

# VNR

*Vita Nostra Revue*  
*časopis Univerzity Karlovy,*  
*3. lékařské fakulty*

# 1/99



## **Z OBSAHU:**

### **Prezidenti:**

*J. Blahoš*

*V. Havel*

*M. Hulten*

*D. Rath*

### **Jak se žije lékařům:**

*u nás*

*v Rusku*

*na Západě*

### **Vykřičníky:**

*Drogy*

*Doping*

**Vládní zpráva o VŠ  
a zdravotnictví**

# **VITA NOSTRA REVUE**

## **8. ročník, číslo 1**

časopis Univerzity Karlovy v Praze, 3. lékařské fakulty

# Obsah

## RES PUBLICA:

V. Havel: Otevřít společnost .....	3
M.v. Hulten: Grassroots Initiatives and the State .....	5
O vlastní odpovědnosti občanů .....	8
J. Šimek: Hospice a jejich místo v moderní medicíně.....	10

## ZDRAVOTNICTVÍ:

J. Blahoš: Konečně dát zdravotnictví perspektivu (rozhovor).....	14
J. Lebl: Zimní škola dětské endokrinologie v Moskvě.....	19
Nezávislost lékařů (Dialog v kabinetu ministra) .....	20
Největší lékaři Česka .....	22
Dr. Rath a jeho ministři.....	22

## STUDIA:

D. Rath: Vysoké školy jsou trošku jako mamuti (rozhovor).....	24
R. Rokyta: Zpráva o služební cestě do USA.....	28
Utrpení mladých vědců:	
Š. Vaculín: K budování školy buď připraven .....	30
I. Konečná: Jdi na studia, Ofélie .....	31
G. Signorell: Málo jídla, málo spánku, mnoho práce.....	32
C. Höschl: Jak napsat vědecký článek .....	35

## FAKULTA:

Nový profesor .....	40
Děkan v parlamentě.....	40
Euroskills .....	41
Telemost Vršovice – Boston (a tři otázky proděkanovi) .....	42
O Gotlandské studii s dr. Rutzem.....	45
Dopis z Trimedu .....	47
I tancem je živa akademická obec .....	49
Pšáno při korekturách .....	52

## VYKŘIČNÍKY:

Vadí – nevádí protidrogový zákon .....	56
Doping v Aréně .....	63

## TEXTY:

Ferdinand Peroutka: Síla rozumu a vláda lidské mysli .....	70
Ota Gregor: Meze tolerance .....	71
Jiří Hejda: Louise jsem život zachránil .....	76

## PŘÍLOHA:

1989 - Nemocné zdravotnictví .....	80
1999 - Ze zprávy vlády o stavu české společnosti.....	81
1983 – Vzestup konzumu omamných drog .....	94

---

# **RES PUBLICA**

---

OBČANSKÝ SEKTOR  
HOSPICE



- Stát mě odírá na daních, tak at' se stará sám.

*(Podnikatel)*

- Nevím, proč je u nás třeba Armáda spásy nebo organizace, která se stará o bezdomovce. O to všechno by se přece měl stát stát.

*(Studentka střední školy)*

- O neziskových organizacích nic nevím. Zním jenom Bariéry, protože jsou často v televizi a u nás na poště mají složenky. Ty to asi dělají lepší než stát a na ty přispívám, když si vyzvedávám důchod.

*(Důchodce)*

- Mělo by to být jako když jsem byla mladá. Na soukromých klinikách pracovaly jako zdravotní sestry jeptišky. Péče o pacienty byla jejich jediná starost. Po službě je nečekal vzteklý manžel, který chce honem večeri, a děti s poznámkami ze školy a neudělanými úkoly. Ty sestřičky–jeptišky žádné takové starosti neměly, byly vždycky vlídné a usměvavé a nemocní je neobtěžovali. O sociální a zdravotní péči by se měla starat církev. Sem patří i ty hospice, vidíte? I o ty by se měla starat církev. Nemám děti, aby se o mě postaraly, a tak bych chtěla umřít v klidu a pokoji, a ne abych věděla, že jsem i v posledních dnech někomu na obtíž.

*(Pacientka pražské nemocnice)*

- S lidmi na úřadech jsem se nemohla dohodnout, vyplňovala jsem stovky dotazníků a pořád nic nešlo zařídit. Pomohla mi nezisková organizace.

*(Svobodná matka)*

**Mezinárodní diskusní fórum, kterým v závěru února vyvrcholilo „30 dní pro občanský sektor“, hledalo odpověď na otázku, jak ke všeobecnému prospěchu skloubit úlohu občanských iniciativ s rolí státu. Zásadními projevy je otevřeli prezident republiky Václav Havel a bývalý německý prezident Richard von Weizsäcker, jehož motem bylo: „Ani nejdemokratičtější ústava nemůže v žádném státě zaručit rozvoj demokracie, nebudou-li ji podporovat občané.“ Účastníci shromáždění věnovali pozornost životním podmínkám, rozvoji demokracie a péči o zvyšování duchovní kvality života a využití volného času.**

# Václav Havel Otevřít společnost, aby člověk byl sám sebou

## Zdravotnictví a školství mají být neziskové



Občanská společnost je pojem, který se velmi často vyskytuje, ale mnoho lidí neví, co přesně si má pod tím představit. Je to pro leckohoš takové zaklínadlo a pro leckohoš trošku strašidlo. Já bych si dovolil říci, jak – aspoň já – v našich poměrech transformující se země tuto občanskou společnost chápu nebo co pod tím pojmem rozumím. Mluvil jsem o tom sice vícekrát, ale znovu a znovu se ukazuje, že má smysl o tom mluvit znovu a znovu. Já se domnívám, že občanská společnost je společnost, která se v maximální možné míře samostrukturuje zdola, autenticky, a že stát, který podporuje občanskou společnost, není stát, který ji nějak uměle odshora zřizuje (to vůbec nejde něco takového), ale který vytváří vhodné podmínky pro přirozenou autentickou sebestrukturaci společnosti.

Zdá se mi, že můžeme rozdělit typy samostrukturace do tří základních oblastí. První z nich, naprosto elementární a základní, jest život spolkový. Nejrůznější typy sdružování lidí je taková naprosto elementární seberealizace člověka jako tvora společenského, zoon politician, to znamená, že se lidé spojují v nejrůznějších místech na principu společných zájmů, společných cílů, a že cosí spolu dělají. To je základní způsob účasti na životě veřejném, je to takový první a základní způsob, jak člověk dobrovolně sám pro své vlastní potřeby překračuje rámec svého privátního živobytí.

Druhou oblastí, velmi příbuznou, je to, co se nazývá neziskovým sektorem či neziskovými organizacemi. To podle mého mínění nejsou, jak se často myslí, pouze nadace či fondy, nějaká charitativní či dobročinná společenství. Ale to je mnoho dalšího, vlastně **do tohoto neziskového sektoru by měly patřit z větší části – nebo téměř všechny – subjekty, skrze něž společnost uskutečňuje svou solidaritu: všechny služby veřejnosti či veřejné statky či nástroje veřejného zájmu. To znamená školství, zdravotnictví, sociální služby a podobně. Dosud je v naší zemi velká část těchto zařízení státních, má formu rozpočtových či příspěvkových organizací, což je takový komunistický vynález, a zatím se netransformovaly do moderních neziskových subjektů, jak je tomu v demokratických zemích. To považuji za velmi vážnou chybu. Jde o to, že stát sice z ústavy určité věci garantuje, právo na vzdělání apod., jenomže to, že to garantuje, neznamená, že to musí sám vykonávat: že musí stát léčit či vyučovat, že musí mít učitel či lékaře stejný statut jaký má voják či policista, že musí být zaměstnancem státu. Já se domnívám, že stát musí delegovat na určité neziskové subjekty tyto své funkce, ale samozřejmě musí zároveň jistými způsoby kontrolovat, zda a jak je plní, ať už z titulu zřizovatele neziskových organizací či desítkami jiných nástrojů.**

A třetí oblast té samostrukturace společnosti, účasti člověka na životě veřejném, je oblast samosprávy. Zde má naše země, jak víte, velké dluhy, neboť se léta letoucí chystá reforma veřejné správy, čímž se rozumí jak státní správa, tak samospráva, ale zatím tato reforma nikterak nepokročila kupředu. Zatím vlastně jediné, co se stalo, je základní ústavní zákon o krajích, který byl nedávno přijat. Samozřejmě i samospráva je veledůležitým nástrojem občanské společnosti, prostorem, kde se mohou občané účastnit života veřejného jako tvorové společenší, kde mohou svůj zájem o obec, o polis, o společenství, projevat a uskutečňovat.

Tato účast – ať už v kterékoliv z těchto tří oblastí – bude samozřejmě o to větší, a o to více výsledků bude přinášet, oč silnější budou mít její účastníci pocit, že má smysl takovéto angažmá. A zde právě přichází role státu, který má maximálně usnadnit podmínky, a který má vytvořit takovou situaci, že ta práce smysl má. Jde o úpravu daňových zákonů, decentralizaci přerozdělovacích procesů, o daňové odpisy, o mnoho rozmanitých věcí.

A teď mi dovolu, abych se zmínil o významu občanské společnosti. Opět se domnívám, že jsou tři směry, v nichž lze tento význam občanské společnosti vidět. Za prvé to je nejelementárnější, nejbanálnější, možná nikoliv nejdůležitější význam, je to úspornější. **Jde-li všechno přes stát, zařizuje-li všechno stát, včetně solidárních funkcí a veřejných statků, pak je to pro nás všechno nepoměrně dražší než v poměrech decentralizovaného přerozdělování.** Je to zároveň méně pružné a není to schopno nikdy pluralitně pokrýt všechny rozmanité potřeby společnosti. Stát v podobě nějakého ministerského úředníka nemůže nikdy dobře vědět, zda ten či onen peníz v té či oné obci se má dát raději na tamější mateřskou školu nebo na pomník místnímu velikanovi. To je cosi, co musejí nejlépe vědět lidé, kteří tam žijí. To je druhá stránka té věci, ale celkově je to úspornější, než abychom platili daně, ty šly do centra a z centra potom šel příspěvek na onu sochu místního velikána. Cestou se třetina peněz ztratí.

Druhý důležitý význam občanské společnosti spočívá v tom, že je zárukou politické stability. Tam, kde je rozkvetlá, rozvinutá občanská společnost, tam nebude znamenat změna vlády všeobecnou vichřici. Vlády se mění, a země žije dál v relativně stabilních poměrech. Právě proto, že mnoho funkcí je přeneseno z vlády na nejrozmanitější struktury občanské společnosti, je schopna občanská společnost přežít volby, předčasné volby, změny vlád, a je v ní kontinuita, neznamená to neštěstí či ořes. Navíc občanská společnost obohacuje politický život, protože politické strany se neocitají samy ve vzduchoprázdnu, ale nepřetržitě jsou v tom v životadárném prostředí struktur občanské společnosti, odkud mohou čerpat impulsy, náměty, s nimiž se musí konfrontovat, což je nutí k určitým intelektuálním výkonům. To je nezanedbatelný význam občanské společnosti.

Poslední a nejdůležitější se mi zdá být význam třetí, tj. že občanská společnost, jak o ní tady hovořím, je instrumentem k tomu, aby člověk byl co nejlépe sám sebou. **Člověk opravdu je tvor, který se chce sdružovat, který občas cítí potřebu pomáhat jeden druhému, který občas cítí potřebu sloužit věcem veřejným, dobrým věcem, z nichž nemusí mít okamžitý zisk, ale které mu přinášejí potěšení, protože ví, že cosi udělal pro budoucí generace. To patří k člověku, tento potenciál, tato potřeba. Čím otevřenější je pro-**

**stor pro občanskou společnost, a čím ona je rozvinutější, tím víc aktivizuje tento dobrý potenciál ve společnosti a v každém člověku. A to má samozřejmě své nedozírné dobré důsledky nejen v životě jednotlivců, ale v životě celé společnosti.**

*(Záznam projevu, který přednesl prezident republiky 26.2.1999 v Praze na mezinárodním diskusním fóru "Občanské iniciativy a stát – všeobecně prospěšné partnerství". Nepatrně kráceno. Neautorizováno.)*

**President European FORUM  
on Development Service Michel van Hulten**

**„Grassroots Initiatives and the State.  
Partnership of Benefit to All“**



The total growth of wealth in the world (I quote UNDP data referring to the total production and consumption in the world) has grown in 1998 to 24 trillion dollars (this is a 24 with 12 zero's, all dollars are 1987 dollars). This is up from 12 trillion dollars in 1975 and from 4 trillion dollars in 1950. This means that the average income per capita for the 6 billion world population has grown in 1998 to 4.000 dollars;16.000 dollars per family of four! Up from the less than 2.000 dollars average income per capita in 1950 when the world population was only 2,5 billion.

Generally, the conclusion is that the quality of life has been improved. Not only the average income has grown substantially, also the average age of men and women has gone up considerably. Health care has improved, smallpox has been eradicated, fewer children die in their first year, more children go to school, more people can read and write, more people have access to radio, television and telephone. Some research indicates that people is more free now than ever before.

If we look more in detail we see another picture.

It is true that global income has risen considerably. It is not true that wealth has risen for all. Contrary to claims of governments all over the world, the disparity in the distribution of wealth is not diminishing over the years. At the one end of the scale, the rich grew more in wealth and income than the poor at the other end of the scale. The poorest did not grow at all in their income level. Again I quote figures from the UNDP in its latest Human Development Report. The average income of the richest 20 percent of the world population – the population of the OECD–countries – was in 1961 roughly 21 times higher than that of the poorest 80 percent. In 1980 this disparity had grown to 43 to 1 and in 1995 to 55 to 1.



The same we can illustrate with other figures. Between 1970 and 2015 the world population growth realised and projected in those 45 years is a doubling of the population in 1970 but unevenly distributed over the globe. In the OECD–countries the population growth is very slow. In the same period of 45 years no more than some 30 percent: from 1,0 billion in 1970 to 1,3 billion in 2015. In the "poor" countries of the world ("developing countries" in the UN–jargon) the population will grow with 100 percent: from 2,6 billion in 1970 to 5,9 billion in 2015. Within this group of developing countries the population of the poorest countries ("the least developed countries") will grow from 285 million in 1970 to 873 million in 2015, i.e. with more than 300 percent. The growth figures for wealth in these various areas of the world show a different picture: the income growth will be in the areas where population growth is low or lower. The discrepancy in wealth between the rich and the poor will grow further.

Inside countries you see interior developments that show the same picture. Income growth is unevenly distributed. I do not know the figures for the Czech Republic. But I do know for my own country, the Netherlands, that the real income of the poorest ten percent of the Dutch households diminished between 1983 and 1993 with some 30 percent, while at the same time the richest 10 percent gained with some 15 percent.

Certainly, some will object that "income" is not the only factor decisive for the quality of living conditions. Right. However, there is a strong correlation between the income level of a person, a family, a village, a region, a country, a continent, and the quality and quantity of housing, of safe drinking water, of nutrition, health care and education, etc. The income level is not decisive but it is a strong factor in order to get all these qualities.

In recent years we begin to understand that quality of life has also to do with other factors than personal income and production and consumption. We appreciate more than before that our social, natural and political environment is as important, if not more important.

Socially, our relations within our neighbourhood, in our jobs, in our societies and cultures, are recognised as important elements for our wellbeing. Money income is not the panacea for all problems. We socialise with immigrants. We adapt to new exigencies of new jobs. We learn to cope with new problems in our societies. We want peoples and governments to respect human rights.

Environmentally, we know now that all of our production and consumption basically is harmful for our natural environment and that we have to do our utmost best to limit the damage we cause. We know that we have to save on the use of energy and raw materials, that we have to diminish the waste caused by our production and consumption. We realise that clean air, water and soil are as important as money.

Politically, we learn the importance of democracy, of self–government, of common decision–making for the wellbeing of all. We learn that all citizens should participate, or at least have a chance to participate, in decision–making. This also requires freedom of speech and of congregation, a free press, radio and TV, an independent judiciary, good governance, accountability for the use of public money.

In all these fields there is a growing influence of what is called nowadays „civil society“.

Partly because governments are becoming weaker and cannot cope with the growing importance and power of the largest business enterprises of the world. One quarter of the total world production comes from 200 companies. How important these are becomes immediately clear if we know that their staff counts only 18,8 million workers, i.e. 0,75 percent of the total workforce in the world. Most governments miss the power to deal with these economic powers.

Partly because the weakening role of governments finds its answer in strengthening of private initiatives by individuals or by what is called „non-governmental organisations” (NGO’s).

We see that people take over duties that governments should perform.

When Shell intended to dump the oil-drilling platform „Brent Spar“ in the deep seas, against existing treaties on the protection of the seas concluded between governments – among them the Netherlands and the UK – it was a customers’ boycott of Shell tank stations that forced the company to review its policy and to find another solution. The organisation that channeled power of the public was „Greenpeace“.

In quite a number of places in the world human rights are not respected by governments although all governments signed the UN Universal declaration on human rights. It is a people’s organisation, in this case „Amnesty International“, that steps in the void and does what basically our governments should do, wherever human rights are violated.

The fight against corruption in the world is spearheaded nowadays by the international non-governmental organisation „Transparency International” which does research on corruption and proposes changes in law, judiciary and governmental organisation and behaviour in order to diminish the role corruption plays in our economies. I stress „our”, as often it is thought that corruption is a phenomenon linked with Third World governments only.

But we do not have to look only at the international level.

I do not doubt that in the Czech Republic you see the same phenomenon and you reach the same conclusion we reached in the Netherlands. Namely, that our societies could not function any more if not millions of people would stand ready to answer needs of our societies which are not answered by our governments at national or local level. The Dutch Central Statistical Office recently established that 4 out of 10 Dutch adult people do work as volunteer. That is a workforce of 3 million good for 500 million work hours a year that equals 250.000 jobs, good for a production of 30 billion guilders.

Everybody recognises that amateur sport could not exist without the input delivered by some 2 million volunteers. The same is true for a lot of the help given to churches, education, health care, trade-union work, youth clubs and last to be named politics.

I realise that, in the wake of our Statistical Office, I translate this contribution by volunteers to our society again and immediately in financial terms. I should not. But I do not know another way to make it easily understood how important civil society is to our state and people.

„I would not be a good president of the „European FORUM on Development Service” if

I finished this introduction without mentioning the important role volunteers from European countries play in the development of poorer nations. They deliver knowledge, training, experience and love to their fellow global citizens in order to help them to gain a better quality of living conditions. They help to build to a more humane world. I am happy to see that from the Czech Republic Nadace Volonte is a Member of the FORUM and that very recently the Bohemian Corps joined as an Observer. I know that you still need all your man and woman power in your own country. Nevertheless, I am pleased to note that you already develop the thought that the whole world is in need of us and that you participate in making world more acceptable for all.

and that you participate in making world more acceptable for all.

*Prague 30 days for civic sector, February 26, 1999*



## **O vlastní odpovědnosti občanů Z debaty o životních podmínkách**

Úvodní panel Diskusního fóra neziskových organizací byl věnován životním podmínkám. Toto jednání předznamenal svým projevem Michel van Hulsten, prezident Evropského fóra, nevládní střeškové organizace, která přispívá k výchově dobrovolníků z neziskového sektoru v desítkách zemí Evropy, Asie a Afriky.

V rozpravě se pak zástupci samosprávy, ekologických i charitativních organizací zamýšleli nad možnostmi, jak co nejlépe řešit současné zdravotní a sociální problémy, jak pečovat o životní prostředí a kulturní dědictví.

Někteří účastníci jednání vyzdvihovali význam občanské odpovědnosti. Tak například ekolog Bedřich Moldan se pozastavil nad rozšířenou a módní představou, jíž potvrzují i průzkumy, že my sami nejsme jako jedinci důležití a že za všechno mohou "oni". Přitom tato představa se natolik rozvolnila, že není vůbec jasné, kdo to ti "oni" jsou. Podle B. Moldana se často třeba říká: "Když nám oni zrušili autobus a zastávku, když nám zavřeli obchod, tak se jim pomstím a budu pálit odpadky doma v kamnech a vyleju olej z motoru do příkopu." A právě zde by mohli lidé alespoň na místní úrovni, ve svém okolí leccos ovlivnit – vždyť jediný takový oheň může zamořit ovzduší v celé obci víc než továrna.

Podobný názor – o vlastní odpovědnosti – zastává také Marie Svatošová z Ecce homo; i podle ní přetrvává představa, že stát je povinen zvýšit osobní angažovanost občanů shora, nařízením, direktivně, což přece není možné. Především však hovořila o pozitivních zkušenostech z Hospice Anežky České v Červeném Kostelci. Jak potom uvedl v debatě ředitel hospice, Miroslav Wajsar, bylo toto zařízení i přes nedostatečnou legislativu otevřeno v prosinci roku 1995; od té doby poskytuje alternativní péči těžce nemocným a umírajícím tak, že se už podařilo otevřít tabu smrti a připustit pravdivý dialog mezi lékaři a pacienty.

Náklady na provoz hospice hradí z jedné třetiny zdravotní pojišťovny, třetinou se podílejí sponzoři a zbývající část potřebných financí pochází z dotací ministerstva práce a sociálních věcí.



***Hospic sv. Lazara v Plzni je nestátní neziskovou organizací, která slouží těžce nemocným pacientům, nejčastěji v pokročilém stadiu onkologického onemocnění. Právě zdravotní indikace – a také informovaný souhlas – jsou jediným kritériem pro přijetí nemocných.***

*Ubytování jsou hlavně v jednolůžkových pokojích s přistýlkou – to proto, aby s nimi mohli pohodlně pobývat i jejich blízcí. K spojení s okolním světem i s personálem jim slouží jak signalizační zařízení, tak telefon. Společenský život v hospici zpřijemňují návštěvy dětí z mateřské školy a jiné kulturní akce, věřícím je k dispozici kněz a vlastní kaple (na snímku).*

*U svatého Lazara může najít dočasný domov 24 pacientů. Starají se o ně dva lékaři, 10 zdravotních sester, osm ošetřovatelů a 1 sociální pracovnice.*

# Hospice a jejich místo v moderní medicíně

Jiří Šimek

Historie hospicového hnutí není dlouhá. Je pravda, že středověké útulky pro nemocné měly mnoho podobných rysů jako dnešní hospice – důraz na péči, ulehčení nejrůznějšímu lidskému trápení, starost o ty, o které se nikdo jiný z různých důvodů nemůže postarat, v neposlední řadě i ulehčení posledních chvil na tomto světě. Kontinuita tohoto pojetí péče o nemocného člověka byla ale ve dvacátém století přerušena v souvislosti s rozvojem moderní medicíny, která začala skutečně účinně bojovat s chorobami, uzdravovat nemocné a zachraňovat lidské životy. Tím se zdravotnické zařízení stalo místem, ve kterém se provádějí diagnostické a léčebné postupy, stalo se jakýmsi bojištěm, kde se bojuje o zdraví a život. Uzdravený pacient již žádnou zvláštní péči nepotřebuje, zemřelý, který představuje „prohru“ lékaře v boji s nemocí, opouští v tichosti nemocnici „zadním vchodem“. Chronicky nemocný se opakovaně vrací s nadějí, že jednou přečene jen lékaři zvítězí nad jeho chorobou. Souběžně s tímto vývojem rozvinuté státy světa stále více bohatly, péči o chudé a nemohoucí převzaly jiné instituce, zdravotnickým institucím zůstal úkol boje s chorobami. Nelze se tedy divit, že charitativní a pečovatelské prvky postupně ve zdravotnických zařízeních ustoupily zcela do pozadí.

V poslední čtvrtině dvacátého století si ale lidé stále zřetelněji uvědomují, že ani takto uspořádaná medicína není a nikdy nebude všemocná, a i když bude i nadále důležitým faktorem prodlužování lidského života, každý lidský život stejně bude končit smrtí. Zemřít „na bojišti“ (v nemocnici) v boji se zákeřným nepřítelem (nemocí) je jistě jedním z možných způsobů jak inscenovat smrt moderního člověka. Avšak v posledních desetiletích, s tím jak je pacient stále více vtahován do rozhodovacích procesů v medicíně a díky tomu i stále lépe rozumí dění v závěru svého života, mnoho nemocných a jejich příbuzných dává najevo svou nespokojenost se současným stavem věcí. V situaci, kdy několik posledních měsíců již všichni vědí, že bitva je prohrána a další boj přináší jen utrpení, ztrácí pro mnohé lidi „smrt na bojišti“ svou přitažlivost. Nechtějí zbývajícím čas života ztratit marným bojem a při hledání alternativy mnozí z nich objevili, že řádnou paliativní péčí lze v posledních chvílích života ještě mnohého dosáhnout. To nejcennější, co se může v tomto období zdařit, je prohloubení mezilidských vztahů, díky kterému může odcházející zemřít s pocitem lépe dokončeného životního úkolu, jeho blízcí pak žít dál s pocitem, že nic z toho, co vztah s umírajícím mohl přinést, nebylo zanedbáno. Na takový model závěru života ovšem moderní zdravotnické zařízení, konstruované pro boj s chorobami, není a ani nemůže být připraveno. Na bojišti není čas ani prostor pro klidné spočinutí a pro prohlubování mezilidských vztahů. Proto nutně musel pro nemocné, kteří chtějí umírat jiným způsobem, vzniknout i jiný typ zdravotnického pracoviště.

Čas od času se kolem vzniku a rozvoje hospiců objevují pochyby, zda je to nutné, zda bychom raději neměli věnovat úsilí humanizaci zdravotnických zařízení a dovybavit je tak, aby stejné služby byly poskytovány zde. Kdo jiný než zručný lékař by měl dokonale zvládnout paliativní léčbu? V kritických chvílích může jedině plně vybavené zařízení poskytnout technologii, která za určitých okolností dovolí ještě prodloužit život o několik dní, stále ještě ve slušné kvalitě. Není pobyt v technologicky méně vybaveném hospici zbytečným hazardem? Je a není. Záleží na tom, co nemocný a jeho blízcí od posledních chvil života očekávají.

Postmoderní člověk, který i se svými blízkými realitu smrti popírá a problémem smrti se nechce zabývat ani během života, ani v posledních chvílích, který je zvyklý žít celý život v honbě za zážitky a ve virtuální realitě světa počítačů a hromadných sdělovacích prostředků, přijme ochotně i virtuální realitu „boje s chorobou do poslední chvíle“ v moderním zdravotnickém zařízení. Odmítne riziko zkrácení života o několik chvil proto, že nebude v případě potřeby v dosahu zdravotnická technologie. Na druhé straně bude celkem ochotně souhlasit s rychlým ukončením svého života ve chvíli, kdy bude přesvědčen, že jej již žádný příjemný zážitek nečeká.

Člověk, který si je vědom své smrtelnosti a čas od času s ní i pracuje, a který proto má jakýsi životní rozvrh a smysl svého života hledá především ve vztazích, bude si přát strávit poslední chvíle svého života stranou každodenních bojů, co možná nejbližše lidem, které má rád. Ve chvíli, kdy porozumí, že další boj s chorobou nemá smysl, bude vnímat prostředí moderního zdravotnického zařízení jako příliš rušivé. Když tomuto

člověku bude umírat někdo blízký, bude chtít využít jeho poslední chvíle k prohloubení vzájemného vztahu a k výměně sdělení, na která nebyl dříve čas a ani vhodná chvíle. A z vůle těchto lidí a pro ně vzniklo hospicové hnutí. Jde proto možná svým způsobem o „elitní“ zařízení, které nebude dost dobře možno zařadit mezi zdravotnická zařízení jako v současné době „standardní“ pro všechny umírající.

V čem je podstata hospicového hnutí? Jeho zakladatelé si uvědomili, že mnozí umírající marně hledají



**SANATORIUM DR. ŠIMSY,**  
**Praha - Krč**

lázně „VITA NOVA“ pro fislkal. a dletet. léčbu chor. vnitř. srdečních, žaludečních, zvláště nervových. Oddělení pro rekonvalescenty a děti s lev. penci. — Obavřeno i v zimě. — Dva lékaři. Prospekty.

pro poslední chvíle života prostředí, které by bylo v souladu s jejich představami a přáními. Vědomi si výše zmíněné reality moderního zdravotnictví začali budovat vlastní ambulantní a lůžková zařízení. Hospic má především pacientovi zajistit: a) že nebude trpět nesnesitelnou bolestí, b) že bude v každé situaci respektována jeho lidská důstojnost, c) že v posledních chvílích nezůstane osamocen. Proto je v hospici položen důraz na klidné, tiché a vlnidné prostředí, ošetřovatelky jsou vyškoleny především v péči o nevyлéčitelně nemocné, lékaři jsou odborníky na paliativní léčbu. Ošetřování a paliativní péče zde přestávají být východiskem z nouze, když není možná „skutečná léčba“, ale základní odborností lékaře a zdravotní sestry. Ukazuje se, že i z medicínského hlediska mohou tito odborníci účinněji pomáhat umírajícím pacientům než odborníci jiných profesí. I ostatní zdravotnický personál je veden k úctě k umírajícím a školen v tom, jak nemocným zajistit co největší komfort a pohodu. Pravidelný styk pacienta s jeho blízkými je zde nejen umožněn, ale i stimulován, je počítáno s tím, že mnohý příbuzný, aby byl nablízku, bude chtít v nemocnici i přespávat. Třilůžkové pokoje jsou dojemným dokladem, že pacient zde není chráněn před setkáním se smrtí, ale před samotou (dvoulůžkové pokoje mají tu nevýhodu, že po smrti jednoho pacienta zůstává ten druhý se svým smutkem sám).

Hospicové hnutí má v dnešní době ještě jeden velký význam. Postmoderní člověk se nechce svou smrtelností zabývat, její existenci popírá a svůj život si zařizuje tak, aby se smrtí se pokud možno nesesetkával. Pro mnohé zdravotníky, ale i laiky je setkání s hospicovým hnutím příležitostí či nabídkou zamyslet se nad svými dosavadními postoji. Ukazuje, že i v dnešní době je možné přijmout smrtelnost člověka jako realitu, která je sice neradostná, ale že lze najít způsob, jak s ní pracovat. Lékaři zde mohou najít inspiraci pro změnu postoje k umírajícím. Nabízí se jim možnost si uvědomit, že je rozumné a možné v určitou chvíli „složit zbraně“, a i když nikdy nebudou vědět přesně, zda právě tato chvíle je ta správná k ustoupení od aktivní léčby, mnohým umírajícím zmírní jejich trápení v posledních chvílích. Hospicové hnutí také rehabilitovalo paliativní medicínu jako rovnoprávnou všem ostatním. Mnozí lidé, kteří se nikdy problémem smrti nezabývali a kteří jsou jejím nezadržitelným přiblížením zaskočeni, nalézají v hospicích předem připravené prostředí, bez kterého by již neměli možnost tento svůj celoživotní postoj alespoň trochu poopravit a se svými blízkými se přece jen lidsky důstojně rozloučit.

---

# **ZDRAVOTNICTVÍ**

---

ČESKÉ POROVNÁNÍ  
RUSKÁ SOUČASNOST  
ANGLICKÁ MINULOST





Blahoš Jaroslav, prof., MUDr., DrSc.,

*lékař internista, vedoucí interní kliniky Vojenské lékařské akademie JEP v ÚVN, předseda České lékařské společnosti JEP, prezident Světové lékařské asociace, člen korespondent Národní lékařské akademie Paříž.*

## **Prof. Jaroslav Blahoš pro VNR: Konečně dát zdravotnictví perspektivu**

- ***Když jste byl koncem ledna znovu zvolen do čela České lékařské společnosti JEP, jaké hlavní cíle jste si stanovil pro další období? Bude se něco měnit, nebo zůstává vše při starém?***

Po roce 1989 byla situace Společnosti nejasná, protože měla spoustu charakteristických rysů bývalého režimu a protože k žádné takové centrální organizaci nebyla důvěra. Když ale předsednictvo vzešlo z demokratických tajných voleb, ukázalo se, že takováto střežová organizace má svůj význam. Podpořily to i zkušenosti ze zahraničí, kde se takovéto organizace vytvářejí; všude na světě se ve zdravotnictví objevuje tolik úkolů, že je rozumné, když to řeší nějaká organizace jednotně, samozřejmě se subjekty, které jsou autonomní.

- ***Jak byste tedy definoval úkoly a cíle ČLS JEP?***

Je to rozšiřování vědecky podložených poznatků lékařské vědy a příbuzných oborů, zvyšování úrovně odborných znalostí členů jak v oblasti lékařství, tak v příbuzných oborech. Dále je to podpora vědecko-výzkumné činnosti v oblasti zdravotnictví a podpora vytváření podmínek pro informování odborné, ale i laické veřejnosti. Je to také řešení otázek, které se týkají realizace určitých diagnostických postupů léčebné i preventivní péče a všech činností, které s tím souvisejí, výměna vědeckých informací s různými institucemi a dokonce i s organizacemi, které nejsou zdravotnické. Chtěl bych zdůraznit i etické aspekty, kterými se zabýváme a které řešíme, protože to je permanentní činnost – s postupující vědou etických problémů narůstá. To jsou věci, které naše Společnost má za cíl, ale chtěl bych ještě zdůraznit, že naše Společnost jako jediná lékařská organizace v republice má významné zahraniční kontakty a to její prestiži nepochybně přispívá.

- ***Právě na to jsem se také chtěla zeptat, když jste se setkali na konferenci o lékařských stážích ve Francii. Byl jste tam jako zakladatel Spolku českých frankofonních lékařů, ale protože působíte i v mezinárodních organizacích, máte jistě dostatek zkušeností, abyste mohl porovnávat české a jiné zdravotnictví. Ale než se k tomu dostaneme, chtěla bych vědět, s kým vlastně v mezinárodní oblasti spolupracujete.***

Zmínila jste se o našem setkání ve Francouzském institutu v Praze – opravdu už čtyři roky máme úzké kontakty s francouzskými zdravotnickými a školskými organizacemi, zejména s organizací, která se nazývá Le Pont Neuf, „Nový most“, kterou založila a stále vede manželka francouzského prezidenta paní Chirac. Tato organizace zajišťuje stáže – měsíční, dvouměsíční i delší – našich studentů v posledních dvou ročnících a mladých lékařů. Ti jsou potom posíláni do velkých univerzitních nemocnic ve Francii a veškeré výlohy platí fran-

couzská strana. A to je jistě nesmírná zkušenost, pochopitelně podmínkou je, že uchazeč musí být frankofonní.

■ ***Mají naši medicí a mladí lékaři o tyto stáže zájem?***

Zájem je větší než nabídka, a nevěřila byste, že studenti a lékaři, které tam posíláme, hovoří velmi dobře francouzsky; nedávno jsem navštívil paní Chirac a ta si dokonce naše studenty pochvalovala, jak pěkně mluví francouzsky. A k tomu spolku frankofonních lékařů a studentů – máme 150 členů, takže už z toho je vidět, že zájem o francouzskou medicínu tady je.

■ ***Mluvili jsme o spolupráci s lékaři frankofonními, ale máme třeba také lékaře anglofonní?***

Máme úzké styky s Americkou lékařskou asociací a naše kongresové centrum organizuje bilaterální konference s Anglií, Kanadou a jinými anglofonními oblastmi. Máme bilaterální kontakty i s Japonskem, což je také výhodné, protože tam lze posílat naše lékaře – to se ovšem jedná o lékaře specialisty – na tříměsíční a půlroční stáže. Hlavní jsou ale kontakty se Světovou lékařskou asociací, World Medical Association, která na rozdíl od Světové zdravotnické organizace je organizací nevládní, a je známa vydáváním deklarácí, např. helsinské, týkající se biomedicínského výzkumu včetně lidí, ženevské, ve formě moderní lékařské přísahey a dalších, týkajících se nejrůznějších aspektů medicíny. Je to významná organizace, která má dnes 80 členských společností a soustřeďuje 8 milionů lékařů na celém světě. Mně se dostalo té cti, že jsem byl loni zvolen prezidentem této asociace, prvním z oblastí střední a východní Evropy. Snad i díky tomu je ta spolupráce velice úzká, hlavně pokud se týká práce na etických problémech. S WHO máme také dobré kontakty prostřednictvím organizace, která se nazývá Council of International Organisation of Medical Sciences při WHO (jsme členy výboru), pak spolupracujeme s Asociací evropských lékařů, což je poradní orgán Rady Evropy a s Evropským forem lékařských asociací při WHO.

■ ***Už jste jednou hovořil o etice – je nějaký zvláštní problém, kterému v té spolupráci věnujete pozornost?***

Etických problémů je teď, jak věda a technika pokračují, tolik, že se stávají stále důležitějšími a naše Společnost se angažuje v nejrůznějších oblastech etiky.

■ ***Nejsou ovšem spojeny jen s klonováním, o kterém se teď tolik píše?***

Ne, v podstatě jde to, aby medicína nebyla dehumanizována. Pochopitelně všechna nová technika je fascinující, zejména pro mladé studenty, mladé lékaře, ale tady je riziko, a to vždycky zdůrazňujeme při přednáškách, aby se neztratil lidský kontakt mezi lékařem a pacientem. Myslím, že to je jeden z nejdůležitějších etických problémů, které existují.

■ ***Nemají s tím ale spíš zkušenosti ve vyspělejších zemích, kde jsou s technikou dál?***

To není tak úplně pravda, protože tam etická stránka medicíny byla zdůrazňována souběžně s technickým vývojem, ale u nás se problémy objevily najednou po roce 1990. Etická stránka byla u nás zanedbávána, nejenom ve vztahu pacient – lékař, ale obecně. Lékařská etika, bioetika, nebyla u nás zdaleka tak propracována jako v západních státech. Takže tam se můžeme moc poučovat.

■ **Mohl byste srovnat zdravotnictví v našem státě a zdravotnictví jiných zemí? Jak jsm e na tom řekněme po odborné stránce?**

Myslím, že naše medicína je dobrá a naprosto srovnatelná se zeměmi jinými, dokonce myslím, že v mnoha směrech je náš lékař obecně vzdělanější. Něco jiného je ovšem systém zdravotnictví, kde bychom se už mohli učit. Ale problém zdravotnictví je problém celosvětový. Je to otázka peněz, otázka racionálního přístupu, otázka etických přístupů, protože nemůže nikde na světě lékař poskytnout vše, co umí, co zná, protože to není možné. Pak je nutno mít určitou volbu.

■ **Ovšem dělat pořadníky a třeba na dialýzu vybírat toho, komu je méně let nebo kdo je důležitější, je přece jenom kruté. Také ne každý lékař chce rozhodovat o tom, koho vybrat. Dokonce někteří mladí lékaři říkají, že by si připadali jako za komunistů.**

Vidíte, to je jedna z typických otázek etických. Poskytování nákladné léčebné péče řeší vždy tým zkušených odborníků a určitě by neměli být ovlivněni např. sociálním postavením pacienta, jeho finanční situací, příslušností etnickou, náboženskou apod.

■ **Někdy se říká, že před rokem 1989 jsm e měli zdravotnictví dobře organizováno, hovoří se třeba o systému prevence. Od listopadových událostí uplynulo už téměř deset let – co se od té doby ve zdravotnictví změnilo?**

Myslím, že k některým věcem, které byly v minulém systému a které byla snaha zrušit, se teď trochu vracíme, protože se ukázalo, že někde ve světě zavádějí systém, který jsme my měli zavedený. Tím myslím účelnější a aktivnější práci v rámci komunitní medicíny, v rámci regionů, třeba hlavní odborníci v krajích měli svůj význam – pakliže to nebylo politicky podmíněno (a to většinou bylo), a byli to skutečně odborníci s pravomocemi. Nebo význam měl systém výuky v rámci Institutu pro doškolování lékařů. Teď je snaha výuku decentralizovat, aby to nebyla monopolní záležitost tohoto ústavu, ale jeho raison d'être zůstává dál: je nutno, aby někdo administrativně vedl postgraduální vzdělávání lékařů, kteří se přece musejí vzdělávat celý život, a je nutno najít systém, který je vhodný, a toto byl jeden z vhodných systémů. Teď je znovu snaha s odbornými společnostmi, ministerstvem, profesními komorami dát tento systém do pořádku. Je ale pravda, a lékaři si na to asi právem stěžují, že za devět–deset posledních let se nenašel systém, který by skutečně vyhovoval, a že se pořád hledá a hledá a že to hledání už trvá hodně dlouho.

■ **Jaká je příprava na našich lékařských fakultách v porovnání s jinými zeměmi?**

Je velice dobrá a je i snaha zlepšit výuku, hledají se nové metody, například vím, že na

Třetí lékařské fakultě je změna curricula a snaha po integrované výuce, to jistě může přinést svůj prospěch. Jsou ovšem systémy, které jsou jiné a které také mají své výsledky: nejrůznější lékařské školy se prezentovaly i na konferenci, pořádané 3.LF. Už z toho je vidět, že se hledá v souvislosti s tím, jak se vyvíjí technika a lékařská věda, a samozřejmě s tím, jaké jsou etické problémy a požadavky na me-

**PIHY - ŽLUTINY,**  
líá e je všechny nečistoty obličje  
jakož i kůže, odstraní a plet usměcl-  
tuje vyhlášený  
„Crème Oriental“  
od V. Mikana, lékárníka z Mo-  
staru. — Kolínak 8 Kč zas. dobír.  
**V. Mikan,**  
lékárník, Praha, Hlubočepy 95.  
Obal, expedice zdarma. 9

dika – ten se bude určitě učit jinak, než jsme se učili my. Zásadně myslím, že v celosvětovém měřítku jsme na tom velice dobře.

■ ***Když jste se zmínil o spolupráci s profesními komorami, zajímal by mne vztah ČLS JEP k České lékařské komoře. Je to vztah konfrontace, konkurence, nebo kooperace?***

Myslím, že nemůžeme mluvit ani o konfrontaci nebo konkurenci, to je prostě doplňování, spolupráce, která je naprosto nezbytná, pakliže máme mít sjednocující, kvalitní postgraduální vzdělávání. V České lékařské společnosti máme téměř 100 odborných společností a 33 tisíc členů, to jsou dvě třetiny lékařů, čili to je obrovský fond, ze kterého lze skutečně vybírat kvalifikované odborníky a učitele. Myslím, že komora může a musí tohoto využít a myslím také, že v mnoha směrech se nám podařilo naše úsilí zkoordinovat. Samozřejmě do toho přistupuje ještě ministerstvo zdravotnictví, které má stejné cíle, a Institut pro další vzdělávání. Cílem musí být kvalitní postgraduální výuka.

■ ***Ještě prosím k ČLK – jaký máte názor na tuto profesní komoru a hlavně – mělo by v ní být členství povinné?***

ČLK vznikla za podpory ČLS a pokud jde o povinné členství – jak víte, jsou některé zahraniční organizace, které jsou analogické, kde není povinné členství, a jsou jiné, kde povinné členství je, a každý hájí svůj názor. Já si myslím, že tam, kde je například lékař v rámci některé instituce, nemocnice apod., kde má nechci říci dohled, ale metodické, odborné řízení, tam by asi povinné členství nemuselo být, ale tam, kde se jedná o privátní lékaře, tam by nějaká centrální povinná organizace být měla. Myslím, že to je technicky proveditelné. Naše ČLS JEP je ovšem organizací nepovinnou a o členství v ní je mimořádně velký zájem.

■ ***Vždyť také na rozdíl od ČLK máte nepřerušenu tradici.***

Jistě, naše tradice se datuje od poloviny minulého století, ať už se lékařské organizace jmenovaly jakkoliv. Vždycky to bylo členství nepovinné.

■ ***Členství v ČLS JEP je ovšem i otázkou prestiže?***

Samozřejmě. Naše Společnost, pokud jde o odbornost, určitě prestižní je. Je uznávána nejen doma, ale i ve světě. Důkazem toho je i ta volba prezidenta WMA.

■ ***Odpověď na mou poslední otázku se vlastně prolínala celým našim rozhovorem, ale přece jenom se zeptám: co by se mělo v našem zdravotnictví zlepšit?***

Medicína sama o sobě snad nikoli zásadně, ale pokud jde o systém zdravotnictví, pak tady je mnoho a mnoho rezerv. Co by mělo být konečně kodifikováno, to je systém postgraduální výchovy a vzdělávání: aby lékař, který promuje, věděl, co se od něho bude požadovat pokud jde o postgraduální vzdělávání, teď je pořád ve fázi nejistoty. Dále by bylo účelné vypracovat doporučené léčebné postupy. Neznamená to, že by se jich lékař musel držet za každou cenu: měla by to být doporučení sice flexibilní, ale taková, aby se mohla stát nesmírnou pomocí zejména pro praktického lékaře, který nemá čas hledat v nějakých rozsáhlých učebnicích. Pokud jde pochopitelně o finance – tam jeden zdroj je státní, stát by si měl více uvědomovat, že zdravotnictví je věc, která se dlouhodobě vyplatí. Totéž platí o výzkumu. Víme, že mnohdy se peníze ztrácejí, že se někde plýtvá léky a diagnostickými metodami. Čili je to celý komplex problémů, ale je nutno si sednout, a konečně vytvořit už pevnou koncepci zdravotnictví, která by platila perspektivně déle než jenom od ministra k ministru.

Máme pro to příklady ze světa, máme také vlastní zkušenosti, které nemusíme vždycky zcela odvrhovat, a tak by se v tomto směru dalo udělat skutečně mnoho.

*Marie Fleissigová*



V lékárnách, drogueríích, parfumeríích.

# „Zimní škola” dětské endokrinologie v Moskvě

## Zpráva ze služební cesty

Na přelomu února a března jsem byl pozván jako učitel na „Zimní školu” (Winter school), pořádanou Evropskou společností dětské endokrinologie pro kolegy z Ruska, Ukrajiny a Běloruska.

Pět dní jsme společně s 24 „žáky” a šesti „učiteli” ze západoevropských zemí žili zapadání sněhem v „Centre otдыхa” uprostřed březového háje na okraji Moskvy. Naši „žáci” přijeli z nedozírně obrovské části světa, táhnoucí se od Užhorodu až po Vladivostok. Jejich cestovní i pobytové náklady hradila Evropská společnost dětské endokrinologie. Jen díky tomu se někteří nejen poprvé setkali se specialisty z vyspělých zemí a diskutovali v angličtině, ale i poprvé spatřili hlavní město většiny z nich - Moskvu. Společně strávené dny od dopoledne do pozdního večera umožnily poznat dnešní Rusko lépe než jakýkoliv turistický zájezd - a také trochu pomohly nahlédnout za kulisu Potěmkinových vesnic, které nám snad podvědomě v místě konání uchystali moskevští organizátoři celé akce.

Lékařka z Tomsku, která dostala poslední výplatu od státu 30 USD před půl rokem a která dodala, že nebýt privátní homeopatické ambulance, neměla by rodina co jíst; jiná ze Samary (dříve Kujbyšev), která se snaží v nemocnici kompenzovat svoje diabetické děti, ty ale po návratu domů dostávají k jídlu samé brambory (rodiny na nic jiného nemají peníze), protože je usílí o kompenzaci zase marně; sibiřské případy dětí s kongenitální hypotyreózou, které přišly k lékaři v sedmi letech s výškou 89 cm; stejně jako zkušenosti dvou kolegů z Kyjeva, které se paradoxně díky černobylské havárii těší hojnému zájmu kolegů z jiných zemí, slušně hovoří anglicky a orientují se ve světové odborné literatuře. A také skupinka organizátorů z Moskvy, která vůči ostatním Rusům zaujímá přezíravý postoj a svým dětským pacientům na rozdíl od zbytku země může poskytnout dokonce růstový hormon, díky čemuž jezdí za firemní peníze na evropské kongresy...

Také otázky naivních kolegů z ruských provincií, zda jsme smutní, že musíme vstoupit do NATO, či velikopanské glosy Moskvanů při prohlídce Moskvy, že Rudé náměstí je největší na světě a kremelská klenotnice nejbohatší v Evropě. A v podtextu ruský pohled na Prahu a na Karlovy Vary jako na místa bývalé provincie, která se vymkla kontrole, a jistá hrdost, že bohatí ruští spoluobčané v Karlových Varech kupují lázeňské domy, čímž naplňují historickou spravedlnost.

Na samý závěr pobytu jsme byli pozváni do Velkého divadla na Labutí jezero. Velké divadlo je opravdu velké a ruský balet dokonalý. Leč právě v té době neznámí pachatelé navštívili v Centre otдыхa pokoj paní profesorky Van der Waal z Holandska, o které bylo možno tušit, že bude mít u sebe hotovost na úhradu celé akce. Naštěstí ji měla s sebou ve Velkém divadle, přišla však o své oblečení, kufr, pas i letenku. Její složitá a nepřijemná jednání na policii potom nadobro odhalila i v očích kolegů-učitelů z ještě západnějších zemí dnešní tvář Ruska, oděného do azbukových reklam na vždy svěží chuť Ramy, jemné vůně Estée Lauder či elegantní Škodu Felicii, uvnitř však stále zápasícího s imperiální totalitou kořeněnou novými mafiemi a tunelováním snad 90 % národního bohatství.*Doc. Jan Lebl*

# Nezávislost lékařů

## Dialog v kabinetu ministra

**Osoby:** ministr britské labouristické vlády Aneurin (Ney) Bevan /B/  
jeho tajemník sir Bartholomew /S/

**Pracovna ministra v Londýně roku 1947 při zavádění systému National Health Services – říkejme mu zde všeobecný zdravotní systém.**

**Bevan:** Neschopní vyjednačníci, tihle doktoři. Dal bych jim dvojnásobné platy, kdyby o ně požádali.

**Sekretář:** Byli tak žhaví ukončit vyjednávání, i když to znamenalo přijmout tak nevýhodnou nabídku.... Pane ministře, co doufáte, že tím docílíte?

**B.:** Zřejmě snížení nákladů na tenhle všeobecně zdravotní pojišťovací systém.

**S.:** Hmm..... pane ministře, myslíte zřejmě na podíl výdajů, které půjdou na mzdy doktorů (*předkládá balík spisů ministrovi, ukazuje na několik kolonek*). Není to mnoho, že pane ministře. Podstatné reálné výdaje jsou tady. (*Ukazuje na jiné kolonky*). Léky, vyšetření, péče. To leze nahoru! A kdo říká pacientům, že to všechno potřebují?

**B.:** Doktoři, samozřejmě. Je to jejich práce.

**S.:** Přesně tak. Dohoda o malých platech pro doktory znamená jen málo pro celkové výdaje za léčebnou péči. To, co byste měl udělat, pane ministře, je dohodnout omezení jejich moci. Důvodem jejich rychlého souhlasu ke skromnému příjmu bylo bezpochyby přivést jednání k předčasnému závěru dřív, než si to uvědomíte.

**B.:** No jo, platit příliš dobře doktory je plýtvání peněz.

**S.:** Ale vůbec ne, jenomže to nestačí. To, co potřebujete, je kontrola výdajů....

**B.:** Kontrolovat doktory. Jistě. Ale nemůžu říct doktorům, komu a co předepisovat. To oni nikdy nepřipustí. Profesionální autonomie. Klinická nezávislost. Povinnosti k pacientům.

**S.:** Pane ministře, nároky zdravotní péče jsou nekonečné. Prostředky, které jsou k dispozici, jsou konečné. A naším úkolem je rozdělovat národní zdroje. Tudiž ve všeobecném zdravotním systému je rozhodování, kdo co dostane, úkolem naším, a ne úkolem doktorů. Je důležité, aby to nezůstalo v rukou neprofesionálů. Je to práce pro profesionální administrátory a manažery. Řekněme, pro vybrané kádry.

**B.:** Ale doktoři mají nezávislé povolání. Ti se nebudou chtít stát státními zaměstnanci.

**S.:** Jistěže ne, pane ministře. Nemůžete jim odejmout nezávislost. Musíte počkat, až se jí vzdají dobrovolně. Všechno potřebuje trpělivost a strategii.

**B.:** Strategii?

**S.:** Rekonstrukci. Napřed sejmete břemeno administrace z doktorů a vytvoříte komplexní manažerskou strukturu, která povede nemocnice. Pak, když už bude vedení a provoz nemocnic v jejich rukou, zreformujete to tak, že nemocniční vedení bude zaměstnávat doktory.

**B.:** Rozuměl bych tomu, že doktoři budou zaměstnávat administrátory zdravotních zařízení,

a ne opačně.

- S.:** Ovšem že ne. To je směšné. Zdůrazníte, že doktoři budou moci ovlivňovat manažment. Navrhnete, že se stanou částí administrativní hierarchie a budou mít hlas v rozhodnutích, která se týkají klinické služby.
- B.:** Myslíte udělat doktory zodpovědnými administrativě za to, zač jsou dosud odpovědní v první řadě sami? Chytré. Ale jak nám to umožní řídit zdravotní výdaje z Westminsteru?
- S.:** Myslím, že vám můžu slíbit, že doktoři jednoho dne budou prosit vládu, aby ona převzala kontrolu. Jestliže budeme dbát, aby se věci změnily, doktoři budou pokračovat v jednání jakoby byli nezávislí, dokonce tomu budou skutečně i věřit. Protože jsou lidmi, budou dělat chyby. Je to jen otázka času, kdy se pro veřejnost přihodí nějaká pořádná chyba. Komora bude disciplinárně trestat ty, kteří se chyby dopustili, ale s trochou námahy můžeme dosáhnout, že se ministr vyjádří veřejně, že to nebylo dostatečné...
- B.:** Žádný ministr to neudělá, není to jeho věcí.
- S.:** Jistěže ne, pane ministře, ale několik dobře zvolených mediálních výroků, třeba v interview... mám na mysli prostě rozmáznout věc tak, aby tomu veřejnost věřila .. a doktoři také. Aby se zdálo, že idea nezávislosti kliniků znamená podporu nezávislosti doktorů k špatnému, nepatřičnému zacházení s pacienty.
- B.:** To je nelogické...
- S.:** Přesně tak, pane ministře. Klinická nezávislost vede k zodpovědnosti jednotlivých doktorů, která je zavazuje osobně dělat svou práci správně. Ale nikdy nepodceňujte dopad veřejného mínění. Soudím, že doktoři se budou tak bát nařčení, že jednali se svými provinilými členy mírně, že budou sami chtít, aby vláda vydala pravidla správné klinické praxe, prostě standardizaci postupů.
- B.:** Hrome, kde to vlastně jsme.
- S.:** Nevidíte, že teď budeme na řadě my. Ustanovíme vládní nebo ministerskou komisi, která by redigovala správnou klinickou praxi. Většina doktorů ani nezpozoruje, že už nejsou nezávislí. Aspoň zpočátku. Důležitá věc je, že doktoři povedou svou praxi podle vládních instrukcí. Pak to bude jen věci pouhých menších změn pravidel standardizace, aby se doktoři postupně orientovali ne podle svých simplicistních pohnutek, co potřebuje pacient, ale spíše podle toho, co si vláda může dovolit. (*S. odchází*)
- B.:** (*pokouší se S. zastavit*): Říkáte, že to může nějaký čas trvat?
- S.:** Dejme tomu 50 let a jsme z lesa venku. Dobrou noc, pane ministře.
- B.:** (*stojí, zjevně deprimován, zhluboka vydechne a chystá se také k odchodu*): Ne, to se nikdy nestane. Doktoři přece nejsou tak hloupí.

*Podle článku Davida Orchardy: Doctors' autonomy  
(Brit. Med. J. 317, No. 7174, 1998, 173–1731)  
upravil do skečové podoby L. Stárka*



## Největší lékaři Česka

Podle ankety Lidových novin, již se zúčastnilo přes 6 tisíc čtenářů, patří proděkan Univerzity Karlovy - 3. lékařské fakulty prof. Cyril Höschl ke stovce největších Čechů dneška. Redakce LN jej charakterizovala jako jednoho z nejznámějších psychiatrů v ČR a účastníci ankety mu přiřkli 93. místo.

Bez zajímavosti není ani pozice dalších zástupců lékařského stavu v tomto žebříčku významných osobností, jimž vévodí Václav Havel následován Václavem Klausem. Nejvýše z lékařů - na 21. příčku - vystoupal prezidentův operatér Pavel Pafko. Na 29. místě je Ivan Langer, jehož ovšem veřejnost zná z politiky, stejně jako 45. Miroslava Macka. Do politiky vstoupily jako senátorky také 42. Jaroslava Moserová a 55. Zuzana Roithová, ještě před nedávnem ředitelka FN KV. Lékařkou je i Milena Černá, která již šest let řediteluje Výboru dobré vůle Olgy Havlové a kterou LN zařadily na 81. místo.

Suma sumárum: Sedm ze sta „největších Čechů dneška“ vystudovalo medicínu, ale jen dva z nich se jí v současné době skutečně věnují; jeden z nich - Cyril Höschl - reprezentuje 3. lékařskou fakultu.



## Doktor Rath a jeho ministři

**ČRo:** Je z vašeho pohledu ministr David dobrým ministrem zdravotnictví?

**Rath:** *Mým cílem je s ním vyjednávat, protože je to můj logický protihráč, já bych nerad zde hodnotil plus nebo minus, protože jakékoliv hodnotící soudy ke konkrétní osobě jsou pro mne poměrně obtížné. Některé věci z mého pohledu udělal dobře nebo šikovněji, jiné méně dobře nebo dokonce špatně.*

**ČRo:** Byl vůbec nějaký dobrý ministr zdravotnictví u nás po roce 1989?

**Rath:** *Nepochybně byli lepší a byli horší. Nikdo není ideální. Nelze říci, toto je ideál. Je to velmi složitý resort, politicky velmi nepříjemný, protože cokoliv v něm uděláte, vyvolá to vždycky nevoli určité skupiny, které se to dotkne. Je to složitá funkce. Na druhou stranu myslím tady byli ministři, kteří se tohoto úkolu zhostili šikovněji. Myslím, že to byli zrovna ti první ministři, kteří po listopadu přišli a v tom kontextu si myslím, že i ministr Rubáš, ač nebyl zdaleka ideální - a víte, že jsme měli určité spory - měl tendenci se něčím systémově zabývat. Celkem pozitivně hodnotím z toho historizujícího pohledu ministra Bojara, udělal kus koncepční práce, ale i jeho předchůdce udělal kus solidní práce. Též ministryně Roithová asi nepatří mezi ty nejhorší ministry zdravotnictví, i když její působení bylo krátké. A tam to hodnocení je velmi otázné.*

Český rozhlas, Radiožurnál, O kom se mluví, 21. ledna

---

# **STUDIA**

---

JAKÉ ŠKOLY  
JAKÉ ČLÁNKY  
JAKÉ UTRPENÍ VĚDCŮ



## **Rath David, MUDr.,**

*lékař internista, učitel na 2. LF UK, prezident České lékařské komory, předtím předseda lékařského odborového klubu*

## **MUDr. David Rath pro VNR: Vysoké školy jsou trošku mamuti**

- ***Uplynulo zhruba pověstných sto dní hájení, kdy jste se stal z lékařského odboráře prezidentem lékařů. Při volbě hlavy České lékařské komory jste dostal několik zadání, mj. jste měl jednat s ministrem zdravotnictví o nových zákonech. Jak tato jednání pokročila?***

Jednání příliš nepokračují, protože ministerstvo se čím dál tím víc zmitá ve vnitřních problémech; místo koncepční práce a práce na zákonech se neustále mění jednotlivé osoby. To nám komplikuje život, protože něco s někým rozpracujete, a ten člověk tam potom není, odchází, a tak situace je poměrně nepřehledná. Jestli to takto bude pokračovat dál, pak se asi opět ničeho podstatného nedočkáme.

- ***Z médií je ovšem známo, že jste se chtěl také setkat s ministrem školství. Z jakého důvodu?***

Zajímá nás uplatnění absolventů lékařských fakult a problematika počtu lékařů, protože jsou neustále vedeny útoky na to, kolik lékařů máme. Řada politiků tvrdí, že jich je přebytek, tvrdí to i VZP, která si pro to dokonce vytvořila jakási vnitřní směrná čísla.

- ***Vy si také myslíte, že jich máme mnoho?***

Nejsem o tom přesvědčen. Ze statistik vyplývá, že jich máme zhruba odpovídající počet v porovnání s Rakouskem, Německem. Faktem ale zůstává, že zhruba tisíc lékařů odejde každý rok z praxe a že na druhou stranu fakulty produkují něco okolo 1700 absolventů, takže jejich uplatnění je rok od roku těžší a problematičtější. Myslím, že je naší povinností vyvíjet určitý tlak na lékařské fakulty, aby produkci studentů zmírnily. To byla jedna z otázek, se kterou jsme šli na ministra školství, a druhou otázkou bylo zřízení jakéhosi stipendijního fondu, který by umožnil získat absolventům uplatnění, praxi: aby byli placeni nějakou formou stipendia a mohli získat potřebnou praxi k získání atestace.

- ***Vraťme se ještě k fakultám. Vy sám také učíte. Jací vám připadají studenti, učí se dobře, totiž – jsou dobře vyučováni?***

Dobře vyučováni rozhodně nejsou. Nevím, jak je to na Třetí lékařské fakultě. Slyšel jsem, že se tam změnilo curriculum, ale mé informace jsou spíše rozpačité, mám pocit, že si na to studenti spíš stěžují, než aby byli nadšení. Možná že to jsou informace špatné a že pravda je úplně někde jinde. My jsme se skupinou dalších kolegů se hned po listopadu 89 snažili vypracovat něco jako reformu – to vypadá, že jsem jako nějaký inventorní kverulant – my jsme i tehdy cítili, že studium je zkosnatělé, zaměřené samo do sebe, hlavně v oblasti teoretických oborů, kde se učíte stovky až tisíce informací, které nikdy v životě nepoužijete.

Chtěli jsme dát do toho trochu života, rozhybat, aby teoretické obory pracovaly na zakázku pro klinické obory, a nevyučovaly jen to, co vyučovaly po staletí a co už dávno nikdo nijak nepotřebuje. Příliš se to nepodařilo, vliv setrvačnosti je obrovský. Přesto myslím, že díky různým zkouškám a donucovacím způsobům je kvalita našich studentů srovnatelná s řadou zahraničních pracovišť, studentů a absolventů. Nicméně v jednom máme obrovský dluh – to je v praktické výuce. Neumíme studenty motivovat, naučit je, nemáme pořádnou síť spolupracujících nemocnic, kam bychom je byli schopni vyslat, aby v průběhu studia zkusili, co to je amputovat prst, zašít tržnou ránu, udělat vizitu na interně, provádět porod. To nejsme schopni zařídit z důvodů finančních, z důvodu možná i zlostnatělosti - myslím, že od dob, kdy jsem studoval, se toho moc nezměnilo ani v tom pozitivním, ani v tom negativním. Vysoké školy jsou trošku takoví mamuti, které mají tradici ze středověku, kde každá změna se prosazuje obtížně; jsou jako církev, která než přizná, že Místra Husa upálili neprávem, tak uplyne ještě dalších dvě stě let. To jsou organizace, které mají obrovskou tradici, ta tradice je strašně cenná, ale je to –

■ – *tradice zavazující i svazující...*

Sám cítím vnitřní dluh. Myslím, že studentů bychom opravdu měli produkovat méně, ale o to kvalitněji, víc se jim věnovat, zajistit jim daleko širší uplatnění v praktické medicíně, aby jim až skončí po šesti letech trvalo jen chvíličku, než vklouznou do praktické medicíny a nemuseli se učit znova a začínat vlastně od nuly.

■ *Pokud vím, chtěl jste se také setkat s děkany a rektory. Budete s nimi mluvit o výuce, nebo jenom o uplatnění absolventů?*

Lékařská komora nemá tolik co mluvit do kvality výuky, i když bych se rád o tom zmínil; každý děkan rád přizná, že v tom je obrovský dluh, ale nevíme si rady, přehazujeme to jako horký brambor, tu přidáme semestr, tu ubereme, vedou se nekonečné debaty o změně curricula. Protože lékařské fakulty dostávají málo peněz, nemohou si ani dovolit dostatek učitelů zvláště v klinických oborech, nemají ani dostatek spolupracujících pracovišť. Nemáme téměř ani na kom vyučovat. Když mám desetičlenný kroužek, těžko mohu deset studentů naučit základy fyzikálního vyšetření – kdyby měli všichni proklepat pacienta, zbude z něj něco jako naklepaný řízek. Také ti pacienti se nám strašně brání a já to chápu: když je vyšetří jeden dva, tak to nějakým způsobem lze vydržet, ale představte si deset-dvanáct lidí, kteří se na vás vrhnou a ještě to ani neumějí!

■ *Když říkáte, že studentů by mělo být méně, jak to zařídit? V jednom rozhlasovém interview jste hovořil o numeru clausu – tehdy jste to s moderátorem žertovně překládali jako “Klausovo číslo” či “Klausovu konstantu”. Ale vážně - jste tedy pro numerus clausus, nebo k jakému řešení se přikláníte?*

Řada států, třeba Anglie, má uzavřené číslo, kterým reguluje počet absolventů, a tak i počet studentů. Jinou možností je určitá změna financování lékařských fakult – tak, aby byly financovány jiným způsobem než podle počtu posluchačů. To jsou všechno legitimní modely. Je to i filozofická otázka, zda volíme nadprodukcí lékařů s tím, že nenajdou uplatnění, a že každému, kdo půjde studovat, musí být už na počátku jasné, že jeho šance k získání práce je mizivá, nebo jestli to budeme administrativně nebo ekonomicky regulovat tak, aby téměř všichni, kteří vystudují, uplatnění našli. Těžko říci, který model je lepší. Z ekonomického

hlediska - pokud je studium financováno z veřejných prostředků - tak je logičtější ten druhý způsob, tzn. regulace počtu studentů; nevidím nic ekonomického v tom, že bychom vyprodukovali třeba 5 tisíc absolventů a našlo jich uplatnění jen 800. Zbytek by studoval zbytečně, protože medicína je příliš specializovaná na to, aby vás nějakým způsobem obohatila pro jiný profesní život než přímo pro kariéru lékaře.

