni.cz](mailto:vnr@lf3.cuni.cz), [jolana.bohackova@lf3.cuni.cz](mailto:jolana.bohackova@lf3.cuni.cz)

Grafický návrh a zpracování: Carton Clan, Petrohradská 3, Praha 10

Tisk: TIGIS Print, spol. s r. o., U Elektry 650/2, Praha 9

Expedice: SEND Předplatné, spol. s r. o., Ve Žlábku 1800/77, Praha 9

Objednávky na distribuci a inzerci: přijímá šéfredaktorka

Časopis je zájemcům zasílán bezplatně.

Fotografie a ilustrace bez uvedeného zdroje: archiv 3. LF UK a autoři příspěvků

Registrace: MK ČR E15377

ISSN 1212-5083

Web časopisu: <http://www.lf3.cuni.cz/vnr>