■ ***Kdyby mi před rokem něco podobného neřikal tehdejší ministr školství Jan Sokol, což je jak známo filozof, mohla bych vás málem podezírat, že se bojíte konkurence mladších lékařů. Nevím ale, jestli berete přitom v úvahu, že situace se může změnit s tím, jak současní důchodci budou odcházet z ordinací.***

To je právě logický spor, který vedeme s řadou univerzitních hodnostářů. Předpokládají, že lékaři ve věku 60-65 let odejdou do důchodu. Ale velká část z nich jsou soukromí doktoři, a ti samozřejmě budou pracovat, dokud jim síly fyzické i duševní budou stačit, tak to bylo a tak to i bude: lékař v řadě odborností může pracovat do poměrně vysokého věku, pokud mu pánbůh nadělí zdraví. Že skončí svoji profesní dráhu v 60-65 letech, je velmi iluzorní, je zapotřebí připočítat pět deset let, protože to je reálný čas odchodu z praxe. A druhá věc – pokud se nám nepodaří systém zastabilizovat, aby lékař mohl svou praxi prodat nebo převést na kolegu, pak předpokládat, že odejde ze zavedené živnosti, praxe, na šestitisícový důchod, je spíše z říše pohádek než z dnešní reality. Dovedu si představit, že může svou praxi prodat, peníze uložit a z toho si přilepšit, nebo že si tam vezme mladšího kolegu.

■ ***Spíš se tedy počítáte s tím, že nezaměstnaných mladých lékařů bude přibývat. Jaký máte pro ně plán?***

Cesta není jednoduchá. SRN to má dost tvrdě omezeno tak, že je tam omezení 65 let. U nás to z důvodu právního řádu není možné a i v Německu je to trochu na pováženou, protože v Listině základních práv a svobod je jasně napsáno, že člověk nesmí být omezován věkem. My se snažíme nalézt systémové řešení. Zaprvé, aby praxe lékaře byla jeho majetkem. Za druhé, aby pojišťovna zvýhodňovala lékaře (a to jednáni vedeme s pojišťovnou), kteří od 65 let vezmou k sobě mladšího kolegu a zaváží se, že mu třeba během pěti let předají 90% praxe. Další možností je prodat nebo pronajmout praxi.

■ ***To je do budoucna - ale co s těmi současnými absolventy, kteří teď vycházejí, teď nemají místo, jak jim okamžitě pomoci?***

Právě o tom jsme jednali na ministerstvu školství a nevím, v jaké to je fázi, jestli na to nezapomněli, nebo jestli to zpracovávají. Chtěli jsme, aby vznikl jakýsi fond – asi u Ministerstva práce a sociálních věcí, ze kterého by se hradily prostředky na to, aby lékař místo podpory v nezaměstnanosti dostával stipendium po dobu tří let. Chtěli jsme také, aby určité nemocnice otevřely každý rok určitý počet stipendijních míst, kde by absolvent lékařské fakulty mohl získat praxi. Samozřejmě to stipendium bude spíš asi žebrácká hůl než prostředek pro pořádnou obživu.

■ ***Byla by to šance neztratit kvalifikaci a připravit se na atestaci.***

Je to jakási pomoc těm, kteří vycházejí. Chcete-li ale nějaký univerzální prostředek, tak se potýkáme s problémem, že i leckterí zavedení lékaři a zavedené praxe mají takové finanční problémy, že se z toho těžko užíjí. Jen části praxí se daří docela slušně, protože měli to

štěstí, že platí nízký nájem, nemají hypotéku nebo stihli všechno v optimální době a ještě k tomu mají dobrou odbornost a velkou klientelu. Ale řada praxí se potácí na pokraji ekonomického minima a v zaměstnaneckém vztahu je na tom lékař prakticky vždycky špatně.

■ ***Chcete stanovit cenu práce – požadujete dost, 500 korun na hodinu.***

To je něco jiného než plat, mzda, příjem, je to určitá hodnota, kterou je vyjádřena práce plně kvalifikovaného lékaře.

■ ***Domníváte se, že by na to byly peníze?***

Kdybychom se domnívali, že na to není, tak bychom to nenavrhovali. V okamžiku, kdy se administrativním rozhodnutím zařadily LDN do oblasti placené ze všeobecného zdravotního pojištění, tak se také nikdo neptal, kdy se ty tři miliardy ročně vezmou. Totéž se stalo s plenkovými kalhotkami. V okamžiku, kdy kdosi administrativně rozhodne, tak se to bude platit, a nikdo se neptá, zda na to v této chvíli prostředky jsou nebo nejsou.

■ ***Zatím ministerstvo chce pomoci zadluženým nemocnicím. Těší vás to?***

To je takový evergreen. V podstatě každý ministr po čase přichází k tomu, že by se velké zadlužené nemocnice měly oddlužit. Neměl bych nic proti tomu, kdyby ruku v ruce s tím šlo nějaké systémové opatření, které zabrání, aby ty dluhy dále nerostly. Pokud půjdte do minulosti, tak zjistíte, že ministr Stráský vymohl půjčku pro tyto nemocnice. Tehdy jsme říkali, že to není půjčka, že to je dotace. Část dluhu se zasnovaala, pak byly nové. Ministryně Roithová opět vymohla cosi pro tyto nemocnice, opět ty peníze zmizely. To je to, co říkáme: stávající objem finančních prostředků nestačí na stávající objem poskytované péče. Buď musíme dát prostředků víc, nebo snížit objem péče. Řada politiků tvrdí, že prostředky stačí, a v zápětí požadují dotace, nalívání peněz, a to sebou nese celou řadu dalších nespravedlností. Zvláště mezi velkými nemocnicemi jsou propastné rozdíly ve výši dluhů - nevíte, jestli je to objektivně nebo proto, že tam je mizerný management, který vše rozkrade. Opakovaně jsme zjistili, že řada členů managementu nemocnice prostě vysávala, a platíme to my všichni z daní.

■ ***Právě když jste byl ještě odborářem, kritizoval jste ředitelku své vlastní, motolské nemocnice za plýtvání veřejnými prostředky. Myslíte, že zdravotnictví má málo peněz jenom kvůli plýtvání?***

To plýtvání je zlomek, ale v tom velkém objemu to dělá docela zajímavé peníze. Kdyby to bylo jenom jedno procento, tak to je miliarda ročně.

■ ***Přesto by k nějakým úsporám dojít mohlo – třeba se mluví o úsporách za léky.***

Léková politika je strašně bolestná záležitost, něco se podařilo umravnit, pořád je tam spousta věcí, které jsou nelogické a logické začínají být až v okamžiku kdy zjistíte, kdo je na koho navázán a kdo za co dostává.

■ ***Pomohly by k lepšímu hospodaření dozorčí rady v nemocnicích? Pokud vím, podporujete je ve státních zařízeních, ale tam už snad jsou?***

Jsou, ale kouzelné, klasicky po česku zřízené: členy dozorčí rady navrhoval ředitel, na kterého měly dozírat – asi si představíte, koho jmenujete, aby na vás dozíral. Proto ty dozorčí rady byly nefunkční, neměly žádné pravomocce, často byly složeny ze známých, kamarádů,

nebo zcela nekompetentních osob. Chtěli jsme po každém ministerstvu, aby to nějakým způsobem řešilo; nejde jen o dozorčí radu, existovat by měla dozorčí a správní rada. Chtěli bychom, aby správní radě vedení skládalo účty ze své činnosti - jakou smlouvu podepsalo, proč opravilo dřív střechu a ne sklep, proč koupilo ten a ne onen přístroj. Současně by měla být koncipována i dozorčí rada, která by naopak aktivně kontrolovala zákonnost vedení účetnictví, finančních operací a provedených veřejných soutěží. Správní a dozorčí rady, to jsou dvě různé věci. To se bohužel nestalo, ministr přichází zase s jakýmsi návrhem dozorčích rad, který je mírně řečeno poněkud výstřední.

■ *Nedávno, na diskusním fóru neziskových organizací, říkal prezident Václav Havel, že rozpočtové a příspěvkové organizace jsou komunistickým výmyslem a že by zdravotnictví mělo patřit do neziskového sektoru. Souhlasíte s tím?*

Koncipovat dobře neziskový sektor s tím, že je třeba na to navázat daňové zákony, ty by myslím zdravotnictví docela určitě pomohlo. Já bych třeba strašně přivítal, kdyby zdravotnictví bylo vyřazeno z oblasti, která platí daň z přidané hodnoty. Jako bychom spotřebovávali ty léky, injekce a materiál sami na sobě! Na nemocnice a ordinace se hledí jako na konečného spotřebitele, všechno je zatíženo poměrně vysokou DPH. Řadu komodit kupujeme v normální daňové sazbě, řadu komodit ve snížené, takže se to dostává na rozmezí 8 procent; ze sta miliard se zhruba osm vrací zpátky; stát zdani občany na zdravotnictví, a ještě z toho vybere další daň. Proto by zákony měly zaručit, aby se na zdravotnictví dívalo jako na oblast, která netvoří zisk.

*Marie Fleissigová*

## Zpráva o služební cestě do USA

**V listopadu 1998 jsem podnikl služební cestu do Spojených států severoamerických, konkrétně do New Yorku a do Los Angeles.**

V New Yorku jsem měl seminář na Albert Einstein College of Medicine, Yeshiva University v Bronxu na téma Postnatal development of pain. Mým hostitelem byl profesor Solomon Moshe. Semináře se zúčastnili pracovníci oddělení neurologie a neurověd Yeshiva University a přestože přednáška následovala těsně po přednášce profesora Furchgotta, čerstvého laureáta Nobelovy ceny, byla poměrně slušně navštívena a byla i velmi zajímavá diskuse. Ukázalo se, že téma studia bolesti v ontogeneze je velmi žhavé, otázky byly nesmírně kritické, ale i podnětné, a důležité proto, že toto téma budeme nadále zpracovávat. Šlo o přehled výsledků, které jsme získali v grantu GAČR 305/16/0553, jehož hlavním řešitelem je Doc. MUDr. Jarmila Myslivečková, DrSc.; dále na něm spolupracuje studentka postgraduálního studia MUDr. Marcela Dropková. V Albert Einstein College jsem se setkal i s doktorkou Lucy Brown, se kterou již delší dobu spolupracujeme na řešení vztahů mezi somatosenzorickou mozkovou kůrou a striatem u krys. Její výsledky se týkají morfologie a histochemie; spolu s MUDr. Dítou Krsovou doplňujeme její studii elektrofyzilogickými výsledky a v tomto směru připravujeme nyní společnou publikaci.

V Albert Einstein College jsem také navštívil již zmíněnou přednášku profesora Furchgotta, letošního laureáta Nobelovy ceny, o historii jeho objevu oxidu dusnatého a jeho vlivu

především na cévní endotel. Setkal jsem se zde i s bývalými pracovníky Ústavů fyziologie a patofyziologie 3. LF, kteří nyní pracují v Albert Einstein College of Medicine – s docentem Velíškem a doktorkami Velíškovou, Liptákovou a Šlamberovou. Další část pobytu v New Yorku jsem věnoval návštěvě Columbia University. Navštívil jsem i Universitu Rober Wood Johnson Medical School, University of New Jersey, kde jsem s profesorkou Janou Raškovou, s profesorem Shilym a dalšími jednal především o novém typu studia, který zavádíme na naší fakultě. Seznámil jsem se s jejich zkušenostmi při studiu základních oborů na příkladech problem based learning. Tato diskuse byla velmi podnětná a užitečná. S profesorkou Raškovou již delší dobu naše fakulta spolupracuje a zdá se, že tato spolupráce přináší i své výsledky. Dále jsem navštívil The New York University, Department of Physiology and Neuroscience – (chairman prof. Linás), oddělení, které vede profesor Charles Nicolsson. V současné době zde pracuje jako postdoktorand MUDr. Sabina Hrabětová, která pracovala na našem ústavu. S ní a s další dočasnou pracovnící tohoto ústavu dr. Šárkou Prokopovou z ústavu docentky Sykové jsem měl možnost diskutovat jejich výzkumnou problematiku a zejména techniku mozkových řezů, což je metodika, kterou zavádí nyní oddělení patologické fyziologie našeho ústavu. Domnívám se tedy, že část newyorského pobytu byla velmi užitečná a přispěla jednak k propagaci vlastních výsledků a dále i k získání některých nových informací o metodikách, které se snažíme na našem ústavu aplikovat.

V druhé části pobytu jsem se zúčastnil v Los Angeles výročního zasedání Society for Neuroscience, kde jsem 9. listopadu prezentoval poster s názvem “Chronic activation of hypothalamo-pituitary-adrenocortical axis by food restriction attenuates adjuvant-induced arthritis in rats” (autoři R. Rokyta, J. Jurčovičová, D. Krsová, H. Šťastná, M. Valchář a A. Yamamotová). U tohoto posteru bylo postupně 31 diskutujících. Zúčastnil jsem se celého bohatého programu Society for Neuroscience, na kterém bylo 24 093 vědců z celého světa. Většinou to byli američtí neurovědci, ale byla zde i velké evropské zastoupení - kolem 7 000 účastníků. Na tomto zasedání bylo prezentováno kolem 17 000 posterů. Dá se říci, že kongres v Los Angeles podal současný přehled o světové neurofyziologii naprosto dokonale. Byly řešeny základní problémy moderní neurofyziologie. Osobně jsem se nejvíce zúčastnil posterů a přednášek o bolesti a o stresu. Nicméně byly zde řešeny i základní problémy receptorové neurofyziologie, zejména všech typů receptorů GABA (GABAa, GABAb, GABA<sub>c</sub>), otázky dalších typů receptorů v nervovém systému, otázky glutamátových a NMDA receptorů. Velká pozornost byla věnována iontovým kanálům a jejich mechanismům. Byly řešeny i aktuální otázky soudobé projekce neurofyziologie do patofyziologie nemocí jako Alzheimerově nemoci, Huntingtonově chorobě, Parkinsonově nemoci a dalším neurologickým a psychiatrickým onemocněním. Lze říci, že na kongresu bylo mnoho prioritních nálezů, které byly široce publikovány v tisku. Účast na takovémto prestižním setkání, které podává současný špičkový přehled o určitém úseku vědy, je velmi významná; jistě několik kilogramů materiálů knih poslouží nejen mně, ale i mým spolupracovníkům a jiným zájemcům o neurovědu a jejich současný přehled. Nelze v tomto krátkém přehledu zdůraznit všechny nálezy, které byly na kongresu poskytnuty. Pro srovnání: v roce 1998 se konal v Berlíně evropský neurovědní kongres, kterého se zúčastnilo 3 800 neurovědců převážně z Evropy. Na kongres v Los Angeles ale přijelo něco mezi 7 až 8 tisíci evropských neurovědců. V příštím roce se koná světový kongres o bolesti ve Vídni a dá se říci, že podíl prezentací o bolesti na americkém zasedání byl mnohem větší, než bude na kongresu ve Vídni. Cenné na



tomto americkém zasedání bylo i to, že na plenárních přednáškách byly řešeny aktuální problémy soudobé neurofyziologie, zejména její interpretace zjištěné molekulárně biologickými technikami a metodami.

Za pobytu v Los Angeles jsem se setkal s mnohými špičkovými neurovědci z celého světa, se kterými jsem si vyměňoval zkušenosti o řešení problémů na našem ústavu i v české neurofyziologii a měl jsem možnost propagovat kongres FEPS (Federation of European Physiological Societies), který se koná letos v Praze a jehož jsem generálním sekretářem. Získal jsem příslib nejenom vědců, ale i zahraničních firem účasti na kongresu, což byla významná součást mého poslání. Byl jsem rovněž zvolen a přijat za člena Society for Neurosciences - americké společnosti pro neurovědy.

Domnívám se, že moje účast na kongresu ve Spojených státech i s tím spojená předchozí prezentace v New Yorku měla pozitivní ohlas a přispěla tak k dobré propagaci české neurofyziologie, 3. lékařské fakulty UK a vůbec české vědy ve světě. Můj pobyt byl realizován v rámci programu MŠMT Prezentace.

*Prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.*

## UTRPENÍ MLADÝCH VĚDCŮ

### **K budování a obraně školy buď připraven! Vždy připraven!**

Schůzování je prý k ničemu. Schůzování se nic nevyřeší. Schůzování zkrátka patří minulosti. A tak jsem šel na schůzi postgraduálních studentů a jejich školitelů s vedením fakulty nerad. Když ještě připomenu, že tato akce se konala od šestnácti hodin, její program nebyl určen a nebyl jsem pozván, každý uzná, že kterýkoli ze vzpomenuých faktů by k té neradosti stačil. Natož všechny pohromadě.

Jak se ale lišil můj názor na tuto záležitost kolem půl šesté, kdy schůze skončila, je až neuvěřitelné. Nikdy jsem si nepřipouštěl, že jsem schopen tak rychle měnit své názory. Já, který jsem si vždy na neměnnosti svého uvažování tolik zakládal a který podle starého zvyku nikdy nepsal datum na dopisy, neboť jsem se nemusel a ani nechtěl vymlouvat na souvislost mezi svým projevem a dobou. Ponaučen touto zkušeností jsem s psaním dat a raději i míst dnes začal.

Nejprve musím všechny upozornit, že nebudu uvádět autory řečeného, že možná nebudu pronesené citovat přesně, ba dokonce že moje přetlumočení bude asi trochu zavádějící. Ale to se běžně stává i v lepších společnostech.

Tak co jsem se vlastně dozvěděl? Že moji kolegové, postgraduální studenti, kteří se věnují napůl vědě a napůl klinické praxi, mají být rádi, že vůbec mohou pracovat v nemocnici, která by je jinak na jejich 0,01 úvazku nepřijala. Že uvedení úvazek znamená pracovat v nemocnici šest měsíců v roce. Běda ovšem, pokud někdo stráví na klinickém pracovišti o den více. Že nezáleží na výsledcích, ale na docházce – možná bychom tím pádem měli patřit ne do studentské části akademické obce, ne do učitelské části, ale do nové, žákovské. Že

postgraduální doktorské studium biomedicíny (můj počítač toto slovo nezná a podtrhl mi ho, a byť jsem v jiných případech pyšný na to, že mám větší slovní zásobu než on, tentokrát se před ním stydím, protože to slovo také neznám a připomíná mi trochu slovo biomyš, jako by existovala také nějaká jiná) je jenom prostředek k tomu, aby se čerstvý laureát doktora medicíny dostal do nemocnice. Že za tři roky, a to je nějaká doba, musíme napsat 30 publikací. Asi jako spoluautorové a do Čtyřlístku, ten je přeci dostatečně citován, především na pískovištích. Že my, neklínkové, jsme vlastně spokojeni s tím, že můžeme zadarmo učit pregraduální studenty. Čím víc kruhů, tím lépe, alespoň si látku dobře procvičíme. Nesmíme ovšem zapomínat na výzkum, zvláště o sobotách a nedělích se mu můžeme do sytosti věnovat. Ono nám ani nic jiného nezbyvá, pokud chceme mít střechu nad hlavou a současně nedsílet s ostatními nádražní haly. Že nás fakulta v těchto činnostech podporuje a že nás tato podpora naplňuje natolik, že se do nás již ani nic malého k snědku nevejde (zapomněl jsem připomenout, že si občas něco vypůjčím z literatury). Zkrátka že to, po čem touží kdejaký buddhista, se nám dostává plnou měrou a že pokud by neposlušný student z nějakých nízkých, podlých, atavistických důvodů chtěl tuto nirvánu opustit, nejenže ubližuje především sám sobě, ale bude pro to také stíhán a sankcionován.

A tak se za půldruhé hodiny zcela změnil můj život. Rozhodl jsem se konvertovat. K buddhismu. Samozřejmě.

*Praha, 16.3.1999, Šimon Vaculín*

## **Jdi na studia, Ofélie!**

Stát se jeptiškou a nemuset při tom konvertovat ke katolické církvi? Že je to nesmysl? Omyl. Stačí nastoupit na interní postgraduální studium, pro vyložené askety doporučuji pokud možno čistě teoretický obor.

Pořád nevěříte? Tak tedy trochu srovnání.

- a) jeptiška nastupuje zapálená pro víru; vy pro vědu;
- b) jeptiška tráví nekonečné hodiny na modlitbách; vy při pokusech, jejich přípravě a zpracování;
- c) ve volných chvílích jeptiška pomáhá bezplatně svým bližním, což ji obohacuje vnitřně; vy máte možnost se vnitřně a bezplatně obohatit při výuce studentů a lékařských službách;
- d) když si chce jeptiška vyrazit z kopytka, jde na křesťanskou pouť; vy na vědeckou konferenci;
- e) jeptišku živí (zřejmě) její řád, ten církev a tu stát @ nic moc, bokem pak vyžebřané milodary; vás živí vaše fakulta, tu ministerstvo školství, to stát @ nic moc, bokem vyžebřáte od milosrdných rodičů;
- f) jeptiška bydlí v klášteře, moc soukromí neužije, důvěrné vztahy s muži nepěstuje, vlastní děti z přesvědčení neplánuje; vy žijete na koleji, v mém případě na třílůžkovém pokoji s přistýlkou, pohromadě se svými žákyněmi (shoda okolností), důvěrné vztahy s muži se vzhledem k totálnímu nedostatku soukromí poněkud komplikují; pokud se vám to nelíbí,

máte samozřejmě právo kolej opustit a najít si podnájem; problém je v tom, že nejlacinější podnájem v Praze (suterén, 15 m<sup>2</sup>, 3. kategorie) vás přijde na 6 000 Kč + provozní náklady, tj. cca 7 500 Kč, suma, která přesahuje váš čistý měsíční příjem o 3 000 Kč.

A děti? Tak na ty zapomeňte. Vždyť můžete být ráda, že vám po zaplacení všech nutných měsíčních výdajů vůbec zbude na antikoncepci. Pokud ještě nějakou za této situace potřebujete. Jiným řešením je vyhlédnout si předem nějaký fajnový útulek, kde bude o vašeho potomka dostatečně postaráno.

No, a co je mezi námi a jeptiškami rozdílného? Jeptiška ví předem, do čeho jde. Po nějakém čase složí řeholní slib, slouží Bohu a neremcá. Vy žádný slib skládat nemusíte. Předem možná nevíte úplně přesně, do čeho jdete, ale na čem jste, to pochopíte určitě velmi rychle. Máte chuť si zaremat? Třeba na schůzi. A co se dozvíte? No přeci, ŽE VĚDA JE ŘEHO-LE!

*MUDr. Ivana Konečná*

## **Málo jídla, málo spánku, mnoho práce**

### **Pracovní den asistenta v univerzitní nemocnici**

**Dvanáctihodinové a delší pracovní dny nejsou pro asistenty ničím neobvyklým. Obzvláště časově náročné jsou všední dny na chirurgii. Lékaři tady tráví v nemocnici i přes 70 hodin týdně. Za odpracované přesčasy asistenti požadují finanční kompenzaci. Na stávkové ultimatum z 15. listopadu ministryně zdravotnictví Verena Diener nepřistupuje.**

Syčí, z otevřeného hrudního koše se kroutí modravý dým. Asistent Jürgen Grünenfelder prostupuje elektrokauterem k sternu pacientky. Elektrokauter je přístroj podobný páječce, jehož hrotem protéká silný proud. Ten spálí tkáň dohromady, a tím zastaví krvácení. Je 8.42 na kardiochirurgické klinice univerzitní nemocnice v Curychu. Do srdce starší paní, kterou operují už asi půl hodiny, mají být zavedeny dvě umělé chlopně. Kromě toho musí být zaveden bypass.

### **Výzkum o „svátečním večeru“**

Pracovní den začal pro Jürgen Grünefeldera jako obvykle v 7 hodin. Jeho první kroky vedou do pokoje, velkého asi 14 metrů čtverečních v patře D. Regály s knihami a medicínským materiálem lemují stěny. Vchod zatarasuje tzv. hood, obrovská vitrina, která umožňuje práci za sterilních podmínek. Na pracovních stolech na okenní straně se lesknou tři počítačové obrazovky. Pokojíček slouží Jürgen Grünefelderovi a jiným čtyřem spolupracovníkům výzkumného týmu jako laboratoř a denní místnost. „Od lékařů kardiochirurgické kliniky se vlastně očekává, že dělají výzkumnou činnost,“ říká Grünenfelder, zatímco s vedoucím výzkumu, Gregorem Zündem, probírá výsledky. Avšak během oficiální pracovní doby zbývá na výzkum jen stěží čas. Na kardiochirurgické klinice se bádá, když jiní si užívají svého svátečního večera.

Na návštěvu laboratoře navazuje lékařská vizita. Dva pacienti v pokoji číslo 5 všeobec-

ného oddělení i přes brzkou ranní hodinu již snídali. Je to snad ta nepostradatelná konev z chromované oceli, naplněná čajem, která dává snídani v nemocnici svou bezútešnost. „Come va?“ ptá se Grünenfelder. „Piano, piano,“ odpovídá asi padesátiletý muž ve fialovém tréninkovém úboru. „Oggi tiriamo fuori i tubi.“ „Fuori?“ ptá se muž. „Sì, tiriamo fuori i tubi“, potvrzuje Grünenfelder. Pán odvrátí oči, dívá se do prázdna, jakoby si musel význam těch slov teprve přesně uvědomit.

### **„The circle of life“**

Elektrická pilka na sternum vrčí tlumeněji, jak její ostří narazí na hrudní kost. Proražená kost silně krvácí. Průsvitné hadičky odsávacího přístroje se zabarví rubínovou červení. „Nebyla by nějaká hudba?“ ptá se Grünenfelder, zatímco sceluje okraje rány elektrokauterem. Sálková sestra se vydala shánět hudbu. Krátce nato se do pravidelného pipání elektrokardiogramu smíchá melodie od Eltona Johna „The circle of Life“.

Sedm členů operačního týmu komunikuje v krátkých větách a ztlumeným hlasem. Mezi tím Grünenfelder zavedl do rány retrakter. Ten roztahuje rozpáraný hrudní koš na dvě pidě od sebe. Pulzující váček, ležící pod žebry, má být perikard, vysvětluje Grünenfelder a pustí se do řezu skalpelem. Je vidět cukající, jako pěst veliké, nažloutlé klubko: srdce. „Může se zavolat doktor Vogt,“ říká Grünenfelder sálové sestře. Během následujících zhruba tří hodin podporuje vedoucího lékaře Paula Vogta při nasazování obou chlopní a zavádění bypassu. Hudba je vypnuta. Vogt zastaví srdce roztokem draslíku. Je zapojen mimotělní oběh.

### **Dobíhat za jídlem**

Je 12.29. „Vlastní operace je teď uzavřena,“ říká Paul Vogt. Svléká si latexové rukavice, popřeje vespolek hezký den a opustí operační sál. Operované srdce s dvěma umělými chlopněmi opět tluče. „Zavření“, tedy zašití operační rány, je věcí asistenta.

„Operace srdce je vždy pohyb na hraně. Důležité rozhodnutí musí padnout během vteřin, jinak pacient umírá. Adrenalin stoupá, taková napínavá hra se mi přitom líbí“. Je 14.51. Před několika minutami zavázal poslední uzel nitě. Pacientka byla přeložena na jednotku intenzivní péče. Její stav je stabilizovaný. Grünenfelder byl na operačním sále nepřetržitě šest a půl hodiny.

V odpočívárně leží na prkénku načatý chléb. Odřízne si krajíc, zamíchá ovomaltinu. Něco teplého lze dostat jen od 11.30 do 13.30. Tady v univerzitní nemocnici musí člověk jídlo prý pořád honit. To je trochu namáhavé. Na otázku, jak hodnotí svou pracovní situaci, říká: „Hodně investuji, ale také hodně dostávám.“ Marko Turina, šéflékař kardiologické kliniky, je prý jeden ze špičkových kardiologů na světě. Pracovat pod jeho vedením je prý čest. „Rád bych na nějaký čas na Stanfordskou univerzitu.“ Turina má prý dobré kontakty ve Spojených státech. Po druhé ovomaltině je již na řadě druhý termín. V 15 hodin je služební hlášení.

### **Asistenti žádají kompenzaci**

Některým asistentkám a asistentům však poměr mezi investicí a ziskem nesedí. Jedním z nich je Treto Mettler, který byl při předchozí operaci anesteziologem. Už šest let je asistentem. Zvažuje, jestli nemá raději odejít. „Vedu život, jaký si nemohu natrvalo dovolit.“ Jeho

manželství se málem rozpadlo. „Byly časy, kdy jsem viděl svou ženu pouze spící. Přicházel jsem domů před půlnocí a byt opouštěl opět za svítání“. Kdy byl naposled na nějaké kulturní události, ani neví. Že vysoké pracovní zatížení je odměněno vysokou společenskou prestiží, považuje Mettler za blábol. Lékařům se neprojevuje o nic více respektu než jiným povoláním.

Reto Mettler není jediný, před kterého současná pracovní situace staví otázku. 3. září požadovalo 36 asistentů chirurgického oddělení, tedy téměř všichni, jichž se to týká, na nemocniční správě vyrovnání asi 15 000 přesčasových hodin. Když na tento požadavek nedostanou odpověď, chtějí lékaři žalovat kanton. Mohou se přitom opřít o rozsudek správního soudu kantonu Curych, který zavázal Limmatskou nemocnici ke kompenzačnímu vyplacení neposkytnutých svátků. V budoucnu mají být podle Jürga Trabera ze Svazu švýcarských asistentů a lékařů kompenzace vypláceny každé tři měsíce.

### **Noční služba**

Je 19.45 hod. Grünenfelder je asi dvě hodiny zase na operačním sále. Asistuje při bypasové operaci. Poté, co byla rána uzavřena, vyskytly se komplikace. Operující lékař se chce vzdát naděje na uzdravení pacientky, ale informuje pro jistotu vedoucího lékaře. Marko Turina se objeví na operačním sále. Rozhodne jinak. Hrudní koš bude znovu otevřen. 21.55 hod. je srdeční frekvence stále ještě nestabilní. Operace je přerušena, pacientka je přeložena na jednotku intenzivní péče.

Během druhé operace asistoval kolem 4 a půl hodiny. Nyní je 23.05 hod., Grünenfelder nastoupil svou týdenní noční službu. Je odpovědný za pacienty na všeobecném oddělení a na jednotce intenzivní péče. Noční služba nemůže být kompenzována. Další den začíná jako obvykle v 7 hodin cestou do laboratoře. Pager pípá. Grünenfelder jde k telefonu. „Ano, dobře, přijdu.“ Jeden pacient je prý neklidný. Po čtvrt hodině je Grünenfelder zpátky. Na noční službě má člověk průměrně tři hodiny spánku. Ale ani po běžném pracovním dni nespí víc než šest hodin.

### **Žiznivá stezka**

Zopakovaná otázka, jak pociťuje tyto pracovní podmínky, se mu zdá být málem trapná. „Mně se práce líbí a zatížení mohu vydržet. Přirozeně, soukromý život přichází trochu zkrátka, ale vždyť já nejsem ženatý.“ Období asistenta je prý jako žiznivá stezka. Když to pak půjde dál, je ochoten tuto žiznivou stezku vydržet. Lepší koncept pro vzdělávání je prý ve Spojených státech. Tam se bere do úvahy prý jenom několik málo uchazečů na chirurgické místo. Ti ale mají po vzdělání postup na vrchního lékaře jistý. Znovu pípá pager. Jedná se o těžého pacienta jako předtím. Mnoho tady dělat nemůže, přesto ale prý musí jít. Je 0.58 hod.

*Gian Signorell, Neue Zürcher Zeitung, 3.11.1998, přeložila K. Porubská*

# Jak napsat vědecký článek

Cyril Höschl

Před psaním každého článku je třeba si uvědomit, co je jeho smyslem. Má-li být čten, pak je třeba myslet na čtenáře. Z jeho hlediska jsou tři hlavní účely článku:

1. vyhodnotit pozorování, která učinil autor;
2. posoudit, zda závěry z práce vyvozené, jsou opodstatněné nasbíranými daty a metodikou;
3. měl by být schopen, v případě zájmu na základě článku, práci zopakovat.

Každý vědecký nebo odborný článek má základní kostru sestavenou zhruba ze 4 pododdílů (IMRAD: **I**ntroduction **M**ethods **R**esults and **D**iscussion - tab. 1).

Tab. 1

Oddíl	Klíčová otázka	Poznámka
Úvod	Co? Proč?	Odůvodňuje, proč se práce dělá. Shrnuje dosavadní poznatky, cituje autory, kteří v dané oblasti publikovali.
Metodika	Jak? Čím?	Popisuje soubory pokusných objektů, laboratorní metody, způsob sběru a hodnocení dat, měřicí nástroje, statistické zpracování. Nedostatečně zpracovaná metodika je nejčastější příčinou odmítnutí článku v impaktovaném časopise. Záleží i na takových detailech, jako že parametry měření, které je s přesností na 10 %, nelze uvádět na 3 platné cifry apod.
Výsledky	Co bylo nalezeno?	Shrnuje nálezy. Uvádět jasně, vyhnout se opakování! Nejsnadnější část práce.
Diskuse	Co to všechno znamená?	Neopakuje výsledky, pouze hodnotí jejich význam a činí závěr. Zvažuje možnou generalizaci výsledků a její omezení.

**Úvod** by měl být krátký, mělo by v něm být zdůrazněno, proč je práce důležitá. Zvláštní pozornost je třeba věnovat první řádce. Ta by neměla být sice senzační, ale měla by upoutat pozornost. Např. „Pokles sebevraždnosti v Maďarsku je provázen významným vzestupem výskytu depresivního onemocnění“.

**Metodika** popisuje rozvrh studie, pokusné osoby, použité měřicí nástroje, chemikálie, přístroje a techniky a statistiku. Smyslem celého odstavce je reprodukovatelnost studie. Popis výzkumného protokolu má být krátký a naprosto jasný (self explaining). V popisu souboru vyšetřovaných osob se kromě základních údajů jako počet mužů, počet žen, průměrný věk

a směrodatná odchylka uvádějí také kritéria pro zařazení do studie, kritéria pro vyloučení ze studie, etické aspekty (informovaný souhlas) a zejména způsob randomizace tam, kde mělo jít o náhodný výběr. Zkratky se smějí používat jenom mezinárodně naprosto všeobecně přijímané (AIDS), jinak bychom se jim měli vyhnout anebo je alespoň při prvním uvedení vysvětlit. Statistická kapitola by vždy měla být konzultována se statistikem.

V **diskusi** se uvádějí hlavní nálezy, avšak neopakuje se to, co již bylo řečeno ve výsledku. Poukazuje se na předchozí práci v dané oblasti, diskutují se všechna *pro a proti* v metodice, zvažuje se dopad výsledků na další výzkum, popř. jejich praktické využití. Dříve byla součástí téměř každé odborné práce pasáž nazvaná „závěry“ (Conclusions). Nyní jsme svědky určitého trendu tuto pasáž vypouštět, neboť výsledky jsou uvedeny ve speciálním odstavci a všechna *pro a proti* jsou zvažována v diskusi. Není tedy důvodu opakovat vše ještě jednou v závěrech, zvláště je-li celá studie shrnuta v abstraktu.

**Dokumentace** slouží zásadně ke zvýšení názornosti a přehlednosti informace, v žádném případě nemá předvádět vyspělý stupeň slovního procesoru nebo jeho uživatele. Zhruba se dá říci, že text má sdělit příběh, tabulky mají shrnout doklady a obrázky mají vypíchnout to, co je důležité.

**Název práce** by měl být jednoduchý, zaměřený na čtenáře, měl by být krátký a měl by se vyhýbat nadměrnému užití adjektiv. V seriózním vědeckém časopise není místo pro senzační výkřiky.

**Abstrakt** by měl shrnovat všechno, co obsahuje studie, avšak koncisé a stručně (tab. 2).

Tab. 2

Struktura abstraktu odborného sdělení	
Otázka	Odpověď
Proč?	Cíl, odůvodnění studie (background)
Co a jak se dělalo?	Souhrn metodik
Co se našlo?	Výsledky
Co z toho vyplývá?	Závěry

Nestrukturovaný abstrakt by neměl víc než 150 slov. Abstrakt strukturovaný (rozdělený na oddíly uvedené v tabulce 2) by neměl mít víc než 250 slov.

**Autoři.** Důležité je, kdo může a kdo nemůže být autorem práce. Ve vědě, zejména byla-li meritorně hodnocena, se rozmohl nešvar umělé výroby kariér přepisováním do kolektivu autorů vědecké publikace za určité protislužby. Tomu se vědecká komunita na mezinárodní úrovni nyní brání formulací zásad pro přiznání autorství té které práce. Aby někdo mohl být považován za autora, musí významně přispět k rozvrhu a provedení a analýze a sepsání studie a musí být spoludpovědný za to, co je publikováno. Časopisy *Lancet* a *British Medical Journal* nyní žádají autory, aby specifikovali svůj individuální příspěvek k práci, a tuto informaci pak publikují. V současné době jsme svědky trendu nehovořit o autorech, ale o přispěvatelích (contributors), jejichž role jsou jasně určeny. Kolektiv přispěvatelů má pak zpravidla dva garanty.

**Citovaná literatura** (References) může být buď podle Vancouverského systému řazena chronologicky a v textu uváděna číslem, přičemž její seznam za článkem je řazen podle abecedy a očíslován. Číslo odpovídají číslům uvedeným v textu. Také je možné číslovat citace v textu tak, jak se postupně vyskytují, a seznam na konci potom není řazený abecedně. Harvardský systém uvádí v textu citace jménem a vročením, s abecedním řazením za textem. Spoluautoři se často uvádějí zkratkou et al. ( v Harvardském systému tak, že je-li autor jen jeden, uvádí se v textu v závorce s vročením, jsou-li autoři dva, uvádí se oba, je-li jich více než dva, tak se uvádí jen první a zkratka et al). V poslední době je však tendence tuto zkratku vyměňovat za zkratku a spol. (co-workers). V žádném případě se do seznamu prací nesmí uvádět práce „nepublikované“, „zaslané do tisku“ atd. Je-li naléhavá potřeba odkázat se k takovému zdroji, uvádí se přímo v textu na příslušném místě, nikoli v závěrečném seznamu prací. Jednotlivé normy citací (ISO 690, Vancouver declaration, CBE) uvádí tab. 3.

Na každé práci čtenář posuzuje (a autor by měl zvážít):

- *důležitost*
- *odůvodněnost*
- *odpovídající rozvrh*
- *přiměřenost technik*
- *výstižnost závěrů*
- *relevanci diskuse*
- *jasnost stylu.*

Tabulka 3.

<p><b>ISO 690 (International Standard Organization)</b></p> <p>Schliefer, SJ., Keller, SE., Bartlett, JA. et al. Immunity in Young Adults With Major Depressive Disorder. American Journal of Psychiatry, April 1996, vol. 153, no. 4, p.477-481.</p>
<p><b>Vancouver Declaration (International Committee of Medical Journals Editors, ICMJE)</b></p> <p>Schliefer SJ, Keller SE, Bartlett JA, Eckholdt HM, Delaney BR, Immunity in Young Adults With Major Depressive Disorder. Amer J Psychiatry 1996; 153: 477-481.</p>
<p><b>CBE Style of electronic documents (Council of Biology Editors, CBE)</b></p> <p>Thomas E. 1997. Control and application of remote asymmetric induction using allyl-metal reagents. Chem Comm [serial online]; (5). Available from: <a href="http://chemistry.rsc/cccenha.htm">http://chemistry.rsc/cccenha.htm</a>. Accessed 1997 Jan 7.</p> <p>Martins EP. 1996 Oct. Phylogenies, spatial autoregression, and the comparative method: a computer simulation test. Evolution [serial online]; 50(5)1-14[175 off in serial]. Available form: Infotrac Expanded Academic Index.</p>



**Styl** odborného sdělení by měl být především stručný. Naprosto nepřijatelné jsou obraty jako: „jak jsem již uvedl výše“, „jak již bylo zmíněno“, „na tomto místě je třeba říci“, „jak bylo již uvedeno v úvodu“ atd. V angličtině je třeba se vyhnout idiomům, v češtině frázím. V angličtině nezní dobře trpný rod. Je přece daleko lepší napsat „I love you“ místo „You are loved by me“. Nevhodný je jakýkoliv žargon. V angličtině je přípustnější napsat *arms and legs* než *Upper and lower extremities*. Daleko lepší je napsat *now* než *at this moment in time*. Zrovna tak je lepší *agreed* než *came to the identical conclusion*. Vyhýbejte se řetězcům podstatných jmen v angličtině (substantiva tam nahrazují funkci adjektiv). Např. výraz *Prague Children Weight Reduction Program* zní lépe jako: *Program to reduce weight of children in Prague*.

Důležitý je odstup. Dokončíte-li rukopis, nekoukejte na něj nejméně několik dní. Nahrajte se, když ho čtete, a posuďte sami, jak potom zní. Konzultujte přátele, ke kterým máte dobrý vztah a věříte jim.

**Etika.** Kromě toho, že každá experimentální práce musí mít dnes schválení etickou komisí a musí probíhat podle správné laboratorní nebo správné klinické praxe, je třeba si uvědomit, že k etickým otázkám patří také zodpovědnost za publikaci. Za neetické se dnes považuje redundantní publikování. Není přípustné tutéž práci publikovat modifikovaně na více místech. Za neetické se dále považuje to, čemu Angličané říkají „salami slicing“. Míni se tím rozsekání práce na drobné kousičky, které se postupně publikují, takže místo 1 pořádné studie vyjde v různých časopisech 10 prací. Nepřípustné je poslat k uveřejnění práci se spoluautory, kteří k tomu nedali informovaný a písemný souhlas. A to není řeč o vyložených podvodcích, jako je fabrikace výsledků, falzifikace údajů a plagiáty. Z poslední doby je u nás známý případ brněnského docenta Benedíka, který přixerovoval své jméno na práci zahraničních autorů a falzifikátem podpořil svou žádost o grant u Grantové agentury ČR<sup>1</sup>. Posíláte-li **dopis redakci**, musíte si především uvědomit, zda je odůvodněný. Nejčastějšími důvody k zaslání dopisu editorovi jsou komentáře předchozích publikovaných výsledků, sdělení kauzistiky anebo vlastních klinických dat. Je třeba vždy zvážit formát časopisu, do kterého se dopis posílá a opodstatněnost dopisu: je to skutečně tak důležité? Dopis by měl zaujmout, měl by ukázat, že se o danou problematiku skutečně zajímáte, ale nejste neomalení, měl by být vždy konkrétní, nikoli všeobecný (nepřípustné jsou výroky typu „autor nemá zřejmě poněti“), měl by být vždy podložený, nikoli zaujatý a neměl by obsahovat zbytečná opakování. Také je samozřejmé, že krátký útvar jako je dopis editorovi, obsahuje maximálně 1 hlavní myšlenku a je koncisní.

### **Doporučená literatura:**

Hall GM. How to write a paper. 2. vydání. BMJ Book 1998.

Horton R. The signature of responsibility. *Lancet*, 1997; 350: 5-6.

---

1 Faximile Benedíkova separátu viz *Vesmír* 75; 1996 (12): 687. Na téže stránce začíná i článek V. Karpenka „Bude se z vědy ztrácet poctivost?“. V únorovém čísle *Vesmíru* 1998 je na str. 64 dopis J. Jonáše reagující na rozsudek Městského soudu v Brně, který kvalifikoval jednání dr. Benedíka jako pouhý etický prohrěšek a fakultu, která musela doc. Benedíka přijmout zpět do pracovního poměru, odsoudil k finanční náhradě.

---

# **FAKULTA**

---

STYKY VĚDECKÉ A SPOLEČENSKÉ

# Nový profesor

**Prezident republiky jmenoval 2. února profesorem pro obor vnitřního lékařství vedoucího Kardiocentra 3. lékařské fakulty doc. MUDr. Petra Widimského, Dsc.**

Nový profesor Petr Widimský oslavil 29. března své 45. narozeniny. Na II. interní klinice působí od své promoce v roce 1979, postupně jako vědecký aspirant, sekundární lékař, odborný asistent, docent, vedoucí nejprve koronární jednotky a posléze nového Kardiocentra. Ve své odborné činnosti se věnoval především kardiologii; mj. se zasloužil o zavedení některých metod echokardiografie. Od roku 1985 se soustavně věnuje invazivní a intervenční kardiologii. Své domácí zkušenosti obohacoval i na studijních pobytech v zahraničí a postupně se vypracoval na mezinárodně uznávaného špičkového kardiologa. Jeho prestiž dokazuje jak členství ve výborech odborných českých i zahraničních společností, tak čestný titul „Founding Fellow of the ESC“, který obdržel před 11 lety jako jeden z prvních československých kardiologů.

Prof. Widimský připravuje úspěšně na vědeckou činnost i své studenty a je vyhledávaným přednášečem na domácích i zahraničních sjezdech. Velice rozsáhlá je také jeho činnost publikační: výsledky své vědecké práce publikoval ve 218 sděleních, z více než dvou set časopiseckých prací byl jako první autor uveden 100x a je spoluautorem nebo autorem 12 monografií – za knihu Echokardiografie získal cenu Avicena a ČLS JEP.

Vědecká obec i kardiologické společnosti oceňují u prof. Petra Widimského nejenom hluboké teoretické znalosti a praktické zkušenosti, ale také jeho schopnost formulovat a prosazovat nové, někdy nekonvenční koncepty. Jeho pracovitost a invenci označují za příkladné.

## Děkan v parlamentě

**Poslanecká sněmovna PČR a Státní zdravotní ústav uspořádaly 24. února seminář o podpoře zdraví a prevenci nemocí. K více než stovce účastníků na něm kromě dvou představitelů SZÚ – ředitele doc. MUDr. J. Kříže a doc. MUDr. L. Komárka – promluvil také děkan 3.LF, prof. M. Anděl.**

V úvodní přednášce – Zdravotní stav a determinanty zdraví – konstatoval doc. Komárek, že v ČR došlo po roce 1970 k poklesu úmrtnosti mužů a že jejich střední délka života překročila hranici 70 let. Za příčinu těchto pozitivních změn potom označil jednak zlepšení zdravotní péče, jednak snížení novorozenecké úmrtnosti a poté rozebral determinaty, které dále zdraví ovlivňují: v souvislosti s kvalitami životního prostředí a životních podmínek si povšiml i podmínek sociálních, mezi něž Světová zdravotnická organizace zařadila mj. stres, práci, nezaměstnanost, sociální podporu, závislosti a výživu.

Druhým mluvčím byl prof. M. Anděl s tématem Preventabilní nemoci. Své vystoupením začal povzdechem „vysokoškolského pedagoga“ nad skromnými technickými podmínkami promítání a ozvučení sálu Poslanecké sněmovny. Ve svém referátu pak zapochybovalo názoru, že středověké infekce moru a cholery vymizely s lepší životní úrovní – spíše k tomu vedla sanace středověkých měst. Dalším významným krokem byl podle něj rozvoj očkování; posléze konstatoval, že v šedesátých a sedmdesátých letech tohoto století dospěla medicína až k prevenci chorob neinfekčních: hypertenze, diabetes, ICHS. Důležitá je podle jeho slov i prevence v těhotenství (screening), stejně jako sekundární prevence po infarktu nebo vyhledávání rizikových skupin populace.

V této souvislosti poukázal prof. Anděl i na ekonomické aspekty preventivních opatření – kdyby se podle jeho slov prevence ledvinových onemocnění prováděla už od dětství, mohlo by to snížit až o 50 procent výskyt selhání ledvin, což by představovalo výrazné finanční úspory.

O zdravotní politice a prevenci hovořil na semináři ředitel SZÚ doc. MUDr. J. Kříž. Přítomně seznámil s dokumentem Zdraví pro všechny pro 21. století, v němž Evropský regionální výbor SZO formuloval následující zásady:

1. zdraví jako předpoklad společenského rozvoje;
2. rovnost a solidarita ve zdraví;
3. rozvoj zdraví primárně zaměřený na lidi, věda, etika a soucit jako základ aktivit a udržitelnost rozvojových strategií.

Docent Kříž potom vyslovil politování, že v ČR neexistuje ucelená zdravotní politika, že Národní program zdraví je nedostatečně podporován a že financování je nestabilní, jen s jednoročním časovým horizontem. Nepříznivá je také snaha rušit OHES. Dále J. Kříž řekl, že Akční plán zdraví a životního prostředí, který schválila vláda v závěru roku 1998, odpovídá dokumentům jiných evropských států. V závěru uvedl, že ČR měla a má ve svých politických přístupech a dokumentech komponenty, odpovídající soudobým názorům na prevenci na podporu zdraví, že jsou však aplikovány intuitivně a spíše v jednotlivých než koordinovaných aktivitách. Oblast primární prevence a podpory zdraví je i při dílčích nedostatcích na dobré úrovni, ale prevence sekundární není systémově promyšlena.

V rozpravě k referátům přinesli někteří účastníci další zajímavé údaje: podle doc. Horváta např. se v USA zjišťovaly náklady na léčení zaměstnanců, kteří se zapojili do programu na podporu zdraví: ukázalo se, že byly o třetinu menší než u těch, kteří se tohoto programu nezúčastnili. Doc. Drbal doplnil „excelentní přednášku prof. Anděla“, jak řekl, zdůrazněním významu prevence údaji o screeningu karcinomu prsu: poukázal na vzrůstající náklady chirurgické terapie v závislosti na včasnosti zjištění choroby. Prof. Penc řekl, že M. Anděl měl „velice zajímavý referát“ a jeho slova o vlivu medií ilustroval příkladem „trapasu“, kdy se v televizi mluvilo o výhrůžkách infikování potravin virem HIV.

V diskusi vystoupila také poslankyně ČSSD Fišerová a lidovecký poslanec Janeček s protichůdnými představami zdravotnické koncepce.

*fl*

## **Euroskills**

Vedení 3.LF se rozhodlo připojit k mezinárodnímu programu na sjednocení úrovně medicínského vzdělávání, nazvanému Euroskills in Medical Education. Tento projekt vznikl v roce 1966 a účastní se jej zatím univerzity v Holandsku (Nijmegen), Španělsku (Granada a Extramadura), Portugalsku (Lisabon a Coimbra) a Maďarsku (Budapešť, Debrecín, Pécs a Szeged). Jejich cílem je sjednotit přípravu budoucích lékařů tak, aby v době ukončení studia měli obdobné znalosti, což bude při sjednocování Evropy zvláště potřebné. Prvním krokem k tomu je zjištění seznamu dovedností, jež mají absolventi jednotlivých lékařských fakult dosáhnout v době promoce.

V Nizozemsku se už na konsensu lékařské fakulty dohodly a obdobné snahy o sjednocení nároků na budoucí lékaře se mezitím objevily také ve Velké Británii a ve Švýcarsku.

# Telemost Vršovice – Boston

## (a tři otázky pro proděkana)

Začátkem prosince se na 3. LF uskutečnila první videokonference mezi americkou a českou lékařskou fakultou - své ústavy si navzájem představili zástupci 3. lékařské fakulty UK v Praze a Harvard Medical School z Bostonu ve státě Massachusetts. Skutečnost, že to bylo v našich poměrech ojedinělé a navíc také zajímavé setkání, zdůraznil ve svém vysílání i Český rozhlas II, když konferenci věnoval pozornost ve dvou pořadech cyklu „Odyssea – cesty za poznáním“ (21. a 28.12.1998). Reportérku, jak řekla, zaujala „návštěva v zákulisí“, prostory, vyhrazené studentům, pracoviště instrumentářek a dokonce operační sály. O zasvěcenější pohled však požádala představitele fakulty – **doc. MUDr. Milan Jíra hovořil o české přípravě přenosu**, která byla o to složitější, že „to celé jsme měli na starost jenom čtyři, a všichni jsme lékaři, zatímco harvardská univerzita má vytvořen tým třiceti lidí.“

**O obsahu konference hovořil v Českém rozhlasu proděkan 3. LF prof. Cyril Höschl.** Podle jeho vyjádření byli na harvardské fakultě mile překvapeni novým curriculem pražské fakulty, protože se dost podobá tomu, o co se snaží oni. Naopak česká strana uvítala možnost přejímat některé zkušební programy HMS a zaujala ji také zpráva o financování harvardské fakulty. Rozpočet této školy představuje 250 mil. dolarů a k tomu ještě jednu miliardu dolarů na výzkum, čili zhruba 30 miliard Kč. Na veškerou vědu jde v celé České republice 8 miliard korun, a tak tato jediná škola má téměř čtyřikrát tolik, než je celý rozpočet na vědu u nás. Přitom harvardská fakulta má pouze 800 studentů, ale učitelů na ní působí 7 tisíc. Pražská 3.LF je dokonce o něco větší - má skoro tisíc studentů, zato učitelů (i s částečnými úvazky) přes 300, a rozpočet fakulty se vším všudy na celý rok, na výuku i na vědu, je okolo 70 milionů korun.

*Druhou část telemostu tvořila reprezentativní přednáška předního amerického transplantčního chirurga Josepha Vaccantiho, který publikum jak v Massachusetts, tak v Praze seznamoval s konstrukcí a výrobou orgánů a tkání z vlastních buněk. Tato metoda „tissue ingeneering“ připomíná profesoru Cyrilu Höschlovi science fiction, je to medicína ne jednadvacátého, ale dvaadvacátého století. Posluchačům rozhlasu o tom vyprávěl:*

„My jsme se až do této přednášky domnívali, že vývoj medicíny je předvídatelný, protože se už neodehrávají žádné závratné objevy a poznání se posouvá po milimetrech tisíců všelijakých publikací, ze kterých nenápadně vznikají nové postupy. Ale po této přednášce jsme si uvědomili, že v otázce technologií se můžeme dočkat skoku i v současné době. To, co jsme viděli na přednášce J. Vaccantiho, bylo v nedávné době ještě něco naprosto nepředstavitelného, protože diferencovanou tkáň nebylo až na naprosté výjimky možno vypěstovat mimo organismus. A teď se na obrazovce počítače ve studiu rozvrhne nový orgán architektonickým způsobem, tak jako když se staví dům nebo auto. Trojrozměrná tiskárna vytiskne pro ten orgán lešení, buňka hostitele na něm roste do tvaru, který potřebuje: například takto americký tým vyrobil naprosto věrnou kopii lidského ucha z králičí chrupavky, voperoval je králíkovi, který pak měl lidské boltce a slyšel. Takto aplikovali ucho i holčičce, která se na-

rodila s vrozenou vadou, bez ouška. Joseph Vaccanti nám ukazoval také případ holčičky, která se narodila s vrozeným chybením kusu průdušnice - dýchací cesty jí končily kdesi pod hlasivkami a potom dál pokračovaly až nad rozdvojením průdušnice do průdušek. Takové dítě za normálních okolností okamžitě po porodu zemře. Vaccantimu se podařilo tu holčičku udržovat mnoho dní na přístrojích, které za ní dýchaly, a mezitím jí odebral kousek chrupavky, jednotlivé buňky pěstoval v trámčině, kterou nejprve navrhl a vytiskl v trojrozměrné tiskárně ve tvaru dětské průdušnice se všemi prstenci, naaplikoval tam i sliznici a vyrobil novorozeneckou průdušnici, která mu vyrostla tak, jako když si na zahrádce vypěstujete mrkev. A tuto průdušnici voperoval novorozené holčičce; operaci přežila.”

*Na dotaz reportérky, zda takto přidaná tkáň nadále poroste, prof. Höschl odpověděl:* „Pokusy na zvířatech ukázaly, že implantovaná tkáň, uměle vyrobená „tissue engineering” procesem, je schopna růstu v kontextu organismu a pod vlivem jeho růstových faktorů, ale že ten růst, jak jsme na grafu J. Vaccantiho viděli, je asi 80% toho, čeho by dosáhl, kdyby to byla vlastní tkáň.

Prvním krokem k úspěchu bylo vypěstovat tkáň, ale druhým krokem bylo zajistit, aby přežila a byla dostatečně zásobena. U některých tkání, jako je např. kolenní chrupavka, která není prorostlá cévami ani ve zdravém organismu a je vyživována difusí ze synoviální tekutiny, která ji obklopuje, tam tedy problém není. O něco odlišnější situace je třeba u jater, kdy se ukázalo, že takto nově vložená tkáň proroste, uchytí se jako štěp na stromě, a protože nejde o transplantát z cizího jedince, nedochází k negativním jevům jako u transplantací. Nelze asi ale zajistit, aby prorostla také žlučovými cestami. Játra sice metabolizují, pracují, ale tkáň není stoprocentně napojena na onu „veřejnou kanalizaci”. Nicméně „elektrika a plyn” tam jdou, jsou určité potíže s odtokem, ale tyto umělé tkáně mají nesmírný význam pro přežití u dětí. U diabetiků je nesmírně důležité, aby se v mezích udržovala základní choroba, protože jakkoliv dokonale vzniklá umělá tkáň by mohla být postižena stejným procesem jako ta původní. Ale jinak výsledky, co se týče hojení a výživy nové tkáně, jež proroste cévami a je promývána mezibuněčným mokem, jsou poměrně slibné, avšak nebezpečí, že bude zasažena tím původním procesem, tam je, takže se samozřejmě musí léčit základní choroba.”

*V závěru pořadu potom prof. Höschl odmítl obavy ze zneužití této metody,* „protože takto vyrobené tkáně a orgány nejsou schopny samostatných dalších osudů; jsou to vlastně náhradní díly bytostí, kterým by se jinak musely vyrábět protézy – tak lze například do kolena, které je zničeno artritickým procesem, vsunout nově vyrobenou a jako u krejčího zastříženou chrupavku, lze pokrýt novou kůží diabetickou nohu, kde dochází už k bércevému vředu. Naše otázka v diskusi s doktorem Vaccantim – protože přímý přenos měl kouzlo, že jsme byli u toho a mohli jsme se ptát - byla, zda u takto vyfabrikovaných tkání není vyšší riziko nádorového bujení nebo zvrhnutí. On na to odpověděl moc hezky: „We do nothing bad to them”, my neděláme buňkám nic špatného, a tak neočekáváme, že se zvrhnou. Doba, po kterou jsme schopni od prvních aplikací tohoto patentu výsledek hodnotit, je ovšem příliš krátká, než abychom mohli definitivně prohlásit, že ta tkáň není nijak riziková. Ale první vývoj je zatím velmi pozitivní a optimistický.”

*V česko-americké telekonferenci lékařských fakult zazněl také dotaz, zda je možno produkovat i srdeční buňky. K tomu prof. Höschl řekl: „Srdce jako celek je už poměrně složitá struktura na to, aby byla v dnešním stádiu tohoto výzkumu nebo aplikace tohoto výzkumu celá zvládnuta pomocí procesu „tissue engineering“ - protože tam je důležitá nejenom struktura, ale zejména funkce - musí pulzovat, musí se stahovat, a to plnohodnotně. J. Vaccanti říkal, že to není úplně science fiction, že se na fabrikování srdeční tkáně pracuje - nemůžeme si to však zatím představit jako výrobu celku, ale jako výrobu srdeční svaloviny a její náhradu alespoň v některých oblastech srdečního svalu. Design celého srdce je možná vzdálenou hudbou budoucnosti, ale to bych přece jenom nerad předbíhal.”*

## ***Otázky VNR proděkanovi C. Höschlovi:***

- ***V rozhlasovém pořadu jste ocenil také formální stránku přednášky J. Vaccantiho: srozumitelnost, jasnost, gradaci od elementárních informací až po ty nejfantastičtější závěry. Líbilo se vám, že přednáška skončila na vteřinu přesně v plánovaném čase a že v ní nebyla jediná věta zbytečná. Přitom jste si povzdechl, že se naši studenti už opět učí „žvanit“ o ničem. Z čeho tak soudíte?***

Soudím tak z toho, co se dozvídám např. od některých studentů filozofické fakulty, kde v jednom předmětu byla úroveň seminární práce posuzována podle počtu stránek. Také je na pováženou, když vám studenti řeknou, že přesně vědí, jakou formální podobu má práce mít, aby byla bez problémů přijata: je-li příliš elegantní (laserová tiskárna, vazba, barvy), je to na škodu (student se „vytahuje“) stejně, jako když dodá práci nedbalou. Obsah a jasnost se přitom z hodnocení jaksi vytrácí. Studenti to vědí a mnohdy vyrábějí kýžené slátaniny jak na běžícím pásu. Ale vaše otázka je trošku nepřesná, protože našťastí nejde o studenty 3.LF UK. Naše fakulta má již tradičně jednu zdánlivě kontroverzní přednost: studenti ji smějí kritizovat a hodnotit, a to i ve fakultních médiích (VNS), aniž by byli hned chápáni jako destruktoři nebo kacíři. Z krátkodobého hlediska tak sice navenek selektivně zviditelňují nedostatky školy, ale z dlouhodobého hlediska ji ozdravují. Chci tedy říci, že ačkoliv výuka na naší fakultě má nedostatky, které jsou kritizovány, tak to, na co se ptáte, mezi ně nepatří. Žvanění se na medicíně zkrátka nevyplácí.

- ***Jak může vedení fakulty zvýšit úroveň přednášek a výuky?***

Neustálým a opakovaným hodnocením výuky. Naše studijní proděkanka ho provádí a vedení školy i učitelé v jednotlivých programech se jím vážně zabývají a snaží se úroveň napravovat. Také budeme klást větší důraz na trénink takových dovedností, jako je příprava přednášky, sepsání článku, dopisu, životopisu a hledání informací. Podobné iniciativy jsem zaznamenal i na mezinárodní úrovni. Tak Světová psychiatrická asociace pořádá na tato témata tréninky pro začínající vědce z postkomunistických zemí. Vychází z postřehu, že naše práce jsou v mezinárodních renomovaných časopisech odmítány ne proto, že bychom byli hlupáky, ale převážně proto, že jsme zanedbaní v oblasti formální prezentace, dotahování publikací do posledního detailu a zejména v oblasti metodologie vědy (statistického zpracování). Také je dobré, že jsou přednášky nepovinné: pověst o jejich úrovni a potřebnosti dá přece jenom dříve nebo později hlasovat nohama, což vede k zamyšlení.

■ ***Mají naši studenti i pedagogové dostatek možností k tomu, aby získávali zahraniční zkušenosti? A využívají těchto možností dostatečně?***

Musím přiznat, že zahraniční výměny studentů byly na naší fakultě v nedávné době dosti zanedbané. Využívalo se hodně individuálních kontaktů, které si domluvili buď studenti sami, nebo jsme je pro ně domluvili my (např. spolupráce s prof. Hansonem v USA, francouzské pobyty, které ještě zprostředkoval prof. Rokyta, americké pobyty postgraduátů, které zprostředkoval prof. Libiger aj.), ale neúčastňovali jsme se programů v rámci etablované meziuniverzitní spolupráce. Na děkanát chodila spousta nabídek, ale nikdo se v nich moc nevyznal, nevěděl, kde začít a jak postupovat, a skoro nikdo na ně nereagoval, přestože jsme je publikovali ve VNS. Uvědomili jsme si, že pro studenty je třeba tyto programy aktivně zpřístupnit a těsněji spolupracovat s rektoriátem. Od února t.r. převzala agendu zahraničních styků paní Jarošová, která by se před studenty styděla, kdyby je musela posílat od čerta k ďáblu (což je někdy bohužel nutné), a tak se nyní zlepšení zahraničních styků pro studenty aktivně věnuje. Rovněž vkládám naděje do dr. Patočkové, která se stala styčnou osobou pro programy SOKRATES, LEONARDO apod.

Pedagogové cestují velmi mnoho, tam je spíš někdy problém rozhodnout, kdy je ještě cesta pro fakultu přínosem a kdy jde pouze o firemní turistiku. Zatím platí omezení 40 placených pracovních dní v roce, ale to je kritérium z hlediska vyčítenosti na pracovištích zřejmě příliš benevolentní, zejména ve srovnání se západními zeměmi.

*M. Fleissigová*

## **Jak předcházet sebevraždám**

### **O Gotlandské studii na fakultě s dr. Rutzem**

**Ve snaze ukázat učitelům i studentům, že i preventivní medicína může poměrně jednoduchými způsoby zachraňovat lidské životy, uspořádala 3. LF 18. března přednášku „Gotlandská studie“. O svém bádání zaměřeném na prevenci sebevražd na malém švédském ostrově hovořil významný psychiatr dr. Wolfgang Rutz, vedoucí programu duševního zdraví Evropské kanceláře WHO, který přijel na pozvání prof. C. Höschla.**

Na předcházející tiskové konferenci vysvětlil dr. Rutz novinářům, že obecně je deprese endemickou častou nemocí, má vysokou nemocnost a úmrtnost – někdy dokonce takovou jako zhoubná onemocnění. Přitom v některých zemích v Evropě jsou deprese i sebevraždy na vzestupu, ale v jiných zemích sice deprese přibývá, zato sebevraždnost klesá. Zdá se, že rozdíl mezi těmito zeměmi souvisí s rozhodovacím, diagnostickým, léčebným a postvzdělávacím procesem.

Je totiž známo, že jen malá část sebevražd je spáchána z filozofických nebo existenciálních důvodů a že k většině dochází ve stavu klinické deprese. Často však deprese nejsou rozeznány – jenom polovina z postižených se dostane do kontaktu s praktickým lékařem a jenom u 30 procent z nich je deprese rozeznána jako nemoc. Ještě větším problémem deprese, která vůbec není v kontaktu se zdravotním systémem: zvláště muži špatně hodnotí své



pocity beznaděje, neradi žádají o pomoc a přiznávají slabost.

Deprese je obvykle smrtelné onemocnění, protože je dle Rutze málo rozpoznávaná a málo léčená. To se ukázalo na Gotlandu počátkem osmdesátých let, kdy tam byla vysoká úmrtnost na sebevraždy a kdy sami praktičtí lékaři, když se setkávali s mnoha podivnými lidmi, které neuměli diagnostikovat a léčit, přišli žádat o pomoc psychiatry. Když se jim pak dostalo proškolení, do psychiatrických ambulancí posílali o 60 % méně pacientů, hospitalizace na psychiatrii klesla o 70 % a neschopenky na 50 %; nespécifická sedativní léčba byla nahrazena léčbou specifickou antidepresivní. Nejvíce ale překvapil výsledek: sebevražednost na ostrově klesla po třech letech o 60 %. Po několika letech došlo ovšem k „jakémusi vlnicému efektu“, jak řekl dr. Rutz, sebevražd opět přibýlo, ale po „přeočkování“ udržovacími kursy znovu nastal pokles, takže dnes je Gotland místem s nejnižší sebevražedností ve Švédsku.

Tento výsledek však platil pouze pro ženy – místo pěti-šesti drastických suicidů u žen doje v padesátitisícové gotlandské populaci už jenom nejvýše k jedné do roka. Zato se nezměnila sebevražednost mužů. Proč? Zatímco ženy se schoulí do sebe, chovají se utlumeným způsobem a snaží se pasivně přežít, mužská individua se, jak řekl dr. Rutz, snaží odreagovat – jsou agresivní, podráždění, neumějí se ovládat, jsou nespokojeni sami se sebou a s ostatními, jsou neklidní a stávají se břemenem pro ostatní. Nejsou schopni ukázat slabost. A právě kombinace nemožného, psychopatického chování a neschopnost říci si o pomoc, je kombinací život ohrožující. Když tedy muži sami nevstupují do zdravotního systému, pak část gotlandského programu musela být směřována do jiných sektorů společnosti – k policii, daňovým úřadům, sociálním pracovištím, protialkoholickým poradnám a jejich osazenstvo

## UNIVERZITA KARLOVA 3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



UDĚLUJE

### PAMĚTNÍ LIST a MEDAILI

*Dr. Wolfgangu Rutzovi*

ZA VÝZNAMNÝ PŘÍSPĚVEK K ROZVOJI PREVENTIVNÍHO LÉKAŘSTVÍ

V Praze dne 18. března 1999

Předseda Akademického senátu

Děkan fakulty

nutit, aby sami postižené pomáhali hledat. Šlo také o vzdělání rodin a pracovišť, kampaně v novinách, kde popisovali deprese a prosili muže, kteří se poznají, aby šli k doktorovi. V posledních dvou letech výukový program, zaměřený na mužskou depresi, zopakovali, a teď začíná být vidět pokles.

Dr. Rutz si je vědom, že vznik depresí, které mohou vést k sebevraždě, ovlivňuje mnoho činitelů – biologická zranitelnost, trauma z dětství, sociální faktory, případně výchova a tradice. Základní otázkou však je deprese včas rozpoznat a z toho odvíjet další opatření – léčbu ovlivnit lze, ale společenské jevy, jako je chudoba a nezaměstnanost, však lze ovlivnit hůře. V této souvislosti dr. Rutz varoval před nebezpečím, které v tomto směru hrozí zemím, které prodělávají společenský přerod, a kde vzestup depresí není doprovázen vzestupem léčebných a diagnostických možností.

Význam prevence potom v rozhovoru s novináři vyzdvihl i prof. Anděl, když řekl, že jasná klinická prevence se týká každého lékaře – praktického i specialisty. To, že se s dr. Rutzem schodl, dokazuje i jejich společná fotografie.



## **Dopis z Trimeđu - občanského sdružení studentů 3.LF**

*Moji milí,*

*V Praze 4.3.1999*

*byl jsem požádán, abych napsal krátký článek o historii Střeďečnických čajů. Tak jsem jeden lehce zmatený napsal, ale bohudíky se ztratil kdesi v počítačové džungli. Takže si vařím čaj a sedám ke klávesnici znovu.*

*Už nějakou dobu se prý mezi studenty a členy Trimeđu povídalo o jakýchsi setkáních, která by bylo dobré organizovat. Odkud se ta myšlenka vzala, Vám nepovím, ale stoprocentně vím, jak přišla hvězda osvětlení na současnou skupinu organizátorů. Byl jsem totiž jako pozorovatel při tom.*

*Jako mnoho lidí ve škole i nás děsila všeobecná pasivita, „proč s tím někdo něco neudělá“, obvyklá obezlička lenochů. Ale Honza Petráček udělal. Založil Trimeđu. Má jistě několik much a nedodělků, ale umožňuje jedno, o čemž jsem přesvědčen, že by ji-*

*nak nešlo, a to realizovat nápady studentů (teda alespoň některé). Stejně to bylo s čaji. Byl to vlastně hec. Zkusit, kdo je ochoten přijít diskutovat se studenty na jednu malou fakultu. Ale vybalím karty hned teď, byla v tom touha dokázat hlavně sobě, že občanská společnost je to pravé ořechové i pro univerzitní půdu.*

*Jak teď vzpomínám na ty chvíle, kdy se čaje rodily, přejede mi mráz po zádech. A všem se tímto omlouvám. Za ohromnou byrokracií, kterou jsme čaje zatížily. Dost svázaný soubor otázek byl možná dobrý na start, ale přibývajícimi zkušenostmi moderátorů je pomalu opouštěn. Složité systémy rezervací již jsou nyní zredukovány na docela dobře fungující systém: „přijď kdo chceš, jen si před tím vem v Trimedu rezervačku”.*

*Byly to prostě porodní bolesti a je mi jasné, že mnozí z vás nad tím nevěřičně kroutili hlavami, i když přišla jen jedna kritická připomínka.*

*Ale zpátky do středy, čaj voní, svíčky hoří .... Teď si trochu zavzpomínáme.*

*Anděl, Malý, Jelínek, Lux ... předem bychom neuvěřili, že ti všichni přijdou. Přišli. A otevřeli se. Ze svého světa nám ukázali díl, pro který jsme je pozvali. Pro ten díl, který mě tak fascinuje, zkušenosti dobyté bojem se světem a hlavně se sebou samým. Cit pro boj, nebo pro rezignaci. Důvěra v systém, sebe, okolnosti či Boha. Měřítka hodnot. Morálka. Rodina. Spokojenost. To všechno se učíme číst mezi a za slovy našich hostů. Možná to formuje i nás, alespoň doufám.*

*Ještě bych rád připomněl několik lidí, kteří teď zajišťují chod čajů, a kteří doufají ve své brzké vystřídání. Místnost zajistí Bogna, rezervace nachystá Mirek, čaj a cukrlata přichystá Žaneta, proučtuje to Honza, do VNS píše Miša, moderují Bogna, Ota, Honza, Mirek a nově se těšte na Báru, Markétu a snad i Mirka W.*

*A mám ještě jednu poznámku. Ochota, s jakou k nám hosté chodí, mě fascinuje. Nejspíše to vypovídá o tom, že moc podobných akcí není. A je to také další motivace a povídka pro nás. Všem, kteří nám nějak pomohli, nebo jen drželi palce, moc děkuji.*

*Za organizátory Středečních čajů a za Trimed*

*Otakar Jiravský*

*P.S. Hledáme nové lidi, najde se někdo, koho by to bavilo?*

*P.P.S. Kdo přijde dál? Prozradím jen tolik: paní Roithová, otec Štampach a dále ...*

*P.P.P.S. Proč se nepíše ve VNS, VNR o tom, co ten který host řekl, jaký drb jsme se dozvěděli, co bylo fascinující? Nu prostě jednak to patří do toho večera a tomu publiku, jednak by nikdo nebyl schopen napsat ty věci v kontextu, v jakém byly vysloveny.*

## I tancem živa je akademická obec

Dle dostupných ohlasů, které jsem pečlivě sbíral po celou dobu, se ples 3. lékařské fakulty letos velmi povedl. Někteří byli dokonce nadšeni, jiní spokojeni, nedoslechl jsem se o nikom zklamaném. Obavy z neznámého prostředí Národního domu na Smíchově rychle rozptýlilo již honosné foyer. Výstup po nádherně osvětleném širokém schodišti (dalo se na něm i docela dobře zabloudit) navodil snad v každém návštěvníkovi slavnostní náladu, umocněnou později vstupem do plesových sálů plných tónů tanečního orchestru.



Během slavnostního zahájení přivítal pan děkan prof. Michal Anděl prorektory Univerzity Karlovy prof. Petra Čepka a prof. Pavla Klenera, děkany dalších dvou pražských lékařských fakult doc. Petra Hacha a doc. Martina Bojara a další vzácné hosty z půdy akademické i zástupce sponzorů.

Bohatý program nenechal žádnou přestávku před půlnocí nevyplněnou. Hosté shlédli ukázky formace standardního tance, formace latinskoamerického tance, vystoupení závodního tanečního páru a vystoupení pěveckého sboru Sonaglio.



Předpůlnoční program zakončilo slavnostní slosování prvních pěti cen tomboly:

1. dvě letenky do Nice – od GTS International,
2. fonendoskop Ka-We za 4500,- Kč od firmy IBC Medica,
3. sada Mikulských vín od firmy Egretta napoje,
4. sada nožů za 3 000,- Kč od firmy Zepter,
5. poschod'ový dort od IPVZ.

 **GTS**  
international

**IBC**

I.B.C. MEDICA, A.S.



Parket velkého sálu, přestože zde bylo umístěno naprosté minimum stolů, byl nabitý tancechtivými studenty a pedagogy až do závěru plesu ve 2.00 hodiny. Paralelně se o patro níže rozezvučela diskotéka a v umělé mlze v odlesku barevných světel jste mohli spatřit v rytmu (i mimo rytmus) svíjející postavy se krásných dívek a statečných chlapců. O půl jedenácté se diskotéka změnila v koncert tří studentských skupin – Lachout (Olympic), Helfish a Ultrasonix, kteří nastupovali v hodinových intervalech. Počáteční obava z tvrdosti hudby produkované zejména skupinou Helfish se nakonec ukázala ne tak hrozivou, protože i na ni se odvážilo několik párů tancovat.



Přestávky mezi tancem byly příležitostí pro neformální rozhovory – např. profesorů M. Anděla a P. Klenera.





Celou akci za pomoci fakulty a s prispěním sponzorů zabezpečilo sdružení studentů 3. LF UK Trimed. Přeji krásné jaro a léto a těším se nashledanou na třetím plese Třetí lékařské fakulty

*Jan Petráček*

## Psáno při korekturách ...

V kapitole Studia radí pan profesor Höschl méně zkušeným vědcům jak napsat vědecký článek. Podle módní terminologie je to jakási “kuchařka” pro začínající vědce – jako každý návod vypadá pro někoho možná jednoduše, pro jiného složitě, ale ani ten sebedokonalejší recept nevypoví nic o námaze na sepsání článků vynaložené.

Ono totiž zpočátku vypadá všechno jednoduše – když se sežene pár příspěvků a dají se dohromady do počítače, pak se to odnese grafikům, aby to vypadalo úhledně a nakonec se už jen čeká, až tiskárna dodá hotové časopisy. Jenže k tomu všemu je zapotřebí pomocníků: v případě časopisu autorů, ochotných cosi napsat (pro časopis fakultní dokonce zdarma, jen pro čest a slávu) a osobností, obětujících hodinu času a trpělivě odpovídajících nad diktafonem na otázky, i když třeba nejsou vždycky zrovna nejinteligentnější. Nutno podotknout, že v minulém roce se až na naprosté výjimky našlo dostatek ochotných autorů i interviewovaných, a tak je především jejich zásluhou, že se v poště děkana fakulty objevily pochvalné dopisy, které naleznete na dalších stránkách časopisu.

Také letos by VNR ráda dobře prezentovala 3. lékařskou fakultu a doufá, že se jí to podaří – naději přitom vkládá nejenom v pokračující vstřícnost vedení fakulty a pedagogů vůbec, ale i v redakční radu, do níž děkan prof. Anděl jmenoval M. Hábovou, J. Potočkovou, B. Godulovou a J. Petráčka. Ostatně J. Potočková se už svými návrhy obálek na podobě časopisu podílela a studenti (i mimo redakční radu) přispěli k obsahu nejenom jako autoři (např. J. Petráček, Š. Vaculín, I. Konečná), ale i jako překladatelé (K. Porubská), jimi pomohli alespoň radou nebo donesenými obrázky.

To, jaká to je pomoc, začíná být zjevné nejprve při korekturách, kdy se z počítačové formy vylupuje konečná podoba časopisu. Snad se vám VNR 1/99 bude líbit a snad příště přispějete i vy: uzávěrka červnového čísla je 5.5.1999. *(Redakce)*

# Z korespondence

## AKADEMIE VĚD ČESKÉ REPUBLIKY

PŘESEDÁ

Vážený pan

Prof.MUDr. Michal ANDĚL  
děkan 3. Lékařské fakulty UK

P r a h a


V Praze dne 19. února 1999

Vážený pane děkane,

Váš dárek mi opravdu udělal velkou radost. Stačilo letmé prolistování, abych Vám mohl dát za pravdu, že s ním strávím pěkné chvíle. Máte být vskutku na co pyšný.

Nechť se Vám i nadále dílo daří!

Se srdečným pozdravem

Vas  


Prof. Dr. Rudolf Zahradník



# Z korespondence



DĚKAN  
PEDAGOGICKÉ FAKULTY  
UNIVERZITY KARLOVY V PRAZE

V Praze dne 8. března 1999  
D/44/99/S

Spectabilis, vážený pane děkane,

děkuji Vám za milý dárek - svazky čtvrtletníku Vaší fakulty.  
Jde o podnětné čtení a tak k upřímnému poděkování připojuji  
i neméně upřímné blahopřání.

V úctě a s pozdravem

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Z. Helus'.

prof. PhDr. Zdeněk Helus, DrSc.

Vážený pan  
Prof. MUDr. Michal Anděl  
děkan  
3. lékařské fakulty UK  
Ruská 87  
100 00 Praha 10 - Vinohrady

---

# **VYKŘIČNÍKY**

---

DROGY, DOPING

## Vadí – nevadí „protidrogový zákon“?

V jedné ze střeďečních Arén, diskusního pořadu na ČT 1, byly na programu drogy a otázka, zda je protidrogový zákon špatný a je třeba jej změnit. V úvodu pořadu připomněl moderátor Václav Žmolík rozruch kolem zákona, který v době vysílání pořadu platil 28 dní. Zmínil se přitom o petici proti této normě, již podepsalo několik tisíc lidí a uvedl, že mezi jejími signatáři byl Ivan Langr, Richard Falbr, Lenka Procházková, Stanislav Penc, Ivan Havel, Martin Bursík. Poté představil tři osobnosti, které hodlaly zákon obhajovat. JUDr. Dalibor Matulka, poslanec za KSČM přišel s heslem: „Proti jsou ti, kteří mají zájem na zachování drogového trhu“. Pavel Severa, poslanec za KDU-ČSL tvrdil: „Drogy berou svobodu nejenom jednotlivcům, ale celé společnosti. To, že by dávaly svobodu, je přežitěk.“ Ná-městek primátora města Liberce Jiří Vacek mínil: „Dopady neúspěšné protidrogové politiky nevyřeší pseudoliberalní postoje.“

**S cílem přesvědčit diváky, že protidrogový zákon je špatný a že se musí zrušit, se do horkého křesla posadil lékař, který založil jedno z prvních středisek na pomoc narkomanům, bývalý ředitel sekretariátu Meziresortní drogové komise vlády ČR a současný starosta Prahy 6, MUDr. Pavel Bém:**

**Moderátor:** Proč jste podepsal petici proti platnosti protidrogového zákona?

**Bém:** Užívání drog bez lékařského předpisu je věc špatná, nebezpečná. Jako lékař jsem viděl příliš mnoho lidského utrpení, abych si myslel něco jiného a každá země musí udělat maximum, aby se nebezpečí bránila. Jsem přesvědčen, že zákon vším tím dobrým přínosem není. Zaprvé kritizují neobyčejně vágní formulace skutkové podstaty trestného činu: množství větší než malé. Druhým klíčovým argumentem je skutečnost, že současný zákon umožňuje postihovat zaprvé distributory, u kterých není možné prokázat, že skutečně drogy prodávají, za druhé také konzumenty. Považuji za morálně nepřijatelné, aby konzumenti byli házeni do jednoho pytle s distributory, aby byli oběti považováni za zločince. Třetím argumentem je skutečnost, že neexistuje žádná statistická evidence, která by potvrdila, že konzumenty drog je možné „lčít“ pomocí trestní represe. Pokud pánové zde předloží jediný statistický argument, který to potvrdí, já jim podám ruku a odejdu z tohoto křesla. Pro politiky možná nejdůležitějším, tedy čtvrtým argumentem je skutečnost, že nový zákon zatíží velmi orgány činné v trestním řízení (policii, soudy), a nejsem přesvědčen, že si v současné době toto zatížení můžeme dovolit. Peněz na protidrogovou prevenci je tak málo, musíme investovat především do oblasti potlačování výroby, prodeje, distribuce, ale peníze se podle zákona, který dnes platí, musí investovat na trestní represí proti konzumentům drog; navrhuji především návrat primární protidrogové prevence, předcházení drogovému problému, aby byl léčen.

**Vacek:** Vi pan starosta o tom, že ve Spojených státech klesl počet prouživatelů drog za poslední tři roky o 43 procent? To je statistika, kterou od nás pan doktor žádal.

**Moderátor:** To bylo díky tvrdému postupu?

**Vacek:** Je to tak. Jestli se tomu někdo směje, je to pravda.

**Bém:** Já to musím trochu poopravit. Ve Spojených státech se vyvíjí v posledních 30 letech drogová scéna docela dramaticky. Takže na počátku devadesátých let rozsah prvokonzumentů a vůbec uživatelů drog narůstal a skutečně pan Jirka Vacek má pravdu, že v devadesátých letech se zpomalil a kolem let 93-94 zastavil. Ale tvrzení, že to je způsobeno trestní represí, je myslím až trošku bláhové, protože sami Američané to interpretovali jako výsledek komplexního primárně preventivního působení, protože v USA se nezměnil v té době žádný zákon. Naopak tam po r. 95 došlo opět k nárůstu prvokonzumentů a dnes Američané tvrdí, že vývoj drogové scény prochází v jakési sinusové křivce.

**Moderátor:** Důležité faktory?

**Bém:** Systematická primární prevence, která začínala už ve věku školním, prevence v komunitě, komplexní působení ve škole a volnočasových aktivit, samozřejmě programy pro děti, pocházející z rodin, které jsou nějakým způsobem rizikové, mající před sebou pravděpodobnou trajektorii v trestné činnosti.

**Moderátor:** Dočetl jsem se, že prevence by měla začínat už v předškolním věku.

**Bém:** Ve Spojených státech funguje celá řada preventivních programů. Nejenom v USA, ale v Evropě a dokonce i v České republice máme několik poměrně zajímavých programů. Nemyslím, že primární prevence musí vždy začít v mateřské škole. Kde musí začít, je první, druhá třída základní školy.

**Matulka:** Rád bych se pana doktora zeptal, zda je opravdu přesvědčen, že zákon je namířen proti konzumentům drog, nebo spíš smyslem je, aby takových konzumentů nebylo nebo ubylo. A kdybyste měl pocit, že je ta novela zamířena proti konzumentům drog, jestli máte takové poznatky za prvních 28 dní účinnosti zákona. Mnozí lidé strašili, že od 1. ledna budou stát před všemi léčebnými centry kordony policistů a budou zatýkat závislé na drogách.

**Bém:** Myslím, že předkladatelé zákona - a vy jste jedním ze spolunavrhovatelů, že ani vy jste si nekladl za cíl protidrogové politice uškodit. Jsem přesvědčen, že váš cíl byl pokusit se zakročit proti distributorům a že vaším cílem nebylo pozavírat všechny uživatele drog. Ale zapomněli jste na důležitou věc, že co je napsáno v liteře zákona, v ČR platí. Víte, že naše trestní právo vychází z principu legality a oficiality, to v praxi znamená, že je-li skutková podstata trestného činu naplněna, je povinností státního zástupce stíhat. Jestliže nestíhá, dopouští se trestného činu. A je problém v takovém případě říkat, že ten, kdo drží množství drogy větší než malé, se dopouští trestného činu. Pak bez ohledu na to, jestli je konzument nebo distributor, musí být podle zákona stíhán. Říkáte, jaké jsou poznatky z praxe - už jsem slyšel, že sice policisté nestojí před všemi centry, ale že se tu a tam vyskytnou před kontaktním centrem v Praze-Holešovicích. Slyšel jsem, a to už jsou informace, které je možno statisticky potvrdit, že se snižuje počet uživatelů drog, kteří docházejí do léčebných center. To je špatné, protože my chceme pokud možno největší počet léčit. Určité signály, že to neběží tak, jak

byste si asi přál, tady jsou, ale musíme si ještě počkat na serióznější statistické informace.

**Severa:** Budu reagovat na některé věty: počet lidí v kontaktních centrech se snižuje. Naopak v Mělnice se počet lidí zvýšil, protože mají zájem o možnosti léčby. To znamená, že to je prevence. Státní zástupci – vím, že státní zástupci, policisté, soudci, procházejí školením, aby nedocházelo k nějakým nejednotnostem. Mám signály od státních zástupců z východních Čech, že nemají problém. Pak mám konkrétní otázku: Když hovoříte o lidských právech, myslíte, že byste se jako lékař neměl zastat osob, které si zdraví sami nezničili, např. diabetici, kteří nic neprovedli, a dnes jsou nuceni si na svůj inzulín doplácet? Myslím, že tam bychom se měli ptát, kde jsou lidská práva. Když říkáte, že je nejasné množství, byl jsem na gymnáziích v Hradci Králové a Poděbradech, a když jsem se tam ptal, jestli množství větší než malé je dvacet cigaret marihuany, tak vrtěli hlavou, proč tak velké množství, že tak velké množství nikdy sebou neměli.

**Bém:** Pane poslanče, to je vaše množství. To vůbec není množství, se kterým bych já souhlasil. Ty tabulky ukazují, že můžete beztréstně držet deset dávek halucinogenů, to by vás pravděpodobně vyřadilo z parlamentu na čtrnáct dní.

**Severa:** Co vám na tom množství vadí, když je i pro vás vysoké? A když víme, že to je množství, kterým se orientačně policisté budou řídit, a jsou v tom školeni?

**Moderátor:** Při sestavování té tabulky byl údajně zástupce meziresortní komise.

**Bém:** To je tabulka, se kterou jsem byl seznámen, až když spadla a byl jsem jeden z těch, kdo ji velmi kritizovali právě za nevyváženost ve vztahu k jednotlivým druhům drog. Ale musím zareagovat na pana poslance Severu: pane poslanče, v tom je asi váš problém, protože si zřejmě myslíte, že když sedím v tomto křesle, obhajuji lidi, kteří berou drogy a přál bych si, aby jich mohli držet maximální množství. Já říkám, že máme pravděpodobně stejný cíl, a to ten drobný prodej snížit, akorát že vy k němu jdete nešťastnou cestou. Má-li si někdo vytvořit právní povědomí o tom, co se smí a co se nesmí, tak by mu mělo být řečeno, co je to vlastně ten zákon a jak se orientovat. Slyšel jsem říkat: pane doktore, to je bezvadné, od Nového roku můžeme legálně držet drogy, protože v malém množství se nám nic nemůže stát. Vy jako překladatelé zákona jste si přáli, že když se uzákoní trestnost držení drogy, tak aby se mladí lidé báli, respektovali zákon a drogy nebrali. Ale jak vidíte, tak ta právní formulace je strašně -

**Moderátor:** Dovolíte si tipnout, jak by ta právní formulace podle vás měla znít?

**Bém:** Aby přímo v zákonu byla vymezena v rámci jednotlivých kategorií drog nějaká pomyslná hranice, nad kterou už ten dotyčný páchá trestný čin, nebo nad kterou přestupek, ale ani to by nebylo šťastné. Předkladatelé zákona se zmýlili ještě v jedné věci: pravděpodobně mylně předpokládali, že ustanovením obecné trestnosti držení drogy zásadním způsobem ovlivní celou drogovou problematiku. Ne, ta drogová problematika je mnohem složitější. Úplně jiná věc by byla, kdybyste v parlamentě schválili některé z návrhů, které umožňovaly v rámci výkonu trestu léčeni.

**Vacek:** Vždyť to tak je, pane doktore.

**Bém:** Mýlíte se, v rámci zákona, který byl původně předkládán vládou, byly předloženy i návrhy, které umožňovaly zavedení institutu alternativního, ochranného léčení. To jsou instituty, které už byly dlouho, ale bavím se o zakotvení alternativy v rámci trestního zákona.

**Matulka:** Žijete stále v omylu, že ten člověk musí být vždycky trestán vězením. Tam je 14 trestů, které se mohou použít, a teprve ten patnáctý je trest odnětí svobody, předtím je odebrání věci, uložení pokuty odebrání řidičáku...

**Bém:** Dáváte mi jakýsi seznam, který je pravděpodobně průřezem všech možných ustanovení, které je možno použít. Ale já se s vámi bavím o trestném činu držení drogy v množství menším než malém. To, co mi nabízíte, není o trestném činu, to je o přestupku.

**Dotaz z publika:** Pracuji v Drop in, setkávám se s klienty na ulici. Od Nového roku obrovsky vzrostla agresivita policistů.

**Bém:** Já si dovolím trochu hájit policisty. Oni to také nemají lehké, dostali nový zákon a pochopitelně hledají cesty. Ale nepochybně má tazatel pravdu, že nový zákon přináší jednu podstatnou změnu do drogové scény, která přinese obrovské zatížení pro celou trestní justici a vlastně pro celou společnost: bezprostředně sníží dostupnost drog a zvýší ceny drog na černém trhu. To by se na první pohled mohlo zdát dobré, ale ve skutečnosti to povede k tomu, že paradoxně naroste majetková trestná činnost, která je páchána v souvislosti s drogami jenom proto, aby závislý získal finanční prostředky na svou denní dávku. Nepochybně, a to jsou důkazy ze Spojených států a ze zemí Jihovýchodní Asie, kde jsou uplatňovány násilně represe i proti konzumentům, narůstá trestná činnost, která se samozřejmě potom může projevit v trestných činech, dokonce i vraždách. A to je možné v rámci důsledků přijaté novely v historicky krátké době očekávat.

**Vacek:** Pane doktore, vy jste ten zákon připomínkoval, když jste ještě pracoval v komisi a na ministerstvu vnitra, to je fakt. Druhý fakt je pokrytectví, které celé roky provozujete. Místo toho, abyste žádal zrušení smluv, které máme na mezinárodní úrovni, žádáte neustále jenom vaši jakousi vizi. Víte, že jsou mezinárodní dohody, které nás k tomuto zákonodárství předurčují, pokud ne hned, tak až vstoupíme do Evropské unie. Domníváte se, že je možno se zabývat drogově závislými, tedy jenom těmi, kteří jdou do léčby a kontaktních center dobrovolně, nebo je povinnost, abychom se starali o ty, kteří jsou na tom zdravotně špatně a kterým třeba právě díky zachycení policie umožníme zdravotní léčbu? (*Pískot.*)

**Bém:** Znáám Jirku Vacka už 8-9 let, zná nepochybně mezinárodní konvence i autentické komentáře k těmto konvencím, a ví, že poslední komentář z roku 1988 říká, že signatářské státy jsou povinny kriminalizovat držení drog s výjimkou držení drogy pro vlastní potřebu. Já jsem si přinesl materiál, který je poměrně zásadním prohlášením EU, a v tomto textu se říká – pokud se týče držení drogy pro vlastní potřebu, zcela jednoznačně jsou upřednostňovány léčebné, resocializační a reaktivizační aktivity; co se týče závislých, kteří se dostanou do výkonu trestu, všeobecně v zemích EU se dává přednost

léčebným alternativám. Problém zákona tkví v tom, že si přejete, aby to tak bylo, ale už jste to nestačili napsat.

**Publikum:** Tvrdil jste, že ve vězení nelze nikomu pomoci. Ale na přednášce jste tvrdil, že ve věznici jsou srovnatelné výsledky s normální léčbou. Také jste říkal, že pokud vám někdo ukáže takovou statistiku, tak odejdete. Prosím vás, abyste odešel.

**Bém:** Pan Vereš má pravdu. To, o čem, jsem hovořil na přednášce, to nebylo použití represivních metod, ale právě těch alternativ, rezidenčního léčebného pobytu uvnitř výkonu trestu.

**Moderátor:** Když jste odsouzen za trestný čin, který nesouvisí s drogami?

**Bém:** Když souvisí s tím, že jste si sháněl na denní dávku drogy jinou majetkovou kriminalitou. Léčíte-li se ve výkonu trestu, tak statistika, o které jste se zmiňoval, ukazuje, že jeden ze dvou, kteří opouštějí takový léčebný program, nebere drogy do 5 let po výkonu trestu. Pakliže je mu nabídnuta další následná péče poté, co opustí výkon trestu, pak ta efektivita je ještě větší. To nám říká, že se nemusíme vzdát naděje, když ten člověk je ve výkonu trestu. Pokud neposkytneme ten léčebný proces, vrací se 98 procent uživatelů drog ke svému původnímu životnímu stylu.

**Vacek:** Proboha přestaňte alespoň lhát!

**Matulka:** To byla odpovědnost pana Béma, aby se to zavedlo. Proč pan Bém dobře nevykonával svou činnost?

**Bém:** Já část té odpovědnosti беру, říci, že jsem zavedl alternativní program ve věznici na Borech, to by bylo ode mne příliš neskromné -

**Vacek:** - to jsem vybudoval já!

**Bém:** Já se tím nechlubím, ale bohužel je léčebných programů málo.

**Matulka:** Poslední koncepce skončila v roce 96 a váš úřad nepředložil novou koncepci.

**Bém:** Zaspal jste v roce 96 a teď se probouzí jako Šípková Růženka, vláda schválila svým usnesením v únoru 1998 koncepci a program protidrogové politiky na období let 1998-2000, koncepce platí, je závazná pro všechny resorty, ministr spravedlnosti má v povinnosti vytvořit alternativní léčebné programy pro osoby ve výkonu trestu do roku 2000, 200 lůžek.

**Moderátor:** V tomto okamžiku je jich kolik?

**Bém:** V tomto okamžiku je v Plzni na Borech poměrně obsáhlý léčebný program, poslední informace je, že těch lůžek je tam 90, ale viděl jsem 40, je to slibný a dobrý program.

**Matulka:** Potřebuji požádat pana doktora, aby přestal mystifikovat nás i diváky. Podívejte se, vy se tváříte, jako kdybyste nevěděl, že to máme zavedeno. Zapomněl jste na to, že je trestné nedovolené držení drog. Soud může upustit od potrestání a přikročí se k léčbě, jestliže je účinnější. Víte, že to existuje, celou dobu se tváříte, že to radí Evropská unie a my na to kašleme, a my to máme zavedeno dávno. Citoval jste ze zákona, patrně omylem, že držení většího než malého množství, a zapomněl jste na přívlastek

„nedovolené“ držení je trestné. Vy nějak častěji zapomínáte uvádět ten přívlastek, protože osoba nemocná dokonce může mít třeba drogu na lékařský předpis. To jako lékař možná potvrdíte, možná vyvrátíte, ale myslím, že tomu tak je. A to dobře víte. A třetí, čím nemystifikujete diváky - snažíte se vyvolat dojem, že mluví-li se o trestním právu, pak se to rovná represe. Chci se zeptat, zda si upřímně myslíte, že trestní právo, zákon, jsou ryze věci represe, nebo zda také vnímáte preventivní stránku funkce trestního zákona. Vidíte v tom alespoň nějakou preventivní část?

**Bém:** Přestože nejsem právník, vím, že podle § 1 tr. řádu je jedním z účelů zákona předcházení trestné činnosti. Bohužel v tomto případě se to vám to příliš nepodařilo, pane poslanče. V té druhé věci musím bohužel zacitovat, a než to učiním, tak se zeptám, zda je pro vás důvěryhodný materiál, který zpracovali právníci ministerstva spravedlnosti? Ten materiál se jmenuje K otázkám negativních dopadů novelizace tr. z. týkající se drogové kriminality, dovolím si zacitovat, abych nebyl napaden za mystifikaci: „Pokud státní zástupce zjistí, že s ohledem na konkrétní stupeň společenské nebezpečnosti je skutek trestním činem, a neexistuje zákonná překážka vylučující trestní stíhání, je povinen takový čin stíhat a jen za zákonem stanovených podmínek navrhnout zastavení. § 65 tr.z. účinná lítost, § 307 tr. řádu: podmíněné zastavení trestního stíhání.“ A to všechno, pane poslanče, o čem jste mluvil, sem nepatří. Upuštění od stíhání, narovnání atd. nepřichází v úvahu. V tento okamžik – a omlouvám se, že to říkám, jste mystifikoval vy.

**Matulka:** Pane doktore, já si asi doplním lékařské a vy si doplíte právnické vzdělání!

**Publikum:** Stále hovoříte o tom, že chcete léčit, o programech preventivní léčby atd., ale jak chcete donutit silně závislého narkomana, který má rozloženou psychiku, není schopen činit důvěryhodná rozhodnutí, jak ho chcete donutit bez soudního rozhodnutí, bez soudem určené ochranné léčby, aby se léčil dobrovolně? Vždyť v tomto státě všechno závisí na dobrovolnosti! (*Smích*) Každý lékař vám řekne: Je to dobrovolné, když chce, může tady být 14 dní, ale on odejde. Jaké procento narkomanů se dobrovolně rozhodne tu léčbu dokončit?

**Bém:** To je klíčový dotaz, kdyby padl na začátku, dostali jsme se dál. Donutit někoho dobrovolně se léčit nelze. A to platí o závislosti jak na drogách, tak na tabáku, alkoholu, to platí o zdravém životním stylu. Nemůžete nikoho dobrovolně donutit, aby nejezl tlusté vepřové, on sám musí nejdřív chtít. Já vám musím říci jako lékař, že samozřejmě známe metody jak, motivační trénink, obecně platí, že čím dřív, tím větší šance, že podchytíte motivaci toho dotyčného. V okamžiku, kdy ji nemáme, tak nevyлéčíme. Je to smutné, kdybychom si mysleli, že nařízením povinné léčby věc vyřešíme, tak také nevyřešíme. Máme statistiky, že nařízená, povinná léčba, nepřinese ten příslušný efekt. Člověk, který je uvězněn, a dostane nabídku: buď se budeš léčit, anebo ne, ale je to tvoje rozhodnutí, on se také rozhodne dobrovolně, tak tam je ten zárodek motivace. Samozřejmě v okamžiku, kdy do léčebného centra přijde matka, že její 17letý syn se nechce léčit, nezbyvá než se obrnit trpělivostí, bohužel, a intenzivně se snažit pracovat s motivací syna resp. pacienta a doufat, že se k léčbě rozhodne. V okamžiku, kdy se k léčbě rozhodne, stejně nemáme vyhráno, protože závislost je chronická, recidivizující



onemocnění, vrací se - je to tak, že se rozhodne léčit, bude se léčit, začne abstinovat a pak se zase do té závislosti vrací.

**Moderátor:** Nepoužívat žádné donucovací prostředky?

**Vacek:** Dostat člověka z vězení do terapeutické komunity. Je možné, že získá motivaci.

**Moderátor:** Musí chtít do té komunity?

**Vacek:** Ne, vždy volí alternativní trest. Já bych vám navrhl: vy jste teď starostou Prahy 6, udělejte z Prahy 6 volnou zónu pro drogy, uvidíme, jak lidi, kteří se tam pohybují, kteří tam žijí, budou s vámi spokojeni. Možná že zkušenost, kterou jste předváděl 8 let, nahradíte jinou. (*Pískot, dupání.*)

**Bém:** Pane inženýre, to jsou podpásové argumenty, já k tomu mohu říci jedině: nedoporučím ani abyste to dělali u vás v Liberci. (*Poitlesk.*) Ale poradím vám, co můžete dělat v Liberci, a co částečně děláme v Praze 6.

**Vacek:** Devět let jste nám radil, a dostali jsme se s republikou v drogách tam, kde jsme, devět let jste nám radil!

**Bém:** Poradím vám, co můžete dělat v Liberci, a co budeme dělat v Praze 6. Máme 19 základních škol, městská část vyčlení určité finanční prostředky a podpoří primární preventivní aktivity v těchto školách s cílem a přáním, že jednou ty děti, co jim je sedm, osm, devět, tak až jim bude sedmnáct, budou vědět, ne že drogy jsou špatné, ale že oni sami je nechťejí brát a že je ani nepotřebují brát. Samozřejmě takto investované finanční prostředky se nám všem i vám v poslanecké sněmovně i vám v Liberci stonásobně vrátí. Americký prezident Kennedy říkal, že 1 gram prevence vyváží 1 kilogram terapie a 1 tunu zákonné represe, a to dodnes platí.

**Moderátor:** Zvítězil jste pane doktore, přesvědčil jste 9413 telefonujících diváků, že protidrogový zákon není dobrý. Nepřesvědčil jste 3939.

(Částečně redakčně krácený a upravený záznam diskusního pořadu ČT 1, vysílaného 28.ledna 1999.)



**Důležité pro dámy!** *Kdo chce mít krásnou a jemnou pleť necht používat prvotřídní naše praeparáty*

*Oriental Email Crème*, co podkožní krem pod poudr. Působí hebkou jemnou pleť. Kelímek K 17—.

*Okurkový Crème*, proti červenání nosu a rukou, jakož i drsné pleti. Kelímek K 7—.

*Crème Episma*, zaručený prostředek proti pihám, velmi účinný též při hnědých skvrnách obličje a rukou. Kelímek K 15— a K 20—.

*Jour Crème* poudr, jemně parfumovaný proti lesklé pleti. Kelím. K 17—.

*Rouge en Crème* mastná červená, neškodná pleti. Kelímek K 9—.

*Kysl. písko-mandlové otruby*, proti mastné, poresní pleti, místo mýdla. Dosa K 8—.

*Ital Crème* pro vzrůst a ztmavění obočí. Kelímek K 12—.

*Crème de Beauté* — emulguje a zjemňuje pleť, ničí uhry a nečistoty obličje, kryje nenápadně vrásky. Kelímek K 6—.

*Vlasová voda „Ryz“*, antiseptická a silící vlasovou půdu. Láhev K 12—.

*Kopřivová voda Vlasová*, proti šupinám a vypadávání vlasů. Láhev K 14—.

**INSTITUT DE BEAUTÉ À LA PARIS**

Praha-II., Václavské nám. 6, mezzanin. 102

Žádejte brožuru (80 h ve zn.) »Přirozené péstění krásy.«



## **Kde vlasu není, nenaroste!**

Pouze tvoření lupů, vypadávání, štěpení a šedivění vlasů i vousů lze rádným pěstěním na základě zdravotvědy jednoduše a jistě zameziti: jemný řídký vlas a vous sesílí i zhoustne, Dopište si o praktické poučení, které co odborník po mnohaletých zkušenostech sepsal Vít Malec, Praha-Košíře, villa „Vlasta“ Č.S.

## **Je MUDr. Hnízdil Mefistem, nebo reformátorem?**

### **DOPING V ARÉNĚ**

**Téma: Přesvědčil vás MUDr. J. Hnízdil, že trestání sportovců za doping nelze opírat o pouhý nález zakázané látky v jejich těle bez dokázání jejich viny?**

Místo: ČT 1

Čas: 21.ledna 1999

Osoby a obsazení:

Muž v křesle: MUDr. Jan Hnízdil, primář rehabilitační kliniky

Oponenti: RNDr. Jan Chlumský, Antidopingový výbor ČR („Nález zakázané látky v moči je konečným důkazem“)

MUDr.Pavel Jurák, předseda lékařské komise ČOV („Lékař, který podává doping, se stává sluhou, a nikoliv pomocníkem“)

Mgr, Šárka Kašpárková, atletka („Přistoupila jsem na pravidla sportu, ne na doping“)

Moderátor: Václav Žmolík

#### **Libreto:**

**Hnízdil:** Situace je naprosto kuriózní, když někdo požije alkohol, jsou vyšetřovací orgány povinny vyšetřit všechny okolnosti a následně hodnotit jako nedbalost nebo vědomost.

**Kašpárková:** Znáám vaše citáty – váš názor je ten, že každý, kdo chce provádět vrcholový sport, musí přistoupit na cestu doping. Já jsem přistoupila na pravidla sportu, ale ne na doping. Myslíte, že každý, kdo ve sportu něco dokázal, musel brát doping?

**Hnízdil:** To je mylné, konstatuji, že doping je realitou vrcholového sportu, což potvrdila Tour de France, a že současný systém je nefunkční.

**Kašpárková:** Myslím, že sportovců, kteří neměli problém s dopingem, se to velice dotkne.

**Hnízdil:** Pracoval jsem jednu sezónu u italského profesionálního cyklistického týmu, tam je doping na nejvyšší úrovni typu erythropoetinu masovou záležitostí. V souvislosti s loňskou Tour de France si myslím, že je to důkaz, že současný systém kontroly je naprosto neúčinný. Po každé etapě byla prováděna kontrola, žádný nález nebyl pozitivní. Kdyby náhodou nebyl na hranicích přistižen masér s kufrem plným erythropoetinu, pak by se toho nechopily policejní orgány, protože ve Francii je doping kriminalizován, a nikdy by nezjistili, že čtvrtina účastníků používá doping.

**Žmolík:** Jakto že nebyl zjištěn?

**Hnízdil:** Erythropoetin je látka, která podporuje tvorbu červených krvinek, je to v současnosti nejvyšší nesmírně účinný, ale nebezpečný doping. Je to látka, která je uvedena na seznamu zakázaných, ale v moči, ani při odběru krve ji nelze analyzovat.

**Žmolík:** Čili není možné ji dokázat?

**Hnízdil:** Ne.

**Žmolík:** Kolik vrcholových sportovců dopuje? Dá se to zjistit? Existují nějaké odhady?

**Hnízdil:** To se odpovědět nedá.

**Kašpárková:** V novinách se objevily skandály, ale nepíše se už o tom, kolik závodníků se zúčastnilo kontrol a kolik jich bylo v pořádku, protože to není zajímavé.

**Žmolík:** Kolik je u nás prováděno kontrol?

**Chlumský:** U nás je řádově kolem 900 kontrol ročně, z toho za posledních šest let je jedna a půl až ke dvěma procentům pozitivních. Jistě nám mnoho nepoctivců uniká, neděláme si iluze, samozřejmě erythropoetin je látka, která není zjistitelná. Ale před dvaceti lety existovaly anabolické steroidy, a ještě nebyly analytické metody, které je spolehlivě prokázat mohly. Vždycky je tady nějaký skluz. Ale rozhodně se nejedná o desítky procent.

**Hnízdil:** Já myslím, že to, co se ukázalo na Tour de France, když se obrovské množství účastníků po výsleších a prohlídkách na pokojích přiznalo, že doping používalo, je, že látky, které je schopna dopingová kontrola analyzovat, se už neužívají. Od nich se ustoupilo. Dnes je doping na nejvyšší úrovni. To jsou perfidohormony, růstový hormon, hormony nadledvin.

**Žmolík:** Co nandrolon – anabolikum, které bylo objeveno u Petra Kordy?

**Chlumský:** U nás za loňský rok byl nandrolon v 18 pozitivních nálezech. To je poměrně vysoké číslo, a to není náhoda.

**Hnízdil:** Systém neumožňuje sportovci absolutně žádnou možnost obhajoby v případě, že byl učiněn pozitivní nález. Například byl pozitivně testován sportovec, a nevěděl, jak se to mohlo stát. Pátrali jsme, jakým způsobem se ta látka mohla do jeho těla dostat. Konzumoval potravinový doplněk, určený pro sportovce, běžně dostupný v prodeji, schválený státním zdravotním ústavem. Nechali jsme tento doplněk testovat, dvě nezávislé analýzy prokázaly, že tento přípravek obsahuje efedrin. Tento fakt nebyl na originálním balení ani příbalovém letáku uveden. České vedení kontaktovalo amerického výrobce a ten vydal prohlášení, že skutečnost, že tento přípravek obsahuje efedrin, nebyla uvedena, a proto nemohli být sportovci informováni. České zastoupení výrobce se cítí být za situaci zodpovědné a všem posti-

ženým sportovcům se omlouvá. (*MUDr. Hnízdil potom líčí anabázi dotyčného sportovce, který se odvolával od cyklistického svazu přes ČSTV, ČOV, ministerstvo školství až k prezidentovi CUC a k lordu Samaranchovi. Nikdo nebyl kompetentní, takže se obrátil na arbitrážní soud v Lausanne. Odtamtud byl odkázán opět zpět, ke svému domovskému svazu, takže je opět na začátku "u největšího byrokrata."*) V rámci sportovních institucí nemá sportovec absolutně žádnou možnost dosáhnout očistění svého jména bez ohledu na to, že nezvratně dokáže svou nevinu. Jediná možnost, která se nám jeví, je jít cestou civilního soudu, protože tento systém trpí tak závažnými právními vadami, že je možné a zcela reálné soud vyhrát (*potlesk v publiku*).

**Jurák:** Pan doktor Hnízdil, než začal uvádět tento příklad, řekl, že systém boje proti dopingu je u nás zvrácený; to je ukáзка zvrácenost, závodník měl prostě smůlu, že požil něco, co obsahuje něco zakázaného.

**Žmolík:** Máme v publiku výškaře Tomáše Janků, to byl myslím podobný případ: požil jí nápoj, ve kterém byl efedrin. Nicméně rozhodnutí tvého svazu bylo jiné.

Z publika **Tomáš Janků:** Já musím souhlasit s tím, co říkal pan doktor. Všichni se ke mně postavili tím samým způsobem, jak bylo uvedeno, ale bohudík se změnila zásady, dostal jsem pouze podmínku, zrušení závodu. Ale v případě, že bych měl opět pozitivní nález na efedrin, což není takový problém, tak bych už dostal dva roky.

**Žmolík:** Kdyby se podmínky nezměnily, nedostal bys medaili za halové mistrovství?

**Janků:** Přesně tak.

**Hnízdil:** Mezinárodní atletická federace už prohrála tolik soudních sporů, že vyplatila statisíce marek na odškodném, než pochopila, že cestou zvyšování represe už jít nelze a snížila sazby za anabolické steroidy na polovičku a jako jediná má ve své škále trestů i napomenutí.

**Žmolík:** Pojd'me dál - proč systém není špatný?

**Chlumský:** Na těchto preparátech je uvedeno že obsahuje výtažek z různých rostlin, a je profesionálním sportovci, aby zjistil -

**Hnízdil:** Případá mi to úsměvné, tam je tropická rostlina, která obsahuje efedrin. Informoval jsem se na to v botanickém ústavu, u renomovaných botaniků, a oni sami museli studovat literaturu. Je možno takové znalosti očekávat u sportovce, který se od útlého dětství věnuje své disciplíně? Nikoliv.

Z publika **trenér Š. Kašpárková:** Myslím, že těch, kteří požili anabolika a které nechytili, je *velmi vela*, oni o tom vědí, a když je chytí, tvrdí, že o tom nevěděli. Myslím, že když nevěděli, tak *sú s prepačením hlúpi*, protože o tom nechtěli vědět.

**Žmolík:** Říkáte, že tento systém je špatný, ale co s tím, jaký systém je dobrý?

**Hnízdil:** K tomu se dostaneme v závěru, chtěl bych uvést ještě jednu okolnost, týká se Petra Kordy. A něj byl nalezen nandrolon. Opakovaně se objevuje informace, že jedinou možnou cestou je cesta injekční, to je naprostá desinformace. Já jsem se tím podrobně zabýval v souvislosti s kauzou cyklisty Kejvala a ptal jsem se šéfa Endokrinologického ústavu pana prof. Stárky a dovolil bych si citovat: "*Nandrolon podaný ústy, nemá sice významnější anabolickou aktivitu, je však v zažívacím traktu absorbován a v játrech metabolizován velice intenzivně a po podání se objeví v moči stejně jako po podání injekčním.*" Kdo pochybuje,

může si vyzkoušet snadno ústní podání 1 ml olejového roztoku, který se dá snadno zamíchat do salátového dresinku, majonézy apod. Pokud Petr Korda tvrdí, že neví, jak se ta látka do jeho těla dostala, může mít pravdu.

**Jurák:** Mně se to zdá nepravděpodobné. Řekněte nám jediný případ, kdy se něco podobného stalo. Samozřejmě krajní možnost tady je. Ale vy jste se ptal na možnosti řešení, tak pan doktor hodně psal v poslední době, dokonce do Zdravotnických novin. A tam navrhuje dvě možnosti – první použití anabolických látek kriminalizovat a upravit zákonem. Píše, že to nepovažuje za možné. Druhá alternativou je krajní varianta, určitá forma uvolnění dopinku a ponechání na svobodné volbě plnoletého a poučeného sportovce, použije-li některou ze zakázaných látek. Dále píšete, že předpokladem uvolnění dopingu je dokonalá informovanost sportovců o všech rizicích, přenesení plné odpovědnosti za tuto oblast na lékaře, kteří jsou z titulu své profese jediní odpovědní posoudit míru tohoto rizika. Domníváte se, že by někdy lékaři mohli tak hluboko klesnout?

**Hnízdil:** To, co jste citoval, za tím si stojím. Dnes dopoledne jsem měl přednášku v AV a v podstatě závěr celého vystoupení byl ten, že možné řešení je: kriminalizovat velice úzce omezenou skupinu nejvíce zdravotně nebezpečných látek – anabolika, steroidy, erythropoetin, růstové hormony. Kriminalizovat ale plošně? Nelze vyjmout skupinu vrcholových sportovců a vůči nim uplatňovat tvrdý inkviziční systém. Pokud jsou tyto látky nebezpečné, ať je neuzívá nikdo. Ty ostatní legalizovat jako tzv. měkké drogy, ovšem s tím, že všichni musí mít veškeré dostupné informace o rizicích, kterým se vystavují, pokud budou tyto látky používat.

**Kašpárková:** Ta rizika sportovci znají také, ale tím, že nad nimi visí meč kontroly, tak nedochází k tak častým případům. Kdyby to povolilo, docházelo by k tomu častěji.

**Žmolík:** Znáte nějaké jiné řešení, shodneme-li se na tom, že tento systém je nefunkční, je protiprávní?

**Hnízdil:** Nemohu než konstatovat, že jediné řešení vidím v tomto.

**Žmolík:** V uvolnění dopingu?

**Hnízdil:** Ve vyjmutí těch skutečně nejnebezpečnějších látek; postavit je na roveň návykových látek, i když víme, jak velký problém je otázka kriminalizace návykových drog. Bylo by možné uvolnění určitých látek, protože kriminalizovat nosní kapky nebo sirup na kašel.

**Žmolík:** Kde je ideál sportu?

**Hnízdil:** Myslím, že ideálům sportu už jsme se definitivně vzdálili.

**Jurák:** Nezdálo se vám nikdy, že uvolněním dopinku by došlo k obrovskému rozmachu černého trhu s anaboliky a jinými látkami, že by zdravotní důsledky byly nedozírné a stejně tak i náklady na jejich léčbu?

**Hnízdil:** To je naprosto obvyklá argumentace, kdyby došlo k legalizaci, tak černý trh není nutný, ten je teď, protože ty látky jsou zakázané.

**Jurák:** Myslíte, že by lékaři předepisovali anabolika jako pralinky?

**Hnízdil:** Ne, mluvil jsem o tom, že látky typu anabolik, které zdraví jsou nejvíce škodlivé, by bylo třeba kriminalizovat.

**Žmolík:** Ty méně škodlivé povolit?

**Hnízdil:** Jde o naprosto běžné látky, které používá kdekdo. Podívejte se, používají je

zpěváci, herci, politici, jsou to úplně tytéž látky, oni je také požívají s cílem, aby podali lepší výkon. Bylo by zajímavé, pane doktore, udělat odběr moči v parlamentu (*smích, potlesk*).

**Žmolík:** Antidopingový výbor v parlamentu?

**Hnízdil:** Je zakázaný kofein, efedrin, jsou limity na alkohol, myslím, že kdybyste našim poslancům odebral moč, byl by parlament několik měsíců zcela ochromen.

**Chlumský:** Myslím že ano, v tom se shodneme. Musím reagovat na velice nebezpečnou tezi, že jsou škodlivější a méně škodlivé látky, anabolika samozřejmě, zapomněl jste na diuretika, a proč najednou stimulantia jsou méně škodlivá, vždyť naopak jedna dávka anabolického steroidu žádné závažné zdravotní následky nemá a jedna dávka efedrinu nebo jiného stimulantia může cyklistu v horské etapě zabít. To je nesmyslné členění, to je naprostá fikce (*potlesk*).

**Hnízdil:** Nemyslím, že je dobré diskutovat o tom, co je méně a co více škodlivé, mně to také netěší, ale ten systém má nesmírně závažné etické a právní vady. Jenom zmíním jednu právní vadu, a tou je nesplnitelná podmínka – sportovec je povinen zabránit, aby se mu do těla nedostala žádná závadná látka a ručí za všechny látky, které budou v jeho těle nalezeny. Jestliže je celkem 11 možností, jak se látka může do jeho těla dostat a z toho jen jediná je vědomé podání, všechny ostatní jdou mimo jeho vůli, jde o nesplnitelnou podmínku, což potvrzuje i šéf antidopingového výboru dr. Nekola. Na otázku: *Může sportovec se stoprocentní spolehlivostí zabránit tomu, aby se do jeho těla dostala zakázaná látka*, pan Nekola odpovídá: *Teoreticky může sportovec zabránit tomu, aby se do jeho těla dostala zakázaná látka, ale prakticky to uskutečňovat je nereálné*. A v občanském zákoníku je § 37: jestliže právní úkon obsahuje splnění neplatného, je od počátku neplatný.

Z publika zástupce MŠMT, p. **Přerovský:** Sportovec vstupuje do sportu na základě dobrovolnosti. K tomu ho nikdo nenutí. Za druhé: je ochoten respektovat veškerá pravidla sportovní soutěže, to znamená, že když při fotbale udělá v poslední minutě ruku, nemůže hrát třeba na mistrovství světa. Toto pravidlo hraní rukou respektují, jak to, že nerespektují pravidlo o dopingu?

**Hnízdil:** Jistě sport je specifická oblast lidského konání, není možné tam aplikovat veškeré právní normy, mluvím o tom, že trestání za doping nesmí zasahovat do občanských práv. Ale vezměte způsob, jakým se informuje o dopingu. To je poškozování jména, snižování důstojnosti sportovce, porušení zákona o ochraně osobnosti, je to postaveno na nálezu v moči, který nelze slučovat s důkazem viny. Je pochopitelně možné se obrátit na soud z tohoto důvodu a žalovat na porušení zákona o ochraně osobnosti.

**Přerovský:** Dovolte krátkou repliku. Domnívám se, že všechny směrnice, mezinárodní smlouvy připravovali týmy odborníků, domníváte se, že tyto smlouvy, dohody a směrnice připravovali nekvalifikovaní lidé? Že jste ten jediný, který to objevuje celému světu?

**Hnízdil:** Moje názory nejsou tak osamocené, jako byly zpočátku a domnívám se, že je to celosvětově špatné. Požádal jsme právníky Českého helsinského výboru, aby zaujali stanovisko. Domníváme se, že naprostou nemožností obhajoby je sportovcům upíráno jedno ze základních lidských práv.

**Jurák:** V organizaci platí určitá pravidla. A kdo chce v té organizaci sportovat, musí ta pravidla přijmout; když se mu to nelíbí, ať si vytvoří svou vlastní a tam si může dopovat nebo dělat co chce. Organizace má své regule, a ty musí dodržovat. Chtěl bych se zeptat. Hovoříte o uvolnění dopingu. Nemyslíte si, že uvolnění dopingových praktik je jistým pro-

jevem morálního úpadku?

**Hnízdil:** Myslím, že je nutné pohlížet na celou záležitost realisticky, bez emocí se znalostí věci a vzít v úvahu všechny aspekty a smířit se s tím, že doping ve sportu byl, je, a mne to netěší, s největší pravděpodobností také bude – protože sport je byznys, je to o penězích, pokud budou ve sportu peníze, vždycky budou snahy dosáhnout toho výkonu nějakým podvodem. Je mi líto, taková je realita.

**Žmolík:** Pane doktore, nemělo by se s tím něco dělat, připomínám heslo, které tady máme – doping ne.

**Hnízdil:** Uznávám, že je to ušlechtilý cíl čistý sport bez dopingu, ale nesouhlasím s tím, aby se čistého cíle dosahovalo nečistými metodami, aby systém měl v sobě zakódováno, že je možnost ho dosáhnout za cenu nevinných obětí.

**Žmolík:** Myslíte si to i telefonující diváci, protože jste **přesvědčil 1779 telefonujících diváků a nepřesvědčil 516.**

*Průběh debaty zaznamenala v poněkud zkrácené verzi Marie Fleissigová*

### **Otázka na závěr pro čtenáře VNR:**

Jak byste hlasovali vy? Myslíte si stejně jako MUDr. Hnízdil, že sport je pouze byznys, v němž se musíme smířit s dopingem a že lepší než zákazy bude stanovit pravidla pro podávání návykových látek? Nebo má pravdu komentátor MFD V. Pacina, kterému po shlédnutí Arény připadal pan Hnízdil „jako Mefisto, který mává v jedné ruce Listinou lidských práv a druhou ukazuje do pekel“?

Napište, prosím, co si o dopingem ve sportu myslíte vy. A když už usednete k počítači, přečtěte si v tomto sborníku také záznam z Arény o drogách a zapřemýšlejte, zda a jak lze nebezpečí narkomanie snížit. Obě témata – drogy i doping - si zaslouží, abychom se k nim v některém z dalších čísel VNR ještě vrátili.

*MF*

<p style="text-align: center;"><b>ISCHIAS, NERVOSA, SRDEČNÍ CHOROBY, RHEUMATISMUS.</b></p> <p style="text-align: center;">Elektrotherapie a lázně všeho druhu přístupny od 8—6 hod. nemocným i mimo ústav bydlícím</p> <p style="text-align: center;"><b>PRAŽSKÉ SANATORIUM V PODOLÍ.</b></p> <p style="text-align: center;">DOCENT DR. CMUNT, řídící lékař vodoléčebného ústavu.</p>
---

---

# **TEXTY**

---

O LÁSCE, ROZUMU A TOLERANCI



## Ferdinand Peroutka

### Síla rozumu a vláda lidské mysli

Rozum a vzdělání jsou autonomní politické síly, neodkázané jen na ten zákon, že po akci přichází reakce. Samy jsou nezávislou trvalou akcí. Až dosud vždy svým samostatným působením proměňovaly půdu pod nohama vládnoucích. Ruský car to pochopil, když vzkázal svému ministrovi školství: omez vzdělání! A přece neomezil vzdělání tak dostatečně, aby zachránil carismus. Evropské měšťanstvo nemohlo nevidět, že rozšíření vzdělání a uvědomění, jež je následkem vzdělání, do širokých lidových vrstev nakonec podkopává privilegované postavení potud výlučně vzdělaného měšťanstva. Patrně správná metoda pro měšťanstvo, kdyby se bylo chtělo za každou cenu udržet u dosavadní moci, by bylo bývalo zavřít školy a otevřít kořalny. Opět z nějakých silných důvodů měšťanstvo nenastoupilo tuto hanebnou cestu, nýbrž opačnou. Horlivě žádalo, aby vzdělání přestalo být privilegiem a bylo rozšířeno na všechny. Císařové a králové zdržovali a zakládali univerzity, ačkoli jim bylo známo, že z nich vychází radikalismus. Koloniální mocnosti by byly snad měly více šancí udržet svá impéria, kdyby se byly odhodlaly vyloučit domorodce ze vzdělání, které poskytovaly jejich evropské univerzity. Opět učinily opak: zvaly je na tyto univerzity a pak přihlížely tomu, jak oni, nasáknuvše hrdošti vycvičeného intelektu a moderními ideami rovnosti, vracejí se do svého rodného prostředí, dosud vzdáleného rovnosti. Sotva bylo možno se domýšlet, že to bude děj bez následků. Fakt je, že v devatenáctém století nikdo, kdo toho byl fyzicky schopen, se neodhodlal k brutální akci, aby zastavil postup vzdělání. Hlavní herci doby byli vlečeni čímsi, co bylo silnější než oni. Podléhali ovzduší, které bylo plno sympatií k rozumu a k hlavnímu prostředku jeho rozvoje, ke vzdělání. Císařové a králové, ačkoli znepokojeni, byli drženi v šachu duchem doby a obecným míněním, že „to se přece nedělá“. Veleli policii a armádám, ale rozum zvítězil v tomto zápase, nemaje jiného pomocníka než nakažlivost své univerzalistické logiky. Mocné církve podlehly v boji proti rozumu, pokud ho chtěly vést. A rozpínavost a nesobeckost čistého rozumu přestupovaly hranice příslušnosti k třídě; od měšťanské třídy odlouply se vrstvy, které formulovaly socialistickou ideu v době, kdy proletariát byl ve stavu intelektuální bezmocnosti. Tu tomu, kdo by ho potřeboval, bylo dokázáno, že rozum je historická síla. Neboť co jiného mohlo přimět vládnoucí třídy, aby proti svému mocenskému prospěchu pomáhaly rozšiřovat to uvědomění, které vychází ze vzdělání? Co dostrkalo císaře a koloniální mocnosti až na okraj vlastní likvidace? Jen silné historické příčiny mohly způsobit takovou zdánlivou dobrovolnost obětí. Ano, ovšem, rozum je jednou z příčin pohybu v historii.

Jak dlouho se rozum poslušně udrží v těch hranicích, které mu narýsovala ta nebo ona vláda? Je jeho vlastností, že jednou se zachytě, rozšiřuje se na všechny strany. Býval univerzální a bezohledný. Pro diktátora nejpříjemnější civilizační typ je technologický specialista, který přijímá hranice svého povolání. Společnost sytých, privilegovaných, sobeckých technických odborníků může být podstavcem absolutismu po nějakou dobu. Avšak před několika sty lety tehdejší reakce věděla, proč zdržovala vynálezy strojů a pronásledovala ty, kdo se tím zabývali. Netrvá dlouho a člověk, který myslí o strojích, začíná myslet i o dalších věcech.

Ptáte se, co vládne v historii. Stav lidské mysli vládne. Historie výrobních prostředků je

jen jednou kapitolou z historie lidské mysli. Stav mysli mění také politické vztahy a formy. Odkud by přišla trvalá bezmocnost před absolutismem jedné skupiny, odkud její imunita? Skupina sama dlouho si dává imunitu jak může – užíváním násilí.

Vedle toho se pokouší o nemožné. Pokouší se obdržet nebo vynutit si uznání, že poněvadž prý její mozek všechno obsáhl, volné historické dění je zbytečné, a že ona sama, tato skupina, je schopna reprezentovat všechno, co se ve společnosti děje nebo může být: tezi i antitezi, klad i zápor, čin i kritiku, vládu a opozici, diktaturu a demokracii, centralismus i decentralizaci, internacionalismus a nacionalismus, omezenost i satiru na omezenost; nikoho a ničeho prý není třeba, skupina sama je ztělesněním všech historických sil, všeho děje a všech stránek, všech věcí. To je snad chytré – jako úmysl. Je-li to však prováděno skupinou, která nejvíce omezuje dialektický pohyb, která je nejméně všestranná ze všech, jejíž dogmata jsou nejužší a nejvýlučnější, jejíž politické úmysly jsou nejsobečtější, tu vzniká podivné divadlo předstírání, které nikoho neoklame.

*(Demokratický manifest, 1959)*

## Ota Gregor

### Meze tolerance

Základní dvě myšlenky se prolínají celou touto úvahou:

- a) Být tolerantní k lidem tolerantním, být netolerantní k lidem netolerantním, k netolerantním projevům, k netolerantním, zejména agresivním seskupením a k jejich agresivním činům.
- b) Hledat odpověď na otázku, kde vlastně ony meze tolerance jsou.  
Budu se zabývat mezemi tolerance z těchto pohledů:
  1. Jednak z pohledu jednotlivce,
  2. Jednak z pohledu větších celků jak v naší republice, tak v jiných zemích.

TOLERANCE znamená snášenlivost, velkorysost, velkomyslnost. Je to etický princip, morální postoj a z toho vyplývající morální jednání. Tolerance je součástí humanistického postoje jednotlivce i větších celků. V tomto duchu se usneslo Valné shromáždění OSN vyhlásit Mezinárodní rok tolerance (na rok 1995). V tomto prohlášení se praví: „Tváří v tvář rozšířené a znepokojující intolanci, nesnášenlivosti, která vede k akutnímu nacionalismu, extremismu, diskriminaci a necitlivé neúctě k důstojnosti člověka, vyhlásilo VS OSN Mezinárodní rok tolerance. Hlavním cílem je podporovat pochopení nutnosti tolerance v dnešním světě. Navržená deklarace vyzývá k opatřením ve světě, který je na sobě vzájemně stále závislejší, k toleranci, protože v mnohých částech světa narůstají etnické konflikty, výbuchy náboženské nesnášenlivosti, zůstává se bída a sociální nerovnost. Téměř 49 miliónů osob na celém světě bylo nuceno v důsledku násilných konfliktů opustit své domovy.”

Tolerance není však bezbřehá, má své břehy, své MEZE. Petr Příhoda píše ve své stati „O toleranci, lhostejnosti a lásce” toto: „Výraz „**tolerare posse**” znamená ještě snesitelný

stav tolerance, takový, který lze ještě trpět, kdy není nutno překročit MEZE tolerance. Stačí však krůček a mez tolerance si vyžaduje „**tolerare non posse**“, tedy že nelze již tolerovat.”

INTOLERANTNÍMI se mohou stát lidé tolerantní v okamžiku, když intolerantní, agresivní a fanatičtí lidé chtějí prosadit názory, resp. úmysly ZA KAŽDOU CENU, zejména způsobem nenávistným a agresivním. Intolerantní fanatik může na začátku udělat jen nepatrné prohlášení, projev nebo napsat článek, založit nenávistné časopisy. Může vzniknout jakési „sebezbožňování“, jakýsi „titanismus“, jak to v jiné souvislosti nazval TGM. Čertovo kopyto se skrývá obvykle tam a v tom, co všechno může být obsahem pojmu „za každou cenu“. Takový člověk může být odhodlán ve jménu toho kterého požadavku provést kriminální, agresivní skutky, které mohou být začátkem mnohem krutějších činů, krvavého obětování statisíců nevinných. Vždyť od roku 1945 bylo ve světě více než 150 válek, ve kterých padlo 30 milionů lidí.

Z toho vyplývá, že tolerance a intolerance jsou dvě stránky stejné mince. Tato „mince“ je člověk, ty a já, a dělící čára mezi oběma pojmy je právě ona mez, ono „A dost!“

Kde je svoboda a demokracie, tam je možnost tolerance. Kde není svoboda, tam je půda pro intoleranci. Meze tolerance nastupují tam, kde se snaží nastupovat nesvoboda a intolerance, kde se snaží zašlápnout křehkou demokracii. Jaroslav Seifert píše: „Vždyť člověk cítí jako květina: nelámej, netrhěj, nešlap!“ Tolerance není slabost, a proto by se měla společnost v tomto nejistém světě, v tomto morálním chaosu, naučit bránit sebe samu všemi prostředky, stane-li se terčem útoku ze strany intolerance. TAM je hranice, tam je ona MEZ mezi tolerancí a intolerancí. TAM je nutno VČAS čelit útočným, extremistickým silám, TAM bychom měli překročit onu MEZ tolerance, právě jménem obrany svobody a nastupující křehké demokracie, aby jednoho dne nedošlo znovu ke krvavé katastrofě. A vzít si ponaučení z nedávné doby, kdy právě nebyla VČAS rozpoznána ona MEZ, například před nástupem Hitlera. Spisovatel Stefan Zweig píše v knize „Svět včerejška“ toto: „Neviděli jsme ohnivý znamení na stěně. Teprve když se nám o desetiletí později zřítla střecha i zdi, poznali jsme, že základy byly dávno podkopány.“ Tato slova navazují na biblické výroky údajného varování nazvaného MENE TEKEL, hrozícího zavraždění krále Belsazara.

Je tedy nutno včas říci „A dost!“, překročit MEZ šlechetné tolerance a být netolerantní vůči intolerantnímu skupinovému nebezpečí kdekoliv na světě, jak u nás, tak ve Francii, Rusku, Německu, na Blízkém východě a jinde. Nepodceňovat xenofobii, rasismus, šovinismus, antisemitismus, terorismus. To znamená: rozpoznat zlo v jeho počátcích. Nezapomeňme, že Hitler začínal v pivnici, pak v ulicích, pak přepadáním a vraždami jednotlivců, až to vedlo ke II. světové válce a k holocaustu.

V naší zemi žijeme od počátku devadesátých let na hranici mezi zbytky poměrů dvou totalitních vlád a počátkem narůstající křehké demokracie. Po II. světové válce a po obou formách totalit zůstalo rumišť nejen těl, ale i duší. Prakticky jsou v každém z nás, psychologicky viděno, stopy, aniž bychom si je uvědomovali.

Jako příklad uvedu jakousi pseudotoleranci ve formě lhůstevnosti či nemístné netečnosti. I toto dědictví je z minulého režimu, kdy lhůstevnost tvořila jakousi sebeobranu, jakousi vnitřní emigraci. Bohužel po padesáti letech obou forem totalit máme v duších zažranou lhůstevnost. Toto neblahé dědictví ve spojení s infantilním „zakrýváním očí“, s jakýmsi „já

tady nejsem”, vede k dnešní lhostejnosti a dokonce k nebezpečnému názoru, zřejmému z průzkumu agentury STEM, provedeného v únoru 1997. Z tohoto průzkumu veřejného mínění vyplývá, že každý druhý občan si myslí, že by bylo dobré, kdyby v naší zemi byla vláda „pevné ruky“... Překročení meze takovým nežádoucím směrem je varující, protože bohužel tvoří živnou půdu pro intolerantní a agresivní počínání. Vladimíra Justla přiměla lhostejnost k těmto slovům: „Sarajevo je Kainovo znamení konce krutého 20. století, vypálené na čelo lhostejných”. A ne pouze Sarajevo! Ve zmíněném společensky přechodném období lze i u nás, u některých lidí, pozorovat lhostejnost coby výsledek jakéhosi „morálního nevědomí”. Tedy – lhostejnost nepatří k toleranci.

Poněkud jinak je tomu s mezilidskými vztahy v rodině, mezi partnery, mezi rodiči a dětmi, mezi prarodiči a vnoučaty – tam je zapotřebí toleranci vědomě pěstovat. V každém interpersonálním vztahu nastávají konflikty. To je mezi dospělými zcela přirozené. Čínský výraz pro konflikt je údajně složen ze dvou slov: WEI-DŽI, což znamená nebezpečí a příležitost, „nebezpečí” přerůstání konfliktu v krizi nebo dusnou atmosféru, pokud by se konflikt neřešil. Druhé čínské slovo znamená „příležitost”, tedy konflikt ŘEŠIT. Protože kdyby se nevyřešil, pak by nastalo ono zmíněné nebezpečí. Řešit konflikt znamená o obsahu konfliktu otevřeně mluvit, s tolerancí jednoho ke druhému, nenechat si napjatou atmosféru, neřešený konflikt, v sobě. Nelze se totiž zbavit myšlenek a pocitů, o kterých se mlčí. Jemné balancování mezi tolerancí a (v rodině nebo mezi přáteli) pouze přechodnou intolerancí, nastává právě v konfliktových situacích. Vstřícným dialogem, oním „souhlasem s nesouhlasem”, můžeme se při tomto balancování znovu vrátit do lůna uklidněné tolerance. I v tomto rodinném případě platí slova spisovatele Voltaira: „S tím, co říkáte, naprosto nesouhlasím, avšak až do smrti budu bránit vaše právo to říkat”. Zde by bylo nutno, zejména v rámci výchovy dítěte, se zmínit o tzv. „permissive society”, což znamená, zkráceně vyjádřeno, „vše je dovoleno”. To by byla, dle mého názoru, spíše pseudotolerance. V takovém případě je nutno si uvědomit výchovnou MEZ tolerance s ohledem na budoucnost, kdy zodpovědnost rostoucího dítěte by se měla stát morální samozřejmostí. V jakém rodinném prostředí zodpovědnosti dítě vyrůstá, není přece lhostejné! Svoboda vyžaduje řád, a nikoli chaos. Tedy ordo ab chaos. V rámci oné „permissive society” se stává, že někteří rodiče nechají dítě bezmezně dlouho dívat se na televizi. Uvádí se, že například 11leté americké dítě vidělo za svého krátkého života 100.000 násilných činů a 800 vražd v televizních vysíláních!

Ze zmíněného pohledu jednotlivců je na místě se zmínit i o tichém vnitřním dialogu, který každý z nás vede o minulosti, o přítomnosti, a tím i o budoucnosti. I zde bychom měli najít svou osobní MEZ tolerance, zejména vůči své prožitě minulosti. Měli bychom pracovat sami na sobě, abychom nezůstali v zajetí minulosti. Vždyť, jak pravil Aristoteles, minulost nemohou změnit ani bozi. Čím je člověk starší, tím více toho ve své minulosti prožil dobrého i špatného, leckdo i krutého. Ony slovy nepopsatelné rány, zejména jde o ony kruté zážitky vlastní nebo zážitky nejbližších rodinných příslušníků, které leckdo prožil v obou totalitních režimech. Jaroslav Seifert píše: „Čas rány hojí, ale jizvy nezaceluje”. Na ony rány nemůžeme zapomenout, ani bychom zapomenout neměli. Vždyť prožítá minulost tvoří důležité memento. Stín minulosti se jen tak nevytratí. Avšak v tomto případě bychom si měli uložit určitou mez tolerance vůči negativním vzpomínkám, abychom mohli VĚDOMĚ žít v současnost, a tím se, eo ipso, připravit na svou budoucnost. Zejména na budoucnost nastu-

pující otevřené demokratické společnosti.

V souvislosti s naším tématem by si pojem „otevřené společnosti“ zasloužil naši pozornost. Oxfordský profesor Sir Karl Popper ukázal ve své knize „Otevřená společnost a její nepřátelé“, že totalitní ideologie komunismu či nacismu mají společný prvek: dělají si nárok na absolutní pravdu a nabízejí jednoduchá řešení. A tu svou pravdu prosazovali a prosazují případně násilím, terorismem, koncentračními tábory, holocaustem. Popper postavil proti totalitní ideologii jinou vizi společnosti, která je pluralitní, kde si nikdo nedělá nárok na monopol pravdy a ve které je možno žít společně v toleranci a míru. Ale v případech ohrožení je nutno si VČAS uvědomit, že nestačí „zbraň ducha“ (dle Patočky), nýbrž že je zapotřebí přejít k účinnějším nástrojům, tedy vědomě překročit onu MEZ tolerance.

Aby k tomu nemuselo dojít, je namístě s velkým předstihem zvolit aktivní prevenci, jak o ní mluvil Václav Havel v roce 1994 na mezinárodním kongresu PEN-klubu v Praze: „Měli bychom zvolna vytvářet celosvětové lobby, jakési zvláštní bratrstvo, které přijme za svůj cíl koordinovaně, solidárně a cílevědomě působit na lidské vnímání nejhrůznějšími vstupy i neviditelnými, a otvírat lidem oči.“ Jak sympatický a povzbuzující názor!

S pádem nacismu a komunismu se stala, zatím abstraktní, vize otevřené globální společnosti, se všemi pro a kontra, možnou budoucí alternativou.

Spisovatel a univerzitní profesor v italské Boloni, Umberto Eco, jde o krok dál. Píše v interview pro francouzský list *Le Monde* (1993) mimo jiné, že nevidí skutečný rozdíl mezi dnešními skinheads, neofašisty, neonacisty a tehdejšími německými nacisty, kteří vyprovokovali II. světovou válku. Píše, že je naší povinností načrtnout MEZE mezi tím, co lze tolerovat a co je netolerovatelné. Umberto Eco nezůstává však u pouhého prohlášení. Jde mu o aktivní posílení tolerance. Shromáždil kolem sebe několik set intelektuálů – to je onen „krok dál“, kteří vytvořili výbor bdělosti a ostrážitosti proti intolerantní extrémní pravici hlásající rasismus a antisemitismus. Tento výbor navazuje svým pojetím na výrok J. A. Komenského, který napsal: „Nenávidět jiného člověka proto, že se jinde narodil, že mluví jinou řečí, že jinak přemýšlí o věcech – jaká to bezmyšlenkovitost!”

Jiné aktivity ve smyslu posílení tolerance, a tím prevence intolerance (mám na mysli náboženské), jsou konkrétní projevy snášenlivosti mezi různými monoteistickými náboženstvími v průběhu let až dodnes, ona „tolerantia religionis“. Uvedu některé:

1. v roce 311 našeho letopočtu prohlásil římský imperátor Valerius Maximus, že povoluje činnost křesťanů,
2. v roce 1689 napsal anglický filozof John Locke svůj spis „Epistola de tolerantia“, ve kterém se staví za toleranci mezi křesťany, židy a mohamedány,
3. v roce 1779 uveřejnil německý spisovatel Gotthold Ephraim Lessing dílo „Nathan Moudrý“, ve kterém symbolizoval náboženskou toleranci tří monoteistických náboženství – křesťanského, islámského a židovského – třemi stejnými kruhy, které do sebe zapadají,
4. v roce 1781 vydal císař Josef II. toleranční patent, ve kterém povoluje činnost nekatolických vyznání,

5. v roce 1942 bylo v Anglii, v Runnymede, založeno fórum tří náboženství (křesťanského, židovského a muslimského) zcela v duchu Lesingova tolerantního postoje, a to pro boj proti antisemitismu.

Mezinárodní kulturní regionální setkání a symposia jsou dalším slibným příspěvkem pro aktivní posílení tolerance v různých místech naší republiky a jinde ve světě.

Tyto pozitivní činy pěstování tolerance jsou současně prevencí proti extrémistickým aktivitám. Tyto kulturní akce se konají v souladu s výrokem známého hudebníka a dirigenta Lorda Yehudi Menuhina, který pravil, že „všichni víme, že není důležitějšího úkolu, než naučit se respektovat různé kultury.“ Uvedu několik příkladů:

V Banffu, v Kanadě umělci všech profesí, zaměření a národností, pracují společně na uměleckých projektech. Podobně nedaleko Stuttgartu v Německu a jinde. Zúčastnil jsem se v roce 1994 takového mezinárodního setkání, iniciovaného skupinou umělců a kunsthistoriků, jako např. Sozanským a Janou Hrabcovou-Orlíkovou, které se konalo pod názvem „Otevřený dialog“ v barokním kostele Zvěstování Panny Marie v Litoměřicích. Tam pracovali, přednášeli, představovali a muzicírovali umělci z různých zemí světa.

Přicházím k závěru svého zamyšlení:

1. Zabýval jsem se dynamickou rovnováhou mezi tolerancí a intolerancí. Je to vlastně balancování mezi dobrem a zlem.
2. Hledal jsem mez, která toleranci odděluje od tolerance.
3. Meze jsou zřejmě tam, kde se otevírá cesta ke zlu. Otázek bylo v této souvislosti mnoho, odpovědí méně. Tak to v životě chodí.
4. I když se nepodařilo nikomu najít obecně platné meze tolerance, skýtá tato problematika dost prostoru k přemýšlení pro každého, dost prostoru k ostrážitému pozorování, abychom poučení z nedávné historie a varující přítomnosti nepřehlédli VČAS onu mez, ono „A dost!“ – mez, o kterou nám teď šlo.
5. Bohudík jsme mohli s dobrým svědomím uvést řadu konkrétních příkladů připouštějících slušnou dávku optimismu, příkladů, ze kterých je patrné, že v různých koutech světa jsou lidé, kteří si uvědomují nutnost takového konkrétního jednání, které by umožnilo VČAS rozpoznat ony MEZE TOLERANCE.
6. Jsme na křižovatce KONČÍCÍHO strašného století násilných smrtí, avšak současně tak závrtných významných objevů. Na druhé straně jsme na prahu ZAČÍNAJÍCÍHO století, do kterého můžeme vložit vizi a opatrné naděje. Jsme na křižovatce dějin, na které – obrazně řečeno – jedna ruka je tolerantní a věnuje se tvůrčí práci, druhá však je intolerantní, protože se věnuje xenofobii, terorismu a válkám.
7. Přeji vám všem, aby se nám dařilo žít v toleranci, hledat její meze a úspěšně ji VČAS bránit proti agresivní intoleranci.
8. Přeji vám do dnešního dne a do příštího století hodně laskavosti a TOLERANCE!

*Autor je profesor v.v. vnitřního lékařství*

## Jiří Hejda

# Zachránil jsem Louise život

Jaká je situace a jaké jsou vyhlídky dnes, v polovině března 1939? Analyzujeme ji klidně, objektivně na podkladě všeho, co víme z novin i z rozhlasových stanic celé Evropy. Tak jako loni na podzim se jednalo a rozhodlo v Mnichově o nás bez nás a všichni spojenci, s nimiž jsme měli vojenské smlouvy, nás klidně hodili přes palubu, nestalo se nic ani po 15. březnu. Pouze tisk – a trochu i diplomaté vyprovokovaní veřejným míněním – protestovali. V novinách, na schůzích a víceméně opatrnými nótami, kterými si patrně v Berlíně vytírají zadky. Pro samostatnost Československa, pro existenci českého národa se nikdo ani ve Francii, ani Anglii nedá rušit při trávení po dobrém obědě, natož aby tasil zbraň...

Jaké z toho však plyne mravní poučení pro nás? Nic více, než že musíme počítat s danou situací. Nedá se na ní nic měnit a patrně se nezmění po dlouhou, velmi dlouhou řadu let. .... Stačí padesát, osmdesát let ..... Což by znamenalo, že umřu v emigraci nejenom já s Louisou, ale také naše děti, dostaneme-li je ovšem ven, se patrně odnárodní sňatkem i výchovou svých dětí, které budou chodit do cizích škol.

Poslední slovo má ovšem Louisa. Je Židovka. Ví, jak Němci zacházejí s Židy v Říši. Nemůže si dělat iluze, že budou k českým Židům shovívavější, i když nebudou uplatňovat norimberské zákony, jak to oznámil Göring. A Louisa se rozhodla pro návrat. Nechce, aby se děti odnárodnily, nechce žít trvale v cizině, vůbec ne už bez dětí, ty bychom nikdy nemohli opustit, ale je příliš Češka, než aby se jí nezastesklo.

\*\*\*

Mnoho, velmi mnoho známých už odjelo a nabízejí mi otevřenou cestu – přes Maďarsko – ale nemohu jít sám, nemohu tu nechat Louisu a děti napospas hitlerovskému běsnění. A vůbec nechci odejít, to jsem už dávno mohl zůstat v Cařihradě, a co jsem tehdy řekl Smutnému, to je moje hluboké přesvědčení: tady je fronta, tady se bojuje a věřím, že nakonec bude Hitler poražen – ač ovšem víra není žádná jistota. Nakonec není vyloučeno, že spojenci sjednají nějaký pro ně výhodný mír a hodí nás Německu napospas, jako to udělali na podzim loni a letos v březnu. Ne. Nemohu odejít a nikdy jsem o tom neuvažoval. Zůstanu zde a musím se postarat o bezpečnost Louisy a celé rodiny...

\*\*\*

Poradil jsem se svým právním zástupcem dr. Bílým a pak jsem provedl řadu opatření někdy až krkolomně odvážných:

Především na mne Louisa podala žalobu o rozvod a rozloučení manželství z důvodů cizoložství s osobou, která v žalobě nebyla jmenována. Dr. Bílý se dohodl se soudcem, oč jde – a soudce rozluku hladce provedl, protože jsem se nedostavil k přelíčení (čekal jsem totiž na chodbě), a tím jsem potvrdil vinu. Zároveň mne odsoudil k placení alimentů ve výši 2000 Kč měsíčně. To je první krok k tomu, aby do mého nového podniku nebyl dosazen německý sekvestr jako do podniku neárijského. Zároveň mohu dávat měsíčně 2000 Kč stranou.

Druhým krokem je ovšem zabezpečení Louisy v případě, že by ji hledali. Vzpomněl

jsem si na I.M.Welleminského, který mne kdysi žádal, abych mu našel v Praze byt. Je to Louisin bratranec, vídeňský spisovatel a libretista řady vídeňských komponistů, především Lehára. Vloni, když obsadil Hitler Rakousko, odešel z Vídně do Čech. Nalezl útulek u svého příbuzného, továrníka Taussiga v Lužci n. Vltavou, kde také dosud bydlí. Ale uvažoval kdysi o tom, že by se přestěhoval do Prahy. Najal jsem tedy na jeho jméno garsoniéru v Žitné ulici a zařídil jsem ji tak, aby zde mohla Louisa v případě nutnosti bydlet a žít, aniž by po delší dobu musela vycházet z bytu. Je tu předsín s elektrickým vařičem, koupelna s klosetem, spíž, ústřední topení. Nanesl jsem do tohoto koutu množství konzerv všeho druhu, ložní prádlo atd., takže se tu dalo nejméně měsíc vydržet, než by se zásoby obnovily. O bytu jsme věděli jen my dva – Louisa a já, oba jsme měli klíče od bytu i domovní stále na provázku kolem krku, abychom s nimi mohli kdykoli odejít. Nesvěřili jsme je ani dětem, protože co nikdo neví, nepoví. O metodách nacistického vyšetřování jsme už slyšeli.

Třetí krok je nejdůležitější: Židi musí nosit, jak známo, „znamení Davidovo“ na prsou a mají zvláštní potravinové lístky. Louisa znamení Davidovo nikdy nenosila a k potravinovým lístkům jsem ji prostě nepřihlásil. Lístky mám já, moje tři děti a služebná – která vůbec nemá ani tušení, že Louisa je Židovka – a dost. Tím jsem smazal stopy v okolí, na magistrátě, kde lístky vydávají, i u obchodníků, kde nakupujeme. Máme sice o jeden potravinový příděl méně, ale je to lepší, než kdyby kdokoli věděl, že žena je Židovka, že děti jsou ze smíšeného manželství atd.

Jenomže je ještě jeden seznam neárjiců – na policejním ředitelství. Tam má i Louisa svoji kartu. Vím to a nespím kvůli tomu. Také jsem si jednou postěžoval dobrému příteli, který bydlí na Cibulce a ptal se mne, co je s mojí ženou. Znal ji z minulosti a věděl, jak to s ní je. A ten – aniž mi cokoli řekl – to zařídil. Jednou v neděli dopoledne někdo zazvonil ve vile a přál si se mnou mluvit. Hlásil se, že je od policie. Hrklo ve mně, pozval jsem ho do pracovny a krev mi ztuhla v žilách, když mi tento muž hned první větou řekl:

„Vaše paní je Židovka, že ano?“

Zakoktal jsem něco neurčitého, ale pán – později se mi představil – Blodek – vytáhl z kapsy evidenční kartu:

„Vy byste potřeboval tohle, že ano?“ – a podal mi ji.

V tom okamžiku mně vyhrkly slzy vděčnosti a byl bych pana Blodka zlíbal. Ale on šel ještě dále. Domluvili jsme se a za několik dnů se u mne objevil pán – opět v civilu – a přinesl mi občanskou legitimaci, znějící na jméno Marie Nováková, narozená 20. července 1896, bytem na Smíchově v Pasovské ulici – s fotografií Louisy.

„Dal jsme ji do Pasovské ulice, protože v tom domě je taková spleť jednopokojových bytů, kde se stále střídají nájemníci, že i kdyby ji někdo hledal, bylo by to marné. Nějaká Nováková tam jistě bude, nebo byla.“

Tak jsem tedy Louisu zabezpečil.

\*\*\*

Jsou tu i Louisini příbuzní a staří známí. Ty právě teď, v nejhorším, nesmíme opustit. Chodí k nám vždy v neděli – opatrně zadem, cibuleckým hájem a nemají na kabátech šesticípu hvězdu, takže nejsou u nás v ulici nápadní. O mne nejde – mně židovská hvězda neva-



dí. Jednou jsem potkal na Vinohradech Karla Poláčka. Honem si aktovkou zakryl hvězdu a běžel ke mně. Vysmál jsem se mu a dlouho jsme se procházeli. Nabídl jsem mu svoji pomoc, ale poděkoval, že nic nepotřebuje. A to bylo naposledy, kdy jsem s ním mluvil. Zanedlouho potom šel do koncentráku.

Po květnu 1942, kdy došlo k atentátu na Heydricha, je situace opravdu na ostří nože. Bydlím stranou, na periférii města, takže k nám denní události nedoléhají tak bezprostředně, ale jsme o nich informováni. Když nás v noci vyburcuje německá vojenská hlídka a prohlédává vilu, jsem odhodlán ke všemu – ale proběhne to hladce díky mé bezvadné němčině, kterou mluvím s nadporučíkem a díky Hitlerově knize *Mein Kampf*, kterou jsem mu ukázal – hlavně jeho vlastnoruční podpis, což ho přivedlo úplně z rovnováhy a okamžitě odvolal vojáky, kteří se šťourali ve sklepech. Když odešel, musel jsem si sednout do křesla, než jsem byl vůbec schopen promluvit. Teprve teď jsem se roztřásl v zimmnici. Nevěděl jsem, proč přišli, není-li to kvůli Louise, neudal-li nás někdo, co se stane, najdou-li ji. Druhého dne jsem se dozvěděl, že byli ve všech bytech na Cibulce, chovali se většinou hrubě, zejména tam, kde lidé neuměli německy. Prohledávali byty, hledali Heydrichovy vrahy, ale byla to spíše zastravovací akce, než cokoli jiného.

Horší bylo však to, co následovalo: popravy nevinných lidí za to, že „schvalovali atentát na Heydricha“. To byla záminka, aby se zbavili každého, kdo jim byl nepohodlný.

\*\*\*

Devátého května (1945 – poz. red.) odpoledne jsme se vydali sami dva, jen já s Louisou do Prahy. Poprvé po dlouhé době jdeme opět spolu bez obavy, že nás potká někdo, kdo ví, že je Louisa Židovka a bude se divit, jak je možné, že nenosí Davidovu hvězdu na kabátě a že je ještě tady. Jdeme bezstarostně, díváme se, jak Němci odklízejí barikády, procházíme spouští na Národní třídě, kde není jedno okno celé, kde překáží spleť drátů vrchního vedení elektrické dráhy a kudy co chvíli projíždějí ruské tanky vítané bouřlivým voláním slávy a většinou ověšené hrozny mladých lidí, kteří hrají na harmoniku a zpívají.

Když jsme se znaveni, ale šťastni vrátili domů, napila se Louisa poprvé po mnoha letech vína, které jsme otevřeli na počest míru a vítězství, a protože není zvyklá pít víno, zatočila se jí hlava, lehla si na otoman, dívala se na nás a šťastně se usmívala. Podařilo se mi něco velkého, neuvěřitelného: zachránil jsem jí život. Teď už nás nic nerozdvojí. Dnešního večera jsem dokonale šťasten. Poprvé po mnoha a mnoha letech. Dokonce si myslím, že jsem snad ještě nikdy nebyl v životě tak šťasten, jako jsem dnes.

*(Úryvky z románu Jiřího Hejdy „Žil jsem zbytečně“. Nakladatelství Melantrich, Praha 1991)*

---

# **PŘÍLOHA**

---

STAV ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ,  
ŠKOLSTVÍ, VĚDY

## 1989: Nemocné zdravotnictví

**O stavu našeho zdravotnictví se mluví dost často a ne právě v superlativech: tíží nemocné, lékaře i sestry. Velice konkrétně se jím zabývali zdravotníci z nemocnice na Bulovce v Praze 8 na členské schůzi KSC. Své názory a zkušenosti shrnuli nakonec do dvou dopisů, které poslali M. Jakešovi a ministerstvu zdravotnictví ČSR.**

Bezprostřední příčiny špatného stavu lze podle jejich názoru rozdělit do tří skupin:

1. Špatný stav budov, nedostatek léků a dalšího materiálu. Z těchto důvodů se například mezi nemocnými, kteří potřebují infúzní léčbu, vyberou “perspektivní” pacienti a ostatním se léčba musí odepřít. Byl omezen provoz pracoviště pro diagnózu střevních nádorů, ač se právě u nás vyskytují dosti hojně. Chybí léky podávané při poruchách srdečního rytmu, obvazový materiál a mnohé další.
2. Nedostatek zdravotních sester a pomocného personálu, způsobovaný nízkými platy, náročnou prací v třísměnném provozu, nedostatkem osobních perspektiv a nutností stále vypomáhat za další chybějící pracovníky. Přitom např. předpisy nedovolují přesčasovou práci jakkoli zaplatit.
3. Nedostatek a špatná kvalita lékařských přístrojů domácí výroby. Například zařízení jednotky intenzivní péče z Tesly Valašské Meziříčí přímo ohrožovalo životy pacientů, takže se případem zabývá generální prokuratura. Nemocnice nedostává žádné devizové prostředky, a proto přístroje, které se v RVHP nevyrobějí, je nutno shánět od tzv. “devizových dárců”, na základě osobních známostí a proseb. Vybavení je pak pochopitelně nahodilé a nevyrovnané.

S tímto neuspokojivým stavem podivně kontrastuje skutečnost, že současně se v Praze dokončuje velická budova pro tzv. Státní sanatorium, veskrze vybavené západní technikou, nejen zdravotnickou. Tato instituce nabízí i daleko lepší platové podmínky pro personál. Přitom je v Praze takový nedostatek možností např. léčení vlekých ledvinových chorob, že starší pacienti nemohou být léčeni a předčasně umírají.

U kořene jsou však podle názoru účastníků schůze příčiny hlubší a obecnější. Československé zdravotnictví, které mělo kdysi slušnou úroveň, prodělalo za posledních dvacet let patrně největší úpadek ze všech resortů; je také jediným resortem, který má už 19 let téhož ministra. Účastníci schůze jsou přesvědčeni, že svůj podíl má i skutečnost, že představitelé strany a státu a jejich rodiny se léčí jinde, takže se s běžnou zdravotní péčí sami vůbec neseťkají. Náprava už dnes není možná jen zvýšením finančních prostředků, ale vyžaduje hlubokou politickou přestavbu celé společnosti – počínaje širokou a otevřenou diskusí a pravidlým informováním veřejnosti.

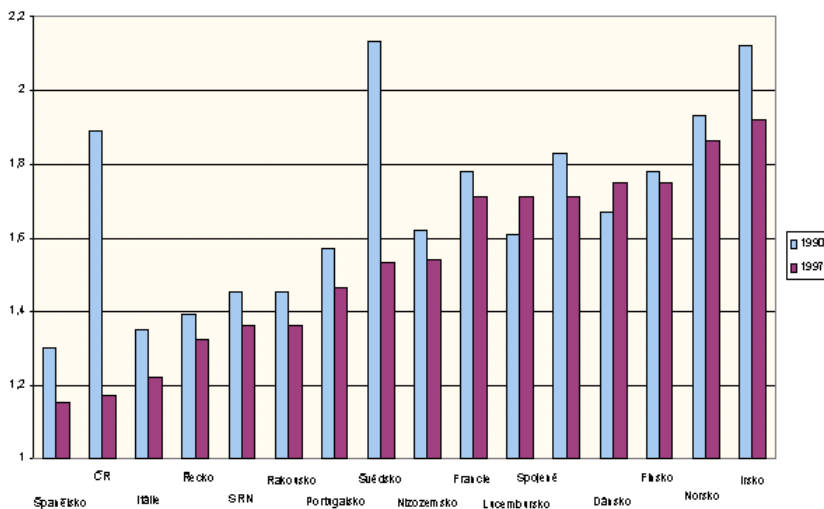
*-re, Lidové noviny, září 1989*

# 1999: Ze zprávy vlády o stavu české společnosti

## ŽIVOTNÍ PODMÍNKY

Pro zachování počtu obyvatel by úhrnná plodnost měla dosahovat 2,1 dětí narozených ženě ve fertilním věku. V ČR se však od roku 1990 snížila z 1,89 na 1,17 v roce 1997. Tak nízká hodnota nebyla zaznamenána nejen u nás, ale ani jinde v Evropě (kromě Bulharska, Lotyšska a Španělska), i když i tam se plodnost většinou snižuje, čemuž napomáhá i extrémně vysoká nezaměstnanost mladé generace (ve Španělsku činila v roce 1997 33 % do věku 30 let).

Úhrnná plodnost v EU a ČR

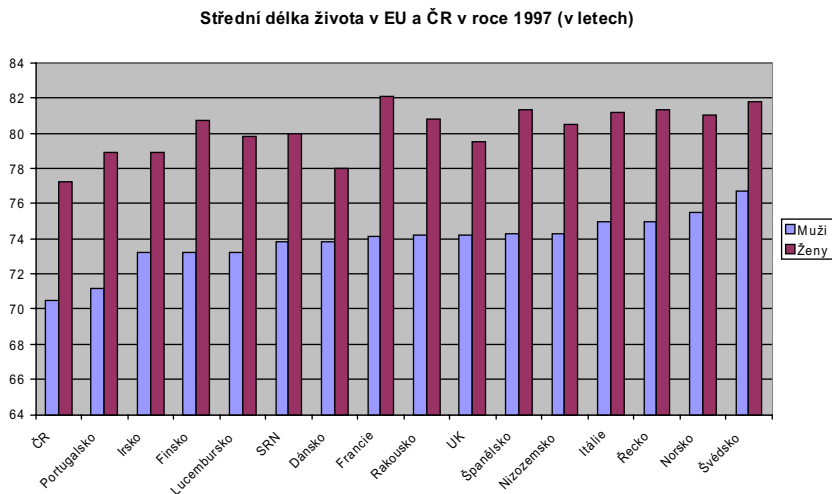


Při zachování úrovně úhrnné plodnosti z roku 1997 by ČR měla v příští generaci o 44 % méně obyvatel (při nezměněné střední délce života a bez vlivu migrace). Ale i v kladném případě, pokud se podaří zvrátit tento nebezpečný vývoj, může to být jen složitý proces. V žádném případě se však již nedá zabránit důsledkům tohoto nového extrémního výkyvu populačních vln: extrémnímu kolísání nároků na kapacity veřejných služeb - včetně zdravotnických a školských zařízení - i na důchodové zabezpečení.

Vliv na celkový počet obyvatelstva byl zatím ztlumen celkovým snížením úmrtnosti, v tom zejména novorozenců a kojenců, která je již dokonce srovnatelná se západoevropským standardem. To se projevilo v prodloužení střední délky života (u mužů o 5 % - ze 67,3 let v roce 1990 na 70,5 let v roce 1997 a u žen o 2 % - ze 75,8 let na 77,5 let), i když i tak je do-

sud nižší než v kterékoliv zemi EU.

V souběhu těchto vlivů se zhoršuje věkové složení obyvatelstva.



## ZDRAVOTNICTVÍ

Cílem zdravotní politiky, jak byla formulována v první etapě transformace po listopadu 1989, byla obnova a podpora zdraví populace v rámci širšího celospolečenského přístupu k determinantám zdraví, změny organizace a způsobu financování zdravotnictví, jež by vedly k zainteresovanosti zdravotníků, zvýšení jejich autonomie v návaznosti na zvýšení finančních zdrojů i k možností reagovat na základní problémy zdravotnické soustavy, jako byl špatný zdravotní stav obyvatelstva, nadměrná nabídka některých zdravotnických služeb, nedostatečné vybavení moderní zdravotnickou technikou včetně léčiv, nivelizace příjmů zdravotníků atd.

Transformační změny probíhaly v r. 1990 - 1993 velmi rychle, až chaoticky. Urychleně bylo v roce 1992 zavedeno všeobecné zdravotní pojištění, prováděné nejprve jen VZP (i když v prvním období s prostředky přidělenými státním rozpočtem), od roku 1993 pak vznikaly další pojišťovny, z nichž mnohé ovšem díky neprofesionalitě přípravy i vlastního provozu zanikly. Po volbách 1992 došlo k zásadní změně koncepčního přístupu, důraz byl kladen na nekritické uplatnění tržních principů, aniž byla vnímána dostatečně existence veřejného sektoru, jeho specifika a vztahy k soukromému sektoru. Přístup ke zdravotní politice

byl poznamenán přílišnou orientací na stranu poptávky (spoluúčast, individuální účty) s tím, že to vyřeší většinu problémů financování zdravotnictví. Opomíjena byla strana nabídky (rozsah lůžkové péče, počty pracovníků apod.), nástroje zdravotní politiky se staly cílem.

V oblasti podpory a obnovy zdraví nedošlo za celé období 1990 - 1998 k výraznějším pokrokům, nepodařilo se transformovat hygienickou službu v moderním pojetí, jak se uplatňuje ve vyspělých zemích.

Zdravotní stav obyvatelstva ČR, který se velmi příznivě vyvíjel po skončení války, se od 60. let zhoršoval, ukazatel střední délky života se mezi evropskými zeměmi dostával na stále horší místo. I po určitém zlepšení, jež nastalo koncem 80. let a dostalo nový impuls po roce 1989 zejména zaváděním nové zdravotnické techniky a léčiv, je stále ještě u mužů tento ukazatel o 4 - 6 let a u žen o 3 - 4 roky za západní Evropou. Úmrtnost na nejdůležitější skupiny nemocí (nádory, srdeční a cévní choroby, úrazy) dosahuje v porovnání se státy EU 1,5 - 2 násobku. Počet chronických onemocnění má stoupající trend - incidence zhoubných nádorů na 100 tis. obyvatel vzrostla do roku 1997 proti průměru let 1986 - 1989 u mužů o 19,5 % a u žen o 24 %.

Vývoj svědčí o nezládnutí problematiky rizikových faktorů. Ve zdravotnictví se opomíjely problémy sekundární a terciární prevence, Národní program zdraví se stal pouhou proklamací bez praktické realizace, jeho dílčí programy nejsou v potřebné míře kvalifikovaně koordinovány a nejsou realizovány zejména v těch okresech, kde jsou největší rizika a problémy.

V ČR byly přeneseny některé rozhodovací pravomoci na nižší články, je však otázkou, jak se tento krok realizoval - úroveň okresů je pro některé problémy zdravotnictví (zejména nemocniční péče) zřejmě až příliš lokální, chybí vyšší územní správní celky. Přitom přípravě pracovníků pro výkon státní správy ve zdravotnictví na úrovni okresů nebyla věnována dostatečná pozornost, postavení okresních úřadů není dostatečně vymezeno, státní správa na úrovni okresů sehrála poměrně pasivní roli.

Nepřípravenost aktérů s nedostatečně regulovaným prostředím vyvolaly jako problémy transformačního období řadu nerovnovážných stavů. Mezi tyto nerovnovážné stavy lze zařadit růst spotřeby zdravotnických služeb, doprovázený nepříznivým vývojem nákladů, nevyváženou alokací prostředků mezi jednotlivé sektory služeb (významnou roli v tom hraje výdaje na léky a materiál).

Předpokládané efekty privatizace majetku ve zdravotnictví se nenaplnily. Zpočátku sice došlo zejména v oblasti ambulantních služeb k přínosu pro pacienty, ale při nedostatku regulačních mechanismů nedošlo k vyrovnání ukazatelů stavu pracovníků s relacemi v zahraničí. Zvýšila se nabídka služeb ambulantních specialistů.

Hospodaření nemocnic se v důsledku kombinace řady vlivů dostalo do kritické situace. Byla zahájena výběrová řízení, jež měla určit žádoucí rozsah sítě akutních nemocnic. Jejich průběh potvrdil tendenci k převažující podpoře velkých nemocnic proti nemocnicím na okresní úrovni. Hospodářský výsledek nemocnic, který v roce 1996 představoval -3 mld. Kč se i po zákrocích MZ podařilo upravit na -0,9 mld. Kč.

V minulých letech vznikla řada agentur domácí péče, zvyšující dostupnost zdravotnických ošetrovatelských služeb, zatím však nebyla prokázána účinnost substituce dražší lůžkové péče touto cestou.

**Vcelku lze konstatovat, že efektivnost naší zdravotnické soustavy je ve srovnání se zahraničím nižší. Na tom se výrazně podílí okolnost, že nebyly formulovány jasné zásady politiky v oblasti zdravotnictví, nebyly vybudovány funkční kontrolní a regulační mechanismy.**

Zvolený způsob úhrady zdravotnických služeb přispěl k tomu, že jejich spotřeba nadměrně vzrostla, a tím vzrostly i náklady na zdravotnictví, jež v současné době tvoří cca 7,2 % hrubého domácího produktu, když v roce 1997 dosáhly výše 121,5 mld. Kč (proti 73,5 mld. Kč v roce 1993). Významnou složkou těchto nákladů jsou výdaje za léky, jejich spotřeba a hodnotově vyjádření stále roste - mezi r. 1990-1997 vzrostla 4,6 krát, a to i když počet balení byl mírně nižší a počet DDD vzrostl značně pomaleji - jen o 11,8 %. Podíl léčiv na celkové sumě zdravotnických výdajů je ca 25 %, zatímco v zemích OECD je to jen 16 - 18 %, v některých zemích dokonce jen 10 %.

Financování zdravotní péče bylo založeno na vícezdrojovém systému s hlavní vahou veřejného zdravotního pojištění, doplněného zdroji z veřejných rozpočtů a přímými platy občanů. Poměr těchto jednotlivých zdrojů je dnes celkem srovnatelný s jinými státy, systém však v sobě stále nese riziko poruch v alokacích prostředků vzhledem k nedostatečným informacím, jejich využívání i nedostatečným kontrolním mechanismům a nekoordinovanosti postupů.

Zamýšlená samostatnost pojištění jako finančního zdroje pro zdravotnické služby, nezávislého na státním rozpočtu, při daném růstu nákladů a poruchách ve výběru pojištěného vedly k deficitu, přenášenému nakonec na poskytovatele zdravotních služeb a jejich dodavatele. Názorným příkladem problémů tohoto systému byla situace r. 1997, kdy v důsledku zavedení novelizovaného seznamu výkonů (přípraveného představiteli zájmových skupin poskytovatelů péče) hrozilo až zhroucení finančního systému. V roce 1997 skončilo hospodaření pojišťoven záporným saldem ve výši 5,5 mld. Kč, v tom saldo VZP 7,3 mld. Kč.

Vzhledem k potřebě řešit situaci v hrazení zdravotní péče, jsou prováděny změny úhrad, zejména zavedení kapitace u praktických lékařů.

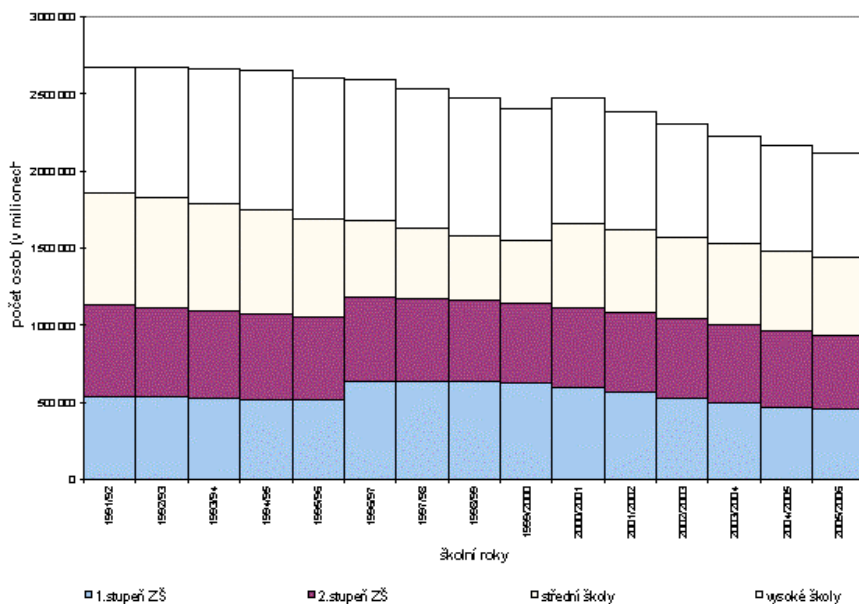
Jako jedno z východisek tvorby zdravotnické politiky by měl sloužit i biomedicínský, sociální a ekonomický výzkum. V této oblasti nebyly vytvořeny dosud dostatečně příznivé podmínky, nebyly zřejmě dostatečně zachyceny světové trendy. Navíc není na dostatečné úrovni informační dostupnost světových materiálů, mnoho problémů našeho současného zdravotnictví by mohlo být jistě řešeno s větším úspěchem, kdyby byl k dispozici nejen dlouhodobě orientovaný výzkum, ale i operativní analýzy klíčových otázek.

## **VYSOKÉ ŠKOLY**

Vzdělanostní úroveň do roku 1990 byla založena především na středním vzdělání (včetně vyučených manuálních pracovníků), zatímco participace na vysokoškolském vzdělávání byla ve srovnání s vyspělými zeměmi nízká. Na vysokých školách studovalo v průběhu osmdesátých let 15 % mladé generace, zatímco ve většině vyspělých zemí již v této době podíl studujících dosahoval 30 - 40 % i více. Této vysoké participace se ovšem nedosahuje v rámci tradičního pětiletého univerzitního vzdělání, ale širokou diverzifikací celého tzv. terciárního sektoru, která u nás zásadně chyběla. Po roce 1990

bylo proto zavedeno na vysokých školách bakalářské studium a v roce 1995 uzákoněna existence vyšších odborných škol. Díky těmto opatřením i značnému zvýšení počtů studentů v tzv. dlouhých vysokoškolských programech vzrostl od roku 1990 počet mladých lidí vstupujících na vysoké školy o více než 50 % a jejich podíl dosáhl 23 % z celku populace. Připočteme-li studenty vyšších odborných škol, dosahuje podíl mladých lidí studujících po ukončení středoškolského vzdělání celkem již kolem 30 % - avšak v nevhodné struktuře. Znásoobil se počet studentů společenskovědních oborů, ale zhruba stágnoval počet studentů technických oborů.

Vlivem celé řady okolností nebyly nikdy po roce 1989 s dostatečně jednoznačným výsledkem završeny zásadní diskuse o podobě nové struktury vzdělávací soustavy. Pod tlakem nutnosti provést změny pak byly prováděny i kroky, které následně vyvolávaly řadu významných problémů. V roce 1990 byla k dispozici jak potřebná demografická data, tak i jejich vývojové tendence a důsledky, které z nich vyplývají pro vzdělávací soustavu (viz graf). Jejich analýza však byla nedůsledná, a proto byla podceňena možnost, a jak se ukázalo reálná, rizika.



V oblasti vysokých škol byla bezprostředně po roce 1989 výrazně posílena autonomie a samospráva vysokých škol a možnosti ministerstva zasahovat do oborové struktury studentů se výrazně zmenšily. Rozhodující roli ve změnách této struktury proto hrála společenská prestiž oborů, platové ocenění absolventů. Více než skutečné informace byly změny ovlivňovány tím, jak uchazeči o studium vnímali aktuální a budoucí potřeby trhu práce. Korekce případně prováděné vysokými školami byly dány spíše jejich prostorovými a kapacitními



možnostmi, než zpětnou vazbou na trh práce.

Tak se zvyšoval podíl studentů humanitních, společenských a přírodních věd a klesal podíl studentů lékařských, zemědělských a technických věd. Během doby se na vysokých školách zavádělo sledování uplatnění absolventů, poradenství pro uchazeče o studium, nicméně návrhy kroků na řešení budoucího nedostatku absolventů technických oborů, či naopak očekávaného nadbytku ekonomů a právníků, zaznívají z vysokých škol zatím jen ojediněle.

### Struktura studentů vysokých škol podle skupin oborů v ČR v letech 1989 až 1997 (v %)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Celkem	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Hum. a společ.vědy	2,5	4,8	6,1	7,5	8,2	7,9	10,6	11,0	11,6
Právní vědy	3,4	3,3	4,3	4,3	4,7	4,8	4,9	5,0	5,0
Přír. vědy, matematika	3,5	4,3	4,4	5	5,3	5,4	5,6	6,1	6,5
Lékařství, farmacie	9,4	9,9	9,9	9,8	8,8	8	7,2	6,6	6,5
Ekonomie, management	11,5	11	11,4	11,8	13,5	15,3	16,6	17,1	17,2
Technické obory	36,7	35,3	33,2	31,9	30,3	29,8	27,1	27,5	28,1
Zemědělství veterinární lékařství	9,3	8,8	8	7,2	6,3	6,3	6,2	6,4	5,8
Učitelství	21,3	19,8	19,8	19,5	19,3	19	17,2	16,6	15,6
Umělecké obory	1,9	2,2	2,2	2,2	2,5	2,3	2,4	2,4	2,3
Tělovýchova	0,5	0,6	0,7	0,8	1,1	1,2	1,2	1,2	1,3

Pramen: MŠMT

Vlivem liberalizace školství se nabídka středoškolského i vysokoškolského studia řídila především poptávkou uchazečů, která v některých případech trpěla nedostatečnou informovaností o reálných tendencích na trhu práce. Výsledkem byl například nadbytečně extenzivní rozvoj ekonomicko-manážerských oborů i problémy struktury a obsahu oborů technických. Příčinou současného nesouladu struktury nabízených oborů s potřebami trhu práce, který se projevuje zejména na středoškolské úrovni vzdělání a odráží se i v růstu nezaměstnanosti absolventů, je dosud nedostatečná vazba školství a ekonomické sféry i nedostatek informovanosti o potřebách zaměstnavatelů. Nerovnováhu prohlubuje i skutečnost, že absolventi některých oborů vzdělání, především technických, projevují nezáměr o práci ve vystudovaném oboru. V tomto případě jde o neschopnost zaměstnavatelů, nabídnout jim atraktivní podmínky práce.

Výrazným nedostatkem současného systému vzdělávání je účinné propojení počátečního a dalšího vzdělávání. Tento nedostatek souvisí i s absencí konceptu dalšího vzdělávání a jeho financování. Ekonomická stagnace vede ke snížení zájmu zaměstnavatelů o další vzdělávání svých pracovníků a tím k prohlubování ekonomických problémů vyplývajících z nea-

dekvátní kvalifikace pracovníků.

Metodika financování vzdělávací soustavy prodělala v posledních letech značný vývoj, který by se dal charakterizovat jako upuštění od institucionálního (nákladového) financování škol a zařízení a přechod k financování výkonovému, tj. normativnímu. Skutečné jednotkové výdaje na žáka v běžných cenách dokumentuje tabulka 4-5. Pozitivním faktorem financování školství je jeho vícezdrojovost, kdy se na financování škol a zařízení podílí kromě státu i obce, zřizovatelé, rodiče a školy se zapojují do mezinárodních programů a grantů.

Za období posledních pěti let se úroveň nominálních mezd zvýšila (128%) a rovněž úroveň reálných platů (36%). Ve srovnání s vývojem platů v národním hospodářství rostly platy ve školství rychleji až do roku 1996, v roce 1997 však restriktce rozpočtových financí vedla ke zlomu ve vývoji reálných platů, kdy poprvé po roce 1989 poklesly (3%). Tím se snížila až na 92,5% i tak podprůměrná relativní platová úroveň ve školství vztahovaná k celému národnímu hospodářství. Na vysokých školách byl pětiletý nárůst reálných platů 24 %.

### Výdaje veřejných rozpočtů na jednotlivé stupně a typy škol v ČR v letech 1989 - 1997 (v mld. Kč)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Index 97/89 (%)
Celkové veřejné výdaje na školství	21,7	24,2	31,9	39,2	53,6	63,2	71,9	81,7	78,1	359
Mateřské školy	1,9	2,0	2,6	3,3	4,8	5,5	6,5	7,6	7,4	378
Základní školy a školní družiny	6,1	6,4	7,9	10,4	15,5	18,2	20,9	25,4	24,2	400
Gymnázia	0,7	0,8	1,1	1,3	2,2	3,1	3,9	4,2	3,5	506
Střední odborné školy a VOŠ	1,2	1,3	2,2	2,7	4,6	6,1	6,8	7,2	7,1	599
Střední odborná učiliště	0,9	1,5	2,8	3,7	6,6	7,7	8,6	9,1	7,3	840
Speciální školy	0,6	0,7	0,9	1,1	2,0	2,4	3,0	3,4	3,5	550
Školní stravování a domovy mládeže	3,6	3,8	4,6	4,7	5,4	5,7	6,1	6,7	6,9	194
Vysoké školy	3,5	3,9	4,5	4,7	6,5	8,3	9,5	11,0	11,1	320

Pramen: MŠMT

### Výdaje na žáka (studenta) v ČR v letech 1989 - 1997 (v tis. Kč)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	Index 97/89 (%)
Mateřské školy	4,9	5,2	7,7	10,1	14,6	16,6	19,4	23,1	23,4	483
Základní školy	4,8	5,2	6,7	9,0	14,1	17,4	20,5	24,5	22,1	462
Gymnázia	7,2	7,7	10,0	11,5	18,1	25,1	30,3	32,3	28,0	391
Střední odborné školy a VOŠ	7,3	7,6	12,2	14,5	23,2	27,7	28,1	30,4	34,0	468
Střední odborná učiliště	2,8	4,7	9,3	13,1	24,0	27,9	31,3	36,2	36,4	1280
Speciální školy	8,5	9,2	12,6	15,7	27,6	33,7	41,3	46,6	48,8	575
Vysoké školy	36,4	39,3	43,8	46,3	60,8	72,9	77,7	83,2	76,8	211

Pramen: MŠMT

V současném období činí deficit v resortu školství minimálně 1,2 mld. Kč a je způsobený zejména stálým nárůstem učňů nepřipravujících se pro konkrétní organizaci, nedostatečně stanoveným objemem prostředků pro soukromé školství, úhradami za narůstající nájemné stanovené hlavně obcemi a rozšiřujícím se množstvím budov s havarijním výměrem. V roce 1999 lze očekávat vzhledem k stávající úrovni rozpočtu, že deficit bude minimálně dvojnásobný.

Mezi výrazná úsporná opatření se řadí program optimalizace sítě středních a vyšších odborných škol a školských zařízení, který reagoval na některé negativní důsledky transformace školství. Jednalo se především o nepřiměřeně vysoký počet autonomních škol s malým počtem žáku, rozdrobenost oborové struktury vzdělávací nabídky a rychlý nárůst nevyužívaných kapacit škol.

### Vývoj průměrného počtu pedagogických pracovníků školství v ČR v letech 1995-97 ve školách a organizacích zřizovaných státem, obcemi a církví ( tj. bez soukromých škol) (v tisících)

	1995	1996	1997	97/95 v %
CELKEM	180,9	178,7	173,9	96,1
z toho: MŠ	27,6	27,2	25,9	93,7
ZŠ	61,5	62,5	63,1	102,6
gymnázia	8,7	8,7	8,3	95,6
SOŠ a VOŠ	15,5	14,9	14,7	94,8
SOU	29,2	28,5	23,9	81,6
VŠ	12,9	13,0	13,2	102,5

Pramen: MŠMT

Pro rok 1999 a následující léta jsou připravována další ozdravná opatření. Spočívají především v urychlení procesu optimalizace škol a školských zařízení včetně zapojení škol zřizovaných Ministerstvem zemědělství do tohoto procesu a hledání dalších možností vícezdrojového financování.

### Vývoj průměrného nominálního platu učitelů na jednotlivých druzích a typech škol a jejich relace k průměrnému platu v ČR v letech 1992-1997 (v Kč)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
<b>Národní hospodářství celkem</b>	<b>4 790</b>	<b>6 008</b>	<b>7 114</b>	<b>8 438</b>	<b>9 994</b>	<b>11 029</b>
<b>Učitelé regionálního školství</b>	<b>5 037</b>	<b>6 459</b>	<b>7 881</b>	<b>9 148</b>	<b>10 956</b>	<b>11 710</b>
z toho: mateřské školy	4 071	5 134	6 150	7 177	8 657	9 045
základní školy	5 206	6 637	8 150	9 365	11 208	11 788
gymnázia	5 876	7 618	9 397	10 881	12 697	13 505
střední odborné školy	5 818	7 563	9 126	10 731	12 838	13 391
střední odborná učiliště	6 006	7 800	8 966	10 852	12 676	13 186
speciální školy	5 522	6 967	8 361	9 945	11 905	12 401
<b>Pedagogové vysokých škol</b>	<b>7 183</b>	<b>8 841</b>	<b>10 438</b>	<b>12 259</b>	<b>14 751</b>	<b>15 229</b>
z toho: profesori	10 439	12 312	15 208	18 332	21 569	22 389
docenti	8 668	10 650	12 955	15 393	18 354	19 014

## VÝZKUM A VÝVOJ

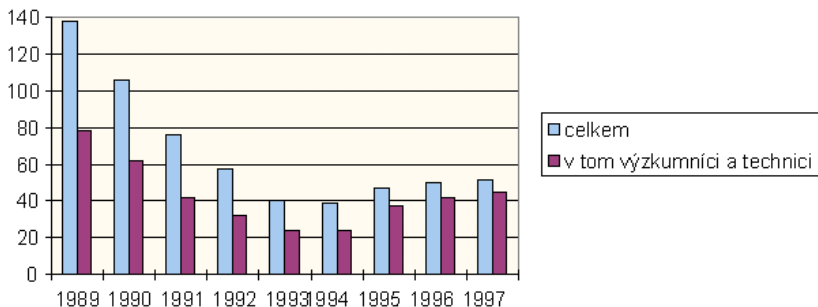
Systém státní podpory výzkumu a vývoje je decentralizovaný a s vysokou autonomií výzkumných organizací. Finanční prostředky státního rozpočtu jsou rozděleny víceméně rovnoměrně do dalších rozpočtových kapitol. Koordinační funkce, především při návrhu rozpočtu na výzkum a vývoj, plní Rada vlády ČR pro výzkum a vývoj. Postupně byl zaváděn a rozvíjen princip institucionálního a účelového financování.

Institucionální dotace příspěvkovým a rozpočtovým organizacím klesly oproti roku 1989 o 80%. Výsledkem bylo snížení počtu výzkumných organizací, četné výzkumné ústavy byly privatizovány, v některých případech i ne zcela uváženě. Počet ústavů Akademie věd klesl více než o třetinu. Účelové prostředky se rozdělují na základě více či méně otevřených soutěží fyzických i právnických osob zabývajících se výzkumem. Podíl účelového financování na celkových výdajích státního rozpočtu vzrostl až na současných více než 50%. Systém financování se postupně přizpůsobuje systémům obvyklým v zemích EU.

Positivně lze hodnotit průběh transformace Akademie věd ČR, zavedení grantového systému podpory výzkumu a vývoje ustavením Grantové agentury ČR a dalších agentur, zavedení systému účelového a institucionálního financování a zapojování jednotlivců i organizací do mezinárodní spolupráce. Ke kladům patří i rychlé vybudování moderní počítačové sítě propojující akademická pracoviště a vysoké školy a postupné zvyšování její kapacity.

Pomaleji než by bylo žádoucí probíhalo posilování výzkumu na vysokých školách. Systém objektivního poskytování institucionálních prostředků byl zaveden až od roku 1999.

**Zaměstnanci výzkumu a vývoje v ČR**  
(v tis. osob)



Za zásadně nesprávné lze označit podcenění významu výzkumu a vývoje a zejména jejich státní podpory pro budoucí prosperitu země. Teze, že stát má podporovat jen základní výzkum, že podpora výzkumu aplikovaného a vývoje je především záležitostí podniků, byly mnohem liberálnější než je skutečnost v absolutní většině zemí OECD. Jejich realizace vedly k neuvážené privatizaci dřívějších státních výzkumných ústavů. Mnohé z nich zcela zanikly,

## Poměr k průměrné mzdě v ČR (v %)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Učitelé regionálního školství	105,2	107,5	110,8	108,4	109,6	106,2
z toho: mateřské školy	85,0	85,5	86,4	85,1	86,6	82,0
základní školy	108,7	110,5	114,6	111,0	112,1	106,9
gymnázia	122,7	126,8	132,1	129,0	127,0	122,4
střední odborné školy	121,5	125,9	128,3	127,2	128,5	121,4
střední odborná učiliště	125,4	129,8	126,0	128,6	126,8	119,6
speciální školy	115,3	116,0	117,5	117,9	119,1	112,4
Pedagogové vysokých škol	150,0	147,2	146,7	145,3	147,6	138,1
z toho: profesori	217,9	204,9	213,8	217,3	215,8	203,0
docenti	181,0	177,3	182,1	182,4	183,7	172,4

Pramen: MŠMT

některé se výrazně zmenšily, přičemž výzkumu a vývoji se věnuje jen část jejich kapacit.

Tíživým problémem jsou platové podmínky mladých pracovníků v Akademii věd, na vysokých školách a ve zbývajících příspěvkových výzkumných organizacích jednotlivých resortů. Dosavadní platové řády neumožňují přijatelným způsobem ohodnotit špičkově kvalifikované pracovníky, mnohdy s ukončeným doktorským studiem a střednědobými výzkumnými pobyty v zahraničí. Zcela nedůstojné hmotné zabezpečení je vede k odchodem do jiných profesí.

Podceňena byla skutečnost, že malá země ve střední Evropě bez dostatku významnějších surovinových zdrojů nemůže svoji budoucnost založit na ničem jiném než na produkci výrobků, technologií a poskytování služeb, v kterých budou rychle a efektivně uplatňovány poznatky domácího výzkumu a vývoje. Představy o samoregulačních silách svobodného trhu s využitím komparativních výhod české ekonomiky se nepotvrdily. Obecná nechuť předcházejících pravicových vlád k formulaci dlouhodobých konkrétních koncepcí a politik se projevila i ve výzkumu a vývoji. První politika výzkumu a vývoje, srovnatelná s obdobnými dokumenty zemí Evropské unie, bude připravena až v letošním roce. Privatizace nepřinesla do řady podniků konečné vlastníky. Vedení podniků se zatím musí zabývat řešením okamžitých a krátkodobých problémů. Podpora výzkumu a vývoje a využívání jejich výsledků je pro ně většinou zcela okrajovou záležitostí. I zde bude muset stát zasáhnout konkrétními opatřeními hospodářské či průmyslové politiky. Připravovaná politika výzkumu a vývoje musí být účelově provázána s ostatními státními politikami.

## DROGOVÁ PROBLEMATIKA

V roce 1989 je, poprvé za celé období socialistického Československa, přijata právní úprava obsahující ochranu společnosti nejenom před alkoholem, ale i před jinými toxikomaniami. Po prudké změně společenské situace v listopadu 1989 tato legislativa uzpůsobená podmínkám uzavřeného socialistického státu zastarává.

Po otevření našich hranic velice razantně nastupují drogy do naší společnosti. Tomu nahrává i skutečnost, že zájem o drogy, především mezi mladými lidmi, je obrovský. Velice rychle se rozšiřuje užívání a samovýroba produktů kanabisu, zvyšuje se poptávka po domácí stimulační látce - pervitinu, na nelegálním trhu se objevuje heroin. Obchodníci s drogami se zaměřují především na mládež, s cílem vybudovat si stálá odbytiště. Drogy tak přestávají být záležitostí pouze undergroundového a kriminálního prostředí, ale postupně pronikají do škol všech typů, internátů, nápravných zařízení i vojenských útvarů. V Praze a postupně v dalších městech vznikají otevřené drogové scény.

Příčin tohoto jevu je celá řada. Vedle strategické polohy ČR ve středu Evropy na hlavních trasách tranzitu drog, je to i špatná kontrolovatelnost hranic, mohutný příliv uprchlíků ze zemí bývalého SSSR a válečnického Balkánu. Část uprchlíků tvoří i příslušníci zločineckých organizací zaměřených právě na obchod s drogami. Do ilegálního obchodu s drogami se zapojují i organizované zločinecké skupiny z Asie, Afriky a Latinské Ameriky. Do činnosti těchto organizací se hojně zapojují i čeští občané jak na nižších, tak středních článcích organizací. Česká republika se z dříve tranzitní země stává zemí cílovou a součástí rozvětvené sítě překupníků drog v Evropě.

Vývoji na drogové scéně a nárůstu nabídky nahrává i skutečnost, že ČR je zemí s tradičně rozvinutým chemickým průmyslem. Již před rokem 1989 zde existovaly toxikomanské komunity, které si samy vyráběly drogy a distribuovaly je v uzavřeném okruhu známých uživatelů. Tyto skupiny po roce 1989 mění svoji strategii a začínají drogy vyrábět a distribuovat na komerční bázi, nejenom pro potřeby místního, ale i zahraničního trhu.

Represivní složky reagují na vzniklou situaci se zpožděním, policie i celní služba nemá odpovídající znalosti a zkušenosti, jsou nedostatečně vybaveny. Po mnoha organizačních změnách a nejasnostech se však situace postupně mění k lepšímu. V roce 1993 vzniká Protidrogové oddělení Generálního ředitelství cel, v září 1994 Inspektorát omamných a psychotropních látek při Ministerstvu zdravotnictví ČR a počátkem roku 1995 vzniká Národní protidrogová centrála. Vznikají společné pracovní skupiny, které napomáhají dotváření funkční organizační struktury. Problémem však nadále zůstává jednotné metodické vedení pracovníků policie na nižších článcích, na úrovních bývalých krajů a okresů.

Problematická situace je i v oblasti léčby drogových závislostí, jež úzce souvisí se špatným stavem českého zdravotnictví. V 90. letech vznikají dvě vládní koncepce protidrogové politiky státu, v praxi však jsou realizovány jen dílčí části navrhovaných strategií. Vzniká celá řada protidrogových aktivit, chybí jim ale jednotící, koordinační prvek. V červnu 1990 je vytvořena Komise vlády ČSFR pro narkotika, která v roce 1991 vypracovává návrh protinarkotické koncepce vlády ČSFR. Ten je však jenom velmi obecný a navíc, vláda jej nikdy neprojednala. V důsledku rozpadu federace a vzniku samostatné České republiky však Komise zanikla.

V roce 1993 vznikla Meziřezortní protidrogová komise vlády ČR jako následné koncepční a koordinační pracoviště. V roce 1994 byl zvýšen statut komise, když byla převedena na úroveň jednání ministrů. Komise ve spolupráci s odborníky vypracovala Koncepci a program protidrogové politiky vlády ČR, v němž definovala jednotlivé oblasti drogové politiky a hlavní priority a program na období let 1993 - 1996.

Hlavním úkolem bylo vytvoření sítě okresních protidrogových koordinátorů a protidrogových komisí, jejichž hlavním cílem je mapování protidrogové problematiky na místní úrovni a vytváření protidrogových strategií na základě aktuálních místních potřeb. Přes počáteční nejasnosti a negativní postoj představitelů státní správy a samosprávy, byla místa koordinátorů i komise na místní či okresní úrovni do konce roku 1996 zřízeny a zahájily svoji činnost. Tento krok významně napomohl decentralizaci protidrogové politiky v ČR, za současného koordinovaného postupu při plánování a budování sítě preventivních programů a léčebných zařízení.

V roce 1997 byla Meziřezortní protidrogovou komisí zpracována a usnesením vlády ČR schválena Koncepce a program protidrogové politiky vlády ČR na období let 1998 - 2000. Koncepce obsahuje celou řadu termínovaných úkolů a rozdělení kompetencí mezi zainteresovaná ministerstva i Meziřezortní protidrogovou komisí. Výchozím principem řešení drogové problematiky zůstává i nadále vyvážený přístup redukce nabídky (represe) na jedné a snižování poptávky po drogách (prevence) na druhé straně. Stěžejními úkoly Koncepce jsou především definování minimální léčebné sítě, zavedení systému licencí a akreditací pro poskytovatele léčebné péče, vytvoření nových pravidel financování protidrogových aktivit s cílem zkvalitnění kontroly využití přidělených finančních prostředků a rozšíření metadono-

vého programu pro větší počet klientů. Bohužel, i úkoly obsažené v této Konceptci, nejsou vždy plněny ve stanovených termínech.

Po mnoha peripetiích je nakonec začátkem roku 1998 přijat zákon, který pojednává o trestnosti držení drogy, i pro vlastní potřebu, v množství větším než malém. Přínosem přijaté novely zákona je zpřísnění trestů pro výrobce a distributory drog, přijetím trestnosti držení drogy pro vlastní potřebu však vyvstává nebezpečí, že budou pronásledováni i uživatelé drog. Přijaté řešení pravděpodobně nebude mít za následek výrazné snížení nabídky a poptávky, neřeší ani důsledky postihu osob závislých na drogách. Stávající kapacity léčebně resocializačních zařízení, stejně jako možnosti absolvování ochranné léčby ve vězeních jsou nedostatečné. Na ty přijatý zákon nemyslí. Přijetí zákona se nepromítlo do navýšení finančních prostředků pro potřeby souvisejících s vyšetřováním a následným trestním řízením u osob stíhaných podle uvedeného zákona. Meziřesortní protidrogová komise bude analyzovat dopady zákona a dle výsledků analýzy navrhopvat další opatření.

246

**MUDr. V. ALTER**

**ordinuje pro nemoce pohlavní (syfilis) a kožní  
od 9—12, 2—6. PRAHA-II., Pštrosova ul. č. 8.**

**Dr. BORECKÝ** vrchní železniční lékař česko-  
slovenských státních drah.

**Nemoci pohlavní a kožní.**

*Nusle údolí č. 214. Lékárna.*

Ordinuje ve všední dny od 9—11 a 3—5 hodin.

**Ženský a praktický lékař**

**MUDr. Jan Boublík**, Král. Vinohrady,  
Tylovo nám. č. 29.

Ord. 8—9, 1—3. V neděli a svátek 8—9.

**Zubní lékař**

**MUDr. Rudolf Fencel**,

Kr. Vinohrady, Karlova 17.

229

Ord. 9—12, 2—5.

**Ušní, nosní, krční nemoce**

odborně léčí a operuje **Dr. Frotzl**, emer. asistent kliniky prof. Kutvírta.

Praha II., Reznická 1. Roh Voňčkovy ul. Ord. 10-11, 2-4.  
Telefon 318—VIII. 244





Zdravotnictví  
Chirurgie

**GUMA**

Obvazy  
Umělé končetiny



**WALDEK & WAGNER**

dodavatelé všech univerzitních  
klinik, jakož i státních ústavů

**Praha II. Václavské nám. 17.**

Inzeráty z dvacátých let v rodinném archivu našel a do VNR přispěl student M. Pešl

## **Z dokumentu Charty 77, datovaného 30. 12. 1983**

### **Vzestup konzumu omamných drog v Československu**

Z dílčích hlášení středisek, z léčeben pro alkoholiky, z enormního vzestupu spotřeby léčiv s obsahem omamných drog víme, že narkomanie v Československu nabyla za posledních 10-15 let nebezpečného rozsahu, že zamlčování této skutečnosti páchá nenapravitelné škody morální i ekonomické a že současná neuvážená opatření celý vývoj spíše akcelerují než brzdí. Výsledkem podcenění a zamlčování toxikomanie u nás jako společenského jevu je současný stav, kdy se nachází několik set dobře organizovaných part, gangů, které organizují prodej i odběr drog. I když u nás nemáme větší výskyt zneužívání „populárních“ drog typu kokainu, hašiše, heroínu a jim podobných, dochází u nás k nesmírnému abúzu – zneužívání léků obsahujících látky omamné, což je jasné i z čísel o výrobě a spotřebě léčiv.

Počet toxikomanů v ČSSR je odborníky odhadován na desetitisíce. Jen v psychiatrických odděleních poliklinik je 8400 oficiálně zaregistrovaných osob, střediskem drogových závislostí v Praze prošlo 1700 lidí. Nejčastější věk je u mužů mezi 15-19 lety (50 %). Podle oficiální zprávy z roku 1982 v Severočeském kraji zemřelo 24 mladistvých na následky přehnaného požití drog a v letech 1977 – 1981 bylo u nás 91 úmrtí na selhání ledvin zapříčiněných analgetiky. V letech 1971 – 1980 stoupl procento 12-13letých dětí, které začaly kouřit marihuanu, třikrát až pětkrát. Federální správa ministerstva vnitra vykazuje ve svých oficiálních hlášeních 4358 evidovaných toxikomanů.

Chceme, aby příslušné orgány informovaly naše spoluobčany o těchto jevech, upozorňovaly na tato nebezpečí, tak aby každý z nás byl informován a mohl sám rozhodovat, jak bude jednat a postupovat. Pouhý zákaz není přístupem, který je vhodný pro přístup vlády k občanům jako k dospělým jedincům.

*(Charta 77 – 1977-1989. Čs. dokumentační středisko nezávislé literatury ve spolupráci s Ústavem pro soudobé dějiny a ARCHA. Scheinfeld – Praha – Bratislava 1990.)*

# VNR

*Vita Nostra Revue*  
*časopis Univerzity Karlovy,*  
*3. lékařské fakulty*

## 2/99



### **Z OBSAHU:**

#### **Proslovy:**

*M. Anděl*  
*M. Lobkowicz*  
*J. Šiklová*  
*R. v. Weizsäcker*

#### **Rozhovory:**

*O. Gregor*  
*D. Němcová*

#### **Úvahy:**

*V. Smitka*  
*L. Velíšek*

#### **Dokumenty:**

*Lékaři bez hranic*  
*Koncepce MŠMT*



# VNR

*Vita Nostra Revue*  
*časopis Univerzity Karlovy,*  
*3. lékařské fakulty*

# 2/99



## **Z OBSAHU:**

### **Proslovy:**

*M. Anděl*  
*M. Lobkowicz*  
*J. Šiklová*  
*R. v. Weizsäcker*

### **Rozhovory:**

*O. Gregor*  
*D. Němcová*

### **Úvahy:**

*V. Smitka*  
*L. Velíšek*

### **Dokumenty:**

*Lékaři bez hranic*  
*Koncepce MŠMT*



# VNR

Vita Nostra Revue  
časopis Univerzity Karlovy,  
3. lékařské fakulty

## 2/99



### Z OBSAHU:

#### Proslavy:

M. Anděl

M. Lobkowicz

J. Šiklová

R. v. Weizsäcker

#### Rozhovory:

O. Gregor

D. Němcová

#### Úvahy:

V. Smitka

L. Velišek

#### Dokumenty:

Lékaři bez hranic

Koncepce MŠMT

## VITA NOSTRA REVUE

### 8. ročník, číslo 2

časopis Univerzity Karlovy v Praze, 3. lékařské fakulty  
Vychází 4x ročně  
Uzávěrka tohoto čísla 15.5.1999

#### Redakční rada:

Předsedkyně: prof. MUDr. Rada Konigová, CSc.,  
Klinika popáleninové medicíny, FNKV a 3.LF  
Mgr. Marie Flessigová, SVI 3.LF (výkonná redaktorka)  
PhDr. Martina Hábová, SVI 3.LF  
Jana Patočková, II. Interní klinika FNKV a 3.LF UK  
Jan Petráček, AS 3.LF UK  
Bogna Godulová, 3.LF UK

ISSN 1212-5083

## Obsah:

### Quod bonum

Mikuláš Lobkowicz: O teologii, filozofii a hledání pravdy ..... 4

### Res publica

R.v. Weizsäcker: Demokracie - sen, který potřebuje pomoc ..... 10

S D. Němcovou o uprchlících a občanských postojích ..... 11

Humanita na fakultě ..... 13

Ochota pomáhat v datech ..... 14

### Lékaři

Laudatio – prof. M. Anděl o dr.h.c. N.Sartoriovi ..... 18

Rozhovor s prof. O. Gregorem: Byl jsem v čs. armádě na Západě ..... 19

Médecins Sans Frontieres in Kosovo (Brief History, Interview with a Nurse,  
A Doctor's Diary) ..... 25

Gruesome Legacy of Dr. Gross ..... 35

### Fakulta

Čestný doktorát ..... 38

Hostující profesor z Tübingen ..... 38

J. Petráček: Staronová univerzita Karlova ..... 39

Dvojí ohlédnutí za Třeští ..... 40

Korespondence ..... 41

Studentský život na přelomu tisíciletí ..... 42

Z. Rossmann: Zpráva o školním výletu ..... 44

### Vědci

L. Velíšek: Co chceme? ..... 46

Hahn: Otoneurologie včera, dnes a zítra ..... 51

Gynekologie mezinárodně ..... 53

### Drogy

Magdaléna Fišerová: Drogová závislost I. .... 58

Problematika drog z hlediska lidských práv ..... 62

Rozpaky z praxe ..... 64

### Texty

J. Šiklová: Je to můj život, jak jsem si ho zasloužil ..... 64

V. Smitka: Archeologie lidských životů ..... 68

### Příloha

ČHV: Má každý právo na vysokoškolské vzdělání? ..... 84

MŠMT: Koncepce vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy ..... 86

Ilustrace Vladimíra Komárka jsou přetištěny z knihy D. Dvořákové „Zlaté listí. Zpověstí a báji děčínského kraje“. Severografia, Liberec, 1997

---

# QUOD BONUM

---

DR. H. C. MIKULÁŠ LOBKOWICZ

Mikuláš Lobkowicz

## O teologii, filozofii a hledání pravdy

Na prvním místě bych chtěl – dojat a od srdce – poděkovat vědecké radě UK za to, že panu kardinálovi Schönbornovi, panu kolegu Špidlíkovi a mně udělila čestný doktorát. Ale jelikož nemohu deset či patnáct minut prostě jen děkovat (a pan děkan mne nechal poprosit, abych tak dlouho, dokonce snad dvacet minut mluvil), musím se po této první větě vyslovovat za sebe samého a doufat, že alespoň částečně postihnu, co jeho eminence a pan kolega cítí a myslí. Pro mne – a velmi pravděpodobně také pro pana kardinála a pro pana profesora Špidlíka – to sice není první akademická pocta od některé uznávané univerzity; přesto mi působí obzvláštní radost. **Karlova univerzita je nejstarší a tedy jednou z nejdůstojnějších univerzit severně od Alp; pouze několik málo univerzit v Itálii a Francii se může pyšnit tím, že jsou starší než ona a stáří je mezi univerzitami až do dneška prestižní záležitostí. Za druhé je univerzitou „zlaté Prahy“, města, ve kterém jsem přišel na svět a které je stále ještě – pro mne samotného tajemným způsobem – mým domovem; vždy, když přijíždím do Prahy, zažívám jako nikde jinde na světě, co to znamená, když člověk přijíždí domů. Za třetí a nakonec - zde v Praze začalo mé setkávání s postkomunistickým světem;** mimo dvě krátké návštěvy v Polsku, na Lublaňské univerzitě, se kterou jsme v Eichstättu měli partnerství, a potom ještě jednou během „rozhovorů u kulatého stolu“, jsem 41 let, od podzimu 1948 až do jara 1990 nenavštívil žádnou zemi, která patřila do mocenské oblasti Moskvy, už jen proto, že jsem se vzhledem k svému mnohostrannému angažování se proti komunistické ideologii musel obávat, že bych z toho nevyvázl se zdravou kůží. A tak jsem byl poprvé opět v Praze v březnu 1990; pan rektor Radim Palouš mne pozval k – pro mne nezapomenutelné přednášce na této vaší – a ode dneška i mé a naší – univerzitě.

Karlova univerzita se tedy rozhodla, což mne jako filozofa udivilo, že mi propůjčí titul doctor honoris causa teologie, a ne filozofie. V tom se pravděpodobně zrcadlí skutečnost, že s touto iniciativou přišla fakulta katolické teologie. Nechci zde opomenout také jí – současně jménem pana kardinála Schönborna a pana profesora Špidlíka – tedy také jí ze srdce poděkovat. Tento čestný titul je mi udělován za domnělé zásluhy o rozvoj katolické teologie; v čem přesně tyto zásluhy mají spočívat, nedokážu tak úplně posoudit. Přesto mě tato skutečnost, že mne Karlova univerzita poctívá doktorátem teologie a ne filozofie, radostně překvapila; vidím v tom potvrzení své životní dráhy. Chtěl bych tuto skutečnost krátce vysvětlit.

Můj zájem o filozofii sahá až ke nejprvnějším rokům po opuštění Československa. Jak jsem právě řekl, opustil jsem svou vlast na podzim 1948; o několik měsíců později jsem pokračoval ve svých gymnaziálních studiích (bylo mi tenkrát 17 let) na jednom katolickém internátu ve Švýcarsku. Co to přesně bylo, co vzbudilo můj zájem o filozofii, nedokážu již dnes přesně zrekonstruovat; bylo to ale tak jednoznačné, že mě moji švýcarští spolupráci už po několika měsících nazvali „das Sein“, „Bytí“. Měl jsem tenkrát v úmyslu stát se jezuitou; bohužel jsem se

jím nakonec nestal, poněvadž bych se byl jistě stal špatným členem jezuitského řádu; pokud si dobře pamatuji, můj zájem o jezuitský řád byl ovlivněn především přesvědčením, že mi může nabídnout nejinteligentnější filozofické vzdělání. Místo toho jsem po maturitě začal studovat filozofii ve švýcarském Freiburgu, na univerzitě, která toho času – spolu s Lovaním – platila za nejvýznamnější centrálu tomismu. Od svých studentských let ve Freiburgu jsem sice nikdy nebyl tomistou, znal jsem ale „svého svatého Tomáše“ lépe než mnoho z těch, kteří se za tomisty považovali nebo ještě považují. Postavou, která mne rozhodujícím způsobem ovlivnila, byl polský dominikán Innocenc Maria Bocheňski, který ve Freiburgu na jedné straně vyučoval dějiny filozofie 20. století, a na druhé straně byl jedním z nejvýznamnějších historiků logiky svého času, mimochodem také významný logik, který studoval ještě u Leśniewského a



První podpis prof. Lobkowicze jako čestného doktora UK Foto archiv RUK

Lukasiewiczze a který se stejně jako jeho řádový bratr Salamucha snažil o rekonstrukci logických struktur klasických filozofických myšlenkových modelů podle moderních kritérií. Bocheňski mě uchránil před tím, abych se stal zarputilým tomistou, abych podlehl pokušení, které tenkrát zastávalo překvapivě mnoho tomistů, totiž odmítat každé myšlení, které se neodvolává na Aquitána; naučil mne vidět, že téměř vše, co ve filozofické tradici – zvláště u Aristotela a Tomáše – z dnešního filozofického pohledu ještě stojí za řeč, nejruznějším způsobem ve filozofii našeho století a v myšlení našeho století pokračuje, nejvýrazněji asi ve dvou velkých metodologických filozofických tradicích přítomnosti, ve fenomenologii a v tzv. analytické filozofii. Současně jsem se tenkrát intenzivně zabýval – a samozřejmě na výsost kriticky – tzv. sovětskou filozofií, jednou z dalších specialit Bocheňského, který v prvních dvaceti letech po druhé světové válce platil – spolu s jezuitou Gustavem A. Wetterem – za nejvýznamnějšího odborníka na marxismus-leninismus. Později, když jsem se stal profesorem na katolické University of Notre Dame ve Spojených státech, jsem se ponořil jednak do nejruznějších variant anglosaské analytické filozofie, a jednak do Hegela jako toho myslitele, od kterého se Marx naučil to, co je v jeho myšlení filozoficky nejzajímavější. **Od té doby jsem Hegela vždy uctíval jako největšího evropského metafyzika od dob Aristotela a Plotina, i když jsem současně byl a do dneška jsem toho názoru, že skoro nic z toho, co zastával, neplatí. Také toto jsem se od Bocheňského nau-**

**čil; je možno obdivovat, ba dokonce uctívat filozofy, s kterými člověk ani trochu nesouhlasí, a proto má člověk začít kritizovat filozofy až tehdy – a zvláště ty, co mají formát – když se naučil cenit si jich tak, že jim skoro – ale právě jenom skoro – propadl.**

Čím jsem byl starší, čím více jsem studoval a psal, tím jsem si jasněji uvědomoval, co mě vlastně na oboru filozofie nejvíce fascinuje: jednak ta skutečnost, že se v tomto oboru nenacházejí žádná dogmata, která by nesměla být zpochybněna, a jednak že člověku přitom lépe pomůže pochopit svou dobu, kulturu současnosti a nakonec i sebe sama jako účastníka současné kultury. Obojí ovšem předpokládá, že člověk našel vlastní orientaci, která ho uchrání toho, aby propadl té které současné módě, která právě vládne. Tímto orientačním bodem se pro mne – rok od roku jasněji – stávala má křesťanská víra jako člena katolické církve, a tím i teologie.

Teologie mě horoucně zajímala už jako studenta filozofie; jednak jsem se na ni díval vždy jako na obor, který byl právě tak obsažný jako filozofie a jednak se mohl stát pro filozofování tak plodným, jako žádná jiná oblast z říše věd. Stejně jako je filozofie pokus „porozumět“ tomu vpravdě základnímu a rozhodujícímu naší zkušenosti, tak se teologie snaží „proniknout“ Boží zjevení a jeho působení v dějinách co možná nejracionálněji. „Co možná nejracionálněji“: neboť teologie má na jedné straně, podle svých předloh, přece jen co do činění s dogmaty, s fundamentálními přesvědčeními, které není možno měnit, aniž by byl opuštěn obor teologie; na druhé straně je to disciplína, která má co do činění s Bohem, s „posvátným“, se „svatým“, a tedy s tématy, z kterých můžeme postihnout vždy jen cíp, které právě nikdy skutečně „proniknout“ nemůžeme. Mimo Karla Rahnera, kterého jsem v posledních letech jeho života dobře poznal (a o kterém si myslím, že centrální problém jeho teologie spočíval v té skutečnosti, že se mu – nehledě na jeho vůli k modernitě – nikdy nepodařilo osvobodit se od scholastického dědictví, to byli především tři teologové našeho století, kteří mne ovlivnili: za mých studentských let to byl Romano Guardini, později Hans Urs von Balthasar a nakonec, v podstatě příliš pozdě, Henri de Lubac.

Pokud jsem tedy měl přispět k rozvoji katolické teologie, o čem v podstatě pochybuji, tak se to stalo na základě dvou přesvědčení, která jsem vždy jako samozřejmá předpokládal. První přesvědčení spočívá v tom, že se filozofie a teologie navzájem potřebují jako ryba vodu nebo hlouběji – jako člověk potřebuje určitý orientační bod, který je víc, ba něco úplně jiného než hypotézy. **Bez teologie se filozofie ocitá v nebezpečí uzavření se sama do sebe a tedy – nehledě na všechny její odpor k dogmatismu – v nebezpečí stát se ideologicky slepou pro skutečnost, tak jak ji zažíváme a jak v celku existuje. A teologie se bez solidní filozofie vydává do nebezpečí vzdát se sebe sama jako racionálního úsilí; potom se až příliš lehce stává módním tlacháním nebo dokonce sentimentalitou poplatnou své době, jak to dnes nezřídka na Západě zažíváme.** Skutečnost, že se oba obory navzájem potřebují, aby mohly plnit své poslání dané jejich zaměřením, nemění samozřejmě nic na tom, že to jsou dvě zcela různé disciplíny s velmi rozdílnými zásadami a metodami. Pokud je toto přehlíženo, stává se filozofie až příliš lehce náhražkou náboženství, což je úkol, který ze své podstaty nemůže nikdy splnit, a teologie se stává bažením po uznání „světem“, přičemž

hrozí nebezpečí, že se dokonce její nejhlubší poznatky bleskurychle promění v módní krátkodobé slogany.

K tomu ještě přistupuje jedno téma, kterým jsem se v posledních desetiletích vždy znovu a znovu zabíral. Filozofie stejně jako teologie vznášejí nárok na to, že mají co do činění s pravdou. Filozofie si sice může dovolit být trochu skeptická a tak to má také být; ale pokud ústí pouze ve skepsi, nemá nakonec do říci. Jak Aristoteles na začátku své Metafyziky píše, všichni lidé prahnou po vědění; ale o vědění můžeme přísně vzato mluvit pouze tam a tehdy, pokud můžeme uvést přinejmenším důvody, proč si myslíme, že to údajně vědění je také opravdu správné. A že teologie vznášejí nárok na to, že říká pravdu, nemusíme přece nikterak dále nikterak dokazovat; pro nevěřícího spočívá pohoršení právě v tom, že teologie prohlašuje ty souvislosti za pravdivé, o kterých si ateista myslí, že o nich nelze nic vědět, ba že ty příslušné výroky nemohou být ani správné ani nesprávné, neboť vyjadřují něco, co nelze přezkoumat.

Avšak teologie právě tak jako filozofie představují disciplíny, které jsou spjaty s dějinami zcela jiným způsobem než třeba přírodní vědy. Přirozeně mají i přírodovědecké poznatky a výsledky své dějiny; ale tyto dějiny jsou pro ně takřka nepodstatné.

Přírodovědecký pokrok chápe sebe sama – a to právem – jako hnutí lidského ducha, které své starší cesty poznání může nechat za sebou, které může – mimo výklad dějin věd – ignorovat. Humánní vědy toho nejsou schopny a sice už jen z toho důvodu, že si nemohou dovolit nebrat na zřetel naši celistvou zkušenost – zkušenost, která je svou podstatou dějinná. A nejméně si to mohou dovolit filozofie a teologie: Hegel má jistě pravdu, když píše, že filozofie je v podstatě „její doba zachycená v myšlenkách“; a zjevení, ve kterém Bůh odhalil sama sebe, je řečeno v dějinách a do dějin.

Můžeme se tedy jako Hegel pokusit systematicky spolu spojit pravdu a dějiny: dějiny se potom stávají způsobem zjevování se pravdy. Avšak Hegelův pokus bezpochyby ztroskotal: **pokud by Hegel žil dnes, pokusil by se pravděpodobně ukázat, že nacionální socialismus měl své historické oprávnění, protože teprve od jeho překonání bereme lidská práva skutečně vážně, a že teror bolševismu nás jednou provždy poučil, jak nebezpečná je politika, která se nechá vést ideologií. My si oproti tomu nemůžeme dovolit myslet v takovýchto schématech: to, čeho se nacisté a bolševici dopustili, bylo nelidské natolik, že to tímto způsobem – jako okliku na cestě pravdy k sobě samé – nemůžeme ospravedlnit. Avšak jak jinak máme – my teologové a filozofové – vykládat poměr mezi pravdou a dějinami?**

Pravda je svou podstatou věc absolutní a potud tedy nedějinná; dějiny naproti tomu, zejména dějiny kultury a myšlení, se zdají být „zmatkem“, ve kterém hrozí nebezpečí, že všechno absolutní – obzvláště pravda – vezme za své. Jak tedy máme uniknout „pasti relativismu“, abych použil obratu Leszeka Kolakowského?

Já nemohu na tuto otázku, která se mi zdá být tou zásadní filozofickou a teologickou otázkou současnosti, nabídnout žádnou jednoduchou odpověď. Avšak směr, kterým musím tuto odpověď hledat, se mi zdá být jasný: filozofická reflexe musí být ochotna otevřít se teologickému myšlení, které o sobě může věrohodně

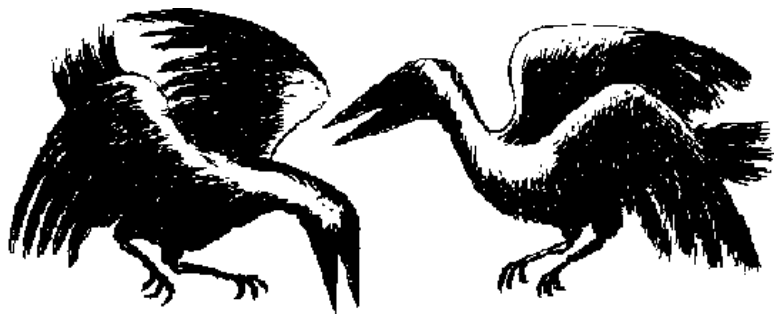


dokázat, že se děje pod vedením Božího ducha, neboť Bůh je také pánem dějin, v neposlední řadě dějin svého zjevení ve společenství svých učedníků; a teologie musí být naproti tomu ochotna se stále znovu a nanovo rozpomínat na to, že Duch boží dokáže reálně zasahovat do dějin, a proto ne všechno, o čem si myslí, že to musí v té které přítomnosti hlásat, doslova platí tak, jak to dnes vyjadřuje. **Bez její – podle řádu bytí – starší sestry teologie se filozofie stane slepou pro tu skutečnost, že postihuje vždy jen částečnou pravdu; a teologie si bez pečlivé filozofické reflexe až příliš rychle namlouvá, že to, co je dnes schopna říci, je jediná nebo dokonce všeobsahující konečná pravda. Obě jsou, protože jsou mimořádným způsobem zavázány úctou k pravdě, k účtě, která nutí ke skromnosti, na sebe navzájem odkázány.**

Nadto jsem vám schopen nabídnout pouze jeden obraz: v našem zmatečném čase jsme jako ptáci, kteří bez obtíží létají nocí; oni vidí horizont, kterého musí dosáhnout, ale umí stěží posoudit krajinu, přes kterou právě letí. Abychom rozpoznali světlo na obzoru, musíme mít však určité zásadní přesvědčení; a konec konců je to pouze náboženská víra, důvěra v bezprostřední blízkost zdánlivě tak vzdáleného absolutna, která takové přesvědčení může nabídnout. Pokud jsem tedy měl něčím přispět k rozvoji katolické teologie, pak je to tato perspektiva, kterou jsem se pokusil stále znovu nově formulovat skrze dějinné analýzy a teoretické reflexe. Abych to vyjádřil zcela jednoduše: důvěra v to, že nás Bůh nikdy neopustil a nikdy neopustí, důvěra – pokud ji opravdu připustíme – která může být konec konců podnětem pouze k modlitbě, k zápasu s Bohem nebo vlastně s naší vírou v něho, přesně tak, jak nám to vypráví Starý zákon v 32. kapitole Knihy Genesis o Jákobovi, synu Izáka – pouze takováto důvěra, která vyzývá k nejzazší loajalitě, může filozofii pomoci, aby se nestala ideologií.

Děkuji – též jménem pana kardinála Schönborna a pana profesora Špidlíka – Karlově univerzitě ještě jednou za tuto – rozhodně pro mne nezaslouženou – poctu, která nám a mi byla udělena – a vám všem děkuji za pozornost.

*Praha, Karolinum, 12. 5. 1999: udělení čestných doktorátů Univerzity Karlovy třem křesťanským osobnostem světového významu profesorovi Tomáši Špidlíkovi, kardinálu Christophu Schönbornovi a profesorovi Mikuláši Lobkowitzovi.*



---

# RES PUBLICA

---

## OBČANSKÉ INICIATIVY

Richard von Weizsäcker

## Demokracie – sen, který potřebuje pomoc

Je mi velkou radostí a ctí, že jsem byl pozván na vaše setkání, které se zabývá občanskými iniciativami – nikdy totiž nemůžeme dost udělat pro to, abychom tyto iniciativy podpořili a napomohli jim. A proto i téma této konference („*Občanské iniciativy a stát – všeobecně prospěšné partnerství*” - pozn. red.) na mne udělalo velký dojem, protože podle mého názoru směřuje přesně k ústřední otázce, totiž co je smyslem demokracie a jak může demokracie uspět.

Na jedné straně demokracie znamená humánní republiku, je to sen, který nám skutečně slouží jako poučení, jak můžeme slušným a civilizovaným způsobem vybudovat společnost.

Avšak na druhé straně demokracie, jak jsme to všichni poznali, žije z určitých předběžných podmínek nebo předpokladů, které nemůže zajistit ani nejdokonalejší a nejkrásnější ústava, totiž z aktivní účasti občanů. Ani nejdemokratičtější ústava nemůže v žádném státě zaručit rozvoj demokracie, nebudou-li ji podporovat občané.

Demokracie ale především není snem o ideálním lidstvu. Je to spíše velmi realistický rámec lidí takových, jací jsme v našich rozdílnostech, osobních nebo konfliktních zájmech, s naší snahou o vliv a s naším bojem o moc. A přes tento egoismus nám demokracie bude sloužit jen tehdy, jestliže se naopak my, občané, naučíme jí sloužit.

Ano, státní správa je potřebná, to je v pořádku. Není to ale to ústřední bod civilizace. Také politické strany jsou neodmyslitelné, avšak politici mají tendenci být generály a ovládat jenom jednu speciální dovednost – jak uvnitř svých stran i mimo ně překonat své konkurenty. Nechci sice příliš snižovat své zaměstnání politika, ale v politických stranách probíhá zápas o moc. Není to tedy nejlepší příklad a není to ani úhelny kámen civilizované společnosti.

Současné období historie a politiky se v podmínkách probíhající globalizace ekonomiky vyznačuje evropskou integrací, otevřenými hranicemi, multikulturními společnostmi - i stále sílící soutěží o bydlení a práci. Abychom při tom překonali nepřátelské vztahy k žadatelům o azyl, k uprchlíkům a cizincům, abychom dokázali prosadit toleranci místo etnické diskriminace a abychom prokázali, že jsme schopni v tomto zápase nepodlehnout, to vyžaduje především a neodkladně iniciativu všech občanů – mladých i starších, z vesnic i z měst.

Proto jsem velmi rád, že jsme už dosáhli příhraniční výměny zkušeností a příhraničního partnerství v jednotlivých projektech, které se zabývají otázkami extremismu, násilí, problémy ve vzdělání, kulturního obohacení a úkolu postarat se o přírodu ekologickým způsobem. Jsem spokojen, že také německá nadace – nadace Roberta Bosche – je mezi těmi, které se vám snaží pomoci a spolupracovat co nejtěsněji s českými sousedy tak, aby se dosáhlo cíle této konference. Ta je zaměřena přímo k ústřednímu bodu toho, jaké možnosti nám přináší svoboda, ale také jaká nebezpečí hrozí, jestliže ztratíme dech.

Uvědomit si právě toto nebezpečí – ztráty dechu nové svobody - má ne-

smírný význam pro kvalitní život společnosti – dlouhodobě vzato, musí jít o to, aby svoboda a osobní zodpovědnost byly spolu neoddělitelně spjaty.

Takto chápu význam občanských iniciativ a jejich spolupráci se státem. Proto jsem rád, že se tato konference koná a že jste na ni pozvali také své sousedy - včetně Němců. Jsem přesvědčen, že se také my, Němci, z vaší konference hodně poučíme a získáme z ní prospěch.

*Projev bývalého prezidenta SRN R. v. Weizsäckera na Mezinárodním diskusním fóru „Občanské iniciativy a stát – všeobecně prospěšné partnerství” dne 26. 2. 1999*

## S Danou Němcovou o uprchlících a občanských postojích

*Někdy se soucitem, jindy s rozpaky, ale i se značnou dávkou podezřavosti přijímali naši občané první albánské uprchlíky z Kosova. V polovině května k nám z této oblasti přiletělo šesté letadlo s běženci a bylo pro ně bylo otevřeno šest humanitárních středisek a tři přídatné pobytové tábory pro kosovské žadatele o azyl. Oficiální zdroje uvádějí, že k 18. květnu bylo do České republiky přepraveno v rámci humanitární pomoci z krizových oblastí celkem 800 albánských uprchlíků.*

*Avšak podle Dany Němcové, známé z Výboru Olgy Havlové a jiných humanitárních iniciativ, byl v té době u nás kosovských Albánců zhruba dvojnásobek - na 1500. Do tohoto počtu zahrnula totiž i muže, kteří odtamtud začali přicházet už před několika lety, protože jim hrozila „diskriminace, odvedení do armády nebo policejní persekuce permanentními domovními prohlídkami za účelem nalezení zbraní a kdesi cosi, prostě všechna ta zvěle”. Tito muži už zde žijí s povolením k dlouhodobému nebo trvalému pobytu a teď za nimi přicházejí jejich příbuzní, kteří donedávna v Kosovu žili.*

*Albánci, kteří Kosovo opustili, zamíří často do pražské poradny pro integraci uprchlíků, v níž Dana Němcová působí. Na otázku, jací jsou to lidé a jak se chovají, odpovídá:*

■ Ti lidé se chovají maximálně slušně. Nejdřív přijdou do záchyťového tábora, kde procházejí lékařskými prohlídkami a karanténou a kde je pro ně nachystáno kromě lůžek i všechno ostatní potřebné vybavení. Jsou tam i hračky pro děti. A když pak odcházejí do humanitárního střediska, zůstává po nich všechno v absolutním pořádku - včetně toho, že tam děti nechávají hračky; přestože byly míněny pro ně, ony si je neodvezou, protože vědí, že přijde další transport s dětmi a že je potěší, když tam ty hračky naleznou. Je tam čistota – ti lidé jsou usmýkaní, unavení, a neobyčejně vděční. Zatím nebyl sebemenší konflikt, ani sebemenší důvod k obavám, že by vnesli nepokoj.

Ale někde se lidé báli, v některých místech proti umístění středisek pro běžence protestovali.

■ Myslím, že nevědí o čem mluví, že nemají tu zkušenost. V místech, kde jsou uprchlické tábory nebo kde byla humanitární střediska pro uprchlíky z Bosny a Hercegoviny, tam nově přicházejí tito lidé, a problémy tam nejsou. A ten ojedinělý problém, na Sázavě, vznikl nejspíš z iniciativy někoho, kdo se třeba obával ohrožení svého podnikání nebo neví čeho; myslím, že to je z neznalosti a že si lidé u nás musí zvyknout a poznat, o co jde. Ale není to jenom to, že se lidé se bojí - naopak musím potvrdit, že k nám do poradny přichází také spousta lidí ochotných pomoci – a všech generací. Jsou to děti, které přinášejí své hračky, třeba někdy vidíme, že se ještě na poslední chvíli s nimi loučí; jsou to staří lidé, kteří přinášejí dárky. Hračky, školní věci, psací náčiní apod. se u nás hromadí včetně nějakého oblečení, ale nemáme bohužel kapacitu, abychom to odváželi. Myslím, že lidé jsou ochotni udělat něco i pro druhé, není to tak, že by solidarita u nás vůbec nebyla.

*Reportérka si přitom vzpomněla na rozhlasový pořad Radioforum, kam telefonovali nenávislné hlasy, odmítající jakoukoliv pomoc kosovským běžencům a maximálně připouštějící nějaký příspěvek – ovšem s tím, že Albánci zůstanou za našimi hranicemi. Nahlas se ovšem omezila na konstatování: **To je potěšující, protože z toho, co vidíme nebo slyšíme v médiích a co občas čteme, z toho by člověk soudil, že jsou u nás lidé dost zaujatí, že se bojí mafií a vyšší zločinnosti.***

■ A není divu, když předchozí zprávy jsou formulovány tak, že sem vede drogová cesta přes Albánii nebo z Albánie! Pak vznikne „krátké spojení“ a lidé kriminalizují i ty, u nichž k tomu není nejmenší důvod. Myslím, že si musíme dát pozor na zobecňování. A také když přijímáme informace, musíme mít smysl pro proporci. Bohužel se stává, že ve sdělovacích prostředcích z nějaké senzacechtivosti se publikuje spíš to, co člověkem otrése; snad se ani nepředpokládá, že by ho stejně zajímala zpráva dobrá, která by ho povzbudila. Pak se vytváří nálada, která je spíš podrážděná, než aby byla vstřícná.

***Zdá se mi, že někdy se víc mluví o obětech náletů než o obětech čistek; komunisté a někteří sociální demokrati pak neustále opakují, že v Bělehradě při bombardování zahynula jedna malá holčička, ale už nemluví o mnoha dalších malých holčičkách, které umírají nebo strádají při útěku.***

■ Pro pána krále, to je přece naprosto jednostranná záležitost; dneska vykřikují, co všechno se děje tamhle za zvěrstva a co přitom říkali, když se vraždily ženy a děti v Bosně a Hercegovině?

To je snad věc politiků –

■ Naše taky!

Asi ano, protože záleží na tom, jaké politiky si vybereme; nezáleží ovšem také na tom, jak budou lidé působit prostřednictvím občanských iniciativ, občanských sdružení a -

■ A vůbec občanských postojů.

Jak je tedy - podle svých zkušeností – vidíte?

■ Vidím je naprosto diferencovaně, tady existuje spousta občanských sdružení, obecně prospěšných společností, jako je třeba Člověk v tísni (SOS – Kosovo), a např. i v Charitě a Diakonii jsou lidé, kteří skutečně dělají, co mohou, a velice účinně -

*V tom okamžiku se D. Němcová zarazila, až se reportérce zadržela: **Nechcete říci nějaké ale?***

■ Na druhé straně i ten stát by' ekonomicky ne ve zcela výhodné situaci uvolňuje určité částky na humanitární pomoc, takže mám dojem, že na tom nejsme zase tak moc zle, nemusíme se za sebe úplně stydět. Jak v občanské společnosti, tak ze strany odboru pro uprchlíky a integraci cizinců na ministerstvu vnitra je snaha tuto situaci zvládnout. Je důležité, že chápou přesah krize - když se děje něco, co může desintegrát Balkán, je to nebezpečí pro nás pro všechny; proto je třeba něco udělat – např. ulehčit i Makedonii v tom návalu uprchlíků, který nemůže zvládnout.

Jak se k tomu staví mladí lidé nebo vzdělání lidé? Máte pocit, že je školy vedou dobře, směrem k občanským postojům, k humanitě, tak, aby nebyli zaměřeni jenom na materiální stránku věci, na výdělek?

■ To je dlouhodobá záležitost a působení v tomto směru nebude nikdy dost. Měla jsem ale o těchto problémech a o uprchlictví přednášku na filozofické fakultě a ti mladí lidé byli velice zaujatí. Potěšilo mne, že pro krizovou oblast připravili humanitární iniciativu dobrovolníků a že jsou současně připraveni angažovat se tímto způsobem i u nás.

*Marie Fleissigová*

## ***Humanita na fakultě***

*Když je jaro a člověku je kolem dvaceti, měl by tak zhruba v polovině dubna nejspíš myslet na večery při měsíčku. Když je to medik v půli semestru, měl by snad k tomu přidat také už trochu študýrování. A když je to dospělec, pak by se mohl nováčky rozvalit před televizí i v případě, že to je hospodyně (zvláště je-li to svědomitá hospodyně, protože ta by v té době ještě mohla mít po velikonočním úklidu čistá okna a vůbec všechno). Mohl by tak – pokud by byl nevšímavý a pohodlný - při tokání, šprtání nebo poklimbávání přehlédnout bosé nohy uprchlíků z Kosova nebo je dosadit do hollywoodských velkofilmů, stejně jako si k autentickému líčení hrůz čistek přimyslet jakýsi thriller.*

*Mohl by, kdyby byl pln pýchy a sobectví a kdyby neprožíval s ostatními jejich bolest a necítil za ně odpovědnost, pomínout i humanitární sbírky a jiné dobročinné akce. Jednu z mnoha sbírek ve prospěch trpících kosovských Albánců proběhla z iniciativy děkanátu a studentského Trimeđu i na Třetí lékařské fakultě. Během dvou dnů se shromáždilo 23 kg těstovin, 37 kg rýže, 12 kg mouky a 11 litrů oleje. K tomu ovesné vločky, 20 kilo cukru, pár lahví oleje, káva, čaj, čokoláda, tatranky a masové konzervy, 17 kg luštěnin a piškoty, 47 polévek a pudinky i to nejzákladnější – balená voda a sůl.*

*V těch dvou dnech, 13. a 14. dubna se na stolech zasedačky děkanátu hromadi-*

ly i hygienické potřeby – dvě stě rolí toaletního papíru, šampony, prášky na praní, papírové kapesníčky, vložky a pleny a mýdlo. Někdo přinesl deku, jiný kabát – textilu bylo na 500 kg – a byli i takoví, kteří si vzpomněli na tužky, brýle, omalovánky a papíry. Dohromady to byl malý nákladůk, který odjel do Červeného kříže.

A také peníze se vybíraly – někdo dal stovku, jiný dvě a když se to sečetlo, bylo to 7.250 korun na známé konto SOS Kosovo. Jen zdánlivě těch sedm tisícovek není závratná částka; ani studenti ani jejich kantoři nemají žádné horentní příjmy, ale i oni přispěli k tomu, že se na kontě SOS Kosovo do 20. května nashromáždilo 44 milionů Kč. Mimochodem – na jednoho českého občana to je 4,40.

Abychom však byli spravedliví – SOS Kosovo je sice snad neznámější, ale zdaleka ne jediné humanitární konto, kam lidé přispívají – na pomoc trpícím z oblasti Kosova otevřela účet i vláda, jmenuje se „Češi Kosovu“, Český červený kříž rovněž pořádá sbírky stejně jako občanská sdružení (například ADRA) a v neposlední řadě i Česká katolická charita, která i sbírkami v kostelích shromáždila už 12 milionů.

(F1)

## Ochota pomáhat v datech

Středisko empirických výzkumů uvádí, že více než polovina respondentů je proti tomu, aby Česká republika jako člen NATO udělala pro vyřešení kosovské krize víc, než to, co již učinila, když do této oblasti vyslala vojenskou nemocnici. Zhruba dvě třetiny dotázaných vyjadřují názor, že pomoc našeho státu uprchlíkům z Kosova je zatím dostatečná.

Česká veřejnost je dosti zdrženlivá i pokud jde o občanskou solidaritu s postiženými Kosovany – polovina oslovených míní, že dosavadní humanitární akce, sbírky a pomoc našich občanů pro obyvatele Kosova byly dostatečné.

**Otázka: Myslíte si, že pomoc našeho státu uprchlíkům z Kosova je zatím dostatečná?**

Určitě ano 17 %  
 Spíše ano 45 %  
 Spíše ne 31 %  
 Určitě ne 7 %

**Otázka: Myslíte si, že akce solidarity, různé sbírky a pomoci našich občanů pro postižené obyvatele Kosova byly dostatečné?**

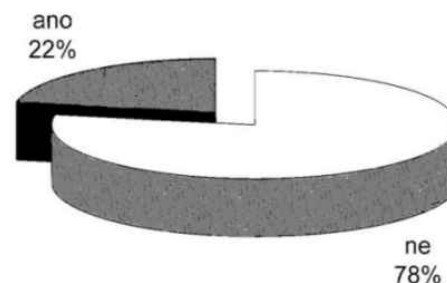
Určitě ano 10 %  
 Spíše ano 40 %  
 Spíše ne 40 %  
 Určitě ne 40 %

Z těch, které tazatelé STEM oslovili v dubnu, uvedlo 22 %, že na zlepšení situace

utečenců sami přispěli penězi nebo věcným darem. Nejčastěji se na humanitárních akcích podílejí lidé s vysokoškolským vzděláním (téměř dvě pětiny) a voliči KDU-ČSL. Ti také tvoří značnou část čtvrtiny obyvatel, kteří by byli ochotni u sebe ubytovat uprchlíka. Autory průzkumů ze STEM zaráží, že na humanitární pomoci se podílí poměrně málo – 16 % - mladých lidí do 30 let.

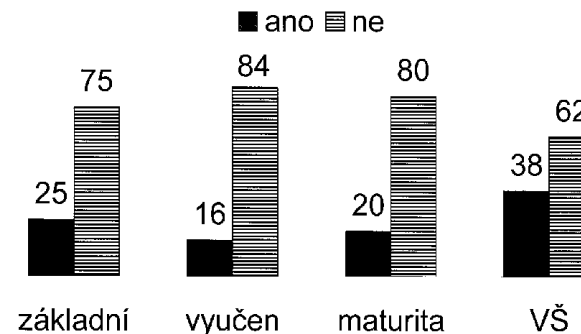
U všech skupin obyvatel mírně převažuje názor, že humanitární pomoc by měla směřovat i do Srbska.

**"Přispěl(a) jste Vy osobně finančním nebo věcným darem na humanitární pomoc uprchlíkům z Kosova ?"**

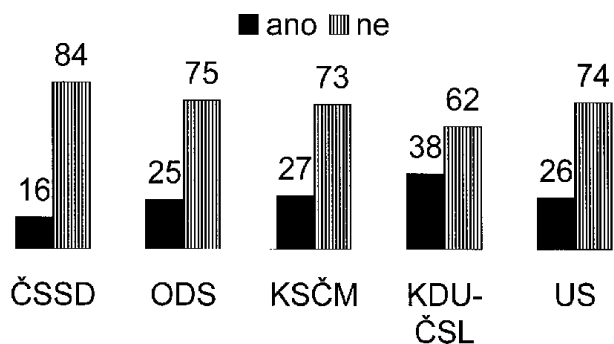


Neochota k výraznější pomoci kosovským Albáncům mezi našimi občany tedy podle zjištění STEM převažuje a je obecně sdíleným míněním české veřejnosti; jednotlivé sociodemografické kategorie a osoby různých politických orientací se v tomto ohledu příliš neliší. Názor, že pomoc našeho státu uprchlíkům z Kosova je zatím dostatečná, poněkud častěji vyslovují ti respondenti, kteří považují kosovské Albánce za viníky tohoto konfliktu. Protože to jsou občané spíše levicově zaměření, je mezi nimi i poněkud menší ochota k pomoci uprchlíkům.

## Podle vzdělání



Podle voličů politických stran



Tuto malou ochotu pomoci dává STEM do souvislosti s jistou bezradností občanů o tom, jak odpovědět na otázku, kdo je vlastně hlavním viníkem kosovské krize. Názor, že vina je velmi komplikovaná a nelze ji jasně posoudit, je nejčastěji prezentovaným názorem mezi příznivci všech politických stran: myslí si to 42 % voličů jak KSČM, tak ČSSD a ODS. Další rozpačitý nebo vyhýbavý postoj, že totiž kosovští Albánci i Srbové nesou stejný díl viny, představuje druhou nejčastější odpověď: je o tom přesvědčeno 22 % dotázaných (od 16 % sympatizantů US až do 26 % voličů ČSSD). Žádný „názor nemá“ 13 % respondentů (nejméně jich je v ODS, nejvíce u lidovců).

Naproti tomu jasno o původci konfliktu má 25 % dotázaných – přičemž 19 % je přesvědčeno o vině Srbů (z voličů US je to každý třetí). Kosovské Albánci za viníky označuje 6 % dotázaných - nejčastěji z řad voličů KSČM (16%).

Nejasnost názorů o viníkovi a oběti v jugoslávské válce chápe STEM jednak jako odraz faktické nejednoznačnosti tohoto problému, jednak jako důsledek nedostatku informací, který si ostatně sami dotazovaní uvědomují: 57 % souhlasí s názorem prezidenta republiky, že naši politici vysvětlují události kolem Kosova ledabyly a povrchně. Za pravdu mu dávají především voliči US, absolventi středních a vysokých škol a lidé vyučení. Menší souhlas s názorem V. Havla projevují lidé se základním vzděláním a voliči KSČM.

Ovšem nejasnost názorů o viníkovi si sociologové ze STEM vykládají též jako alibismus a racionalizaci vyhýbavého postoje, který český občan zaujal k účasti na řešení krize. Utvrdí-li se v pocitu, že viník je nejasný, nalézají tím současně ospravedlnění pro svou nechuť do něj zasahovat.

*STEM: Trendy 5/1999, Bleskový průzkum pro Českou televizi a Český rozhlas  
16. 4., 7. 5. 1999.*

---

# LÉKAŘI

---

## BEZ HRANIC A V NEKLIDNÉM SVĚTĚ

## Laudatio



Dr.h.c.N. Sartorius při promoci  
v Karolinu Foto archiv RUK

Vaše Magnificence pane rektore, Spectabiles proděkani, Honorabiles učitelé, vážení a milí hosté, amici carissimi,

scházíme se zde při milé příležitosti, při příležitosti udělení titulu doktor honoris causa lékařských věd panu dr. Normanu Sartoriovi. Norman Sartorius se narodil v lednu 1935 v Münensteru, vystudoval v Záhřebu, v dřívější Jugoslávii, v dnešním Chorvatsku. V Záhřebu promoval nejen na lékařské fakultě v r. 1958, ale o 7 let později i na tamní fakultě filozofické. Současně s psychiatrií ho vždy přitahovaly širší společenské aspekty duševního zdraví. Proto se také tolik angažoval v oblasti preventivního lékařství a veřejného zdravotnictví. Díky tomu, že dr. Norman Sartorius plyně hovoří šesti jazyky, mohl se na úrovni několika kultur ponořit do problému vztahu mezi lékařem a pacientem, do různých kulturních aspektů poskytování lékařské péče, zaměřit

na společenské aspekty dopadů duševních nemocí a také na etické otázky medicíny. Od roku 1967 do roku 1993 působil jako vedoucí výzkumný pracovník a později jako ředitel Divize duševního zdraví Světové zdravotnické organizace. Jeho zásluhy byly oceněny čestným doktorátem univerzity v Pekingu, pamětní medailí UK a jistě také tím, že byl zvolen prezidentem Světové psychiatrické asociace. Norman Sartorius přednáší na univerzitách v Londýně, v Ženevě a v Paříži. A na tomto místě je nutno zvýraznit, že systematicky vyučuje psychiatrii i na 3. lékařské fakultě. Je učitelem oblíbeným a dovede studenty pro svůj obor nebývalým způsobem zaujmout.

Výše uvedený výčet zásluh Normana Sartoria není jediným důvodem, proč mu vědecká rada Univerzity Karlovy udělila čestný doktorát. Norman Sartorius se význačně zasloužil o mezinárodní dorozumění při diagnostice a léčbě duševních poruch. V době komunismu se podstatně podílel na udržení úrovně psychiatrie v mnoha tehdy komunistických zemích a na mezinárodních kontaktech psychiatrů v těchto zemích. Pro naši lékařskou fakultu, významně preventivně zaměřenou, je pak důležitým aspektem jeho činnosti právě oblast preventivního lékařství a veřejného zdravotnictví.

**Norman Sartorius jistě hluboce rozumí symbolickému smyslu slavnosti a formálních událostí. Jaký je však pro nás hlubší smysl této slavnosti a jaké je poselství této události? Každý z nás si jistě interpretuje takové poselství po svém. Osobně ho vidím především ve faktu, že dnes je čestný doktorát udělován muži, který v době, kdy jsme svědky snahy rozdělovat jedince i celé národy do skupin**

**jazykových, etnických, náboženských či politických, celým svým životním dílem ukazuje, jak tyto faktory mohou představovat faktor integrační, tedy faktor, který nás může spojovat, a nikoliv rozdělovat. A proto také vyjadřuji dík vědecké radě univerzity, že vyhověla žádosti 3. lékařské fakulty a rozhodla o udělení titulu doktor honoris causa panu Dr. Normanu Sartoriovi.**

Officio suavi functus, Magnificentia Vestra, rettuli, quibus facultatis consilio est persuasissimum, ut professor Norman Sartorius doctor medicinae honoris causa merito crearetur. Qua de causa Vos, Magnificentia Vestra, rogo, ut munus rectoris Vestrum exsequentes promotionis ritus incipi iubeatis.

*(Projev děkana 3. LF prof. Michala Anděla při udělení čestného doktorátu UK profesoru Normanu Sartoriovi)*

V rozhovoru pro VNR přiznal profesor Ota Gregor,  
„kamouflážený civilista“:

### Byl jsem v československé armádě na Západě

■ **Říká se, že „osmičkové“ roky jsou pro naši zem důležité, ale význam pro nás mají také letopočty, které končí devítkou. Myslím tím teď nejenom na rok 1989, ale hlavně na rok 1939, který byl právě ve vašem případě rokem velkého mezníku: události z 15. března 1939 - vstup německých vojsk - váš život zásadně ovlivnily, když jste z protektorátu uprchl. Jak k tomu došlo?**

■ Jeden můj přítel mi nabídl, jestli bych s ním nechtěl ilegálně přes hranice do Polska. Byla to dobrodružná kapitola. Když jsme se dostali do Polska, byli jsme chyceni a vyslýcháni polskými četníky; jejich velitel rozhodl, že nás budou eskortovat k hranicím protektorátu a předají nacistům. Nakonec když jsme se přiblížili k hranicím, řekl nám velitel eskorty: „Tak my vás nepředáme, ale běda, když se vrátíte, pak budeme střílet.“ To byla první fáze – a druhá nastala, když nás můj přítel - byl to doktor chemie a měl kompas – vedl oklikou zpět do Polska. Bylo to v noci, zdálo se mi, že každou chvíli chce na nás někdo útočit, ale byly to jen stromy. Pak jsme se dostali na určité místo, které bylo už zřejmě dojednáno. Majitelka usedlosti byla Češka, dala nám boršč, a to byl tehdy – alespoň pro mne - symbol svobody, svobody elementární. Během dne jsme si odpočinuli a v noci jsme šli dál. Některým z nás rozdali naši přátelé zbraně. Dostal jsem pistoli – upřímně řečeno jsem se té nabitě pistole bál. Silnici, kde byla hranice mezi protektorátem a Polskem, jsme přeběhli jednotlivě. Byli jsme upozorněni, abychom byli opatrní, protože před dvěma dny touto cestou prchali českoslovenští důstojníci, že je tam chytili a dva z nich zastřelili. Bohudík všechno dobře dopadlo. Dostali jsme se na polské území, kde jsme zbraně odevzdali a potom jsme jeli auty do Katovic. Tam byli na anglickém konzulátu Češi, kteří nám dali dokumenty, abychom se mohli pohybovat po městě. Já jsem měl už z Prahy anglické vízum a uměl jsem anglicky. Po několika dnech jsme jeli do přístavu a přeplavili jsme se najatou lodí přes kanál do Anglie. V Londýně nás registrovali ve zvláštní organizaci, Refugee Trust Fund, která se

starala o emigranty.

■ *Pravděpodobně jste musel dopředu počítat s tím, že to nebude jednoduché odcházet. Naše země byla sice obsazená, ale dosud nevypukla válka, nebojovale se – proč jste tento relativní klid vyměnil za tuto nebezpečnou cestu?*

■ Nejenom za tu cestu, ale za všechno, co potom následovalo. To mělo několik důvodů – byl jsem mladý a dobrodružství zde hrálo určitou roli. A za druhé jsem židovského původu a už jsem věděl, jak v Německu pronásledují a zavírají Židy, a něco takového jsem nechtěl riskovat. Potom se ukázalo, že moji rodiče – to jsem tehdy nevěděl – byli v koncentráku, v Terezíně, v ghetu, a zahynuli v plynu v Osvětimi. Všechny tyto důvody mne vedly později k tomu, abych vstoupil do armády.

■ *Když jste se stal uprchlíkem, nepozoroval jste xenofobii, ostražitost, ze strany Angličanů vůči novým příchozím? Nebáli se cizích lidí? Přece jenom ta válka ještě nevypukla.*

■ Rozhodně žádná xenofobie tam nebyla, naopak. Vysvětluji si to tak, že tomu předcházelo mnichovské ujednání, kde nás zradili všichni naši spojenci včetně Angličanů a že je vlastně špatné svědomí přimělo, aby nás od začátku podporovali. V Anglii jsem žil čtyři roky a stala se mou druhou vlastí právě pro tento humanistický přístup k emigrantům a trpícím lidem.

■ *Zřejmě jste nepřicházeli s velkým bohatstvím a tučnými konty, museli se o vás postarat. Umožnili vám třeba i studovat?*

■ Tam byla situace taková, že jsme byli přemístěni asi sto km od Londýna do vesnice Horsmonden, kde byla evakuovaná škola, a v ní jsme žili a starali o sebe. Tam jsem se dozvěděl, že mohu požádat o stipendium na studium biochemie, což jsem udělal a začal studovat na univerzitě v Birminghamu. Měl jsem velmi malé stipendium, ale jelikož ubytování jsem měl velmi daleko od univerzity, koupil jsme si kolo – „koupil“ v uvozovkách, „kolo“ v uvozovkách. Dostal jsem to kolo za 10 liber a měsíčně jsem splácel jednu libru, velmi dobře jelo z kopce, ale do kopce skoro vůbec nejelo. Po prvním roce studia mi řekli, že nemají už další peníze na prodloužení stipendia, proto jsem šel do fabriky a pracoval jako svářeč. Když se ukázalo, že opět mají možnost stipendium prodloužit, vrátil jsem se, dostudoval a promoval na Birminghamské univerzitě.

■ *Započítali vám přitom nějak čtyři roky medicíny, co jste studoval v Praze?*

■ Ne.

■ *A poté?*

■ Pracoval jsem několik měsíců u jedné malé firmy jako biochemik a v té době jsem se dozvěděl o náboru dobrovolníků do čs. armády. Opustil jsem civilní džob a vstoupil do naší armády.

■ *To byl asi také velký zlom: pokud byly normální, mírové doby, rozhodl jste se pro medicínu, tedy léčit, a teď jste šel do války; není rozpor mezi lékařem a vojákem?*

**Emeritní profesor MUDr. Ota Gregor, DrSc.**

narozen 1916 Praha

1935 přijat na studium medicíny

1939 ilegální přechod hranic

1940 studium biochemie v Anglii - promoce

1942 dobrovolný vstup do čs. armády na Západě

1945 válečný kříž od prezidenta E. Beneše

1946 promoce na lékařské fakultě v Praze; postupně sekundář, asistent, docent, poté profesor vnitřního lékařství a přednosta interní kliniky na II. lékařské fakultě – pediatrické

1976 sesazen z místa přednosta (synové emigrovali v r. 1969 do Velké Británie)

1981 přechod do důchodu; po roce 1989 přednáší na 1. LF UK česky psychosomatiku českým studentům a anglicky zahraničním posluchačům

psychosomatická poradna v Praze

1995 Purkyňova cena



■ Myslím, že ne. Nebyl jsem na vojně jako lékař, protože jsem neměl lékařskou kvalifikaci ukončenou, byl jsem u tankového praporu a řídil jsem nákladní šestikolový americký vůz Studebaker, který vezl náhradní součástky pro tanky. A k té vaší konkrétní otázce, jestli v tom není rozpor – není, protože v té době jsem se dozvěděl, co se děje doma. Poněvadž tehdy ještě Amerika nebyla ve válce a mohlo se do proktorátu korespondovat přes určité adresy v USA, dozvěděl jsem, že rodiče jsou v koncentračním táboře, takže jsem měl další motivaci.

■ *Nevím, jestli je správné, co mě teď napadá, totiž že jsou možná okamžiky, kdy je větší nutnost čelit, a co možná včas, spíš velkému zlu, namířenému proti velkým skupinám obyvatel, proti národům, čelit genocidě, než léčit jednotlivé lidi, věnovat se jednotlivci.*

■ Máte pravdu, to jsou různé peripetie, které jsem já sám na sobě prodělal. Když jsem se angažoval v protifašistickém boji i se zbraní v ruce, bylo to nejen kvůli mým rodičům, ale i kvůli všem, kteří byli tehdy v koncentracích. Přeskočím mnoho let. Já jsem se nakonec – protože můj život byl velice komplikovaný - dostal k tomu, nechť zachránit lidstvo, nýbrž pomáhat jednotlivcům. Tím se dostávám k svému lékařskému povolání - ať už jako přednosta kliniky, při přednáškách, nebo když mne vyhodili z vnitropolitických důvodů, i teď tím, co dělám. Ačkoliv jsem internista, tedy somaticky vychovaný, dostávám se čím dál víc k duši, k psyché. Tato syntéza tělo–duše, tedy psychosomatika, to je cesta, kterou se již řadu let zabývám, i když vzhledem k věku pracuji nyní pouze na malý úvazek v psychosomatické poradně.

Jsem dnes starý člověk, nicméně před dvěma lety jsem udělal třetí atestaci, a to z psychoterapie.

■ ***Ale kdyby vám teď bylo znovu pětadvacet, jak vám bylo, když jste se přihlásil dobrovolně do armády v Británii, a kdyby se někde skutečně bojovalo, třeba v Kosovu, šel byste do té války?***

■ Ani v osobním životě, ani v politice slovo „kdyby“ neplatí. Já dokonce jsem měl potom, tedy jako lékař - důstojník v záloze – mobilizační zařazení velitele polní nemocnice. Ale velmi fandím naší české polní nemocnici v Albánii.

■ ***Vrátím se zase zpět do druhé světové války. Jak jste se dostal z Anglie do Prahy?***

■ Z Anglie do Francie; za spojenecké invaze do Normandie. Naše jednotka čs. armády obklíčila na francouzsko-belgických hranicích městečko Dunkerque. Před námi tento úkol prováděla armáda kanadská, pak Kanadany vystřídali francouzští partyzáni a potom my. 28. října 1944 jsme podnikli velký útok na nacisty a dobyli jsme Dunkerque; já jsem tehdy byl u tzv. tankové pěchoty, seděl jsem během útoku na tanku. V této době se stalo, že jsem třikrát utekl „hrobníkovi z lopaty“. To bylo tak: když byl útok, dostali jsme rozkaz seskočit z tanku a ulehnout a jiní vojáci pokračovali. Tak jsem sebou plácl a přitiskl se k zemi, bylo to na hmojiště. Podruhé to bylo, když jsme obsadili křižovatku a náš útvar jel dál a mým úkolem bylo – měl jsem kulomet - zajišťovat naši útočící rotu. Němci se na to místo zastřelovali dělostřelectvem, a já jsem dostal takový strach, že jsem se nemohl odlepit, abych dohnal kamarády. Až najednou jsem vyskočil, běžel za nimi a snad za půl minuty dostala ta křižovatka přímý dělostřelecký zásah. To byl druhý případ. A když jsme už Dunkerque dobyli, brali jsme zajatce. Ještě s jedním vojákem jsem dostal úkol eskortovat dva Němce do sběrného tábora. My měli kulometry, oni ruce nahore a najednou se jeden obrátil a česky říkal, že je „šlonzák“, vlastně Čech, tak jsme s kolegou na sebe mrkli a řekli mu: „Dej ruce dolů“. On ale sáhl do kapsy, měl v ruce odjištěný granát a hodil ho za sebe, aby nás oddělal - jenže zřejmě měl dost velkou páru, tak granát letěl přes naše hlavy a explodoval za námi, takže se nám nic nestalo. To byla třetí záchrana života. Ale já jsem se vůbec – ani minutu – necítil být hrdinou, spíš mne v těch různých fázích doprovázel strach.

■ ***Kudy jste šli po invazi?***

■ Normandie, Francie, Německo, Frankfurt. Šli jsme přes rozbitá města, místy byly mrtvolky, a upřímně říkám, že ty lidi tam jsem nikdy nelitoval. V té situaci, v jaké jsem byl, to byla součást války. Když se ale na to dívám retrospektivně, když si řeknu, co všechno ti chudáci lidi, Němci i francouzské obyvatelstvo, prožili - ne každý byl esesák - tak je dodatečně lituji.

■ ***V tom okamžiku lze asi těžko překonávat averze.....***

■ To ano, to byl hrací moment. Takže my jsme se dostali potom až do blízkosti Klatov, tam jsme se utábořili. Naše armáda přešla z vrchního velení anglického pod

velení americké. Pak jsme se dostali až do Prahy, tábořili jsme na Vypichu. A to mám takovou legrační historku. Protože byl rozkaz, že ti, kteří měli nejméně tři roky medicíny za sebou, já jsem absolvoval čtyři roky, mají být co nejdříve propuštěni, aby mohli dostudovat, a protože jsem stále nebyl propuštěn, jel jsem načerno do Prahy na ministerstvo národní obrany. Hlásil jsem se tam u jednoho tzv. „naftalína“ – tak jsme říkali těm, co měli přes válku uniformu v naftalínu. Ťukal do stroje a ptal se co chci, tak jsem řekl, že chci podat stížnost na velitele praporu pro neuposlechnutí rozkazu. Ten plukovník byl celý zděšený (já byl tehdy svobodník) a řekl: „To prosím vás nemůžete dělat, mohl byste ztratit to,“ a ukázal na distinkce. A já mu řekl, že to je přesně to, co chci. Tak jsme sepsali protokol, já se vrátil kjednotce a tři dny nato jsem byl propuštěn z armády. Dostávali jsme poukázky na ošacení, já měl poukázky pouze na klobouk a boty a nic jiného, takže jsem chodil po Praze s civilním kloboukem.

■ ***Uniformu vám nechali?***

■ Ano, jinak bych byl ve spodkách. Jelikož jsem měl na rameni anglicky napsáno Czechoslovakia, jednou mne na Václavském zastavil československý důstojník a začal na mne řvát, proč ho nezdravím. Tak jsem mu řekl: „Proč bych vás zdravil, když vás neznám?“ Švejkoval jsem.

■ ***Řvali takhle také ti angličtí nebo američtí důstojníci, které jste poznal za války?***

■ Rozkazy jsou vždycky nemilé, občas i velmi hlasité, když jste na vojně.

■ ***Čili z války jste si přinesl: dali vám klobouk, dali vám boty, nechali vám vojenskou uniformu, ale dostal jste také, pokud vím, válečný kříž za protifašistický odboj se zbraní v ruce.***

■ To bylo ale později -

■ ***Trošičku později, v roce 1946. Jistě ale bylo báječné, že jste mohl dostudovat medicínu. Jak vás tady lidé vítali? Víte, že hned vpětačtyřicátém jásalí a vítali všechny západní i východní vojáky, když se vraceli z války; ale jaké byly vztahy v pozdějších letech?***

■ V první řadě jsem hledal nějaké stopy po rodičích a po sestře, kteří byli v koncentracích. Jelikož rodiče vlastnili dům v Praze, v ulici Elišky Krásnohorské, šel jsem tam a zjistil jsem, že sestra se vrátila - s rodiči jsem se už nikdy nesešel, zahynuli v plynu v Osvětimi. Sestru jsem našel v Nebušicích u Prahy. V tom domě byl ubytován také sovětský důstojník a když viděl, že přichází člověk v západní uniformě, chtěl se mnou mluvit. Seděli jsme v kuchyni, on vytáhl pistoli a dal ji na stůl, já vytáhl pistoli a také jsem ji dal na stůl a pak takovým „všeslovanským jazykem“ jsme se nějak domluvili. Byla to napjatá atmosféra, ale bylo to v pořádku, nic se nestalo. V pozdějších letech ti, co byli nejvíc pronásledováni za minulého režimu, to byli hlavně letci. Já jsem relativně na tom byl dobře, jen jsem nesměl dlouhá léta vycestovat. Když už jsem byl lékař na klinice - promoval jsem, když mi bylo 33 let, zavolali mne na vojenské velitelství a nabídli mi, abych vstoupil do armády a stal se důstojníkem



z povolání. Jelikož jsem v té době byl už kapitánem v záloze, nabídli mi postupně majora, podplukovníka až plukovníka. Při tom téměř hodinovém rozhovoru jsem celou dobu říkal pouze jednu větu: „Ale mně se v civilu líbí.“ Žádnou další větu ze mne nikdy nedostali - další způsob švejkování. A já jsem zůstal v civilu.

■ **Mohl jste se tedy věnovat své práci -**

■ - až do „útlého“ věku, ve kterém jsem teď?

■ **Jenže mezitím sem přišla ještě jedna armáda v roce 1968, jak jste viděl sovětská vojska?**

■ Zaprvé jsem velmi věřil v to uvolnění Pražského jara. V té době jsem byl proděkanem 2. lékařské fakulty - pediatrické a jakmile přišli ti naši „železní bratři“, napsal jsem protestní dopisy na všechny strany, že s tím nesouhlasím. Hned na to jsem byl sesazen. Takže když se ptáte - určitá euforie, naděje tu byla, a já se k tomu zcela vědomě velmi pozitivně hlásím, i když leckterý člověk se za to stydí. Snášel jsem sovětskou okupaci velmi špatně, samozřejmě. Potom přišla další etapa - listopad 1989, cinkání klíčků atd. Ta radost a euforie byla ohromná a nikdy toho nelituji. Samozřejmě z hlediska dneška - březen 1999 - retrospektivně srovnávám a říkám si, že byla možná ve mně a v řadě jiných chyba, když jsme si mysleli, že je všechno vyhráno. Ale asi málokdo z mých kolegů ví, že jsem byl v západní armádě, že jsem bojoval, že jsem za to dostal dost velké vyznamenání; ani jsem to nikdy nijak zvlášť neproklamoval. Stal jsem se „moudřejším“.

■ **To slovo „moudřejší“ rozhodně není vuvozovkách. Za svého života jste poznal vztahy v různých armádách. Byl jste pod anglickým velením, americkým velením, setkal jste se se sovětským důstojníkem nad odloženými pistolemi na kuchyňském stole a pak viděl, jak se chovali sověti tady vr. 1968. Můžete nějakým způsobem porovnat ducha nebo nálady různých armád?**

■ Nemohu mluvit o armádách obecně, ale vztahy v žádné armádě nejsou demokratické, nemohou být, protože tam existuje rozkaz, který se musí plnit, ať už je to v tom nebo kterém vojenském uskupení. I když jsem byl voják, považoval jsem se za „kamuflovaného civilistu“, armáda nebyla moje láska. Ale jsem strašně rád, že jsme byli přijati do NATO. Vlastně vidím, že jsem něco podobného prožíval, když jsem byl v západní armádě: byli tam Čechoslováci, Češi, Slováci, sudetští antifašističtí Němci, Židé, bylo to něco jako MININATO, a to už nebyla jenom vojenská záležitost. Tento druh styku s lidmi v těžkých životních situacích utvrdil moje humanistické a kosmopolitické názorání a obohatil můj život. To je to trvalé, to je to důležité! Nyní jsme členy NATO a měli bychom plnit povinnosti, které s tímto členstvím souvisejí.

■ **Myslíte, že to bude dobrý start do příštího tisíciletí, že to přispěje k tomu, aby bylo méně konfliktů ve světě, nebo aby se lidé lépe poznávali, a tím bylo méně konfliktů?**

■ To poslední, co jste řekla, to ano. Ale konflikt je součástí života a to se týká také

i větších celků. Konflikty různých názorů patří k životu, bez konfliktů neexistují mezilidské vztahy, ale jakým způsobem se řeší konflikty, to je důležité. Ano, účast v západní armádě rozšířila můj horizont - nejen lingvisticky, nýbrž - možná, že to zni paradoxně - právě i humanisticky.

*S emeritním profesorem Otou Gregorem hovořila Marie Fleissigová*

## Médecins Sans Frontieres in KOSOVO

### A Brief History of MSF

*On 20 December, 1971, a group of French doctors found Médecins Sans Frontières (MSF), the first non-military, non-governmental organisation to specialise in emergency medical assistance.*

*Most of the founders have worked for the Red Cross in Biafra between 1968 and 1970. Their aim is to rectify what they perceive as the shortcomings of international aid: that it offers too little medical assistance and that aid agencies are overly reticent in the face of the many legal and administrative obstacles to the provision of effective humanitarian relief.*

*The founders of MSF also distinguish themselves from other aid workers by their awareness of the role of the media in bringing the plight of populations to the attention of the general public.*

#### Time line

- 1972: Nicaragua Intervention following earthquake.
- 1974: Honduras Long term mission following Hurricane Fifi.
- 1975: Vietnam First mission in a war zone.
- 1976: Lebanon Team of 56 work in Beirut hospital during the siege. Thailand MSF's first big refugee programme. Teams provide assistance to refugees from Vietnam and Cambodia.
- 1978: Africa MSF works in refugee camps in the Western Sahara, Djibouti, Sudan, and Zaire.
- 1979: Thailand MSF sends 100 volunteers to Cambodia refugee camps.
- 1980: Afghanistan MSF launches first mission. Uganda feeding programme for victims of the civil war and drought. MSF sets up its first operational centre outside France and thereby becomes an international organisation.
- 1984: Ethiopia extensive feeding programme launched for famine victims.
- 1985: Ethiopia MSF denounces diversion of humanitarian aid and forced migration. The team is expelled by the Mengistu regime.
- 1987: MSF starts to develop socio-medical programmes in western Europe.
- 1988: Sudan MSF raises the alarm to save the Dinka people from famine.
- 1989: Health programmes in Eastern Europe following collapse of Communist bloc.

- Armenia earthquake relief.
- 1990: Liberia MSF brings assistance to inaccessible areas.
- 1991: The flight of the Kurds MSF launches its biggest refugee programme ever following Gulf War.  
Somalia MSF sends emergency aid to the victims of the civil war.  
Former Yugoslavia MSF launches mission in the war zone.
- 1992: Somalia Civil war and famine decimate population. MSF increases its activity in the field and alerts international opinion.  
MSF launches its first International Day for Populations in Danger in November.  
Bosnia-Herzegovina MSF denounces ethnic cleansing and crimes against humanity.
- 1993: Somalia MSF denounces the methods of the United Nations troops in Somalia which violate the very humanitarian principles by which they are supposed to operate.  
Burundi following attempted coup d'état, vicious round of killings begin triggering refugee emergency. MSF is providing emergency aid to 600,000 refugees.  
MSF receives Nansen medal for its work amongst the world's refugees.
- 1994: Bosnia work continues during the siege of Gorazde. MSF and of the Red Cross are the only humanitarian agencies working in the enclave.  
Rwanda genocide begins. MSF takes out all but its most experienced staff and works with the wounded in extremely difficult circumstances. MSF calls on the International Community to intervene in the genocide. One million Rwandan refugees fleeing the Rwandan Patriotic Army (RPA)'s advance, arrive in the small town of Goma, Zaire.
- 1995: Bosnia MSF is the only international presence during fall of Srebrenica enclave.  
North Korea MSF intervenes following floods.  
Chechnya during the war, MSF is one of the only aid agencies to bring aid to the Chechen people inside the republic.
- 1996: Nigeria MSF vaccinates 4.5 million people against meningitis.  
Chechnya MSF calls on G-7 members attending Moscow summit to put pressure on Russian government to stop gross and systematic targeting of civilians and violations of humanitarian law in Chechnya.  
Sierra Leone and Burundi MSF brings aid to the victims of war.  
Zaire Civil war breaks out.

- Rwandan refugee camps on the border attacked by the Alliance forces who wish to root out members of the former Rwandan army. This brings about the mass return of refugees from Uvira, Goma and Bukavu. However, many hundreds of thousands of the refugees flee into Zaire's interior where there are no facilities. MSF provides assistance where possible.
- 1997: Democratic Republic of Congo MSF fights for access to Rwandan refugees. MSF issues reports tracing the fate of the refugees and on human rights abuses suffered.  
North Korea MSF is one of the few international organisations to gain access to this closed country. MSF distributes medicines to health centres and hospitals in three provinces.  
Afghanistan MSF teams continue their work. In Kabul, MSF successfully pushes for a reversal of a Taliban edict excluding women from emergency health care, but the access of women to healthcare remains difficult.
- 1998: Rwanda MSF calls for a Commission of Enquiry into the role of the French government in Rwanda's genocide (March 1998).  
South Sudan MSF launches emergency operations and appeal for famine victims. In early March there were 808 malnourished children in MSF feeding centres, at the end of June there were 7,000 in nine feeding centres.

## Interview

### with Mary Lightfine, nurse, 43, American, 13th mission with MSF

„What I find most relevant here in Brazda camp is that the refugees volunteer to work with us. A lot of doctors and nurses who are living in the camp as refugees want to help their own people and they offer their services. They come to us everyday, on time. They work really hard and they are helping us take care of other people. They are so dedicated. They don't ask for any money, but they truly care about each other and they have a kind of community dedication towards the service they are providing for their own people.

But what saddens me most is that the people who are offering their assistance have also suffered a lot. And every time patients come and tell their stories, it kind of reinforces the sadness that the people feel they are helping us. And some of the nurses tell us sad stories about themselves.

For instance, one of the nurses, her name is Velbona, came to help me. She told me that one night the police came and they wore masks and they spoke with an accent similar to the people in her area. She knew they were local people and they knocked on her door and told her that they had only minutes to leave. They killed her dog, burnt her house down and she had to escape.

Her father had worked all his life to buy their house, to buy their car and to build a nice home. They had only minutes to get out. She watched her entire house disappear. The police were cruel enough just to kill her dog. There was no need to but just to torment them a little bit.

And every day in the clinic she seemed to get worse and worse. And every time a patient came to us to tell us a similar story she got more and more depressed. Finally one day she was wringing her hands going from tent to tent saying she couldn't work, she didn't know where she would go or where she would live. She didn't know what her father would do for earning the living. He had lived all of his life to provide all this for her and her family and now there is nothing left. There is no home to go home to. There are no birth certificates or licenses or papers or anything. And I was helpless, I did not know what I could do for her, I really felt so horrible.

She left (for Germany) and another nurse took her place with the same story. One day she comes and smiles. Then, each day, she loses her smiles. And each time a patient tells us his story she gets sadder and sadder.

This is also hard for us. We are all from the same lifestyle. We all live like they lived only moments ago, only weeks ago. And I think what is really hard for me is that it could be me, it could be you, it could be anybody. And I can understand what they say. I can visualise their homes, their gardens.

That is what is really different in this refugee situation compared to Africa. Today I met a lady from New Jersey (USA). She lived where I lived, where I grew up, and now she is a refugee. All this is so close to home and that frightens me. These people come and ask for silly little things. When you give it to them, they are grateful and they say thanks. They are really appreciative. They are not selfish at all. If they have to share something, they share it. They really keep an eye on the others. And all they want you to say is that everything is okay. Yesterday one of the journalists asked the local nurse her why she wanted to come to the clinic every day. She said she only wanted to see my smile. And it made her feel better just to smile at her.

In Brazda the people are coming in and going out so quickly. Although there are only 25,000 people, the way they circulate it seems that they are 100,000. Some people stay two weeks and some people stay two days. I am not sure why that is.

Things that have touched me about Brazda is the types of patients that are coming. A couple of days ago there was an old man that came and Dr. Thaye asked me to give him a bath.

I did it together with Marieke. We washed him. He was resisting - striking at us - but he was clearly an old man. He was on the edge of death. While we were washing him we thought about how he had arrived here.

He was paralysed. He was dying. He was old. How did his family get him here all the way from Kosovo to the camp and how did they care for him all the way down to here? He was clearly a dignified member of the family, but he was put in a tent. His family had to take care of him and they obviously did not know anything about medical care - how to deal with a person with a catheter or how to bathe a person. And one hour after we bathed him, he died.

Another man who came to the camp was paralysed from the waist down. Dr. Thaye called me to give him a bath. When I went to see him he was lying on a stretcher, the blanket underneath him was completely soaked in urine.

I brought him into the tent and I asked his nephew, who was with him, whether he could go home to the tent and get some clean clothes. The nephew ran home and

came back with the wife of the patient. I had no warm water at this moment but I had some sponges and soap and I tried to undress him in parts.

The wife insisted on bathing him. She would not let me bathe him but I tried to work with her. So I held him over on a side while she washed him and we took away all the urine soaked blankets. We then put some plastic so that we could keep him dry and shifted him to another bed.

His wife was chanting all the time, but I did not understand her. I asked my translator what she was talking about. She was saying: „God bless you“. And I said: „God bless you, not me“. I mean she came all the way down from Kosovo with this paralysed man and she is taking care of him in the tent and she is bathing him. I am not doing anything. This is my job.

But the translator said, no, she says „God bless you“ because for her there is nothing left. She has no home, no place to go and for her it is finished. We continued to wash her husband and she continued to chant.

After we had finished I noticed his knees were turning blue because it was really cold outside. We covered him up with blankets and, after that, suddenly the wife of the husband put her arms around me and kissed me, with tears in her eyes, mine as well.

One of the most horrible cases I have seen was a man who from his waist down was blue like a gym-bag. He had been tortured and beaten. In all the emergencies I have worked, I have never seen any person bruised that much. It was very difficult for me to imagine that someone could do that to another person. If you see the wounds on the persons and you hear their stories and you visualise what they have gone through, it is totally incomprehensible.

Many of the people who come to see us have respiratory infections or chronic diseases like high blood pressure or diabetes. They sometimes need tuberculosis treatment. The people we are working with have lived in a country where they have higher technology than in Africa, for instance. They are in need of services that you and I would need. We provide basic medical care, dressing, wound care and also drugs for some chronic diseases. But they also need a place to live and that is one of the biggest problem here at the moment.

In terms of treatment needs, the mental health of the refugees is a big issue of importance. A lot of what we are doing is psychological support. Many people that we see are not very sick but they have a huge need for attention - they need to talk to somebody.



## A Doctor's Diary

*Introduction: Doctor Fokko de Vries (38) left Amsterdam for Macedonia last week on behalf of MSF, to assist in the refugee camps there. He has previously worked on aid projects in Sarajevo, Rwanda and Sri Lanka. For the last week he has been operating in the Brasda and Radusa refugee camps. Fokko has kept a diary of his first week there.*

Wednesday, 7 April

We depart from Zestienhoven in a Russian freight plane chartered from a Romanian airline. We are a mixed company of doctors, nurses, logisticians and press people. We try to conceal our fear of flying with jokes about draughty windows, rusted-up wings and loose bolts. The cargo is made up of all sorts of aid supplies, presenting us with a view of several hundred squatting plates. Mobile squat toilets, consisting of a piece of plastic with a hole and two footprints, that make me think of the footprints of Gavrillo Princip, the assassin of the Hamburg crown prince Franz Ferdinand, in the pavement of Sarajevo. They were preserved at the exact spot where he fired the fatal shots that led to the First World War. They have since been removed, hacked out of the pavement since the last war in Bosnia, because Princip was a Serb.

The flight is breathtakingly beautiful, with a detour via Italy because the airspace is partially closed as a result of the tomahawk diplomacy being waged below. On our arrival at Skopje airport an uniformed individual gratuitously snarls at us that it's all Clinton's fault. In the corner of the airport a group of refugees are waiting for a flight to an unknown destination in a 'third country'. Turkey? Norway? There are rumours about Cuba – why not? There are even Bosnians who have landed in Bangladesh. Of their own free will, of course. After all, someone who has been driven out their home, separated from their family and utterly exhausted is perfectly able to make decisions. At least that's what the host countries would have us believe.

Thursday, 8 April

Visit the refugee camps Stankovic and Brasda, between Skopje and the Kosovar border. Brasda is a former airfield that still has a hangar and two old propeller planes. There is a large NATO presence in both camps. Soldiers are working day and night at setting up tents, distributing food and blankets, setting up water facilities, building latrines and carrying away refuse. Brasda accommodates some 20,000 people, a number that is constantly changing with the continued arrival of new refugees and the evacuation of the ad-hoc camp at Blace. The presence of so much armed green comes as a shock for the MSF veterans, something without precedent. A humanitarian mission is difficult to square with a military mission. The initial confusion gives way to a purposeful approach: the building up of an MSF presence and the planning for a seamless handover with the military.

Around the Brasda camp stand armed Macedonian police and soldiers. There is no freedom of movement. This is against international law, which says that refugees are free to move around after being registered. But we now know that many interna-

tional treaties – with a nod to Bismarck – are not worth the paper they are written on.

Friday, 9 April

I carry out a reconnaissance mission to check out the situation on the Yugoslav/Macedonian border. Driving through the part of Macedonia mainly populated by Albanians, we hear on the radio a travestied version of the former Eagles hit: 'Welcome to hotel Macedonia'. Our driver, of mixed Albanian, Macedonian and Turkish descent – a typical specimen of *Homo balkanus* – shakes his head pityingly.

The Macedonian border is closed. On a pretext, I manage to cross the hundred-metre wide no-man's land. A stethoscope round the neck works wonders! Some 250 people have been camping in the strip since yesterday evening. The Serbian border police had (mis)informed them that they would be allowed into Macedonia if they left their cars behind. And would they be so kind as to hand over the car keys?

Much more serious is the report that some 300 hundred cars – number of people unknown, but including the people already in no man's land – were sent back to Yugoslavia in a joint action by the Serbian and Macedonian police. There are stories that they are to be used as a human shield. It can't be verified in the present circumstances, but nothing can be excluded either. A long queue of people are waiting at the closed Serbian border. A human chain of misery stretching out towards the border from every little village in Kosovo, facing an uncertain future. A chain of hundreds of thousands of innocent citizens.

Nobody dares to cross the mountains along this part of the Serbian border. The rumour of landmines alone is enough to stop people, whether true or not. A busload of people are carried off under police escort to the Neprostance refugee camp, which is run by German NATO troops.

Saturday, 10 April

This morning, visit the mobile hospital set up by the Israeli army in Brasda refugee camp. They have an operating theatre, laboratory, X-ray equipment and even a blood bank. The way they work and speak is extraordinarily professional. But there again, they already have more than 50 years of war experience. I then hold a clinic myself. MSF has set up a number of polyclinics, a dressing station and a dispensary. All rather improvised at first. It's not exactly easy listening to heart and lung murmurs through the noise of the generators powering the high-tech mortuary set up by the Norwegians.

Most of the medical problems are chronic conditions. People with high blood pressure, diabetes, epilepsy and asthma who no longer have any medicine, as most of the refugees have nothing more than the clothes they stand up in. Other problems are typical camp complaints: diarrhoea, colds, mange and lice. Finally there are the mental problems. People present vague complaints, but as soon as they feel somewhat reassured we give them an opportunity to let it all out, to tell their stories.

There is a constant pattern in the stories, which are now generally familiar. Everybody speaks of masked paramilitaries, looting, threats, the midnight knock on the door, the bodies lying here and there. Some people recognised the voice of their neighbours behind the masks. The people are mostly still anaesthetised, in the phase of denial and disbelief. In the coming weeks this will crystallise out into more specific psychiatric problems of unrestrained aggression, nightmares and depressions. A

growing number of women are no longer able to breastfeed as a result of the tension.

My colleague, a paediatrician who has his tent close by, tells his personal story to the refugees. How he as a 12 year-old child was driven out of Hungary by the Russians. He tries to put across the message that it doesn't have to represent the end of your life, and that it means a lot for him personally to be able to help other people now.

A girl of 15 has a panic attack. I try to calm her, and we chat about the Spice Girls and Brad Pitt. But she's a Back Street Boys fan, which puts me in a different generation. We share our feelings of rage and powerlessness with the refugees. In the evening we chat with the other members of our team over a glass of the local ouzo. A clear sky above us, blossoming trees in front of us. In the distance is a white streak above and below the mountains. Snow is lying above, and the tents are standing below. It's cold in Brasda.

Sunday, 11 April

Today – Easter Sunday according to the orthodox calendar – the medical care in Brasda camp is formally handed over by NATO to the aid organisations. This is an historic event, something that has never happened before. British, German, Dutch, Italian and Norwegian soldiers stand in a semicircle. A priest in army uniform holds a speech full of Bible quotes about good and evil. Many blink away a tear, and some psalms are sung. A Kosovar boy has pushed to the front. His shoes are three sizes too large. The serene silence is broken now and then by low-flying helicopters or a mobile phone with the tones of Big Ben. But the most startling is the British colonel who with an eye to the watching cameras finishes with, 'See you all in Pristina!'

Hold a clinic for the rest of the day. We're having more and more trouble with journalists. I have mixed feelings about them. The American press in particular gives me the feeling of wanting to soften up public resistance to a possible ground war. A number of journalists in search of steamy stories ask specifically for women who have been raped. I break off a number of interviews because of attempts to make me come out with explicit political statements concerning NATO and MSF.

I continue my clinic. A following patient tells me that he was tortured by the Serbian police one and a half years ago. He was struck repeatedly on the neck until he lost control of the right side of his body. Then they let a teargas grenade explode in his hand and cut off the remains of his fingers with a pair of scissors. I can do no more than report the facts. He needs plastic surgery, but above all psycho-social therapy. He is alone in the camp. There is no news of his family.

The whole conflict consists of numbers. So many refugees here, so many people killed there. But in the end it is a summation of individual suffering. Each person has their individual story. The story of expulsion, flight, waiting at the border, the conditions in the camp, the loss of all future perspective, but above all the uncertainty as to the fate of loved ones and the absolute certainty as to the fate of loved ones who have already been murdered.

Monday, 12 April

This morning, examine a patient who is eight months pregnant. I let her hear the baby's heart beating. She begins to cry. She has waited ten years for the pregnancy.

And then this. What sort of life will her child have? In the afternoon it is the turn of the Italian medical troops, our neighbours in the camp, to leave. How different from the British ceremony. An officer blows up a plastic glove, draws a face on it, calls it Pinocchio and gives it to us as a mascot. Ciao bambini! We will miss them.

Afterwards I once more see the patient who has been tortured. He has become unreachable, with hallucinations about cetniks pursuing him in the camp. Alas, I have to give him an injection to calm him down, but he deserves better treatment. As I walk through the camp for a 'house call', I'm assailed from all sides with the question of whether I have a telephone. Just as in Africa you constantly hear 'mzungu, mzungu' (white person) all around you, and in Amsterdam 'hashish? hashish?', here you constantly hear 'telephone? telephone?'. Information from the home front is terribly important for the refugees. In this post-modern age there could well be place for a humanitarian organisation that distributes mobile telephones, for example TSF: 'Télécommunication Sans Frontières'.

The few times that we lend someone a mobile phone are particularly emotional. What conclusion should you draw if nobody answers at home? Or if the line is engaged? Sometimes a stranger picks up the phone. That evening there is an internal discussion at MSF about whether or not we should go into Kosovo. We share our concern about the situation there. The refugees that we are caring for now – however bad their situation may be – are at least safe for the time being. The majority of the Kosovars are still in Kosovo, for the moment at least. We can only guess at their fate. The discussion brings up all sorts of aspects that touch on individual consciences and fears. But the feeling of powerlessness predominates.

I drive back home with a Kosovar cardiologist who has started today with MSF. His name is Lullie, which sounds absurd to Dutch ears. He tells me that as a refugee he was taken in by total strangers, ethnic Albanians. I can't see Dutch people doing that. When I ask whether Macedonians have also taken in Kosovars he simply laughs. He then tells me about rumours that Yugoslavia wants to become a member of the Russian Federation.

Tuesday, 13 April

The taxi driver who takes me to the office holds a monologue in broken German, French and English – the lingua franca of all taxi drivers – about Greater Albania, Clinton, Lewinski and the usual. He has worked for three years in Iraq. Yugoslavia built the military airfields there. Which of course have now also been destroyed by American bombs. We drive past the wrecked station building where the clock on the front wall has remained stopped at the moment when the earthquake struck Skopje in 1963. I then leave for the Radusa refugee camp near the Yugoslav border. Or is it the Serbian border? Or soon just the Kosovar border? Time will tell.

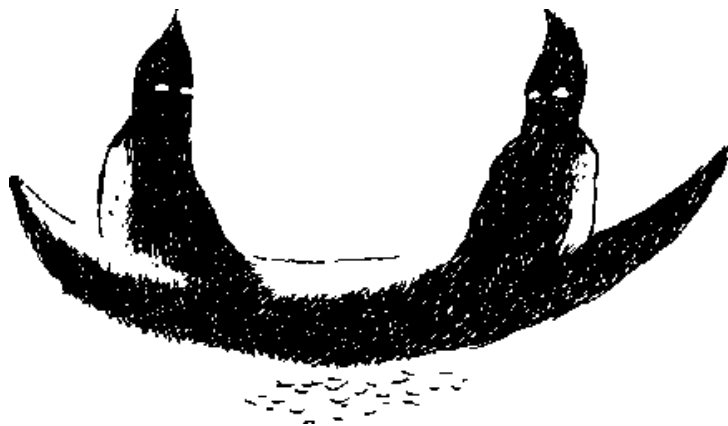
The trip is breath-taking, through an empty, innocent landscape. There is a rusted railway line from the time when the iron mines were still being worked. Since then there has been an economic slump. Birds of prey circle above our heads. Suddenly we see the camp, a large number of tents set up without intervening spaces on the side of a mountain. Some 1,200 people are living on this patch of mud, far from the inhabited world. The camp is organised by the Macedonian government. It is guarded by police on all sides, and patients are not allowed to leave. We hold a

clinic in a tent. There is a pregnant woman, a man with cancer, a boy with a bad knee who suffers from haemophilia, and a three month-old baby with a scrotal hernia. Patients who should be brought away from here. But in fact everyone should be gotten away from here. The living conditions are unacceptable.

I make a short visit to the health post for the local people. There are hardly any facilities. No telephone, no ambulance and hardly a laboratory. In the empty room that once housed the X-ray equipment hangs a portrait of Tito. Nothing now remains of his heritage: the workers' self-management, the movement of non-aligned countries and the socialist Federal Republic of Yugoslavia. Shortly afterwards a gleaming Mercedes drives up. The Bulgarian ambassador comes to visit and makes all sorts of promises for medical facilities. Even Taiwan has already promised 26 doctors for the village.

Afterwards I hold a clinic in Brasda. Some youths are burning a few pallets, somebody has a radio and there is dancing. For a few moments we're back in Kosovo. In the evening I write up this diary at the office. An icon hangs on the wall in front of me. To the right I look over the town of Skopje, rebuilt after the 1963 earthquake. On the left hangs a recent map of Europe. How will it look in ten years time?

(<http://www.msf.org>)



## Austria is preparing to hold its first Nazi war crimes trial for a quarter of a century

### Gruesome legacy of Dr Gross

By BBC Legal Affairs Correspondent John Silverman

**John Silverman delves into the Spiegelgrund's macabre past as an 83-year-old doctor, Heinrich Gross, has been charged with nine counts of murdering children at a psychiatric hospital in Vienna in 1944.**

Dr Heinrich Gross denies involvement in the deaths seven hundred children were murdered there during the war years as part of the Nazi euthanasia programme, intended to eliminate anyone considered to be physically or mentally flawed.

After the war, Dr Gross became Austria's most celebrated forensic psychiatrist and did research on the brains of some of the children he is alleged to have murdered.

Fight against injustice

One of the many people fighting to see Dr Gross brought to justice is Waltraud Haupl. Her sister, Ann-Marie, was subjected to a „living hell“ and died at Dr Gross's hands in the Spiegelgrund clinic in Vienna.

„It was cold and without love and nobody took care of her and the doctors did what they wanted to do to her,“ Ms Haupl said. Ann-Marie was admitted in 1941 suffering from rickets. But when the doctors discovered that a distant relative had a brain disorder, she became a victim of the clinic's euthanasia programme.

The brains of hundreds of children still remain

Ms Haupl has her sister's medical notes, signed by Dr Gross. They detail the starvation diet of coffee and bread - at first twice, then only once a day - which pushed her sister inexorably towards death, weighing only nine kilos.

The Spiegelgrund clinic is now part of a huge psychiatric hospital. But though its name has gone, it can not escape its past. In its pathological department, row upon row of glass jars containing the brains of children bear witness to the clinic's grisly past. On the wall, there is a plaque in memory of the children of Vienna who were taken there and killed.

After the war, Dr Gross carried out research using some of the brains of children he is alleged to have killed. Even in 1945, what went on at the clinic was well known - indeed, the director, Ernst Illing, was hanged as a war criminal.

But Dr Gross faced only one manslaughter charge and was released after a few months - his conviction ruled unsound. He went on to become an eminent neurobiologist and was employed by the highest courts in the land to give medical and psychiatric testimony.

Continued denial

Despite continuing allegations against him, he maintained his innocence. The last time he spoke publicly, two years ago, he claimed to have no idea how many children had died at Spiegelgrund. Alois Katifinan as the little boy who survived „maybe 300, maybe more. Yes, I knew about it but I wasn't involved and to have

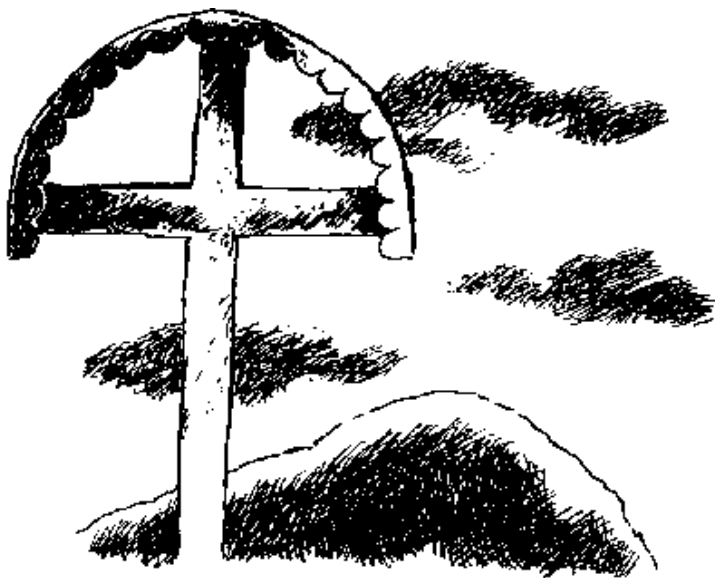
stood openly against it in those days was an automatic death sentence by the Nazis," he said.

In fact, the number of child deaths was over 700. But Dr Gross continued to enjoy his eminent status, until two years ago. It was then that Dr Gross's medical notes for a one-month period in the summer of 1944 were found in an archive in Berlin - a time when he said he had left the hospital and was in the army.

Austria's leading anti-Nazi research centre had been pressing for a new criminal case against Gross for years. It now says the surprise find proves Dr Gross to be a liar.

Alois Kaufmann, who was sent to the Spiegelgrund in 1943 as a child delinquent and treated with appalling brutality, says Dr Gross must stand trial. „Did he ask the children about their screams and shouts before they were killed? Did he feel sorry for the 10-day-old boy whose stomach he cut open to give him injections? He was a Nazi through and through and should live in prison for the rest of his days," he said.

Mr Kaufmann has received anti-Semitic phone calls and death threats since it emerged that he would be a witness at the trial of Dr Gross. Given Austria's ambivalent attitude towards its Nazi past, this may not come as a surprise. And even the world's most eminent Nazi hunters are reported to say that, despite the new evidence on Dr Gross, a conviction is by no means certain.



---

# FAKULTA

---

POCTY  
STUDIUM  
ODPOČINEK

## Čestný doktorát

Za celožitovní dílo v oblasti duševního zdraví převzal 29.dubna v Karolinu čestnou hodnost doktora lékařských věd UK profesor Norman Sartorius, prezident Světové psychiatrické asociace. Stalo se tak na návrh třetí lékařské fakulty, jejíž děkan prof. MUDr. Michal Anděl kandidáta na slavnostním aktu představil: ve výčtu všestranné činnosti zajímavé osobnosti vědce a pedagoga zdůraznil především péči, kterou prof. Sartorius věnuje výuce na 3.LF UK a jeho stabilním snahám o celosvětovou lidskou integraci. Vlastní promoční akt provedl prof. Cyril Höschl, ředitel Psychiatrického centra Praha. Po předání diplomu a řetězu se pak ve svém projevu prof. Sartorius, dr.h.c., zamyslel nad vztahem studenta a pedagoga v současnosti a nad tím, co se dá v dnešní technizované společnosti předat mladým lidem při přednáškách a seminářích.

## Hostující profesor z Tübingen



**Na dubnovém zasedání vědecké rady 3.LF převzal dekret „Hostujícího profesora Univerzity Karlovy“ prof. Dr. Med. Franz Schimek z lékařské fakulty Eberhard-Karl University v Tübingenu, SRN, který v tomto semestru působil na Ústavu normální, patologické a klinické fyziologie.**

Prof. Schimek při slavnostním aktu řekl:  
Spectabilis! Dear guests and colleagues!

I am very honoured and wish to thank the Academic Senate for the appointment as a Visiting Professor at the 3<sup>rd</sup> Faculty of Medicine, Charles University in Prague.

Also, I like very much indeed to thank Professor Rokyta, the head of the Department of Physiology, Professor Anděl, the Dean of the Faculty of Medicine as well as Dr. Lorenz Barth from German Embassy in Prague and the German Academic Exchange Service for the support without which I could not be here.

The main reason for my coming to this most charming city is my intention to contribute to the objectives set up by the Governments of Germany and of the Czech Republic: Unification of European countries in a Federation of European States.

I believe that Prague – as in the past – will be an important political, cultural and scientific centre of the European Union. Following the footsteps of Johannes Kepler who went from Tübingen to Prague, I hope, to make some humble contribution to the knowledge transfer between our and other European countries within the scope of the Fifth Framework Programme of the European Union.

Feeling as European, I take the liberty to address you in English – the Latin language of our modern times; the language, which also unifies us here. And also in English I would like to toast you, dear guests and colleagues:

To a long lasting scientific venture of our countries! To the knowledge transfer and education of our medical students! And, most importantly, to our efforts for the improvement of the wellbeing of our patients!

Cheerios!

**Slavnostního aktu se zúčastnil tajemník německého velvyslanectví v Praze dr. Lorenz Barth, jehož děkan fakulty prof. M. Anděl informoval o přípravách na výměnné studijní pobyty posluchačů pražské a tübingenské lékařské fakulty.**

## Staronová Univerzita Karlova

Píše se rok 1999 a české vysoké školství vykročilo do nové epochy. V platnost vstoupil sice ne úplně ideální, ale přece jenom v řadě oblastí progresivní zákon číslo 111/98 Sb., o vysokých školách. U tvorby následných nových univerzitních předpisů, kdy jsme svým způsobem stavěli novou Univerzitu Karlovu, jsem o loňských prázdninách byl, a proto cítím určitou povinnost o poznatky z tohoto procesu se podělit.

Nový zákon postavil vysoké školy do zásadně odlišné situace. Jsou sice stále podstatným způsobem závislé na státu, nicméně už nejsou státní. Jejich zaměstnanci nejsou státními zaměstnanci, a tak nepodléhají platovým tarifům státních zaměstnanců. Škola si tvoří své vlastní řády, může si tvořit své vlastní tarify, nicméně možná jsou i naprosto odlišná řešení (smluvní mzda). Žádná mzdová regulace již není, vše závisí především na ekonomické úspěšnosti školy.

Fakulty ztratily svou právní subjektivitu. Jsou nadále pouze součástí vysoké školy. Úprava vztahů mezi vedením fakult a rektorátem se tak stala mimořádně citlivým tématem nových předpisů. Obzvláště tak mamutí škola, jakou je Univerzita Karlova, s tím bude mít (a už i má) nemalé problémy, ať budou předpisy sebelepší, určitě nikdy nepokryjí celou šíři problému. Proto zde velmi záleží na personálním obsazení funkcí děkanů a rektora. Při volbě kandidátů na tyto funkce by akademické senáty měly zvažovat jejich interpersonální komunikační schopnosti mnohem bedlivěji než dosud.

Studijní programy se napříště rozdělují do tří jednotných kategorií. Bakalářský, magisterský a doktorský. Studenti všech tří programů jsou si rovnoprávní. Programy na sebe mohou progresivně navazovat. (Zde si dovolím krátkou poznámku k častému omylu – studenti medicíny studují magisterský studijní program, zakončený státní rigorózní zkouškou, složenou z částí, a obdrží magisterský akademický titul MUDr. Doktorský studijní program je dle staré terminologie postgraduální studium, zakončené titulem Ph.D.)

Při celé reformě univerzity hráli studenti velmi podstatnou úlohu (alespoň z mého hlediska). Aktivně se účastnili (i během prázdnin) přípravy nových dokumentů, jeden z nich se díky tomu stal vlastně nepostradatelným odborníkem a z původně dobrovolně investované práce a velkého sebeobětování se nakonec stala dobrá živnost. Všem, kdož o to měli v akademické obci zájem, vedení univerzity důsledně ukázalo, že principy demokracie jsou mu již plně vlastní. Upřim-



ně řečeno, jen stěží si dokáží představit, jak by to šlo dělat demokratičtěji. Senát jako volený představitel akademické obce vytvořil pravidla pro univerzitu a její vedení tyto pravidla akceptovalo.

Reforma zdaleka není ještě u konce. Teprve v těchto měsících se tvoří vlastní fakultní předpisy. Opět je snaha po zapojení co nejširší obce do tvorby těchto předpisů. Není ale příliš velký zájem, pravděpodobně pro způsob myšlení, že „on to někdo udělá, já mám svých starostí dost.“ Je pravda, že řada námětů a návrhů zapadne, ale silné myšlenky z nich přežijí. Každý rozumný návrh se jistě alespoň částečně uplatní ve výsledné podobě předpisů, se kterými bude univerzita vstupovat do nového tisíciletí. Přejme si, aby její inovovaná struktura posílila její tradiční funkci, umožnila jí obstát i v nové konkurenci a dostát výzvám dvacátého prvního století. Vaši senátoři se o to snaží.

*Jan Petráček, AS 3.LF*

## Dvojí ohlédnutí za Třeští

**Ve dnech 7.-8. května se v Třešti konalo výjezdní zasedání k novému curricula 3.LF. Zúčastnili se ho členové kolegia děkana, vedoucí modulů, studenti 1.-3. ročníku, kteří už se změněným způsobem učí, jejich pedagogové a také zástupci akademického senátu fakulty. K průběhu a výsledkům jednání jsme získali vyjádření děkana 3. LF prof. Michala Anděla a člena AS, studenta Jana Petráčka:**

**Pohled děkana**

Letos již potřetí se sešla velká skupina učitelů a studentů, aby podrobně probrala problémy, pozitivní i negativní aspekty nového curricula a aby navrhla řadu opatření pro organizaci příštího školního roku.

Kromě standardního programu, kdy referující a moderátor postupně probrali problematiku jednotlivých kurzů, modulů a cyklů, k problémům zcela otevřeně diskutovali studenti. Právě jejich účast a jejich kritický, přesto však pozitivní a konstruktivní přístup byl pro mnoho z nás největším kladem třešťského setkání. Při hodnocení studentů se objevilo nejen hodnocení pozitivní, ale při probírání některých částí výuky a vyučujících i hodnocení negativní. Obecná politika školy je zcela jednoznačně otevřená připomínkám všech členů akademické obce. Negativní hodnocení některých částí výuky však neznamenají ztracení předmětu nebo vyučujícího, naopak znamenají zvýšení pozornosti tomuto segmentu výuky a nalezení způsobu, kterým by daný kurz či modul mohl být vyučován zajímavěji nebo v jiném kontextu.

Otevřenost diskuse, a přitom vstřícnost, která z mnoha stran učitelů i studentů v Třešti zaznívala, byla pro mne důležitým poselstvím. Totiž poselstvím o tom, že se nové curriculum na naší fakultě zabydlelo, že má svá nesporná pozitiva a že pokud se budeme umět vypořádat s jeho problematickými aspekty, staneme se pro studenty fakultou ještě více atraktivní, fakultou, na které studium kromě možnosti představuje i výzvu.

*Prof. MUDr. Michal Anděl*

**Pohled studenta**

Jako jeden z přispěvatelů se několika větami vyjádřím k výjezdnímu zasedání v Třešti, jak jsem ho viděl já.

Za první: krásné prostředí, škoda jen toho počasí. Za druhé: skvělé jídlo a dobrá parta. Za třetí: narozeniny pana prof. Kršiaka.

A samozřejmě na prvním místě práce. Ta zaznamenala kvalitativní skok zejména v přípravě studentských zástupců. Studentky prvních ročníků přinesly na zasedání výsledky ankety o výuce a (především) o oblíbenosti jednotlivých učitelů. Prof. Höschl neváhal, průzkum nafotil na fólie a před všemi účastníky zveřejnil. To dalo celému zasedání jedinečný punc. Kritika tak nabyla velmi upřímných a konstruktivních dimenzí a v tomto duchu se pak jednalo celé dva dny. Odhalilo se velké množství chyb ve výuce, v organizaci výuky a zkoušení, a zveřejnilo se i postoje jednotlivých učitelů k výuce v novém curricula.

Zasedání rozhodně stálo za to, nedovedu si představit efektivnější zpětnou kontrolu toho, co se na fakultě vlastně děje. Doufejme, že závěry tam učiněné se promítnou i do exekutivy a pak do realizace samotné.

*Jan Petráček*

## KORRESPONDENCE

*Dear colleagues,*

*I am a postgraduate student of the 3<sup>rd</sup> medical faculty, in the field of Physiology. I graduated from our faculty, last summer, and when I returned to my country, Greece, I had to undertake examinations on internal medicine and surgery, in Greek language, for the recognition of my diploma. The reason of this letter, are the results of these examinations, as concerns the students who graduated the same year with me. The graduates of our faculty had a 93% success in internal medicine, and 100% success in surgery, for the first attempt. The magnitude of this success, is estimated according to the fact, that many young doctors from others faculties all over the world, have to repeat these exams for 5 or 6 times to succeed. Also, the demands were really high, since the minimum amount of correct answers to pass, in both subjects, was 92%.*

*For these reasons, I would like to express my gratefulness, to the professors of our faculty, and especially my teacher of internal medicine, prof. MUDr. Michal Anděl.*

*Sincerely yours,*

*MUDr. Sofia Parara*



Vrcholové foto všech borců a borkyň na výletě

Foto: V. Rychterová

## Studentský život na přelomu tisíciletí

*Mnohé se změnilo, o mnohém se dá s klidem říci nihil novum sub sole. Už ale při běžném rozhovoru s lidmi o generaci či dvě staršími jsem se setkala s nemalým překvapením, když se téma hovorů stočilo i jen letmo k současnému životu mladé generace a studentů. Proto vznikl tento článek. Studenti ho snad ani nemusí číst.*

*Život na kolejích. Koleje jsou společné, už v podstatě neexistuje žádné rozdělení podle pohlaví. Ještě nedávno bylo na některých kolejích i sociální zařízení společné, často nezaručovalo ani bazální soukromí. Dnes není prakticky žádný problém bydlet ve smíšených pokojích a název manželská kolej je již značně archaický. Z pohledu dnešních studentů bylo rozdělení mužů a žen ospravedlnitelné pouze v době neexistující účinné antikoncepce, dnes už takové oddělení nemá smysl větší než sebetříznitelský.*

*Přestože mé předcházející věty by mohly vyznít ve smyslu šíleného ráje neřestí, který bují na kolejích, skutečnost je podstatně jiná. Studenti mají povětšinou zdravý rozum, cítí se být zodpovědní za svůj život, a tak naprostá většina z nich nepraktikuje sex bez lásky. Troufám si dokonce tvrdit, že dokud byl sex na kolejích potlačován, odehrálo se tam více sexuálních dobrodružství než dnes.*

*Studenty silně zasáhla sociální diferenciacce. Někteří nedostávají od rodičů takřka nic a na vše si musejí vydělat, jiní jsou obdarováni sumami kolem 10 000,- Kč jako kapesné. Průměrný příjem studenta v Praze je dnes asi kolem 3 000,- Kč měsíčně, s kterými se už dá dobře vyžít (když si nekupujete drahé učebnice). Stipendium prakticky není vypláceno (to se velmi různí škola od školy) a na penězích tedy svůj prospěch vůbec nepoznáte. Prospěch ve škole ztratil na významu i od doby, kdy si zaměstnavatelé sami dělají personální výběr. Doba si vyžaduje neustále nové sebevzdělávání, takže pro zaměstnavatele není ani tak důležité, co jste se učili před léty ve škole, jako co umíte právě teď. Prospěch v případě spravedlivého hodnocení (liší se zkouška od zkoušky) má tedy spíše svou původní - totiž sebekontrolní funkci.*

*Do života studentů zasáhly i nebyvalou měrou drogy. Vysokoškoláci (zvláště ve vyšších ročnících) už nejsou povětšinou tak zranitelní, ale ti, co přicházejí ze středních škol, se často s touto problematikou už setkali a mají s drogami své zkušenosti. Při výrazně větší zátěži na vysoké škole mohou pak těmto svodům*

*podlehnout v míře životu nebezpečné. Jisté je, že snadněji podlehnou ti, co na drogy mají, než ti, kteří si peníze těžce vydělávají. U studentů medicíny k tomu ještě přistupuje riziko abúzu léků. Naštěstí jde povětšinou o neškodná (a také pochybně účinná) nootropika, která do sebe tito jedinci ládují ve zkouškovém období. Stimulancia jsou především využívána v podobě legálních drog. Zvyk nadměrného „paření“ v hospodě (do kterého jsou zejména studenti nižších ročníků dokonce i partou nuceni), pak pěstuje i nějaké to procento alkoholiků a kuřáků.*

*S postupujícím ročníkem se neustále více vkrádá nejistota uplatnění. Nezaměstnanost roste a otázka, co po promoci, zůstává často nepříjemně dlouho nezodpovězena. Stále častěji je odpovědí postgraduální studium. Zajištěné ubytování v Praze, stipendium téměř na úrovni čistého nástupního platu a alespoň nějaký smysluplný program do dalších let je poměrně silné lákadlo pro nejednoho absolventa vysokoškolského studia. To je také důvodem poměrně nízké úspěšnosti postgraduálního studia – v okamžiku, kdy student získá dobře placenou práci jinde, se studium končí.*

*Toť asi stručně vše o dnešních studentech. Doufám, že jsem nikoho neurazila a nevezala mu iluze. Taková je prostě realita mých očí.*

Jana Petrová



Prof. Anděl, doc. Samcová a ing. Hora pochodují se studenty.

Foto: V. Rychterová

## Zpráva o školním výletu



Kostelík ve Zbytinách a pod ním náš odpočinek.

Foto: H. Olivová

Poslední dubnový víkend se uskutečnil **První Fakulturní Školní Výlet** pro studenty medicíny a jejich profesory. Přes třicet chrabrých mediků a pět statečných profesorek a profesorů (prof. Anděl, prof. Jelínek, doc. Rychterová, doc. Samcová, doc. Bárta) se vydalo strávit víkend v příjemné krajině šumavského předhůří.

Cílem řečené akce bylo sblížit trochu obě strany naší akademické obce, poznat se navzájem ne jako zkoušející a zkoušený, ne v plášti nebo bílém saku, nýbrž jako člověk s člověkem, ve sportovním či turistickém oblečení.

V sobotu jsme vyrazili na celodenní výlet do lesů, luk a údolí Prachaticka. Spatřili jsme ruiny hradu Hus nad strmým údolím řeky Blanice, hřbitov, který jediný zůstal z německé vesnice, vypálené v roce 1945, a hlavně jsme si užili krásných výhledů do kraje. Myslím, že na těch ušlých pětadvacet kilometrů můžeme být právem hrdí. Večer jsme poseděli u táboráku, opékající burty, týrajíce kytary a nasávající víno, které vskutku teklo proudem. To, že ho nakonec pět litrů zbylo, není žádnou ostudou, vždyť jsme ho dovezli více než litr na hlavu.

V neděli jsme vystoupali na vrch Libín, z jehož rozhledny se nám naskytl tak říkajíc kruhový výhled po jižních Čechách. Vidět bylo od hraničního hřebene s Rakouskem až po Temelín, od Boubína až po horu Klet'. Návštěva Prachatic v údolí pod Libínem pak dodala výletu i potřebný vlastivědně kulturní rozměr.

Kromě toho, že bylo příjemné strávit jeden dubnový víkend na čerstvém vzduchu, byl výlet příležitostí setkat se se starými kamarády jinak než s fonendoskopem kolem krku a se svými profesorkami a profesory jinak než s indexem v ruce.

Děkuji všem odvážlivcům za účast i za pomoc při organizování této předem tak nejisté, ale nakonec snad docela vyvedené akce.

Zdeněk Rossmann



Chladná voda jezera smyje prach z našich rukou.

Foto: H. Olivová

---

# VĚDCI

---

## MOŽNOSTI A SETKÁVÁNÍ

## Co chceme?

### Komparativní úvaha o biomedicinském výzkumu v USA a v ČR

*Prolog: Naprosto si nečiním nárok býti neomylným. Stačí mi, když konečně někdo začne přemýšlet a odpoví na otázku v titulu.*

Peníze, peníze, peníze (na výzkum)

Zjednodušený pohled praví: Peněz v USA je na biomedicinský výzkum dost, v Čechách málo. Před nedávnem jsem sledoval v diskusním klubu AV ČR výměnu názorů o televizním vystoupení jednoho z představitelů Akademie, který prohlásil, že je promrháváno skoro 50 % prostředků na výzkum. Reakce se lišily. Od naprostého odsouzení přes názory, že toto číslo mělo být vysvětleno spotřebou byrokracie, až po vystoupení, že pravděpodobnější je až 80 %, neboť se do promarněných prostředků musí počítat i takový výzkum, který nikam nevede.

O čem tato diskuse svědčí? Především o tom, že v Čechách není vyjasněn vztah mezi sponzorem a nositelem grantu (v někdejší terminologii GA ČR), a tím není zřetelný objem režijních prostředků. Grantové instituce ČR povětšinou stanoví, že procento připadající na režii nositele grantu nesmí přesáhnout 10 - cokoliv % neinvestičních nákladů (příp. mezd). Toto je zjednodušený přístup, který vede k tomu, že není diferencováno mezi rozdílnou výší režie např. v Praze a v Hradci Králové. A o tom, že rozdíl existuje, není naprosto pochyby. Starost o režijní náklady je tímto přenesena na řešitele grantu, který musí počítat s patřičným navýšením prostředků. Národní ústavy zdraví v USA (NIH) řeší tento problém dohodou o výši režijních nákladů (overhead) s každou institucí, která NIH podporu obdrží. Dohoda je platná několik let a může být upravována dle předpokládané inflace. Albert Einstein College of Medicine (AECOM) má v současnosti jednu z nejvyšších reží v USA, která činí cca 70,5 % přímých nákladů (investice + neinvestice + mzdy). Ovšem představitelé AECOM si v jednáních s NIH toto procento museli důrazně obhájit. O plánování správné částky režie se stará administrativní aparát AECOM, nikoliv řešitel grantu. Řešitel se stará o přímé náklady, které jsou použity přímo na výzkum. Režie je oddělena a slouží k placení: pronájmu za budovy, kde jsou laboratoře, energie, telefonního spojení, běžného poštovního v rámci USA, přestaveb laboratorních prostor a platů administrativy. Takto jsou obhospodařovány peníze plynoucí z federálního rozpočtu. Kromě toho AECOM jako lékařská fakulta dostává příspěvek z rozpočtu státu New York. Tento příspěvek bychom mohli nazvat institucionálními prostředky, které jsou určeny k zajištění pregraduální výuky (MD studenti) a graduálních studií (PhD studenti).

Závěr, který mě napadá:

- v grantových prostředcích by již na úrovni nositele měla být oddělena individuálně stanovená režie. Už proto, aby se mohlo říci, „podívejte se na 3. LF, ta má režii jen 25 %“;
- institucionální prostředky by měly být též přísně účelové.

Ovšem změn, kterých by bylo třeba, je mnohem více a jsou dalekosáhlé včetně přebudování mzdových předpisů, k jejichž novele pro UK jsem se zatím ještě

nedostal.

Výkon

Vědecký výkon je dán řadou faktorů. Jedním z faktorů je také čas, který je vědě věnován. Neodpustím si malé srovnání. Pokud je žádoucí učinit z VŠ právě vědecké instituce, je třeba se podívat na statistická data.

AECOM měl v roce 1998 720 studentů. Velikost zhruba odpovídající 3. LF UK. Poměr pedagogů vůči studentům byl 2,9:1. Třetí LF má při započtení bakalářských studií poměr nejméně opačný. Pokud tedy teoreticky předpokládáme stejný rozsah studia na obou školách, pak na jednoho pedagoga 3.LF připadá 9x více výuky a tedy i 9x méně bádání než na pedagoga AECOM. A tato úvaha nebude daleko od skutečnosti. Ve VNS č. 19/1999 je uveden seznam publikací pedagogů 3. LF za rok 1998 v impaktovaných časopisech. Nebudu se příliš mýlit, když napíšu, že čítá asi 40 položek. Seznamy prací citovaných měsíčně v Current Contents pro AECOM mají rozsah mezi 30-40 články. Přisun NIH grantů na AECOM v roce 1998 byl 110,5 mil USD, což je asi 3,5násobek rozpočtu GA ČR na r.1999 (podle údajů, které mi poskytl předseda parlamentního rozpočtového výboru ing. Vlastimil Tlustý).

Tak by vypadala situace, pokud bychom se srovnávali s Medical School, která skončila v roce 1998 na 28. místě žebříčku lékařských fakult v USA. Kdybychom se srovnávali s nejlepšími (což bychom měli), byla by to Harvard Medical School (více informací na <http://www.usnews.com>). V roce 1998 měla 729 studentů, počet pedagogů vůči studentům 7:1 a v grantech obdržela od NIH 498,0 mil USD. To je skoro 2x tolik v objemu prostředků, kolik vydá souhrn všech položek na vědu a výzkum v ČR, jak byl schválen na 1999 (celkem 9,208 miliardy Kč včetně rozpočtů na vědu a výzkum v ministerstvu obrany, BIS, ministerstvu vnitra, Úřadu vlády, ministerstvu spravedlnosti a pak v typických výzkumných zařízeních jako je GA ČR a rozpočet Akademie věd). Neobstojí námitka, že výzkum v ČR je levnější. Levnější je práce výzkumníků a případně pronájmy budov. Ceny materiálů, chemikálií a přístrojů jsou světové, tedy evropské. Za identický kryostat, který jsem kupoval v Praze a v New Yorku v rozmezí jednoho roku (německá Leica 1800 CM), jsme v USA zaplatili 12 000 USD (dodavatelem byl hlavní dodavatel materiálů AECOM = automaticky 20% sleva). V Praze jsme v kurzovním přepočtu platili 19 000 USD. A k tomu je třeba uvážit rozdílné dopravní náklady do USA a do ČR! Ceny chemikálií od identické firmy Sigma jsou v USA cca o 30 % nižší než v Evropě. V USA je ohromný trh, spousta konkurence i v dodávkách materiálů pro vědu, a tedy ceny patřičně nízko. Evropský neintegrováný trh se zatím k tomuto stupni konkurence a cenové úrovně nedopracoval.

Dalšími faktory jsou nejenom celková úroveň ekonomiky a účelnost daňového systému, ze kterých do výzkumu proudí prostředky, ale také úroveň služeb. V letech 1994-97 jsem po práci často chodil nakupovat potraviny do večerky ve Vodičkově ulici, dokud její provoz nebyl omezen do 21,30 hod pravděpodobně pro nezájem. Pak jsem nákup mnohokrát prostě nestihnul. A v neděli, kdy jsem měl čas i na ostatní nákupy, příliš možností také nebylo. Velmi podobná situace je v sousedním Německu, kde je ale výsledkem činnosti odborů. Důvod v Čechách - kdo ví?



Důležitým faktorem výkonu je motivace. Kromě uspokojení z vydaných článků je to finanční ohodnocení. Vědec na počátku kariéry se může pohybovat těsně okolo průměrného příjmu. Ale v dalších stádiích už nikoliv. Tedy pokud je vědecká základna nutná k tomu, aby vysokoškolské vzdělání plnilo svůj účel a bylo na velmi dobré světové úrovni. Samozřejmě může existovat názor, že VŠ vzdělání a věda jsou téměř oddělené světy a ohodnocení se bude pohybovat v tom rozmezí, jak si ho pamatují. Ovšem, jak už jsem kdysi napsal a přede mnou Dr. Bureš, věda je světová instituce a

stejně tak jako kompetují vědci o místa, kompetují místa o vědce. Při dosažení určité rovnováhy se ti žádanější přesunou do oblastí lepších odměn, a naopak v oblastech menších odměn zůstanou ti méně žadaní. A tento trend bude nepochybně zvýrazněn s plným začleněním ČR do Evropské unie. Podstatou nejsou samozřejmě absolutní výdělky (není samozřejmě možné, aby přednosta ústavu (chairman) měl příjem až 200 000 USD ročně jako na AECOM, což je mimo jiné např. plat prezidenta USA), ale relace výdělků s ostatními ekonomicky činnými skupinami obyvatelstva.

#### Výchova

Přečetl jsem si doc. Kmentem doporučený článek o vědecké výchově v Magazínu Lidových novin. Zájemce odkazují na starší čísla VNS. Samozřejmě souhlasím, ale jen do jisté míry. Otázka totiž je jak dál. Budeme-li mít ve vědecké výchově pouze doktorandy na přechodnou dobu, než naleznou plné uplatnění a obživu pro rodinu jinde (na klinice, u firem, atd.), vědě v ČR tím příliš nepomůžeme. Ačkoliv odchod produktivních vědců s dokončenou výchovou do těchto pozic je žádoucí, protože:

- zvyšuje celkovou úroveň vzdělanosti v produktivním sektoru,
- zvyšuje prestiž instituce, ze které přišli,
- posiluje spolupráci mezi zúčastněnými institucemi.

Budeme-li ale mít k dispozici pouze sbírku zanícených asketů (jsou také potřeba - není o tom pochyb!), věda může dopadnout obdobně jako příběh na konci tohoto příspěvku.

Vítaným požadavkem ve výchově u některých oborových rad (např. pro neurovědy) je to, aby doktorand před přípuštěním k obhajobě opublikoval alespoň tři práce v impaktovaných časopisech a u dvou z nich byl prvním autorem. Toto je plně v souladu s trendem v USA a z tohoto požadavku by nemělo být slevováno.

Je pochopitelné, že pokud nepublikuje školitel, těžko bude publikovat doktorand. A proto i školiteli by měli být jen ti, co publikují impaktovatelně.

#### Granty

NIH v USA financuje řadu projektů a poskytuje mnoho typů grantů. Od Investigator's Award (R01, což je klasický grant pro výzkumníka), přes Program Projects (spojení několika výzkumníků pro velký společný projekt), Small Grants (omezené tuším 50 000 USD na rok), High Risk-Exploratory Grants (pro projekty, které by mohly mít velký přínos, ale jsou velmi riskantní), Postdoc Grants, Training Grants, Core Grants atd.

Kupodivu prioritou č. 1 pro NIH je financování Training Grants pro výchovu nových vědců v PhD programech a post-doc pozicích. Další prioritou jsou granty intramurální. NIH (obdobně jako AV ČR) má rozsáhlý systém vlastních výzkumných ústavů nespojených nebo jen volně spojených s univerzitami, které financuje stejným mechanismem jako ostatní, celoaamerický výzkum. V třetí řadě jsou financovány výzkumné granty extramurální.

Ačkoliv americký grantový systém není dokonalý a lze v něm nalézt spoustu chyb, je asi tím nejlepším, co je v současné době k dispozici. Poskytuje totiž přesné recenze grantových žádostí se zpětnou vazbou pro výzkumníka. Z recenzí se přesně dozvím, kde jsou silné a slabé stránky mého návrhu - a mám možnost je opravit. NIH přijímá žádosti 3x do roka, takže nejsem odkázán na další kolo až za rok. Cykly financování se také rozbíhají 3x do roka, z čehož vyplývá, že prostředky jsou samozřejmě převoditelné z jednoho kalendářního roku do druhého.

Grantové žádosti jsou posuzovány třemi nezávislými recenzenty (peer review) v 22členné komisi, do které byly dle tématu přiděleny a která pak na základě posudků a přednesené zprávy návrh boduje. Zásadou je, že grant člena komise nemůže být posuzován v komisi, kde je členem. Naprosto vyloučeno. Chápu, že v USA je možno sestavit tři komise pro neurovědy, což asi těžko půjde v ČR. Ale tomu se dá vyhnout např. tím, že:

- grantová žádost bude automaticky přidělena do příbuzné komise (např. z neurovědy do fyziologie nebo farmakologie), protože se jedná o naprosto zřetelný konflikt zájmů,
- člen komise se při souhlasu se svým členstvím zaváže, že po jeho dobu nebude žádat o granty v tomto oboru.

Aby posudky grantových žádostí byly skutečně nezávislé, větší důraz by měl být kladen na zahraniční posudky pocházející ze zemí na západ od Šumavy. A samozřejmě významu grantových agentur by mělo odpovídat množství přidělovaných prostředků na grant. Tím by se snížilo množství žádostí a bylo by možno účelněji využít zahraniční recenzenty.

Posledními dvěma poznámkami je to, že granty v USA jsou převážně vázány na řešitele a při přechodu na nové pracoviště přecházejí spolu s ním. Tak vlastně určují jeho tržní hodnotu a velmi usnadňují pohyb vědců ve vědecké komunitě. A úplně nakonec bych rád připomenul, že nejběžnější NIH granty typu R01 jsou otevřeny i pro řešitele mimo území USA, tedy i pro výzkumníky v ČR.

Tak co vlastně chceme

Jsou dva krajní body a spojitá škála mezi nimi. Můžeme chtít produktivní vědu s výchovou řady mladých vědců srovnatelných se špičkami v zahraničí, kteří se zapojí do dalšího procesu univerzitního vzdělávání v ČR. Pak k tomu ale musí mít špičkové podmínky srovnatelné se zahraničím. Anebo chceme na vědu a výzkum obětovat jen nezbytné minimum, které je potřeba, abychom mohli vstoupit do Evropské Unie, a pak naše vzdělávací instituce budou zaostávat za světem čím dál tím více. Spojené státy a západní Evropa mají totiž vybudovanou infrastrukturu pro vědecký výzkum včetně dostupnosti vědeckých informací a špičkových zařízení, která byla kontinuálně obměňována. A to si přiznejme, že ČR chybí. Na AECOM máme internetový přístup na plné znění 420 odborných časopisů, které předplácí knihovna a které si v knihovně mohu vyhledat v hardcopy často od prvního svazku. Dostupnost je okamžitá, nikoliv jednou za týden z depozitáře.

Takže si uvědomme, co vlastně chceme, řekněme si to nahlas a zařídme se podle toho. Někomu situace ve vědě v ČR bude vyhovovat, ať už bude jakákoliv, někomu ne. Tedy, jak by podotkli někteří ekonomisté, ČR bude mít jen to, co si může dovolit. Ale stejně bych nerad, aby věda v ČR dopadla jako kobyla v oblíbené historice mého dědečka, venkovského kováře a podkováře:

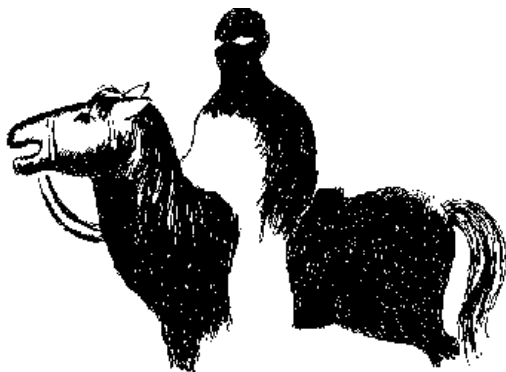
”Sedlák měl kobylu a dával jí vědro ovsa denně. Zdálo se mu to moc, a tak jí začal dávat půl vědra. Za čas se mu i to zdálo moc, tak jí dával čtvrt vědra. Pak 100 zrněk a potom 10 zrněk denně. A kdyby ta kobyla nechcipla, tak se dočista odnaučila žrát.”

*Dr. Libor Velíšek*

*Albert Einstein College of Medicine  
Bronx, NY, USA*

## Otoneurologie včera, dnes a zítra

*Jedním z průkopníků otoneurologie je Jan Evangelista Purkyně publikující již v roce 1821 v tehdejší rakousko-uherské odborné otolaryngologické časopisu svá pozorování o pohybech očních. V tomto století se o vývoj české*



*otoneurologie značně přičinil jednak akademik Antonín Přecechtěl zejména svou prací týkající se abnormních poloh plodu v souvislosti s vývojovou dysfunkcí rovnovážného ústrojí u plodu, dále prof. Ervín Černý, který se celá desetiletí snažil o vybudování unifikovaného diagnostického systému v otoneurologii tak, aby bylo možno nalézt společnou metodiku pro řešení odborných problémů a komunikovat i na mezinárodní úrovni.*

V současné době prožívá otoneurologie velmi bouřlivý rozvoj, a to zejména díky skutečnosti, že evropská populace značně stárne a že problémy mající otoneurologickou symptomatologii - závratě, šelesty, nedoslýchavost, poruchy chuti, čichu - jsou stále častější. Tak např. poruchy rovnováhy jsou steskem každého třetího pacienta nad 60 let, který přichází k domácímu či praktickému lékaři. Dalším nesmírným problémem je nitroušní šelest - timitus - vyskytující se zhruba u 10 % středoevropské populace, neurotizující svou přítomností pacienty a vedoucí k těžké alteraci soukromého i pracovního života těchto jedinců. Jakkoli byla v posledních desetiletích tendence k vývoji různých subspecializací v rámci jednotlivých disciplín (např. kardiologie, kardiochirurgie, nefrologie, otologie a další), nalézáme při řešení otoneurologických problémů opět společný jmenovatel s ostatními obory.

Znamená to tedy, že otoneurologie je obor interdisciplinární, zaujímající svou problematiku velkou paletu lékařských vědních disciplín od otologie, neurologie a oftalmologie přes internu a traumatologii až po psychiatrii. Je proto nutné úzce spolupracovat s těmito obory. Otoneurologická symptomatologie vzniká velmi často, anebo je spoluzapříčiněna, patologickými stavy v jiných oborech - např. zvýšená hladina tuku vede k nitroušním šelestům nebo je zhoršuje, zrovna tak vnitroušní nedoslýchavosti, pozdními následky tzv. whiplash injury trpí pacienti po kraniotraumatech, když právě nemají organické postižení atd.

ORL klinika FNKV se řešením této problematiky zabývá a vypracovala diagnosticko-terapeutické postupy optimalizující přístup k těmto multimorbidním nemocným. Je samozřejmé, že naše poznatky jsou neustále konfrontovány i s ostatními pracovišti např. v Plzni, v Českých Budějovicích, v Olomouci, v Brně. Účastníme se rovněž mezinárodních sjezdů v zahraničí tak, abychom byli schopni sledovat novinky v oboru, účinně je zavádět, prověřovat a seznamovat s nimi i naši odbornou veřejnost. Proto pořádáme pravidelná vědecká setkání, která mají za úkol jednak vzájemnou výměnu poznatků a informací, jakož i zpřístupnění závěrů a nových přístupů nejširší veřejnosti. Jsem proto rád, že našich posledních tří setkání (z toho dvě pořádala naše klinika, 3.LF a FNKV) se účastnilo přes 300 posluchačů.

Nyní stručně k základním vyšetřením, která se v otoneurologii provádějí:

1) audiologie subjektivní - k základním audiologickým vyšetřením patří práh sluchu pro čisté tóny, dále audiogram slovní i diskriminační skóre rozumění mluvené řeči.

K objektivním audiometrickým metodikám patří např. vyšetření kmenových slu-

chových potenciálů tzv. BERA vyšetření nebo evokovaných kochleárních potenciálů tzv. elektrokochleografie. Velký význam pro topodiagnostiku mají i tzv. otoakustické emise, využívající spontánní aktivity vláskových buněk v hlemýždi, kde je možné provést přesné tonotopické vyšetření hlemýždě. Toto vyšetření má velký význam nejen v diagnostice nitroušních poruch, ale i u tzv. novorozenecké audiometrie.

2) K základním metodikám vyšetření rovnovážného ústrojí patří pozorování a registrace spontánního nystagmu, prováděné na klinických pracovištích metodou elektronystagmografie; přítomnost spontánního nystagmu (jinak fyziologického fenomenu) je velmi patognomonická pro výskyt poruchy rovnováhy. Je to její nejcitlivější indikátor. Dále provádíme vyšetření reaktivity rovnovážného ústrojí, a to sice metodikou rotačních testů a dále metodikou bitermální kalorické provokace rovnovážného ústrojí. Vyšetření posturálních reflexů se provádí celkem dvěma způsoby. Jednak je to kraniokorpografie, provádějící registraci úchylek trupu při statických a dynamických zkouškách pomocí fotooptické stopy na Polaroid papíru. Je to nová metodika, která byla zavedena do ČR Claussenem a Hahnem v roce 1992, v současné době se používá na deseti pracovištích v ČR. Další metodikou je posturografie, jednak dynamická, jednak statická, umožňující kvantifikovat posturální funkce a sledovat pomocí vektorální analýzy míru stability či instabilitu nemocného. Hudbou budoucnosti je pro nás korová analýza vestibulárních funkcí; tzv. vestibulární evokované potenciály přinášejí velmi podstatné informace u pacientů s periferními i centrálními poruchami, ale i u pacientů, kteří mají rovnovážnou poruchu pouze latentní a trpí jinými onemocněními, např. tinnitem.

3) Vyšetření chuti – gustometrie; po několik let je galvanická gustometrie prováděna standardní metodikou dráždění na několika místech jazyka a sledující odpověď v kvantitativním smyslu.

4) Dále bude prováděno i vyšetření olfaktometrické. Jsou sledovány čtyři základní kvality – vůně, zápach, indiferentní látky a látky dráždící trigeminus, pak je zhotovován tzv. terčíkový olfaktogram, tj. sektoriální graf sledující změny ve smyslu kvalitativním i kvantitativním. Vyšetření, které se sice netýká přímo vyšetření senzorických funkcí a do otoneurologie zdánlivě patří pouze okrajově, je vyšetření rinomanometrické, které je prováděno metodou kvantifikace nosní obstrukce. Toto vyšetření bude na našem pracovišti zavedeno a bude rutinně prováděna evaluace funkčních výsledků endonazální chirurgie.

Důležitá je jistě naše zahraniční spolupráce. Jak bylo řečeno už v úvodu tohoto článku, máme spolupráci jak národní, tak mezinárodní. Z mezinárodních partnerů je to zejména prof. Shulman v oblasti tinnitologie, ze státní univerzity New York – SUNY a Martha Entenmann – Research Institut, dále prof. Jack Pulec z Kalifornie v oblasti chirurgie vnitřního ucha a v neposlední řadě prof. C. F. Claussen, který je zároveň hostujícím profesorem Karlovy Univerzity a prezidentem Společnosti pro equilibriometrii a otoneurologii. Zejména prof. Claussen je velmi aktivní a podílí se jak na pre-, tak postgraduální výchově našich studentů. Je nutné dále zdůraznit, že výuka otoneurologie probíhá nejen formou postgraduálních kurzů, a to je zatím těžiště naší pedagogické činnosti, ale zároveň jako výuka pregraduální – již tři roky běží výběrové kurzy otoneurologické, kterých se do dnešního dne účastnili celkem 42 posluchači.

Námět z otoneurologie měla v posledních třech letech též čtyři sdělení účastníků Studentských vědeckých konferencí 3. lékařské fakulty; posluchačka, zpracovávající gustometrické téma, dokonce obsadila na loňské konferenci třetí místo, postoupila pak do národního kola SVK a v současné době se s tematikou gustometrie u metabolických poruch uchází o GS. Jsme rovněž zvaní jako lektori u postgraduálních kurzů do zahraničí.

*Doc. MUDr. Aleš Hahn, Dr. med., Csc. přednosta ORL kliniky 3. LF UK a FNKV*

## Gynekologie mezinárodně

*„International scientific meeting of gynaecologists“ – pod tímto názvem se konalo 23.-24. dubna setkání českých a anglických ženských lékařů, zaměřené především na léčbu a prevenci zhoubných onemocnění. Jednání zahájil prof. M. Anděl, děkan 3. LF, která byla pořadatelkou sympozia společně s organizací The Nuffield Visiting Society, U.K. and Southern Ireland. Jednání probíhalo v angličtině, v angličtině přinášíme též obsah některých přednášek.*

### THE NUFFIELD VISITING SOCIETY

*V. G. Kenyon, President of Nuffield Visiting Society*

In 1971 a society of Obstetricians and Gynaecologists who were still in training was founded in Oxford and named „The Nuffield Obstetrics and Gynaecological Society“ after Lord Nuffield, the car manufactures who was a great benefactor to medicine.

As the years passed, many more trainees joined the society and many completed their training and became consultant specialists in United Kingdom and Ireland. The „NOGS“ became too large and in 1980 the older members formed their own society, The Nuffield Visiting Society. We meet every year and rotate our meetings between England, Ireland and somewhere abroad.

The meetings include scientific sessions, opportunities for discussions with colleagues whom we meet, sightseeing and social activities. Our partners accompany us and we have been to Germany, Israel, Hungary, USA, Italy and now Prague.

### RUNNING AN INFERTILITY SERVICE IN A D.G.H.

*Bernie Bentick, Director of Infertility Services Shropshire & Mid Wales Fertility Centre*

Our population base is 440.000 in a predominantly rural area and we see approximately 400 new infertility couples per year.

We provide structured clinics whereby the Fertility Nurse takes the initial history and organises initial investigations included Sperm - swim - up x2, Chlamydial antibody titre, hysterosalpingogram and luteal phase progesterone. The medical staff see the couple 12 weeks later to examine the female (and male) if swim - ups abnormal, make the diagnoses and make a treatment plan.

The distribution of diagnoses is:

major sperm factor	25 %
minor sperm factor	15 %
ovulatory factor	25 %
tubal factor	30 %

All simple and assisted conception (IVF, ICSI and Donor / Husband sperm IU) treatments are provided. A silent epidemic of chlamydia is causing a sharp increase in tubal disease (7 - 12 %) of women in child bearing years have Chlamydia. DNA (Chlamydia Antigen) tests are commercially available but the Government and local purchasers of health care have so far been unwilling to provide funding to screen the at risk population (women aged 15 - 25 years).

### **„SLING YOUR HAMMOCK” A CURE FOR STRESS INCONTINENCE**

*William D. Griffiths, Worcester Royal Infirmary*

Mr. Bill Griffiths described the technique of the chassar moir mersilene gauze suburethral hammock operation for urinary stress - in continence. The results of a personal series of fifty operation performed over twenty-two years was presented. Unfortunately many records had been lost but twenty-eight replies were received to a questionnaire. Two-thirds of the patients had an acceptable or „perfect“ result. It was stressed that nearly all patients had one or more previous unsuccessful operations for stress incontinence.

### **CONTINUING MEDICAL EDUCATION IN EUROPE**

*Leonard P. Harvey, L.L.M., F.R.C.O.G., Union Européen Des Médecines Spécialistes*

Continuing Medical Education / Continuing Professional Development (CME/CPD) is evolving in all European Countries. While still regarded as a voluntary process in most, increasing it is becoming mandatory by a variety of methods. In 2 countries France a Netherlands it is a legal requirement with failure to participate threatening the physicians right to continue to practice medicine. It is important to distinguish CME/CPD, which is about maintenance of skills and knowledge from chemical competence and like rectification of like post doctor.

The European Union of Medical Specialists represents 1 million specialists in Europe through its 36 Specialist Sections each with a European Board.

### **ORGANISATION OF MASS SCREENING PROGRAMMES IN THE CZECH REPUBLIC**

*P. Čechák, L. Hejčmanová PKU Centre, Dept. of Paediatrics, University Hospital Královské Vinohrady, 3<sup>rd</sup> Faculty of Medicine of Charles University, Prague*

Two mass screening programmes are organised in the Czech Republic – congenital hypothyroidism and hyperphenylalaninemia.

65 years ago the Norwegian physician and chemist Asbjorn Fölling made the first diagnosis of phenylketonuria (PKU). The first diagnosis of PKU in Czechoslovakia was made on the start of the sixties by prof. Bohunka Blehová. Hyper-

phenylalaninemia (HPA) screening was made obligatory in Czechoslovakia in 1975 and remains so in the Czech Republic in agreement with the recommendation of WHO. From the beginning of the screening programme in the Czech Republic 585 HPA cases have been diagnosed up to now. Total 632 hyperphenylalaninemias are registered. The hyperphenylalaninemia incidence in Czech Republic is 1:9 385.

Four centres cover the hyperphenylalaninemia-screening programme over the entire Czech Republic (University Hospital Královské Vinohrady – Prague, Research Institute of Health of the Child – Brno, Institute for Inherited Metabolic Disorders – Prague, Department of Clinical Biochemistry - Ostrava-Poruba).

### **PRENATAL SCREENING**

*Hurt K., Pokorný R., Svoboda B., Pruner R.,*

OBGYN Clinic of the 3<sup>rd</sup> Faculty of Medicine, Prague

Head doc. MUDr. Bohuslav Svoboda, CSc.

Many positives have been achieved in last decades in the treatment modalities. But we have to say that the modern medicine is evaluated not only according to the treatment but also according to the prevention that could bring in result the same profit to the society. OBGYN could serve as a typical example for that. The principle of the prenatal screening is based on pointing out the high-risk group that is investigated particularly.

For instance the screening of congenital diseases of fetuses is based on the ultrasound and biochemical screening that go hand together. This screening is mainly performed in the period from the 15<sup>th</sup> to the 20<sup>th</sup> week of pregnancy. With ultrasound we perform a basic measurement and check for location of the placenta and abnormalities. The screening of Down syndrome could also be done previously from the 10<sup>th</sup> to the 13<sup>th</sup> week of pregnancy via measurement of the nuchal translucency of the foetus. The biochemical screening is based on comparison of actual pregnant agents in blood with given standards. The mainly used agents are HCG and AFP. Some others could also be used, especially PAPP-A.

The particular values of pregnant are given in their MOMs (multiple of median of actual week). If there is the higher probability of having chromosomal defect than 1:250, amniocentesis is performed.

The authors also refer to a special kind of screening that was performed at the OBGYN clinic on the cohort group of 820 pregnant. Complement binding reaction (CBR) was performed to prove a severity of toxoplasmosis infection of the pregnant. Pregnants was divided in two groups according to CBR<or equal to 1:16 and >or equal to 1:32. For the data analysis logistic regression was used. Authors proved 4 times higher probability of premature delivery (95 % CI = 1.8;9.3) for the group with CBR 1:32 and higher. Furthermore 4.4 times higher probability of lower birth-weight was proven for the same group of pregnant (95 % CL = 1.9;10.2).



## ORGANISATION OF EARLY DETECTION OF CERVICAL MALIGNANCY IN THE CZECH REPUBLIC

*A. Havránková, J. Čihák, B. Svoboda, J. Kaňka*

The first reports about prevention of cervical cancer can be found in the thirties of this century, when prof. Hinselman started colposcopy and in the sixties with cervical cytology.

Prof. Kaňka, who is a world known expert in this field has an important role in the propagation of preventive examination for cervical cancer. At our department of obstetrics and gynecology he founded an ambulance for the detection of cervical neoplasia, which has become the today's centre for oncologic prevention. He also supported the system of two the two step prevention. Every "COP" (Centre of oncological prevention) should serve to 200 000 women. Although the prevention of cervical malignancies in Czech countries has been started in thirties of this century, at present the incidence of the cervical cancer in the Czech republic is 16,7, unfortunately.

Every Czech woman has the right given by the law to undergo a regular gynecological check – up every 18 month free of charge, including colposcopy and cervical cytology. Anyway, though hundreds of thousands of women absolve preventive check – up of cervix every year, there is no significant decrease of cervical neoplasia incidence.

Undoubtedly, it depends on the lack of will of the patient to undergo regular preventive examinations. On the contrary there is another part of female population that visits their gynecologists in very short interval.

We try to develop functional screening programme, in our country from 1990, but the economical situation allows the "opportunely prevention" only, when women visit the gynecologist or are invited by him to a preventive check up.



---

# DROGY

---

## ZÁVISLOST ZÁKON

## DROGOVÁ ZÁVISLOST I. Úvod

V letním semestru 1999 proběhl na 3. LF UK poprvé povinně volitelný kurz (pro studenty 5. ročníku) s tématem „Neurobiologie a léčení drogových závislostí“. V rámci tohoto kurzu, organizovaného Ústavem farmakologie, byl pořádán cyklus odborných přednášek externích špičkových odborníků z ČR i ze zahraničí a pracovníků ústavu. Tyto přednášky, zaměřené na jednotlivé typy a výzkum drogových závislostí, byly zpřístupněny všem studentům a zaměstnancům LF i FNKV. Zájem studentů v dlouhých diskusích svědčil o potřebnosti příslušných informací o drogových závislostech pro mediky, PGS i zaměstnance, a proto budeme v příštím roce kurz opakovat. Zájem studentů byl inspirován i následující přehledový článkem, který shrnuje problematiku návykových látek v České republice (I. Úvod) a naznačuje současnou úroveň poznatků neurobiologie drogových závislostí (II. Neurobiologie drogových závislostí).

Toxikomanie, drogová závislost

Na základě vyjádření expertů Světové zdravotnické organizace lze toxikomanii neboli drogovou závislost definovat jako *psychický někdy i fyzický stav charakterizovaný změnami chování a dalšími reakcemi, které vždy zahrnují nutkání užívat drogu opakovaně (ustavičně nebo intermitentně) pro její psychické účinky a dále také proto, aby se zabránilo vzniku nepříjemných stavů vznikajících při nepřítomnosti drogy v organismu*. Nutkání užívat drogu je provázeno neschopností omezit užívání drogy a její chronické podávání s sebou nese riziko rozvoje příznaků z vysazení, pokud se opakované aplikace drogy přeruší.

Stav drogové závislosti je již řadu let řazen mezi chronická onemocnění CNS, některé závislosti mají přesná označení v Mezinárodní klasifikaci nemocí (např. závislost na nikotinu má označení MKN-10, F 17.2 ). Drogové závislosti jsou tedy posuzovány jako onemocnění, která je možno diagnostikovat, je třeba je léčit a kterým je možno předcházet.

Pod pojmem „drogy“ jsou zde myšleny látky, na které může vznikat závislost (potřeba opakovaného nutkavého užívání). S vědomím, že na každou farmakologicky účinnou látku může za určitých okolností u některých lidí vzniknout závislost. V riziku je však rozdíl, který vytváří kontinuum: od např. heroínu s velmi vysokým rizikem přes analgetika-antipyretika až po antibiotika s minimálním rizikem. V souvislosti s toxikomanií představují drogy např. alkohol, tabák, marihuana, některé léky, tzv. „tvrdé drogy“, látky přírodního či syntetického původu, inhalancia atp.

Závažnost toxikomanie a postoje společnosti (stručný přehled typů závislostí v ČR)

Toxikomanie představuje ve světě i u nás jeden z nejzávažnějších problémů. Jedná se o problém tradiční, více méně neustále se rozrůstající, co do množství konzumentů drog i co do spektra zneužívaných drog. Toxikomanie je onemocnění, které ve většině případů vede dříve či později ke snížení kvality a zkrácení života nemocného, k celkovému úpadku osobnosti, komplikuje a rozvrací rodinná zázemí, odráží se v zaměstnání, často přispívá ke zvýšené kriminalitě atd. Léčba

postižených je dlouhodobá a nákladná, s nejistou prognózou. S šířící se drogovou závislostí vzrůstá tedy i její neblahý společenský dopad. O tom, že si společnost uvědomuje důsledky drogových závislostí, svědčí i mezinárodní jednání a drogové zákony, které se množí od počátku 20. století. (viz M. Dundr: Původ a rozšíření drog, Vesmír č. 4, 1995). Posuzování toxikomanií z tohoto pohledu je různé. Jedná se o problém společensky velmi diskutovaný a veřejně odsuzovaný (zejména zneužívání tzv. „tvrdých drog“) i společností často podceňovaný a prakticky tolerovaný (např. kouření a alkohol).

Tento pohled všeobecně přetrvává i v *České republice*. Obrazem posuzování drogových závislostí v naší společnosti je nejen příslušná legislativa (např. i nový živě diskutovaný zákon 167/1998 o návykových látkách), ale třeba i reklamy na alkohol a cigarety s častým porušováním regulí atp. Nebezpečí alkoholismu i nikotinismu je podceňováno neprávem. *Alkoholismus* je u nás nejtradičnější a stále nejrozšířenější forma závislosti a má velmi závažné zdravotní i společenské dopady. Zákeřné a stále rozšířené *kouření* je nejvýznamnější preventabilní příčinou smrti na světě. V důsledku nemocí způsobených kouřením zemře polovina kuřáků. V celosvětovém měřítku jsou to ročně 3 miliony osob, to je každých deset vteřin jeden lidský život. Přesto se spotřeba cigaret stále zvyšuje. Vedle nikotinu patří mezi nejužívanější psychostimulancia na světě *methylxantiny* (kofein, theofylin, theobromin), které jsou součástí různých pochutin, kofein je obsažen i v řadě léků. Methylxantiny mají v závislosti na dávkách různé centrální i periferní účinky (ledviny, srdce, kosterní a hladké svaly). Rozvoj závislosti na *kofeinu* byl prokázán (zejména při užívání vysokých dávek 200 až 800 mg denně – 2 až 8 šálků), včetně nezávažných, ale nepříjemných symptomů z vysazení (únava, strach, deprese, snížená koncentrace, zmatenost, poruchy vidění, nauzea, zvracení). Kofein je společensky tolerovanou a oblíbenou drogu, u rizikových skupin lidí je řešením výběr bez-kofeinových nápojů, kávy, čaje atd.

Pohled na kouření *marihuany* u nás, kdy tradice téměř chybí, je příkladem rozporu názorů zákona (kouření marihuany je limitované) a poměrně velké části zejména mladé populace. V řadě experimentálních studií byly znaky návykovosti na marihuanu (resp. kanabinoid 9-THC) prokázány, i když tvrdší drogy jsou v tomto směru přesvědčivější. Negativní vliv dlouhodobého užívání/kouření marihuany je však nepopíratelný. Vedle toxických (karcinogenních) účinků jsou stále častěji středem pozornosti např. i schizofrenogenní efekty abúzu Cannabis. Dalším nebezpečím je snížená pozornost a schopnost ovládat duševní děje i po užití malého množství marihuany, třeba v kombinaci s řízením motorových vozidel atp. Role marihuany jako startovací drogy, usnadňující přechod k dalším „tvrdším drogám“ je prokazatelná. Ovlivnění metabolických dějů je sporné, rozhodující jsou pravděpodobně sociogenní a psychogenní dopady, ovlivnění rozhodovacích schopností, vliv prostředí atp.

Vzhledem k lékařskému zaměření článku se podrobněji zmíním o závislosti na lécích. Popularita u nás téměř klasické *závislosti na některých lécích a látkách z různých léků připravovaných* se v posledních letech trochu snížila. Oblíbenost lékové závislosti v ČR (zejména od 60. do 80. let) má kořeny především v naší totalitní izolaci od západních zemí, kdy dovoz jiných, tzv. tvrdých drog byl příliš obtížný a drahý. Výdej léků obsahujících psychotropní látky s vysokým potenciálem

lem navození závislosti byl postupně vázán na lékařský předpis. Předepisování léků s vysokým návykovým potenciálem je i u nás omezeno zákonem o omamných látkách. Dříve časté vykrádání lékáren je v současnosti spíše ojedinělé (byly zavedeny bezpečnostní systémy) a snížilo se i falšování receptů. Mezi nejčastěji zneužívané lékové skupiny a léky patří zejména **hypnotika**, **sedativa** (barbituráty, benzodiazepiny atd.), **psychostimulancia** (amfetamin, fenmetrazin, efedrin, LSD, benzotropin atd.), **opiáty** (morfin, kodein, Alnagon a jiné analgetické kombinované preparáty s kodeinem, atd.). Nejrozšířenějšími látkami vyráběnými z léků (od 60. a hlavně 70. let) je „braun“ (deriváty kodeinu) a pervitin (metamfetamin vyráběný z efedrinu). Braun je rychle nahrazován heroinem. **Pervitin** - od poloviny osmdesátých let u nás dosud nejpreferovanější návyková látka, je v současné době vyráběn převážně z čisté efedrinové substance. Stále velmi populární je další návyková látka ze skupiny amfetaminů – halucinogenní „**extáze**“ (**MDMA**). Klasická **LSD** prožívá od devadesátých let výrazný „come back“. Pro tuto látku je typická nevypočitatelnost účinku, kdy kromě zajímavých a neobvyklých pocitů může tatáž osoba zažít naopak děsivé pronásledující halucinace; tento stav bývá také příčinou stále častějších návštěv takto postižených osob v psychiatrických zařízeních. Nebezpečné bývají i psychotické reminiscence „flashback“, které se mohou neočekávaně objevit i po několika měsících od posledního požití drogy (známé i u jiných některých jiných drog). Přes všechna legislativní opatření (např. LSD bylo staženo i z používání v psychiatrii v 70. letech) je dostupnost uvedených psychostimulancií a halucinogenů na našem černém trhu v současnosti velmi snadná a ceny nízké. Pro úplnost je třeba zmínit závislosti na dalších čistě syntetických derivátech různého typu se stimulačními, halucinogenními či disociativními účinky (např. *fencyklidin* – **PCP**, *ketamin*, *fentanyl*, celá plejáda „*designer drugs*“ atd.), které se nyní v Čechách vyskytují nepravidelně či příležitostně. Řada těchto derivátů je značně toxická (např. nebezpečí rychlé zástavy dechu). Některé z těchto látek byly původně syntetizovány jako léčiva, některé se dosud v terapii používají.

Přetrvávající závislost na lécích ze skupiny hypnotik, anxiolytik a sedativ bývá doménou žen, často se užívají v kombinaci s alkoholem. Nebezpečím těchto látek je nejen vývoj závislosti, ale často i vysoká toxicita. To platí i o opiátech, které jsou však v současnosti často nahrazovány heroinem. Pro úplnost lze uvést zneužívání **steroidních anabolik**, např. mezi sportovci atp.

Lékové závislosti jsou jednou z oblastí toxikomanií, kterou může zdravotnický personál do velké míry svou obezřetností při veškeré manipulaci s léky ovlivnit (včetně omezení příležitostí ke krádežím atd.). Předepisování léků s prokázaným potenciálem závislosti by mělo být zvláště pečlivě zvažováno, riziko užití by mělo být posuzováno komplexně. Znamená to opatrnost, ne přeceňování rizika závislosti a nepřiměřená terapie (např. pozor na časté nedostatečné dávkování opiátů u pacientů se silnými chronickými bolestmi u nádorových onemocnění, jejich pozdní indikace atp.).

Po politických změnách v roce 1989 se Česká republika kromě celé řady pozitiv bohužel stala také důležitým tranzitním uzlem a odbytištěm i nejrůznějších drog, jejichž spotřeba se rychle zvyšuje. Patří sem např. hašiš, renesance užívání LSD (viz výše), **heroin**, jehož obliba vzrůstá velmi prudce. Obchod s těmito dro-

gami je samozřejmě nelegální, přesto jsou všechny tyto drogy u nás snadno dostupné za relativně nízké ceny. **Kokain** je stále nejdražší drogou na našem černém trhu a je tedy konzumován jen menšími movitými skupinkami. Také kokainová báze „crack“ se u nás zatím užívá sporadicky. Od 70. let se významněji projevuje v ČR relativně rozšířený „**sniffing**“ – čichání různých chemikálií na bázi organických rozpouštědel (toluen, trichlorethylen atp.). Tato velmi zákeřná forma závislosti je bohužel rozšířena především u dětí. Jedná se o látky, které bývají jednou z nejčastějších příčin úmrtí nejen u závislých, ale i u těch, kteří s nimi pouze krátce experimentují. Poškození CNS způsobená čicháním rozpouštědel jsou nevrátelná. Experimentování s některými **rostlinnými či živočišnými halucinogeny** (obsah především psychoaktivních alkaloidů např. psylocibin, atropin), v posledních letech také dosti časté, je nebezpečné i vzhledem k častému riziku vážných otrav. Patří sem houby (např. lysohlávky, muchomůrky), ale i další rostliny (např. durman) i látky živočišného původu (např. bufotenin – „ropuší jed“).

Další charakteristikou typickou pro toxikomanie v ČR je stálá obliba a udržující se vysoké procento injekčních forem aplikací drog (odhaduje se, že asi polovina uživatelů tvrdých drog si drogu aplikuje intravenózně; šíření od přelomu 70. a 80. let do dneška). Zdravotní riziko se tak prudce zvyšuje díky nebezpečí přenosu onemocnění a infekcí v důsledku často špinavých a opakovaně používaných injekčních jehel či stříkaček (např. AIDS, hepatitida B atd.).

Výskyt drogových závislostí se velmi varovně a stále rychleji rozšiřuje ve stále nižších věkových kategoriích – mládeží a dětmi (již kolem 12 i pod 12 let věku). Zejména u taktó mladých, psychicky i biologicky nezralých jedinců se stav závislosti vyvíjí mnohem snáze a rychleji a u většího procenta lidí v populaci, také prognóza léčení je ještě horší než je tomu u dospělých. (Vzrůstající trend v dětských věkových kategoriích platí i pro i jiné typy závislostí např. „gambling“ - závislost na hracích automatech.)

Na závěr tohoto stručného přehledu problematiky návykových látek u nás je vhodné připomenout, že nejpreferovanějšími návykovými látkami s nejtvrdějším dopadem na zdraví populace v ČR stále jsou a v nejbližších letech pravděpodobně zůstanou tabák a alkohol. Mnohaleté zkušenosti v oblasti drogových závislostí a jejich problematická léčba, převážně s velmi nízkou dlouhodobou úspěšností, dovedly odborníky i závislé k jednoznačnému známému přesvědčení, že nejdůležitější a nejbezpečnější obranou proti toxikomaniím je prevence.

Lékaři na všech stupních specializací se s problematikou drogových závislostí setkávají stále častěji. Reší stavy předávkování, stavy syndromů z odnětí drogy, stále přibývají případy změněné reaktivity některých pacientů na běžnou medicaci, v důsledku probíhající závislosti (na alkoholu, klasických drogách, lécích atp.). Preventivní působení proti zneužívání drog a dotazování odkrývající eventuální závislost pacienta, by mělo být součástí každého minimálně prvního kontaktu lékaře s pacientem. Problematika užívání omamných látek v terapii už byla zmíněna výše.

Vzhledem k výše zmíněné závažnosti toxikomanií jsou příčiny a mechanismy drogových závislostí již desítky let intenzivně studovány. Pokrok v poznání biologických (farmakologických) aspektů závislosti může významně přispět k prevenci

i léčbě toxikomanií. Řada dosažených poznatků je již v léčení toxikomanií používána nebo alespoň pomáhá zmírnit drastické příznaky z odnětí drogy či řešit stavy předávkování. Orientace v současné úrovni znalostí neurobiologie drogových závislostí (včetně lékových závislostí) je tedy pro lékaře, resp. budoucí lékaře velmi důležitá a žádoucí.

*Shrnutí současného stupně poznání této problematiky i základní používané výzkumné modely drogových závislostí budou uvedeny v pokračování tohoto článku – Drogová závislost (II.) Neurobiologie drogových závislostí (VNR 3/99).*

*Magdaléna Fišerová, Ústav farmakologie 3. LF UK*

## **Problematika drog z hlediska lidských práv**

### **Zpráva Českého helsinského výboru za rok 1998**

Všeobecná deklarace lidských práv (jež je ideovým základem všech později vyhlášených smluv, listin a paktů o lidských právech) je dokument, ke kterému se často obracejí osoby nebo skupiny osob ve snaze obhájit své postavení, názory a práva ve společnosti v situacích, kdy se cítí být ohroženi.

Při té příležitosti bývá zvykem vytrhnout příslušný článek z kontextu a na něm stavět své argumenty, protože každý jednotlivý článek to umožňuje. Ovšem pouze za předpokladu, že nebudeme brát příliš vážně článek 29, kde je psáno, že každý má povinnost vůči společnosti a že musí být vyhověno spravedlivým požadavkům morálky, veřejného pořádku a obecného blaha. A to je ten kámen úrazu, protože ve jménu morálky, veřejného pořádku a obecného blaha lze prosazovat omezení práv ve velké řadě případů. V tomto smyslu nejsou lidská práva bezbřehá, jsou vždy spjata s odpovědností a povinnostmi, a to jak k sobě samému, tak ke svému společenství, ke svému společenskému okolí (prostředí).

Z hlediska tohoto duálního pojetí a chápání lidských práv je tedy možné posuzovat i prohřešky proti lidským právům v oblasti drogové problematiky, a to i z pohledu různých skupin populace, které reagovaly na události loňského roku na tomto poli.

Snad nejvíce diskutovanou záležitostí bylo přijetí novely zákona, který kriminalizuje držení drogy ve větším než malém množství, a tudíž i konzumaci tohoto množství drogy. Další událostí byly dozvuky soudního procesu s nakladatelstvím Votobia, který se zabýval otázkou údajně nedovolené propagace drog. A v neposlední řadě jsou to též informace o nehumánním zacházení s lidmi drogově závislými ze strany policistů.

Pohled uživatelů drog na novelu zákona je jednoznačný. Uživatelé drog považují experiment s drogou za soukromou záležitost. (Článek 12. Nikdo nesmí být vystaven svévolnému zasahování do soukromého života...Článek 19. Každý má právo na svobodu přesvědčení a projevu...) Uživatelé drog nechápou, proč jim zákon dovoluje měnit své vědomí za pomoci různých psychosomatických cvičení (např. meditace a holotropního dýchání), alkoholem nebo pomocí jiných látek (např. léků a rozpouštědel), ale nikoli pomocí látek dalších. To, že jsou považová-

ni za občany nižší kategorie ve srovnání třeba s těžkými alkoholiky, považují za diskriminaci.

Většina odborníků zabývajících se drogovou problematikou se dívá na novelu zákona podobně kriticky, i když s důrazem na jiné důvody. Nebudu zde popisovat ty ryze profesionální. Cílem této stati není zabývat se hlouběji a odborně problematikou drog, ale pouze posoudit tuto problematiku z aspektu lidských práv. V tom případě se zdají být opomínána ta, která se týkají svobody projevu, a to i projevu odborného. Dochází k tomu, že odborníci jsou laickou veřejností, někdy ale i politickými činiteli, nazýváni šarlatány ve službách drogové mafie (což je obzvláštní paradox, protože mafii represe nevadí, ale spíše svědčí).

Odborníci se ale spolu se závislými - podle Světové zdravotnické organizace WHO: nemocnými - osobami obávají právě o práva těchto pacientů, kteří nemají v ČR dostatek možností adekvátní péče. Tato výtka se týká hlavně nedostatečné možnosti pro lidi závislé na opiátech zapojit se do metadonového programu, který je všeobecně uznávaným způsobem péče. Velmi problematické je i nucené léčení, které v podstatě odporuje zdárnému psychoterapeutickému přístupu. Obavy, že nemocní nebudou uplatňovat své právo na léčbu a péči, plynou právě z možnosti trestního postihu, který zákon umožňuje. Často bývá zmiňována možnost zneužití znění zákona a obava o zbytečnou kriminalizaci mladých lidí, kteří - stigmatizováni nálepkou narkomana - budou mít ztížené uplatňování svých různých práv na vzdělání, práci atd.

Nesmíme opomenout pohled té velké části veřejnosti, která drogy ani nebere, ani není v této oblasti zaměstnána. Veřejnost, zvláště pak rodiče, zdůrazňují svá práva na bezpečnost a nutnost ochrany dětí a mladých lidí před nabídkou drog. Tato naše práva se snaží stát více či méně úspěšně naplňovat a ochraňovat. Bohužel, mnozí rodiče nechápou svou vlastní odpovědnost za postoje dětí k drogám a vyžadují od státu bezbřehou ochranu. Pro nepoučenou veřejnost je každý experimentátor roven závislému a ten zase kriminálnímu živlu. I když obávám o zdraví a bezpečnost lze velmi dobře rozumět, nelze se ztotožnit s názory části veřejnosti, že závislí lidé by se měli potrestat a zavřít a že by jim neměla být poskytována drahá zdravotní a sociální péče. Zapomíná se při tom na fakt, že tato zdravotní péče je poskytována i nejtěžším zločincům a že je poskytována také lidem, kteří si své zdraví poškozují jinými způsoby.

Diskriminující postoje se zmírňují s mírou informovanosti o problematice. Tento fakt může potvrdit výzkum Institutu Filia, při jehož školení stovek pedagogů se prokázalo, že vzhled do problematiky v celé šíři významně snižuje diskriminující a represivní postoje.

Míra informovanosti souvisí s právem na šíření a získávání informací. To se ve zmíněné drogové oblasti zdálo být ohroženo soudním procesem s nakladatelstvím, které v hojné míře vydává publikace o drogách. Podávání informací bylo označeno jako propagace a návod na užívání drog. Zdá se však, že v tomto případě nakonec právo na informace o drogách zůstalo zachováno.

V souvislosti s právem na vzdělání i informace je třeba zmínit preventivní působení v oblasti drogových závislostí. Dá se říci, že loňský rok přinesl další rozšíření této činnosti, ale prevence jako nedílná součást výchovy a vzdělávání na

školách stále ještě není dostatečně naplňována. I přes to, že prevence je zahrnuta do výukových osnov již od prvních tříd základních škol a program minimální prevence je povinný pro všechny typy škol, není naplněno právo každého dítěte být v této oblasti dostatečně vzděláno a poučeno.

Drogy, podobně jako další kontroverzní témata, budou vždy ohniskem sváru různých pojetí lidských práv. Snad je to proto, že postoj společnosti jako celku k tomuto problému jsou řízeny více různými pojetím morálky a životního stylu než chladným rozumem, více politickým či politizujícím přístupem než skutečnou snahou problém drog a drogových závislostí minimalizovat. Vyřešit jej úplně v dohledné době nelze. A nelze tudíž ani jednoznačně naplnit pomyslná i skutečná lidská práva.

*Autorka: Dagmar Nováková, ředitelka Institutu Filia*

## Rozpaky z praxe

- **Moderátor ČTI Daniel Častvaj:** Jaké metody používáte při práci s narkomany?
- **Evžen Klouček, protidrogový aktivista z Prahy:** Velmi jednoduché, myslím, že rozhovor je to nejlepší, co jsme zatím vynalezli v této oblasti.
- **Moderátor:** Terčem kritiky je nový protidrogový zákon, který byl nedávno přijat. Jaké máte se zákonem zkušenosti?
- **Klouček:** Upřímně řečeno klienti o tom moc nemluví, žijí v prostředí, které tomu není příliš nastaveno, tak je to už dlouhou dobu, ten zákon přilil jenom trošku ohně, ale tato situace je tady 6-7 let. Jsou pořád vytlačováni a teď represivně vytlačováni a nemohu souhlasit s panem poslancem Severou (*který tvrdí, že zákon působí hlavně preventivně – pozn. redakce*), protože 900 případů s přestupkovým zákonem není malé číslo.
- **Moderátor:** Změnily se praktiky drogových dealerů po přijetí tohoto kontroverzního zákona?
- **Klouček:** Začali víc používat mobilní telefony, na karty, snaží se vynalézt metody, aby byli méně odhalitelní, ale to je vždycky; najdou si nějaký nástroj, a druhá strana v předstihu vynalezne nějaký jiný. To je takový kruh. Budeme se s tím trápit dlouho, dokud nenahlédneme, že spíš tolerance a rozumný přístup možná něco zminimalizuje.
- **Moderátor:** Co by se podle vás mělo v protidrogové legislativě změnit?
- **Klouček:** Víte, ono je to hrozně těžké, protože celá Evropa vlastně takový zákon má. Možná, že snaha mladých lidí o legalizaci marihuany - myslím - je ten správný směr; konec konců v Holandsku to tak dělají, i když ne na oficiální úrovni.

*(Z publicistického pořadu „21“, vysílaného na ČTI 14. 5. 1999.)*

---

# TEXTY

---

## O STÁRNUTÍ

Jiřina Šiklová

## Je to můj život, jaký jsem si zasloužil

Jela jsem tramvají, nastoupil tam starý pán a okamžitě začal mávat hůlčičkou a říkat „šup-šup, pryč a já tady mám právo sedět“. Přitom tam seděli dva mladíci, kteří jak ho viděli, začali okamžitě vstávat. Povídám mu: „Pane, nehubujte a nenadávejte jim, jakmile vás viděli, vstávali“. Načež on zase na mne, „co mně budete říkat, já jsem starý“, a začal vykládat, kolik má důchodu. Protože jsem viděla, že nemá smysl se s ním bavit, začala jsem poučovat lidi v tramvaji: „Vidíte, máte o tolik a tolik procent víc, než budou mít tihleti mladí lidé, až nastoupí do práce.“ „Paní, jak to víte?“ „To jsou statistiky“. „Já statistikám nevěřím“. A takový ping-pong jsme vedli dál.

Proč to říkám – protože staří lidé o sobě neustále dávají stejně negativní image, jako dávali (jenže teď nahlas) před 28 lety, když jsem nastoupila do Thomayerovy nemocnice k primáři Trojanovi, kde byl profesor Pacovský, profesori Bureš, Gregor a Křeček, Vojtěchovský. Prakticky ve stejné době se konaly semináře, kde se opakovalo stále jedno a totéž: „Starým lidem se musí pomoci. Oni jsou chudáci“. Opakovalo se: „Dříve to bylo lepší“. Opakovalo se, nadávalo se (potichu), na režim a říkalo se tiše, velice tiše: „Stát se má postarat“. A stále se opakovalo – tehdy se neříkalo senioři, tehdy se říkalo staří lidé, že staří lidé jsou chudáci, oběť komunismu, že se jim musí pomoci, Karel Kryl napsal písničku, že nejsmutnější je slovo důchodce. Nemluvílo se o ageismu, protože se angličtina nepoužívala, ale tak to bylo. Vykládaly se vtipy, že strana a vláda přidala starým lidem 30 korun, aby mohli každý den zatelefonovat, že ještě žijí (pravda, tehdy byl jeden hovor za korunu, dnes by museli přidat víc). Říkávaly se vtipy o starých lidech, jak chodí s taškou RVHP, že chodí stát frontu na maso a za to dostávají poplatky od lidí, kteří stát ve frontě nemají čas. Dělal se průzkumy o obyvatelstvu se „sníženou schopností potřeby“ – dnes se tomu říká chudoba.

V té době na konferencích, kam jsem měla možnost dojet - třeba na Česko-budějovické náměstí v Praze - jsem třeba pronesla, že důchod není dar od společnosti, ale že to je jediná forma mzdy, kterou si člověk ukládá u státu a že by se nemělo interpretovat, že to dává státu. V té době to znělo, jako kdybych pronášela nějaké protistátní heslo. Nebylo to protistátní heslo, byla to pouze skutečnost. Když zemřela moje matka, zjistila jsem, že po ní zdědím desítky knížek o jejím sociálním a penzijním připojištění. A to všechno bylo použito tímto státem - a nezlobte se, naši senioři se na tomto státě podíleli (a já, protože jsem už v důchodovém věku, nesmím říkat oni, ale také to musím vztáhnout na sebe); všechny fondy, které tady byly nastřádány, byly dány - snad s dobrou vůlí - jednou na pětiletku, předtím na dvouletku, prostě se ztratily. Když jsem viděla ty štosy papírů - maminka zemřela ve 92, a tak to měla trochu popletené – když jsem viděla štosy knížek, které chudinka nosila sebou a už neměly žádnou cenu, říkala jsem si, že tento národ už nebude nikdy věřit státu, že by mohl strádat znovu. Kupodivu národ uvěřil, kupoval kuponové knížky, s podpisy Václava Klause, protože lidská paměť je krátká.

Říkám to proto, že na likvidaci fondů na připojištění se nepodílel nějaký abstraktní stát, ale nezlobte se, ta generace naše, která je dnes v postproduktivním věku.

Druhá věc – že staří lidé, kteří v tom režimu žili, se na likvidaci tohoto režimu podíleli. A proto opravdu nemám ráda, když dnes organizace jako Důchodci za životní jistoty nebo Svaz žen a podobné se spojí a říkají, „podívejte se, jak se mají staří lidé v Rakousku“. Zajistě, mohli byste se, soudruzi (a tak jim říkám), mít jako v Rakousku, kdybyste nezpůsobili to, co jste způsobili. Tak tedy musíte přijmout to, že se dá žít pouze na té úrovni, jakou si může tato společnost dovolit. Jen pro připomínku to chci říct. Dělal jsem totiž v terénu a vím, že tehdy byli staří lidé, kteří nemohli na gerontologickou ambulanci, protože neměli dvacku pro šoféra, aby je tam odvezl. Že tehdy byl nejnižší důchod 420 korun – to bral třeba tatínek Václav Havla; pak 610 korun, v sedmdesátých letech na jednu osobu 880 a na dvoučlennou rodinu 1100. Můj otec měl hodně, byl lékař a pracoval dlouho, až do 69 let, a měl maximální důchod 1600 korun. I když inflace je několikanásobná, je životní úroveň dnešních důchodců minimálně na té úrovni, jaká byla za minulého režimu. (Nemluvíme za žádnou politickou stranu, jsem v důchodovém věku a platí mne Karel IV.)

Říkám to proto, aby staří lidé nezbuzovali dobrovolně ageism tím, že neustále zdůrazňují, že jsou oběti, že jsou chudáci, jak je jim zle. Proč bych si měla vážit člověka, který říká o sobě říká: „já jsem chudák, vy mně musíte pomoci“. Zhruba pouze 5-6 % starých lidí je skutečně ve stavu, že se jim musí pomoci. Ale to se musí pomoci i lidem, kteří jsou v dospělém, zdravém věku; také tady mezi námi existují lidé hendikepovaní, nemocní lidé, lidé, kteří se dostali v důsledku nějaké psychozy do špatné životní situace, a tam nám princip solidarity velí pomoci.

Chápu, že současná generace právě proto, že sama sebe obrala za svého tichého souhlasu (anebo za účasti ve volbách), že byla o všechno, co si nastřádala, připravena, takže si dnes na připojištění nemůže vydělat a bude na tom hůře, než budou ty generace mladší. Ale protože teď mám možnost jezdit po světě, vidím, jak vystupují staří lidé v zahraničí. Pořád se snažíme jim konkurovat. Konkuruje jim třeba v tom, že staří lidé jsou velice hrdí na to, jak mají pěkné stáří. Jsou hrdí na to, že platí ze svého důchodu daně. Anebo že si na to nebo to ušetřili penízky. Já vím, že tato generace, která dnes stárne, je poškozena, ale neměli bychom nadále reprodukovat tento obraz starých lidí. To je téma této přednášky, vytvoření image, tedy nejen společnost vůči starým lidem, ale staří lidé vůči společnosti. Nejvíce image starých lidí poškozuje ti, kteří se domnívají, že na podkladě toho, že se jich budou zastávat stále jako bezmocných, budou z toho vytřískávat politický kapitál. Měli bychom se tedy snažit do budoucna vytvářet image toho, že starý člověk není oběť, není chudák, že starý člověk je odpovědný za svůj život, že sklízí odměnu za to, jak si sám svůj život dokázal zařídit - je to můj život, tak jsem si ho zasloužil. Můj dědeček byl tady na Žižkově krejčí a byl pyšný na to, že když šel do penze, měl tolik našetřeno, že nemusel mít strach do konce svého života. Považoval za hrdé a správné, že z učně a krejčovského tovaryše si zařídil svoje stáří. Čili neobracet se jenom na společnost. Promiňte mi teď tu paralelu (mám Romy ráda), ale stále se vytváří jejich negativní obraz, protože jsou stále jenom oběti někoho, kdo jim ubližuje, nebo protože oni říkají: „My jsme chudáci“. Snad nechceme být, my staří, ve stejné nebo podobné situaci? Já to určitě nechci, a proto mi ten pán, který vytvářel ageism holí, vadil jak uváděl staré lidi, protože jsem zhruba v jeho věku (tu hůl zatím nenosím, ale třeba ji budu mít pozítří), a nechci do této kategorie lidí, kteří se domnívají, že jsou oběti, patřit.

A to bychom měli ve starých lidech vytvářet. Staří lidé by se měli pokusit sami sebe změnit, změnit svůj vlastní sebeobraz. Staří, staří lidé, mají velkousociální roli, totiž ukazovat, jak je možné hezky ve stáří žít, jak je možné vytvářet životní styl. Jestli se jim to podaří a budou takový obraz o sobě vydávat, pak je to velký úkol, který tady dosud nikdo před nimi neudělal a bude to mít zpětný vliv na společnost relativně mladší, ne-li ty nejmladší. Budou-li ti nejmladší vidět kolem sebe spokojené staré lidi, nebudou mít pocit toho „carpe diem“, urvi co můžeš, protože pak budeš starý.

Připomínám poslední věc – když jdeme do divadla, celou dobu se třeba smějeme, ale nakonec v posledním dějství, na podkladě závěru, zjistíme, že to byla tragédie. Snažme se tedy vytvářet obraz takový, aby život nekončil jako tragédie.

*Záznam přednášky doc. J. Šiklové „Senioři a společnost – společnost a senioři“, proslovené na Pražských gerontologických dnech 13. 5. 1999*

Václav Smitka

## Archeologie lidských životů

*(Koláž kazuistických příběhů a úvah z gerontologie. Vydalo nakladatelství JEŽEK.)*

*Kniha PhDr. Václava Smitky „Archeologie lidských životů“ je ve svém oboru jedinečná. Uchopuje problematiku, stáří a umírání, provázených navíc „nemocí duše“. Představuje tedy tyto lidské osudy zejména skrze prizma jejich konce: všechny postavy knihy skončily v závěru svého života v psychiatrické léčebně, často odkázány jen na pomoc a blízkost odborného personálu.*

*Páteří knihy jsou literárně stylizované anamnézy, které zpracovávají životní příběhy pacientů a jejich rozmanité osudy. Při takovém zpětném pohledu je náhle patrné, jak jasně a neodvratně se v nich rodilo jejich závěrečné vyústění. Na samém konci života je situace těchto lidí často až banálně prostá - odcházejí ze světa a nerozumějí životu, který je dovedl až sem.*

*Působivost příběhů, které se pohybují na hranici mezi literární fikcí a dokumentem, je o to silnější, že příběhy nepoužívají skandálních či ohromujících prvků, nepopisují extrémní případy či velké životní tragédie, ale naopak a nejčastěji právě životy zcela všední, obyčejné, často prodchnuté smyslem a láskou.*

*Jejich prostá pravdivost je umocněna použitím kreseb těchto gerontopacientů - kreseb na první pohled téměř dětských, v nichž však jsou zašifrovány dlouhé roky těžkého a často tragického života.*

*Protipólem bezprostřednosti autentických svědectví jsou autorovy básně, které nahlížejí situaci z druhé strany - ze strany člověka, který o pacienty pečuje. Tento silný osobní pohled průběžně odkazuje základní text mimo rovinu konkrétnosti a navozuje ve čtenáři obecnější otázky po smyslu „takového“ života a jeho konce. Zároveň ale přináší naději: je svědectvím o přítomnosti člověka (terapeuta) u této často až lidsky nedůstojné situace, a tedy o síle mezilidského vztahu.*

*Knihu doplňují eseje o stáří a duševní nemoci (kromě samotného autora dle*

*jsou použity ukázky z díla E. Rotterdamského, B. Hrabala atd.)*

*Obálka knihy i její titul znázorňují ono odkrývání vrstev lidských životů a duší - často zůstanou pouze náznaky, cary vrstev, které provokují odkrýt ještě víc - ale už to nejde, už více nezbylo...*

*Kniha je opatřena stručným slovníčkem některých odborných pojmů, které nebylo možno v textu pominout a které hývají laickou veřejností často vímány nepřesně. Slovníček má však pouze usnadnit čtení textu a neklade si žádný vyšší odborný nárok.*

*Kniha je prodchnuta etickým akcentem (nikoli moralizováním), je plná naléhavých otázek a výzev, před kterými stojíme často my všichni a které se třeba jen nepatrnou změnou situace mohou náhle ukázat závažnější, než jsme si dosud mysleli.*

*Proto je svědectvím, které ve svých výpovědích ukazuje mnohem dál než k problematice starých a duševně nemocných lidí, tedy za rámec svého vlastního tématu. Díky zvolené formě mluví totiž přesněji a přesvědčivěji než nejlepší statistiky a srozumitelněji než hluboké psychologické a sociologické studie. Svou uměleckou hodnotou pak posouvá celý problém do roviny mimoempirické, v níž má jazyk sílu otevírat naše duše.*

*Kniha je navržena na cenu Českého literárního fondu.*

*O autorovi:*

*PhDr. Václav Smitka působil po několik desetiletí v oboru geronopsychologie. Ve své praxi se neustále setkává s problémy stáří, umírání, smrti, ale i vykořeněnosti člověka ze společnosti, samoty a opuštění. Svě bohaté zkušenosti zúročil v řadě kratších esejů a studií, publikovaných v mnoha odborných časopisech, naposledy pak v souboru kazuistik, esejů a básní v knize „Archeologie lidských životů“ v roce 1997. Ve všech jeho pracích dominují dva akcenty: láska a smrt. Na nich staví V. Smitka svůj naléhavý apel na neustálou kultivaci mezilidských vztahů.*

*(Poznámka vydavatele.)*

## V. Smitka: Konfese, reflexe a profese

*Motto:*

*„Kdo by naučil lidi umírat, naučil by je žít.“*

*Michel de Montaigne: Eseje.*

*„Dar života je neocenitelný a já jsem povinen zachovat v sobě jeho světlo.“*

*Antoine de Saint-Exupéry: Citadela.*

Když jsem v říjnu 1973 nastoupil do léčebny pro dlouhodobě nemocné v Praze-Bohnicích, učinil jsem tak po uvážení a dobrovolném rozhodnutí. Proč? Protože jsem se oprávněně domníval, že právě gerontologie jako málokterý jiný obor dává velké možnosti poznání rozměru lidství a možnosti člověka, tedy i šanci sebepoznávání. Tím není řečeno, že nemám vůči gerontologii, stejně tak jako vůči jednostranné „profesionální jednooborovosti“, výhrady. Mám a silné, protože jsem v dětství zakusil na vlastním těle a duši, co způsobuje jednostranná scientní profesionalita v horším smyslu. Nastoupil jsem jako psycholog ve věku 38 let do třetí profese v životě. Z životních zkušeností, které jsem měl, považuji za důležitá „školící místa“ čtyři roky hospitalizací a to, že jsem dvakrát „přežil svoji smrt“.

Stárnu. Na stárnutí a stáří se již nedívám jako na výseč, část života, ale jako na jeho vyvrcholení. Tak se mi zvyrazňuje hodnota každého života, vypovídající o jeho smyslu. Smyslu, který může připadat pobloudile nesmyslný. Avšak čím jiným je život než také hledáním, jehož plody se nyní pokouším vyjádřit v této konfesi.

Slovo konfese jsem zvolil vědomě proto, že je v něm obsažena podmíněnost lidské existence: zánik, smrt je existenciální, trvale imanentní, stále přítomné u každého z nás, lidí. Proto na první místo kladu svoji konfesi. Slovo konfese je odvozeno od latinského „con-fessio“, znamenající doznání, vyznání, přiznání a důvěru. Je v něm mé vědomí a svědomí, svědomí slova, mlčení ticha a jednání. V tomto významu jsem konfesorem, zpovědníkem, nejen sám sobě, ale především svých klientů, pacientů, jejich vrbou, uchem, které naslouchá jim i sobě. S důvěrou, která je předpokladem pro vytvoření vztahu. V českém slovu vyznání cítím, že vyjadřuje něco, co máme všichni: schopnost být konfesory a naslouchat, slyšet. Ve slovu vyznání cítím, že vyjadřuje cosi, co je zvláště ustarších a starých pacientů, partnerů, nejpodstatnější: oni důvěřují mně a já jim. Vyznávají se mi, svěřují se mi a já se jim odvěčuji způsobem, jakým k nim přistupuji. Slovo profese významově vyplývá ze slova konfese. Profese je odvozena od „profiteri“ a znamená přiznávat, sdělovat nalezené, svědčit o tom, co jsem našel při hledání. Uvedené významy obsahují slova, jejichž originály i české ekvivalenty představují předpoklady pro naši společnou činnost: důvěru vědomí mého svědomí, vyznání, schopnost být zpovědníky, schopnost doznání omylů i přiměřené hrdoosti a pokory na to, k čemu jsem byl jakýmkoliv řízením povolán.

Jsem subjekt jako moji pacienti jsou subjekty, jsme partneři, a proto k nim takto přistupuji. Jestliže kladu mezi slova konfese a profese slovo reflexe, sebereflexe ve smyslu uvědomělého poznávání o sobě a svém pacientovi, jako o myšlení o svém myšlení, přemítání o svém vztahu k pacientovi, potom dostávám triádu, která znamená, že moje konfese je sebereflektovaným vyznáním o sobě a mých pacientech. Konfese, sebereflexe a profese, uvědomění si jejich přesahu k druhému člověku, mi dává pocit, že na těchto slovech záleží uvážení mých sil, možností stejně jako jejich mezi a hranic v profesi i v každodenním životě.

Ujasňování významů slov konfese, sebereflexe a profese se uskutečňuje obvykle neverbálně, naší osobní zkušeností se sebou a interakcí s druhým. Je známo, že poznat druhého je svým způsobem stejně tak cenné jako poznávat sám sebe. Avšak já jsem tím zrcadlem, kterým prochází druhý a naopak. Jestliže působíme celou svou osobností, potom též míra profesionality odpovídá míře jejího formátu. Máme sice metody a techniky, kterých je nespočet, stejně jako škol a směrů, ale co jsou (přes svoji např. úspornost) platné, jestliže tím redukuje vlastní lidskou podobu? Protože tím redukuje i druhého člověka, jeho subjekt. Podobá se to situaci, ve které bychom z obrazu vytrhli jeho část. Zůstává „klinický fragment“, torzo. Častěji nemůžeme podat zcela vyčerpávající obraz člověka, vždyť to není uskutečnitelné ani v umění jako v nejvyšším výrazu lidské kreativity. Mohu ztvárnit jen výsek z toku plynoucí existenciální totality. A někdy jsem zděšen, fascinován tím, co jen jednoznačně tuším - zlem. Přiznávám si to. Tímto způsobem se pokouším zahlédnout to z osobní kontury člověka, co je pro něho nejpodstatnější, přesněji řečeno, co za to považují, co se mi tak jeví. Snad je to dáno tím, že nedůvěřuji jednostrannému scientismu, který se obvykle ubírá - přes všechny pokroky - cestami omylů a chyb, nastolených a vyvrácených hypotéz. Zřejmě proto zdůrazňuji vlastní vidění, názor, autopsii, která se děje cestou konfese

sebereflexe a posléze vyústí v profesi. Lze namítnout cosi o subjektivismu. Proč ne? V tomto smyslu jsem subjektivista, protože na začátku všeho lidského je setkání dvou subjektů - mne a tebe.

Každým sebemenším skutkem, zábleskem citění na své životní cestě, souběžně cestě slov, sám sebe přesahuji, transcenduji nejen k druhému člověku, ale kamsi výše, do nadosobního univerza. Do tohoto univerza nepatří nenávisť, zabití člověka člověkem. Přesahuji sám sebe, sobě vymezené hranice směrem k druhému Ty, jako bývalý zedník cihlami, ve kterých jsou jeho city, myšlení a rozum, které vtělil do vystavěných domů. Já potom svou „neprofesionální profesionalitou“, která spočívá v lidství, člověčenství, které snad je - říkat to o sobě zní divně, ale činím to s pokorou - pokusem o to, aby každý kontakt s druhým člověkem, starým pacientem, byl skutečným setkáním. Tato interakce se skládá z bezpočtu opomíjených banalit, nepovšimnutí (malé záškuby rtů v náznaku úsměvu, pokrčení ramen), a to vše ve svém souhrnu působí na mne a na pacienta nejen v profesi, ale v každodenním životě. Tam, v každodenním životě, hromaděním zdánlivých maličkostí vzniká to, čemu říkáme psychopatologie. Tam vzniká moje a tvoje, naše vědomí a svědomí, které utváří konfesi, sebereflexi a profesionalitu. Jsou to oblasti, které jsou neoddělitelné zvláště, jak se domnívám, ve všech oblastech medicíny. Lze se ptát, v čem spočívá ona neprofesionální část profesionality. Brát pacienta jako rovnocenného partnera ve svízelné situaci, pojímat ho s lidskou autentičností, opravdovostí celkového vystoupení, nasazením vlastního já to projevít. A proto si myslím, že i jednorázovému vyšetření lze dát psychoterapeutický, tím mímím lidský rámeček. Takový způsob zarámování, aby z obrazu mého lidství mizelo co nejméně, stejně tak jako z pacientova. Aby nebylo rutinní, rutinéřské. Aby pacient z takového setkání odcházel pohlažený. Proto je pro mne vrcholným projevem profesionality uvědomění si toho, že nelze oddělit profesionální jednání od lidského, člověčího zájmu a odpovědnosti a je třeba rozvíjet je trvale, protože jsou neoddělitelné.

Slovo „sanitas“ původně znamenalo duševní zdraví a citlivý jazyk, vhodné používání slov k artikulovanému oslovení nemoci a nemocného. Nyní máme možnost tuto schopnost po desetiletích politické totality, kdy se vytratila, plně vyjevit. A bude to obtížné a těžké. Za posledních sto let se technicismus, scientismus a biologismus rozbuřily až do podoby nekontrolovaného samovývoje. Ovládly a mají ve vleku naši duchovnost. Lidská spontaneita, imaginace, schopnost navazování skutečných vztahů byly a zůstávají potlačeny nebo si v nových podmínkách společenské volnosti nacházejí jiné projevy svého vyjádření, jako je brutalita, terorismus, rasismus, politikářství. Čím více tyto prazákladní, paradigmatické, archetypální fenomény lidskosti byly vytěšňovány, tím více nacházely, nacházejí a budou nacházet výraz v různých formách společenské a duševní patologie. Nemějme iluze o tom, že totalitní depersonalizace subjektu v byvlím režimu se demokratizací a volností obrátí. Myslíme, že tomu bude spíše naopak a zvláště u starších a starých lidí konflikt se současností poroste. Svěrací kazajka totality se týká nás všech a její svlékání bude velmi dlouhé. Hledejme proto každý vlastní řeč, řeč člověka k člověku.

Toto extempore bylo jen zdánlivé. Lze to též vyjádřit takto: stejně jako bylo, je a bude myšlení a myslitelné, je myšlení o myšlení a o myslitelích. A je zamýšlení se nad svým myšlením, citěním a jednáním. O to poslední se pokouším, kdykoliv si dopřávám malý luxus zpytování svědomí. Doznávám se k tomu, že v poslední době mívám pocit, že moje sebevydávání vůči pacientům již nemá kvalitu kýžené plnosti.



Možná, že je tím ovlivněna má touha, abych se vyznal sám ze sebe, abych hledal spoluvyznače i protivníky s vědomím toho, že v těchto řádcích vyjadřuji to, co napsali jímí a lépe. Ale toto píši já.

Naprostá většina mých pacientů za uplynulých téměř 17 let - a byly jich stovky - již zemřela. Někdo řekne, že jsou na pravdě Boží, jiní že jsou mrtví, žijí ve vzpomínkách... Každý podle svého názoru, přesvědčení, víry. Já říkám, že jsou ve věčnosti. K potěšujícím okamžikům, kterých mnoho není, patří, když mi některý z bývalých pacientů napíše nebo zatelefonuje, pacienti se ozvou po pěti, dokonce i po deseti letech. Napsal mi bratr staříčké pacientky, bohužel společně s jejím úmrtním oznámením. Zřejmě ne každý si dokáže představit, jak mne to potěšilo i zarmoutilo.

Ano, přicházejí na mne okamžiky, kdy bych se pacientům raději vyhnul. Nebo nejsem v práci a mám pocit, že se jim tak či onak přibližuji, že jsem jako by u nich, že se bez živé konfrontace vlastní lidské podoby neobejdu. Máme svým způsobem stejnou cestu - žijeme a stárneme, místy spolu mládneme. V tomto smyslu je možné obrátit myšlenku filosofa Michela de Montaigne v motto takto: Kdyby se lidé naučili žít, naučili by se i umírat. A to není možné jedno bez druhého, jak to v druhém výroku postihuje spisovatel Saint-Exupéry.

Závěrem si nedokážu odpustit heretickou poznámku. Proč se v celém světě lidí, volných lidí, kteří si říkají, že jsou civilizovaní, ozývá stále více hlasů o tom, že jen láska a umění může pomoci člověku, ba dokonce ho spasit? Snad proto, že selhává věda? Do jisté míry ano. Zdá se mi, že zájem o „míru“ poznání je podmíněn nereflektovanými ideologiemi, které shledávají záchranu člověka v domněle žádoucí vyváženosti tzv. rozumu a tzv. citu. To mi připadá stejně důvtipné, jakým by bylo vyvažování tělesných šťáv v minulosti. Co vlastně o „rozumu“ a „citu“ víme? Mnoho toho není a požíváme námi vytvořené umělé konstrukty, abychom se dorozuměli. Členění na rozum a cit má pravděpodobně didaktickou a technickou cenu pojmenování, ale je zřejmě předčasné vyjadřovat se o jejich vzájemném vztahu, protože jsou to taková abstrakta, o nichž víme, že jsou označením pro jakési často protikladné výkony, ale sotva co jiného. Nepřeme se tedy o to, zdali je např. psychiatrie, psychologie, psychoterapie atd. věda, nebo umění, nebo cokoli jiného. Já si hereticky myslím, že je to především umění. A umění není myslitelné bez rozměru ducha a lásky, pokory a úcty. A nyní se mohu domnívat nebo mít iluzi, že obvykle, přes všechny chyby a hříchy - protože bez nich si to ani neumím představit - v rámci své konfese, sebereflexe a profese, s mými pacienty, partnery, lidmi jedním, myslím a cítím podle toho, co napsal filosof, psycholog a teolog Martin Buber: „Svobodný je člověk, který chce bez svévole. Věří ve skutečnost; to znamená: věří v reálné sepětí reálné dvojice Já a Ty. Věří v určení a v to, že určení ho potřebuje, ono ho nevede na provázku, ale očekává ho; on za ním musí jít a přece neví, kde je nalezne. Ale ví, že musí vyjít celou bytostí.“

Ubírám se a usebírám při pobytu na této zemi jako člověk mezi lidmi tak, abych si mohl jednou říci s Jaroslavem Seifertem:

„Ohlédnou-li se však na svůj život,  
zdá se mi,  
že je to vlastně téměř vše,  
zač stálo žít.“

Literatura:

1. Buber, M.: Já a Ty. Praha, Mladá fronta 1989.
2. Exupéry-Saint, de A.: Citadela. Praha, Odeon 1966.
3. Foucault, M.: Psychologie a duševní život. Praha, Horizont 1971.
4. Green, G.: Paradox křesťanství. Praha, Vyšehrad 1970.
5. Haškocová, H.: Spoutaný život. Praha, Panorama 1985.
6. Havel, V.: Dopisy Olze. Praha, samizdat 1983.
7. Husserl, E.: Karteziánské meditace. Praha, Svoboda 1968.
8. Husserl, E.: Krize evropských věd a transcendentální filosofie. Praha, Academia 1972.
9. Chardin, de T. P.: Místo člověka v přírodě. Praha, Svoboda 1947.
10. Jung, G. K.: Odabrana dela K.G. Junga. I. V. Zagreb, Matica Srbska 1984.
11. Kohák, E.: Krize rozumu a přirozený svět. Pokus o nástin smyslu a pohybu myšlení v díle J. Patočky. Praha, (samizdat) 1987.
12. Jaspers, K.: Otázka viny. Praha, Mladá fronta 1969.
13. Marx, K.: Ekonomicko-filosofické rukopisy. Praha, Svoboda 1978.
14. Masaryk, T. G.: Sebevražda. Praha, Čin 1930.
15. Mokrejš, A.: Fenomenologie a problém intersubjektivní. Praha, Svoboda 1969.
16. Patočka, J.: Přirozený svět jako filosofický problém. Praha, UNKUC 1936.
17. Rotterdamský, E.: Chvála bláznovství. Praha, Mladá fronta 1968.
18. Seifert, J.: Bytí básníkem. Praha, Čs. spisovatel 1983.
19. Smitka, V.: Z vlastní zkušenosti - otec, pacient a syn. Zdrav. Prac., 39, 1989, č.12
20. Vondráček, V.: Úvahy psychologicko-psychiatrické. Praha, Avicenum 1975.
21. Tibetická kniha mrtvých. Praha, (samizdat) 1986.

## V. Smitka: Je moudrost stáří mýtus?

**Motto:**

„Šašek: Kdybys byl můj blázen, dal bych ti napráskat, strejčku, žes předčasně zestárl.“

*Král Lear: Jak to?*

Šašek: Proč jsi nezmoudřel, dokud jsi nezestárl?

*W. Shakespeare: Král Lear*

Jestliže jsem použil klíčové scény z tragédie Král Lear, tak je to proto, že je v šaškových slovech vyjádřena nejhlubší možná ironie o moudrosti stáří. Tak tomu bylo před téměř 400 lety.

Podívejme se na otázku podrobněji a pochybujme o moudrosti spolu se šaškem z hlediska dnešní společnosti. Šašek 80letého – snad dementního – krále Leara relativizuje v absolutním pocitu pána situace, když není ani pánem sebe. Není pánem sebe sama, protože je nedospělý. Jaká odvaha! Nejde jen o nejdůležitější poukaz ke králi Learovi, komentář se vztahuje k celé societě, ke stáří vůbec, k tzv. dědictví otců, k rozdílu v obrazu, jak se stáří jeví, a jaké skutečně je. Mám na myslí senium ve smyslu stáří jako součásti života a senilitu jako předčasně stárnutí, ochablost a vetčnost, nemocnost a stařeckost. Pokusme se zironizovaný stav moudrosti stáří přivést do skutečného stavu moudrosti stáří. Pak by mohla stáří přičtená moudrost znamenat cosi reálného, například stav stáří, které následovalo po zralé dospělosti,

což očekával šašek od krále Leara. Co vlastně znamená slovo moudrost? Dnes je moudrým míněn člověk, který je od přírody bystrý, zkušený, rozumný, prozřetelný a uvážlivý.

Moudřet znamená učit se chybami. Nebýt z koho nebo z čeho moudrý značí nerozumět, nechápat. Moudrostí se rozumí více než pouhá rozumnost, vzdělanost a informovanost. Moudrý je slovo ze staroslovanštiny (módr, staročesky múdr, mudrc) má vztah k latinskému mens – mysl. Ve staré řečtině slovo „philosophia“ znamenalo lásku k moudrosti. Láskou k moudrosti se naznačuje, že člověk nikdy úplně s konečnou platností nerozumí všemu, co míní moudrostí, ale vždy o to toužebně zápasí. A přesto člověk sám sebe hrdopýšně pojmenoval jako biologický druh „sapientis“ – moudrý.

Který starý člověk mezi 70 – 80 lety by asi v současné technicko–informační společnosti vyhověl vymezení se všemi těmito vlastnostmi, např. při obsluze a programování počítače, vyžadující bystrost a rychlost, jestliže má artrózu? V této dekádě je u nás chronicky nemocno okolo 80 % starých lidí, byť třeba s jednou chronicitou. Podle demografických prognóz starých lidí stále přibývá a přibývat bude: v prvním desetiletí příštího století budou tvořit lidé nad 60 let asi třetinu evropské populace.

Nejčastějším demografickým obrazem rozložení populace je strom. V našem povědomí je strom zároveň nejobvyklejším zobrazením lidského života s jeho proměnami jakoby sledujícími roční období: jaro, léto, podzim, zima. Často používané spojení „podzim života“ je nejen ve své podobě výtvarné, ale i přírodní, mnohobarevné, od radosti světle pastelové až k nádechu smutku v temných tónech. Potom dochází spolu s opadáváním listů k obnažování větví – to je podzim a zima života – stáří, umírání, smrt. Člověk jako jedna z mnoha větvíček na košatém stromě, jehož rámcem je celek společnosti, jakoby obnažil i své kořeny, a to nejen v alegorii obrazu: v zimě holé větve stromu jsou viditelnou součástí kořenů. Člověk se tak vrací nejen sám k sobě, ale do země, obrací se v prach a popel. Uvolňuje prostor k rozvinutí svým potomkům, kteří vstávají na jaře a dospějí v létě. A sám – osiřelý – jde pod kořeny – do své země.

Prvním demografickým stromem je strom s více či méně pravidelnou korunou.

V druhém demografickém obrazu populace se strom podobá obrácené pyramidě, neboť má špičce dole a směrem k vrcholu se mohutně rozšiřuje. Lidstvo v roce 1983 mělo nad 60 let věku 460 milionů lidí, odhaduje se, že v roce 2025 bude mít těchto obyvatel jednu miliardu a 120 milionů. Bude to okolo 14% celkového počtu obyvatel planety, což je demografická revoluce ve smyslu otočení stromu života.

Třetím obrazem je obraz stromu podobný volně rostoucímu smrku: s široce rozprostřenými spodními větvemi, postupně se zužující a vrcholící špičce. Tedy opak obrazu druhého. Takový je demografický obraz ideální, tak by tomu mělo být, a tak to asi bylo v některých historických dobách. Druhý demografický obraz obrácené pyramidy na nás může působit jako sociální memento mori. Poselství Kmotříčky Smrti z něj je vnímáno jako sociálně velmi nepůvabné. Avšak Kmotříčka Smrt je reálný archetyp, který má v sobě zprávu o moudrosti selekce v říši přírody. Představme si, že demenci budou trpět desítky milionů lidí. Mezilidská atmosféra dnešní společnosti není pro stáří příznivá, je buď ambivalentní, nebo až negativní.

Situace starých lidí bývá předem ovlivňována přehnaně zdůrazňovaným zájmem o populaci produktivního věku a časté bývá až zbožnění mládeže. Veřejné mínění má silný sklon kutváření předzaujatých postojů, což pozorujeme někdy i v odborné veřejnosti. Součástí ambivalence postojů části společnosti je též naladění k tomu, že předkové jsou pro své potomky příkladem k následování, že starý člověk, který je již předkem, může sloužit mladým za vzor a autoritu.

To bylo podstatou antického, zvláště římského postoje, který spočíval v tom, že právě stárnutím a pomalým vytrácením se ze společnosti smrtelníků člověk dosahoval nejmoudřejšího způsobu vlastní existence, a tak nabýval i moudrosti. Jen tím, že stárnul, se stával mimořádným, vzácným, protože samo dožití se současné střední délky života bylo určitou výjimečností.

Dnes je třeba slovo stáří též naplňovat novým obsahem, současnosti odpovídajícím. Představa našich předků o moudrosti stáří byla taková, že stáří v rámci autority dané tradicí ve smyslu historické paměti předává nastupujícím generacím poselství o světě a o místě člověka v něm především proto, že děd, otec předávali a mohli předávat zkušenost profesní a velkou část zkušenosti životní.

Tato představa, která byla ve své době historicky oprávněná, dnes neobstojí. Od počátků průmyslové společnosti, od 17., 18. století, se toto poselství dějinným vývojem začíná stále vyhrcovaněji měnit. Čas změnil vzorce chování, vzájemné postavení mužů, žen a potomků, dětí, nejpodstatnější fenomény, jako byly tradice, autorita, byly zrelativizovány, zpochybněny, až absentovány. V těchto faktorech mj. spatřují příčiny krize současné doby, především v postavení, stále masivněji nejasnou sociální roli starých lidí, zvláště pak nemocných. Jsou to problémy obtížné posuzovatelné, protože žijeme ve zlomovém civilizačním období, kdy se hodnoty mění, vytrácejí i vytvářejí nové, které sotva dokážeme registrovat.

Literární obraz těžkého onemocnění, umírání a smrti svého 86letého otce vytvořil ve svém románovém autobiografickém „chorobopise“ Odkaz americký spisovatel Phillip Roth (Odkaz. Skutečný příběh. Nakladatelství Hynek, Praha 1995), který se jako 55letý syn stará o otce až do jeho poslední chvíle. Lékaři zjistili spisovateli otci nádor v hlubokých mozkových strukturách. Následkem toho jednostranně hluchne, slepne, má znetvořenou jednu část obličeje, velmi špatně přijímá potravu, stává se inkontinentním, jeho emoční stavy jsou stále proměnlivější. Projevují se hlubší změny psychické a osobnostní, ale otec neslevuje ze své celoživotní kázně vůči sobě a okolí. Otec spolu se synem, se kterým se otec sblíží více než kdykoli předtím, operaci nádoru odmítají. V průběhu děje odehrávajícího se koncem osmdesátých let projdeme rodinnou ságou židovských přistěhovalců z Haliče, kteří se v Americe vypracovali do střední třídy. Syn zjišťuje – zahlcen svým životem a pocitem vlastní spisovatelské proslulosti – že se za otce často styděl, a nejen to, ale že měl někdy i chuť ho zničit. Toto všechno ale patří k pocitům, náladám, mládí, někdy i k ne zcela zralé dospělosti, protože to jsou věci, které se nedají vyčíst, ale jsou předmětem hodnocení a zhodnocení vlastních zážitků, které si každá generace, každé období lidského života, musí prožít. Nakonec syn zhodnocuje otce slovy: „Naučil mě obecný jazyk. On sám byl obecný jazyk, nepoetický, výrazný a přímočarý, se všemi do očí bijícími nedostatky a nezdravou pádností.“

Co je tím míněno? Lidské jádro jeho otce, jeho člověčina, kterou objevuje, až

když ho doprovází na cestě k smrti, když se dopracovává k tresti jeho skutečné moudrosti otcova stáří. K nejsilnějším partiím románu patří popis situace, když stařec v koupelně neudrží stoličku, stydí se sám za sebe, syn mu dodává odvahy a sebedůvěry, celou koupelnu uklidí, otce vykoupe, stařec si opakuje: „podělal jsem se“, a posléze ho uloží ke spánku. A právě v tomto okamžiku syn, který osobnostně vyzářává, dochází k názoru: „Když jsem to měl už za sebou, bylo mi nad slunce jasnější, že to tak má být a proč je to správné. Že tohle je ten odkaz. A ne proto, že by to čištění symbolizovalo něco jiného, ale protože to není nic menšího ani většího než realita života.“ V autobiografickém románu se spisovatel pokouší vyrovnat se smrtí svého otce, u kterého sekunduje až do posledních chvil, kdy je otec pro dušnost, nepřijímání stravy, celkový kritický stav převezen do nemocnice a napojen na přístroje. Syna nakonec dýchací přístroj odpojuje. Za toto odpojení syn převzal – spolu s otcovým souhlasem – zodpovědnost předem. Stalo se tak ovšem ve státě New Jersey v USA, kde jsou pro eutanazii stanoveny legislativní podmínky.

V psychicky extrémních, zátěžových situacích vnímáme skutečnost naplno, registrujeme detaily, takže je můžeme znovu vyvolat ve vzpomínce. A nejen smrt našich blízkých, ale i péče o umírající v profesní činnosti zanechává vzpomínky, které se stávají integrální součástí naší osobnosti. Roth – syn v období, kdy se smiřuje s blízcí se smrtí otce, vrací se v představách a pocitech do dětství, prožívá ve dnech a týdnech loučení celý otcův život souběžně se svým, a tak dospívá.

Cyklus života se uzavírá, a první hluboké uvědomění přichází, když člověk osiřá úplně. Osiřet je samozřejmě, je to prapůvodní jev běžného života, stejně jako početí a smrt, věci vývoje a času: moudrost a dospělost opravdová – ve smyslu završení vztahu – je především v převzetí odpovědnosti za dostarání se. Přijmout starostlivost za rodiče, zvláště když se stanou nemohoucími, znamená konečné přijetí zodpovědnosti za vlastní existenci. Kniha končí slovy: „Člověk nesmí nic zapomenout.“ Ale i tak je to poněkud složitější.

Tato kniha, zkušenost každodenní i klinická, i předtím řečené demografické poznámky, jsou poselství, která je třeba stručně shrnout, abychom se dobrali alespoň částečně smyslu tohoto přemítání. K jisté moudrosti vztahu, vyrovnání, se společně propracovávají oba, otec i syn, a to především proto, že se poznávají až na dřevě kosti a uvědomují si, čím si vzájemně byli a jsou, v tom dobrém i špatném. Vždyť přece všechny lidské počiny jsou nejméně dvojnásobně, dobré i špatné. Vzájemně si uznají kolik hlupství natropili, něco z toho si také řeknou. Už zde se nám začíná rýsovat synovo vztahové zrání a nemýtická, pravdivá moudrost otcova. Uznají své světy a rozliší ta místa, kde se lze dohodnout, která se prolínají, kde si mají co říci.

Tady jsme u jednoho ze zdrojů autentické moudrosti: uznání toho, že i ty dva kruhy, jež se zčásti překrývají, mají místa nesdílená, a proto nesrozumitelná. Postupně se na sebe dívají pohledem vzájemné střízlivosti, která se projevuje vyšším stupněm respektu v kritickém vědomém odstupu, bez byvších iluzí, zaujatostí a konfliktů.

Jistý čas je starý pan Roth schop zachování vzpurnosti, urputnosti, studu, nepoddajnosti souběžně s patriarchální důstojností, které se mu s postupem onemocnění vytrácejí. Houževnatost, boj se sebou a nemocemi, to je ono, co též činí stáří

vsutku moudrým. Je to boj a sebetvoření. Boj o přijetí obrazu sebe sama, který někdy trvá až do konce, aby stařec nepropadl do zoufalství.

To jsou reálné moudrosti stáří, někdy i těžce nemocného stáří, protože přijetí, sebezpřijetí této senilní, stařecké podoby v období, kdy již není jako byl ve své osmdesátce středem společenské konverzace, toto sebezpřijetí je znakem síly. U krále Leara dominovaly takové postoje jako ješitnost, rivalita, nedůvěra, sláva, trvalá touha po moci. Ale byl málo mocný vůči sám sobě. Nebyl jako starý pan Roth schop nadhledu ve smyslu nalezení významu vlastní existence. Patriarcha Roth bere na vědomí svoji dočasnost, konečnost, není nedůvěřivý, protože důvěřuje sobě a synovi. Kmet Roth se tak stává nejen zrale dospělým, ale vědoucím starcem, stává se moudrým. Jeho reflexe a anticipace již nejsou zaměřeny k proměně sebe sama, uvědomuje si meze vlastních hranic a možností, kterých je stále méně, a nakonec je jen jedna.

Předmětem jeho přemítání se stalo těžké onemocnění, anticipace vlastního zániku. Podle myšlenky Michela de Montaigne „kdo by naučil lidi umírat, naučil by je i žít“ nejde o rezignaci, ale o přijetí lidského údělu. Jakákoliv rezignace, pasivita, apatie znamená vzdání se sebe sama, je to stav odevzdávání se do péče a starostlivosti někoho jiného, např. instituce.

A to je cesta k senilitě v chorobném smyslu, ke ztrátě jáství, egoity. Cesta např. k senilní demenci, o níž si myslím, že je nikoliv adaptací na život, jako byla v předchozích životních etapách, nýbrž rezignací na život. Jestliže však taková rezignace je ještě adaptací, pak ani senilní demence nepostrádá svoji moudrost, byť z pohledu osob nikoliv ještě dementních poněkud svéráznou. Vždyť stáří je přípravou na smrt a domyslíme-li konečnost lidské existence do důsledků, měla by příprava probíhat po celý lidský život. Paradox spočívá v tom, že jsme orientováni k životu, až k přílišnému lpění na něm. Stáří, nemoci, umírání a smrt ke své škodě opomíjíme, žijíce v pocitu vlastní nezranitelnosti, neohraničitelné trvalosti, pokud nás nějaké ohrožující události nepřipraví o tuto iluzivní jistotu.

Starý pan Roth si zachovává osobnostní integritu, jako součást své moudrosti. Moudrost stáří není normou, není fyzikálně či biologicky konstatovaným faktem, ale jde o svéráznou představu, do jisté míry – a snad i do nemalé míry – v dnešních časech zčásti iluzorní, mýtickou.

Moudrost stáří v současnosti nespočívá v univerzálním poselství o světě, o místu člověka v něm, v poučení o profesí apod., ale spočívá v předávání takových postojů k životu a k hodnotám, které jsou životu adekvátní.

Moudrost může být též subjektivním cílem. Nebyly však stanoveny zatím zcela spolehlivé normy pro stáří, nevíme, co to je normalita, nevíme, co to je elektrina...., a ještě jsme tak troufalí, že se ptáme po moudrosti stáří. Předkové měli na mysli jak jistý ideál, představu, tak konkrétní obsah.

Dříve řečená konkréta nás opravňují k tomu převzít část tradiční představy o pravé moudrosti stáří. A právě proto jsem se tázal, zdali je moudrost stáří pouhý mýtus. Snažil jsem se ukázat příklady konkrétní podoby skutečné moudrosti stáří: vzájemnou střízlivost v interakci mezi generacemi, přijetí sebe sama jako stárnoucího a starého, včetně takových zvláštností, jako jsou tu houževnatost, tu vzpurnost, tu dětskost, což jsou projevy boje se sebou a stářím.

Vědomí dočasnosti vlastní existence („budu tady jen pár chvil“), nonkonformita, jistá rigidita, která je zcela nevyhnutelná pro sebezáchovu, snášenlivost k sobě samému, jež se okolí může jevit jako sebeláska, ritualizované přípravy na odchod z tohoto světa, rozdělení majetku, starost o potomky jsou jiné podoby moudrosti, kterou ne vždy potomci oceňují, ale jsou to moudrosti nesporné.

Každé období lidského života disponuje zvláštnostmi, které spočívají v nezbytné adaptaci na dané požadavky. Zvláštností stáří je, že umírám a zanechávám místo potomkům. A v tom, jak je – bez ohledu na různé podoby – tento lidský úděl pojat a snášen, v tom je moudrost stáří jako epilogu života, jehož finálem je smrt. Antoine de Saint-Exupéry napsal: „Přijmout riziko smrti znamená tedy přijmout život“.

#### Literatura:

1. Arendtová, H.: Krize kultury. Mladá fronta, Praha 1994
2. Baštecký, J., Kumpel, Q., Vojtěchovský, M.: Gerontopsychiatrie. Grada, Praha 1994
3. Bible. Ekumenický překlad. Praha 1979
4. Buñuel, L.: Do posledního dechu. Mladá fronta, Praha 1987
5. Blumental-Barby, K.: Kapitoly z thanatologie. Avicenum, Praha 1987
6. Camus, A.: Mýtus o Sysifovi. Svoboda, Praha 1995
7. Exupéry-Saint de A.: Citadela, Praha, Vyšehrad 1974
8. Frankl, E. Homo patiens. Pax, Varšava 1976
9. Goethe, J.W.: Faust. Mladá fronta, Praha 1973
10. Haškovcová, H.: Fenomén stáří. Panorama, Praha 1989
11. Husserl, E.: Karteziánské meditace. Svoboda, Praha 1968
12. Chardin, T. de: Místo člověka v přírodě. Svoboda, Praha 1967
13. Komenský, J. A.: Vševychova. Praha 1948
14. Kübler-Ross, E.: Odpovědi na otázky smrti a umírání. Naklad H + H, Praha 1995
15. Montaigne, M. de: Eseje. Odeon, Praha 1966
16. Nesse, R., Williams, G. C.: O příčinách a vzniku nemocí. Nakladatelství Lidové noviny, Praha 1995
17. Patočka, J.: Evropa a doba poevropská. Naklad. Lidové noviny, Praha 1992
18. Rotterdamský, E.: Chvála bláznovství. Mladá fronta, Praha 1986
19. Roth, P.: Odkaz. Skutečný příběh. Nakladatelství Hynek, Praha 1995
20. Řičan, P.: Cesta životem. Panorama, Praha 1989
21. Shakespeare, W.: Král Lear. Sebrané spisy II. Tragedie. SNKLU, Praha 1963
22. Smitka, V. et al.: Epilog nebo finále lidského života. Čas. lék. čes. 127, 1988, č. 33, s. 1043 – 1045
23. Smitka, V.: Konfese, reflexe a profese. Čas. lék. čes. 129, 1990, č. 35, s. 1115 – 1110
24. Smitka, V.: O bolesti, utrpení a osamělosti starých lidí. Čas. lék. čes. 134, 1995, č. 21, s. 699 – 700
25. Smitka, V.: Poznámka k otázce sebereflexe. Československá psychologie č. 5, 1995, XXXIX, s. 456 – 460
26. Smitka, V.: Demence a její „moudrost“. Geriatria, 2, 1995, 3- 4, s. 18 – 21
27. Smitka, V.: Z vlastní zkušenosti – otec, pacient, syn. Zdravotnická pracovnice č. 12, 1989, ročník 39, s. 736 – 738
28. Wilson, E.: O lidské přirozenosti. Naklad. Lidové noviny, Praha 1993
29. Wright, R.: Morální zvíře. Naklad. Lidové noviny, Praha 1955

## V. Smitka: Demence a její moudrost

### Motto:

„Velikost člověka je tak zjevná, že vyplývá i z jeho ubohosti. Člověk je vznešený tím, že ví o své ubohosti. Strom o své ubohosti neví. Vědět o své ubohosti jistě znamená ubohý být; jenomže vím-li, že jsem ubohý, svědčí to pro mou vznešenost.“

Blaise Pascal

“I pohlédl jsem a viděl moudrost i ztřeštěnost a pomatenost.“

Bible, Starý zákon, Kazatel 2,16

V následujícím zamyšlení, které má paradoxní název a do jisté míry i obsah, jsem byl veden tím, že obvykle jsme navyklí uvažovat o demenci j e n jako o čemsi zlém a j e n patologickém. To však je jen jeden z možných pohledů. Uvažování nás vede k tomu, abychom se nad problémem zamýšleli přinejmenším ze dvou možných hledisek. A potom spatříme to, co je nám častěji spíše zastřeno, a sice onu zmíněnou „moudrost“ demence.

Vzpomínám na akademického malíře, který měl hlubokou demenci a několik týdnů před svou smrtí nakreslil větev stromu a na ní sedícího ptáčka. Nebyla v tom snad jistá „moudrost“ jako projev onemocnění, že již tušil svou smrt, tušil, že ptáček na větví dlouho sedět nebude a odletí do věčnosti? Zeptejme se otevřeně sami sebe: jak jsme připraveni a jak se vyrovnáváme s možností, že bychom se jednou mohli stát dementními?

Pokusme se na lidský život podívat jako na velkou nástěnnou mozaiku, která je složena z drobných i z větších skel, kamínků různých velikostí, tvarů, které mozaice vcelku dávají smysl a význam, kterým je lidský život. Čím blíže stojíme u mozaiky vlastního života, tím lépe rozeznáváme její maličkosti, barvy, tvary, co je napravo, co nalevo atd.; jsme podle toho kterého životního období zaměřeni na její určité výseče, části. Jak jde život od dětství, přes dospělost do senia, tak se od mozaiky stále více vzdalujeme. S tímto odstupem vidíme zřetelněji její celek, postihujeme její celistvý smysl, nejen jednotlivé výseče. Celek mozaiky spatřujeme a hodnotíme jinak, zatímco v minulých životních obdobích jsme ho mnohdy ani nestačili zaregistrovat.

Takový pohled na mozaiku ve stáří odhaluje možnosti, výhody a nevýhody lidského života z odstupu; atributy lidského bytí se všemi pochybnostmi, protiklady rozpoznáváme a hodnotíme – ať už jakkoli – až s odstupem odcházejícího. Kontura celého smyslu mozaiky je zřetelnější až zřetelná. Mojí snahou je pokusit se postřehnout na demenci její paradoxní a snad i skutečnou „moudrost“, kterou je záluďná nemoc od přírody vybavena; snad jí dokonce přiřknout i akcent pozitivní. Paní Q. Q. byla 75letá doktorka filologie a v profesi se zabývala otázkami jazyka a řeči a též patologie řeči. Pacientka velmi často opakuje jen části vět a častěji slovo napovím, aby byl srozumitelný celek. Má těžké řečové poruchy, afázi a hluboce narušenou paměť. Komunikuje do valné míry jakousi vlastní „samořečí“, které lze do jisté míry porozumět, když vyjadřuje to, co jí chybí ve slovech, mimi-

kou a gestikulací. Prostřednictvím pacientčiny řeči a „samořeči“ získávám informace a její důvěru. Časoprostorově je zcela dezorientována. Vrátila se do krajiny svého dětství. Nepoznává řadu předmětů a neví, co s nimi dělat, jak se s nimi zachází – trpí dyspraxií. Nepoznává řadu lidí, jejich obličej neuzná – má agnózi, těžší poruchu poznávání. Tyto skutečnosti jsou ověřovány psychologickými testy, které zjišťují, že pacientčino myšlení má velmi nízkou úroveň v oblasti abstrakce, zobecnování, analýzy, syntézy apod. Pacientčina inteligence byla kdysi vysoce nadprůměrná a nyní je na úrovni debilnosti. Dalo by se též říci – je na úrovni dětského konkretismu, dětské synkretičnosti, ve které nejsou ještě předměty, jevy, události světa účelově rozlišeny, ale splývají. Má však smysl pro hraní si s předměty, velmi pěkně zpívá tenkým hláskem, který je čistý jako zpěv dítěte. Jde o Alzheimerovou demenci s mírnější složkou depresivní, bez psychotických příznaků s několika dalšími nemocemi. Pacientka o svém onemocnění částečně ví. Mívá depresivní stavy, které mohou imponovat jako úzkost, ale při rozhovorovém rozkrutí je zřejmé, že je to strach, týkající se především onemocnění samého. Když je dotazována na strach ze zániku, umírání, ze smrti, tak buď krčí rameny nebo říká: „Tak to musí být“. V jejím obličejí ani v očích není pozorovatelná úzkost. Pravděpodobně tedy nejde o přímou úzkost z umírání a smrti, která je vyhasínáním komunikativních funkcí (řeči, myšlení, praktických dovedností aj.) potlačena, jakoby setřena, ale jde primárně o strach z vývoje nemoci, z vědomí toho, že špatně hovoří, má těžké poruchy paměti. Prognóza je špatná. Jsou sice aplikovány redukce řeči, hovory, skupiny..... Stav paní doktorky Q. Q. se horší a posléze umírá.

Pacientka uvedená v kazuistice byla – jako tisíce ostatních postupně šálivě, ukladně, někdy razantněji přírodou zbavována prostřednictvím demence symbolických funkcí své psychiky: řeči, myšlení, poznávání, praktického jednání. Byly rozmělněny, rozpouštěny vlastnosti, o kterých se traduje, že činí člověka člověkem. Symbolické funkce jsou částí výbavy, která tvoří komunikativní most mezi lidmi, mezi člověkem a světem a jejich páteří, nositelkou je paměť.

Proč se toto děje, proč si s námi matka příroda takto „zahrává“, i když zůstávají některé schopnosti relativně zachovány jako řada neverbálních či smíšených – zpěv, smysl pro pohyb, rytmus aj. Je snad člověk, který jmenované schopnosti ztrácí, méně člověkem? Samozřejmě, že NE. A proč?

Jak se dívám na člověka? Nenazírám na něj jako na minci s dvěma stranami – rubem, který je horší, a lícem, který je lepší. Člověk je mi spíše jakousi družou polodrahokamu, která se vymanila z mateřské horniny a můžeme na ní vidět řadu facet, křivek, barev, které mají její krystaly. Družka se svými mnohahlednými krystaly se také svým časem vrací do své původní země rozpadlá na prach, má také svůj věk. U člověka v případě demencí často spojených s multimorbiditou je tento proces jakýmsi pomalým, někdy razantně prudkým způsobem návratu k málo rozlišené materii a duchovnosti, k původní podobě dítěte, s jeho konkretismem světa. Stává se dítětem, které si občas rádo hraje. A s ohledem na to, že demencí stížená trpí obvykle ani ne tak úzkostí ze svého zániku, tak se může na-

bídnout možnost jiného, ne tak kormutlivého pohledu. Pohledu poněkud smířlivějšího.

Takto nahlížena spolu s mottu, nabývá demence jako každá jiná lidská nemoc, byť sebetěžší, rozměru smysluplného. Tomuto náhledu se apriorně bráníme vnitřně i vnějšně, zvláště ve svém nevědomém vnitřním prožívání. Ale jiná věc již je, že se mnohdy díváme, že pojmáme úděl svých pacientů, příbuzných, kteří jsou dementní, je n jako zlo a patologično.

Zkusme tedy pohledět na tento úděl jako na návrat člověka k sobě samému. Jde vlastně o jakési Memento mori – Pamatuj na smrt. Z tzv. objektivního hlediska spatřujeme jen vnější výkonovou stránku lidí trpících demencí a podle toho především jejich stav poměřujeme. Můžeme mít úzkost z toho, že užíme sami sebe v takové potenciální situaci. Jak se dementní člověk cítí intrapsychicky, ve svém vnitřním prožívání, o tom víme vskutku málo.

Co se skrývá za často „vyzehleným“ obličejem, který jako by byl do jisté míry zbaven i emocí? Obyčejně tomu říkáme emocionální oploštělost. Tušíme a snad víme asi jen tolik, že „oni“ mají jakýsi svůj vnitřní svět, často mají svět vlastního dětství a mládí, případně kombinovaný psychotickými představami. Ale co je za tím? „Krásní mladí lidé jsou hříčkou přírody, ale krásní starí lidé jsou uměleckými díly“, napsal J. W. Goethe. Jestliže tuto citaci vezmeme v úvahu, potom se „tito“ naši pacienti mnohdy podobají spíše jakési „oduševnělé přírodnině“. Ale proč se tomu tak vzpěčovat? Nejsme snad všichni dětmi přírody, jakýmsi jejím „uměleckým dílem“ v podobě jakési vybočené větve velkého stromu života? Snad ano.

Zdá se, že mnohdy dementní lidé přestávají být „nešťastní“, záleží na fázi vývoje onemocnění. Proč nepřistoupit na „jejich“ svět? Často je to nutné, ba nevyhnutelné, aby člověk tuto schopnost měl, byl dosti pružný v osobnosti, pohyboval se ve věkové ose od dětství po kmetství, abychom byli schopni s „nimi“ pracovat. To, co je pro okolí tragické, smutné, pro dementního člověka může být jinak, bez onoho smutného nádechu, jak jsem se to pokusil ukázat v kazuistice. Problém je však ještě složitější. Hodnotový systém naší society měří vše podle výkonu, úspěšnosti či užitečnosti člověka. Nemá tradice, které by určovaly jak starým lidem vůbec, tak a zvláště demencí nemocným pevné místo v hodnotové hierarchii. Jeví se mi to jako jistá sociální sobeckost odkazovat tyto někam na okraj, i když nebo právě proto, že existují s pomocí druhých a jsou na ní závislí, stejně jako jsme byli my v dětském věku. Je to sobeckost okolí, které ho „chce mít“ ke svému použití. A on, dementní člověk, by měl mít místo bazální, ne-li jedno z nejvyšších na tomto světě, protože jde o lidi, kteří právě takto se stávají lidmi, protože „oni“ cílí ke svému uskutečnění v podobě zániku, smrti jako každý z nás, podle slov biblických „z prachu jsi vzešel a v prach se obrátíš“.

Tak jako demencí trpící starý člověk se postupně vzdálil od mozaiky života, tak souběžně zahlédá její konečné obrysy, jejich konečný rámeček je zřetelnější, vnitřní strana je často rozmazaná, jsou uchovány jen některé výseče a i ty se postupně zastírají. Jeho osobnostní družka s vnitřními krystaly se mění, barvy jsou setřelé, tvary obroušené, a tak se připravuje na odchod do mateřské horniny, do

univerza, jako člověk v onen prach a popel se mění.

A právě tehdy dostává lidský život svoji přírodně člověčí podobu, podobu natolik skutečnou, že je to rozměr jak lidský, tak přírodní a duchovní. Pokusil jsem se vidění demencí poněkud „prosvětlit“, zlidštit jako cosi, co je paradoxně útěšné a smířlivé, nebo ke smíření vedoucí. Jestliže pod slovem „moudrý“ obvykle je spatřován někdo, kdo je od přírody bystrý, zkušený, rozvážený atd., tak v tomto případě jsem dal do jedné uvozovky slovní spojení „moudrost demence“; tedy moudrost v přeneseném slova smyslu, kde význam je přenášen, vnášen na nemoc a do nemoci. Konečný paradox spočívá v tom, že všichni svým návratem do lůna věčné přírody se vlastně stáváme věčnými.

#### **Literatura:**

1. H. Arendtová: Krize kultury. Mladá fronta, Praha 1994
2. J. Baštecký, Q. Kümpel, M. Vojtěchovský, et. Al.: Gerontopsychiatrie. Grada – Avicenum, Praha 1994
3. Bible. Ekumenický překlad, Praha 1979
4. L. Buñuel: Do posledního dechu. Mladá fronta, Praha 1987
5. E. V. Frankl: Homo patiens. Pax, Varšava 1976
6. E. Fromm: Budete jako bohové. Lidové noviny, Praha 1993
7. H. Haškovcová: Fenomén stáří. Panorama, Praha 1989
8. A. Kepiški: Rytmus života. Avicenum, Praha 1986
9. E. Kübler – Ross: Odpovědi na otázky o smrti a umírání. Naklad. H + H, Praha 1995
10. B. Pascal: Myšlenky. Odeon, Praha 1973
11. V. Příhoda: Ontogenese lidské psychiky. SPN, Praha 1974
12. P. Říčan: Cesta životem. Panorama, Praha 1989
13. V. Smitka: O bolesti, utrpení a osamělosti starých lidí. Čas. lék. čes. 134, 1995, č. 21, s. 699 – 700
14. V. Smitka: Poznámka k otázce sebereflexe. Čs. psychologie 1995, XXXIX, č. 5, s. 456 – 460
15. E. Wilson: O lidské přirozenosti. Lidové noviny, Praha 1993

---

# PŘÍLOHA

---

## PRÁVO NA STUDIUM

## Má každý právo na vysokoškolské vzdělání?

Ze zprávy Českého helsinského výboru o stavu lidských práv  
v ČR v r. 1998

Odpověď na tuto otázku není a nemůže být jednoznačná. Vysokoškolské vzdělávání - anebo v nové terminologii: terciární vzdělávání - není zakotveno v Listině základních práv a svobod ve stejném smyslu jako vzdělání v základních a středních školách. Především jeho bezplatnost není zaručena stejně jako u primárního a sekundárního vzdělání, ale svým způsobem pouze doporučována v závislosti na „schopnostech občana a možnostech společnosti“. Tato definice ovšem může být (a je) předmětem mnoha nejrůznějších interpretací. Kdo a jak definuje „schopnosti občana“? Jsou „možnosti společnosti“ otázkou čistě nebo především ekonomickou (otázkou existujících finančních zdrojů, potřeb pracovního trhu atp.) nebo jsou také, a do jaké míry, problémem kulturních hodnot?

Právo na vysokoškolské vzdělání je všude na světě závislé na odpovědi na tyto a podobné otázky. Není to tedy právo absolutní, jakým je právo na vzdělání odpovídající povinné školní docházce, ale podle našeho názoru se ve většině zemí Evropské unie a OECD tímto směrem vyvíjí. Lépe řečeno, politika těchto zemí směřuje k tomu, aby každý občan s dokončeným středoškolským vzděláním (a často i bez něho) měl umožněný a zajištěný přístup k vysokoškolskému vzdělání. Nemusí se vždy jednat o přístup ke studiu v kterémkoliv oboru nebo na kterékoliv univerzitě, ale stát se svým způsobem zavazuje k tomu, aby každý kvalifikovaný občan měl přístup alespoň k jedné z existujících forem terciárního studia. Pokud existující formy nestačí, vytváří alternativní možnosti.

Bývalé komunistické země tímto vývojem neprocházely a jejich dědictví v tomto směru stále přetrvává i v dnešní České republice. Skoro 60 % uchazečů o vstup na vysokou školu není přijato ať už proto, že jejich znalostí a schopností nejsou považovány za dostatečné (i když všichni mají maturitu), anebo proto, že kapacity a zdroje existujících vysokých škol jsou omezené. Jedním z výsledků tohoto vývoje jsou velké rozdíly mezi účastí na vysokoškolském studiu ve většině zemí OECD a v České republice. Ve věkové skupině 18 až 21 let je zapsáno na vysokých školách a v jiných terciárních institucích v ČR necelých 17 % příslušné věkové skupiny, zatímco v zemích OECD v průměru více než 23 %. Podstatně větší rozdíl je ve věkové skupině 22 – 25 let (8,3 % v ČR oproti 16,9 % OECD) a ve věkové skupině 26-29 let jde dokonce o trojnásobek (2,1 % v ČR a 6,8 % OECD).

Z uvedených srovnání je zřejmé, že Česká republika zatím nedospěla k interpretaci práva na vysokoškolské studium tak, jak je chápáno ve většině zemí Evropské unie a OECD, kde jde o uspokojení individuální poptávky po tomto studiu. Nutno ale zdůraznit, že vývoj za poslední léta (prakticky od roku 1990) přispěl k rozmachu terciárního studia a k alespoň částečnému překlenutí rozdílu mezi ČR a zeměmi EU a OECD. Počet studentů přijímaných na vysoké školy v ČR vzrostl o víc než 70 % a celkový počet studentů skoro o 50 %. Ne-

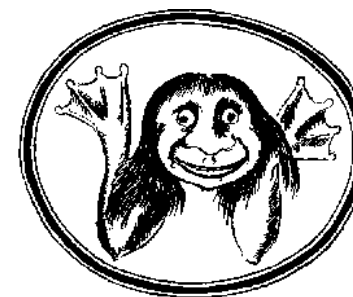
sporným pokrokem je také nový zákon o vysokých školách (z dubna 1998), který umožňuje vznik tzv. neuniverzitních institucí vysokého školství a soukromých vysokých škol. Nová legislativa by tak měla přispět k nezbytné diverzifikaci terciárního vzdělávání v ČR.

Jak už řečeno, právo na vysokoškolské studium nemůže být a nikde není interpretováno jako právo na přístup ke kterémukoliv oboru na kterékoliv univerzitě podle vlastní volby (“chci a musím studovat medicínu či práva na Univerzitě Karlově”). Problémem České republiky byla až donedávna absence alternativ k tradičním univerzitám či vysokým školám. I v tomto směru došlo k pokroku vznikem vyšších odborných škol, které jsou jakýmsi mezistupněm středního a vysokého školství. Až doposud je ale jejich statut nejasný; nejsou uznány za součást vysokého školství. Jsou proto často vnímány jako jakési nouzové východisko pro ty, kteří se nedostali na tradiční vysokou školu.

Závěrem je tedy možné konstatovat, že v ČR je právo na vysokoškolské vzdělání zatím velmi omezené, i když za poslední léta došlo k významnému pokroku. V mnoha evropských zemích, právě tak jako v USA, se dnes často hovoří o univerzálním přístupu k vysokému školství, přičemž některé z malých zemí, např. Finsko, dosahují 50% až 55% účasti a předpovídají 70% v prvních letech 21. století. Od těchto ukazatelů je Česká republika jistě daleko. Přitom hlavním důvodem pomalého vývoje zůstává určitá představa - hlavně uvnitř akademické obce - že přístup k vysokoškolskému studiu musí být vyhrazen pouze určité elitě a přílišný kvantitativní růst vysokoškolského systému vede nutně ke snížení jeho kvality. To je ovšem zásadně nesprávný argument, který popírá jak vývoj a zkušenost většiny západních zemí, tak prostá skutečnost, že kvalitu vysokého školství je nutno posuzovat z nejrůznějších hledisek, a nejen tedy z pohledu tradičních univerzit.

Nutno doufat, že k tomuto vývoji a chápání dojde i v ČR, především pod tlakem nezadržitelné poptávky po vysokoškolském studiu a také pod tlakem požadavků trhu práce a technologického vývoje. Dříve nebo později se tak právo na vysokoškolské vzdělání stane i v ČR - jako už v mnoha zemích - nikoli privilegiem, ale skutečnou a integrální součástí naplňování moderních lidských a občanských práv.

*Ladislav Čerych, Ústav výzkumu a rozvoje školství při PdF UK*



## Koncepce vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy v České republice

MŠMT předložilo k veřejné diskusi dokument „Koncepce vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy v České republice“. Po zohlednění připomínek mají být mnohé koncepční záměry promítnuty do připravovaného zákona o vzdělávání, který bude spolu se zákonem č. 111/1998 Sb., o vysokých školách tvořit právní páteř vzdělávací soustavy v ČR.

Předložená koncepce vychází z Programového prohlášení vlády ČR z července 1998 a obsahuje Hlavní cíle vzdělávací politiky z letošního dubna. Odvolává se též na Koncepci státní politiky ve vztahu k mladé generaci v ČR do roku 2002 a Koncepci státní politiky tělovýchovy a sportu a uvádí, že MŠMT předloží vládě do konce r. 1999 koncepční materiál Národní politika výzkumu a vývoje.

Koncepce využívá různých hodnocení české vzdělávací soustavy a jejího srovnání s vývojem ve světě a v této souvislosti se zmiňuje o doporučení OECD, projektech Phare a hospodářské strategii pro vstup do EU. Značnou pozornost koncepcce věnuje regionálnímu školství, protože politiku vysokého školství do značné míry vymezuje již přijatý zákon; MŠMT zpracovává v současné době dlouhodobý záměr rozvoje vysokých škol. Detailní studie o výhledech rozvoje terciárního sektoru vzdělávání, jehož součástí je i vysoké školství, se stane jedním z podkladů v další etapě veřejné diskuse.

MŠMT předpokládá, že první etapa veřejné diskuse ke Koncepci vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy České republiky bude ukončena do 15. října 1999 a že do října 2000 bude vládě předložen Národní program rozvoje vzdělávání v České republice pro 21. století (tzv. Bílá kniha).

MŠMT vyzývá veřejnost, aby své připomínky směřovala i vůči dokumentu České vzdělání a Evropa: strategie rozvoje lidských zdrojů při vstupu ČR do EU. Lze jej nalézt v Učitelských novinách (č. 7/8, ročník 1999) a na internetových stránkách MŠMT. Veškeré připomínky lze zasílat na adresu: Sekretariát I. náměstka ministra, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Karmelitská 7, 110 00 Praha 1, fax: 531 597, e-mail: soural@msmt.cz.

Koncepce stanoví tyto HLAVNÍ CÍLE VZDĚLÁVACÍ POLITIKY:

- 1) Rozvoj vzdělávacích příležitostí a rovnost v přístupu ke vzdělávání
  - **Uskutečnit** změny vzdělávací soustavy, které umožní **přístup k vyššímu vzdělání** i dětem z méně podnětného sociálního prostředí.
  - **Umožnit** dvěma třetinám až třem čtvrtinám mladých lidí získávat **maturitu** ve středním všeobecném nebo odborném vzdělávání.
  - **Zajistit** do roku 2005 polovině populačního ročníku možnost nastoupit do některé z forem **terciárního vzdělávání**.
  - **Prodloužit průměrnou délku** vzdělávání do roku 2005 ze současných 14,7 na 16,7 let, a tak se vyrovnat dnešnímu průměru zemí Evropské unie.

- 2) Změny v pojetí a obsahu vzdělávání i charakteru školy
  - **Vytvořit rozmanitou a prostupnou** vzdělávací soustavu, která bude rozvíjet klíčové kompetence a příležitosti k **celoživotnímu učení**.
  - **Předložit** v roce 2000 k veřejné diskusi rámcový vzdělávací program (**národní curriculum**) pro základní školu a postupně do roku 2002 vzdělávací programy pro další školy.
  - **Dokončit** v roce 2001 po veřejné diskusi reformu **maturitní zkoušky** a zavést její povinnou státní část.
  - **Rozšířit** využívání škol pro **zájmovou činnost** a volný čas dětí a mládeže, podpořit iniciativu škol v nabídce **dalšího vzdělávání** pro všechny občany.
- 3) Změny ve struktuře vzdělávací soustavy
  - **Posílit** rozvoj **předškolního vzdělávání a druhého stupně základní školy**, bohatost a rozmanitost vzdělávací nabídky a umožnit tak lépe respektovat různé zájmy a možnosti dětí.
  - **Odstranit** do roku 2002 **slepé uličky** na přechodu mezi základní a střední školou a v soustavě středních škol.
  - **Podpořit** rozvoj diverzifikovaného **terciárního vzdělávání** srovnatelného se zeměmi Evropské unie.
  - **Přípravit** koncepci a strategii rozvoje **dalšího vzdělávání** (vzdělávání dospělých), včetně legislativního zajištění a způsobu financování.
- 4) Obrat v postavení učitelů a v přístupu k ekonomickému zajištění vzdělávací soustavy
  - **Zajistit** podmínky pro odpovídající přípravu, **další vzdělávání pedagogů** a jejich profesní, kariérní i platový růst.
  - **Prosadit**, aby se **průměrné platy** ve veřejném školství zvyšovaly v následujících letech v průměru o 6-8% rychleji než mzdy v celé společnosti. Platy učitelů tak v roce 2005 dosáhnou – ve vazbě na výši mezd a HDP – úrovně srovnatelné se zeměmi EU.
  - **Založit** a realizovat **rozvojové a inovační programy**, podporující zejména tvořivou práci škol a rozvoj dalšího vzdělávání.
  - **Snížit zatížení rodin** vyplývající z úhrady části nákladů za děti v mateřských školách, základních uměleckých školách, v zájmových a volnočasových aktivitách.
  - **Zvýšit veřejné výdaje** na vzdělávání z necelých 4,5 % HDP na **6 % HDP v roce 2002**.

### FUNKCE A POSLÁNÍ VZDĚLÁVACÍ SOUSTAVY

Předkládaná koncepce

- přiznává každému jedinci (a zároveň od něj vyžaduje) **odpovědnost** za jeho osud i převzetí osobního podílu odpovědnosti za společné rozhodování,



- usiluje o **rovné příležitosti** pro všechny a o odstraňování překážek bránících jejich rozvoji.

Vzdělání považujeme za základní lidské právo i univerzální lidskou hodnotu. Jeho cíle jsou odvozeny jak z **individuálních, tak i společenských potřeb**. Vzdelávání se proto nevztahuje jen k vědě a poznávání, ale i k osvojování si sociálních a dalších dovedností, duchovních hodnot a žádoucích vztahů k ostatním lidem i ke společnosti jako celku, ke schopnosti uplatnit se v pracovním prostředí. Proto je současně zaměřeno na **rovinu osobního rozvoje, formování občana i přípravu pro život v 21. století**. V uvedených hlavních rovinách se vzdělávací systém zaměřuje zejména na:

- **Rozvoj osobnosti.** Vzdelávání má vybavit člověka tak, aby uměl uplatňovat svá práva a současně plnit povinnosti svobodného občana v demokratické společnosti.
- **Posílení soudržnosti společnosti.** Vzdelávací systém může podstatně přispívat ke zvyšování propustnosti společnosti, vyrovnávat životní příležitosti, omezovat vytlačování znevýhodněných skupin na okraj společnosti, a tím přispívat k její stabilizaci.
- **Podpora demokracie a občanské společnosti.** Školní společenství je prvním společenským prostředím, do něhož dítě vstupuje. Toto společenství působí charakterem vztahu mezi učitelem a žákem, utvářením školní komunity i celkovým uspořádáním vzdělávacího systému, který by měl být otevřený a přístupný zapojení všech partnerů.
- **Výchova k partnerství a spolupráci v evropské i globalizující se společnosti** rozšiřuje předchozí cíl o další úroveň. Aby jedinec mohl obstát jako sebejistý, sebevědomý občan bez pocitů ohrožení, musí být konkurenceschopný v globální společnosti, nesmí se cítit znevýhodněn kvalitou či zaměřením vzdělání, jazykovými bariérami či kulturními aspekty výchovy.
- **Zvyšování zaměstnatelnosti,** tedy schopnosti nalézat zaměstnání a trvale se uplatňovat na trhu práce, a to nejen doma, ale také v zahraničí. Vyžaduje to orientovat všeobecné i odborné vzdělávání na zvyšování flexibility a adaptability člověka, na jeho tvořivost a iniciativu, na samostatnost a odpovědnost. Souvisí především se zabezpečením vzdělání v oborech, které globální trh práce upřednostňuje, což je pro 21. století zejména vzdělávání zaměřené na uplatnění v informační společnosti.
- **Zvýšení konkurenceschopnosti ekonomiky a prosperity společnosti.** Vzdelávací soustava v moderní společnosti musí výrazným způsobem přispívat k **vysoké úrovni rozvoje lidských zdrojů**, jednomu ze základních faktorů jejího ekonomického vývoje.

*Kapitola NAVRHOVANÉ ZMĚNY VZDĚLÁVÁNÍ A VZDĚLÁVACÍ SOUSTAVY rozpracovává hlavní cíle vzdělávací politiky podle jednotlivých okruhů a vymezuje její hlavní tendence:*

- Otevírání vzdělávacího systému ostatní společnosti, zapojení všech partnerů. Na straně vzdělávacích institucí je nutno do spolupráce s vnějším prostředím zapojit učitele a další pracovníky, žáky a studenty i jejich rodiče, na straně okolí škol je třeba do komunikace se školou vtáhnout představitele obcí, regionů, zaměstnavatelů a dalších sociálních partnerů.
- **Vytváření co nejvíce vzdělávacích příležitostí a forem pro všechny** podle jejich schopností a požadavků i potřeb, zajištění skutečně rovného přístupu ke vzdělávacím příležitostem tak, aby každý měl možnost najít si vlastní vzdělávací cestu a později ji měnit. Mezi předpoklady rozšiřování vzdělávacích příležitostí patří i rozvoj netradičních forem vzdělávání, především distančních forem.
- **Proměna tradiční školy,** která zahrne všechny aspekty: změny obsahu, metody výuky, klimatu a rozšíření funkce školy. Škola musí především usilovat o to, aby měla pro žáky a studenty smysl a osobní význam. Dále musí také vnést do učebního procesu nové moderní informační technologie (připojení na Internet, digitální knihovny a zpřístupnění kvalitních informačních a vzdělávacích zdrojů všem školám musí být samozřejmou součástí proměny).
- **Uvolnění vnitřních zdrojů** vzdělávací soustavy využitím tvůrčí práce a iniciativy nejlepších učitelů a škol a jejich propojením s inovačním financováním.
- **Rozvoj a využití lidského potenciálu ve vzdělávání.** Je pochopitelné, že změny se mohou uskutečnit jen s podporou učitelů a dalších pracovníků vzdělávacích institucí. Mimořádnou péči je proto nezbytné věnovat vzdělávání i motivaci těchto nositelů přeměn.  
*Koncepce dále vyzdvihuje význam celoživotního učení pro přechod od společnosti orientované na průmyslovou a zemědělskou výrobu ke společnosti znalostí, informací a služeb. Realizace celoživotního učení se zaměří zejména na:*
- **Posilování základů celoživotního učení** – počáteční vzdělávání je potřebné zdokonalovat tak, aby jím lidé získali dostatečné základy pro vstup do aktivního života, pro práci a pro další učení. Nové prvky je nutno vnést do tvorby vzdělávacích programů, organizace škol i přípravy učitelů. Současně je nutno rozvíjet přístupy k žákům se zvláštními potřebami, aby nikdo z mladých lidí neopouštěl počáteční vzdělávání bez potřebných základů pro svůj život, práci a další učení.
- **Dobudování sektoru dalšího vzdělávání,** který je nutno podpořit vytvořením průhledných pravidel financování, certifikace; dotvořen bude informační systém o dalším vzdělávání, jeho koncepční pojetí.
- V rámci počátečního i dalšího vzdělávání je nutno dospět ke vzájemně kompatibilnímu **systému kvalifikací**, k modulární struktuře vzdělávání, k uznávání částí dosaženého vzdělání a odborné přípravy tak, aby každý

člověk mohl kdykoliv během života na dosažené vzdělání navázat nebo původně určenou vzdělávací cestu pružně měnit.

- **Možnosti přechodů mezi vzděláváním a prací**, a to jak v organizaci, tak novou úroveň propojení obou sfér. Při tvorbě celého rámce celoživotního učení bude nutno uvažovat i zkušenosti z praxe a samostatně neformální učení mimo instituce.
- **Úloha a odpovědnost všech partnerů** – všichni aktéři od vlády, územních správ a samospráv, sociálních partnerů, zájmových skupin, až po vlastní vzdělávací instituce a účastníky celoživotního učení budou znát své úlohy a odpovědnost v celém systému.
- Pro uskutečnění kroků k celoživotnímu učení bude nutné **zajistit jeho financování**, jak efektivním využitím veřejného financování zaměřeného přímo na cílové skupiny, tak vytvářením stimulačního prostředí pro jednotlivce i instituce poskytující vzdělání.

*V souvislosti s ROZVOJEM VZDĚLÁVACÍCH PŘÍLEŽITOSTÍ A ROVNOSTI V PŘÍSTUPU KE VZDĚLÁVÁNÍ se dokument zaměřuje zejména na co nejširší přístup ke vzdělání, se zvláštním zaměřením na děti z méně podnětného sociálního prostředí, a na umožnění tzv. úplného středoškolského vzdělání (tj. zakončeného maturitou) i terciárního vzdělání co největším skupinám populace. Za nezbytnou považuje péči státu o odstraňování jakýchkoli forem diskriminace a snazší přístup ke vzdělání nejenom dětem a mladým lidem z rodin s horším sociálně ekonomickým a vzdělanostním zázemím a handicapovaným občanům, ale také národnostním a etnickým minoritám, přistěhovalcům. Proto se v koncepci hovoří o přípravě ke vstupu do školy, integraci žáků, přípravě učitelů dostupnosti škol a tříd, individualizace vzdělávacích programů; při integračních aktivitách se má výrazně uplatnit moderní informační technologie.*

**Možnost získání maturity** se bude týkat **dvou třetin až tří čtvrtin mladých lidí**. Samozřejmě je nutné se přitom zaměřit na kvalitu maturitní zkoušky tak, aby se stala skutečným měřítkem dosažené úrovně kompetencí, znalostí a dovedností i nástrojem pro změny obsahu a forem výuky na středních školách. Ve značné míře tyto cíle zajistí státní část maturity. Její úlohou bude tedy mimo jiné poskytnout institucím terciárního vzdělávání spolehlivou informaci pro přijímání studentů.

Střední vzdělání ukončuje v České republice již dlouhodobě více než 90 % příslušných populačních ročníků, což je v mezinárodním srovnání velice příznivý údaj. Snahou státu bude tuto úroveň zachovat a případně i zvýšit.

V dokumentu se dále uvádí:

Pokud jde o **terciární úroveň vzdělávání**, tj. především vysoké školy a vyšší odborné školy, hlavní cíle vzdělávání stanovují, že v roce 2005 bude na této **úrovni místo pro polovinu příslušného populačního ročníku**. Dnes je na univerzity a na vyšší odborné školy přijímáno kolem 35 % mladých lidí a terciární vzdělání si doplňuje dalších asi 5 % lidí v dospělejším věku. Důvodem je kromě nutného rozvoje vzdělanosti i postupný posun četných kvalifikací na terciární úroveň vzdělávání v důsledku jejich rostoucí náročnosti.

Ke splnění uvedeného cíle napomůže mírný nárůst počtu studentů přijímaných do existujících vysokých škol a vyšších odborných škol i dlouhodobý početní pokles populačních ročníků ve věku terciárního vzdělávání. K otevření nových studijních příležitostí nepochybně přispěje i ustanovení *zákona č. 111/1998, o vysokých školách*, podle něhož mohou vznikat neuniverzitní vysoké školy a soukromé vysoké školy univerzitního i neuniverzitního typu. Netradiční studijní příležitosti nabídne rozvoj distančního vzdělávání, založeného na informačních technologiích.

Všechna zmíněná opatření povedou k **prodloužení průměrné délky vzdělávání**, požadované hlavními cíli vzdělávací politiky, a to **ze současných 14,7 let na 16,7 let**. Tento cíl vyplývá z poznatku, že délka vzdělávání je sama o sobě důležitým předpokladem rozvoje osobnosti člověka a jeho kompetencí, přispívajících k jeho adaptabilitě i k zájmu o další vzdělávání. Krok k jeho splnění představovalo již zavedení 9. tříd na základních školách v roce 1996. Přispívá k němu i snižování podílu krátkých kursů učňovského školství, zmíněné rozšiřování možností maturitního studia i například péče o to, aby ti, kdo byli přijati na střední školu, ji také dostudovali. Dalším předpokladem je růst podílu populačního ročníku, přijímaného do terciární úrovně vzdělávání.

*Podle dokumentu vyžaduje vývoj české a evropské společnosti ZMĚNY V POJETÍ A OBSAHU VZDĚLÁVÁNÍ I V CHARAKTERU ŠKOLY. Nové požadavky budou v regionálním školství promítnuty do připravovaných legislativních změn a do ministerstvem vydaných rámcových vzdělávacích programů. Zaměří se na život v informační společnosti, na komunikační gramotnost a na přípravu metodickou, etickou a právní. Ministerstvo bude také podporovat změny v pojetí jazykového vzdělávání. Důraz bude kladen též na využívání škol pro zájmovou činnost a volný čas dětí a mládeže, na podporu iniciativy škol v nabídce dalšího vzdělávání.*

*V nových rámcových vzdělávacích programech budou stanoveny klíčové kompetence, nezbytné pro plnohodnotný život ve společnosti i v zaměstnání a pro další rozvoj osobnosti (zejména znalosti a dovednosti v oblasti komunikace, spolupráce, práce s informacemi a. Rámcové vzdělávací programy vymezí pro jednotlivé stupně a obory vzdělávací soustavy mj. cíle, obsah a podmínky vzdělávání a podmínky pro získání vysvědčení o dosaženém stupni vzdělání. Jejich součástí bude i zavedení jednoho světového cizího jazyka jako povinného předmětu s možností druhého cizího jazyka jako předmětu volitelného.*

*V pasáži, věnované OBSAHU VŠEOBECNÉHO ZÁKLADNÍHO A STŘEDNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ se konstatuje, že důležitým limitujícím aspektem obsahových změn vzdělávání je trvale rostoucí množství nových informací. Řešením nemůže být aditivní metoda, tj. přidávání dalších a dalších vzdělávacích předmětů, případně stále detailnějších informací o nových poznatcích.*

*Kromě výuky mateřského jazyka, cizích jazyků, matematiky, případně dalších předmětů vzhledem k zaměření oboru vzdělávání budou v rámcových vzdělávacích programech stanoveny klíčové kompetence, cíle a závazné obsahové okruhy pro učební celky. V souladu s vývojem v Evropské unii je zvažována možnost jednoho jednotného světového jazyka jako společně povinného s možností druhého jazyka jako volitelného již od základní školy.*

*MŠMT předloží v roce 2000 k veřejné diskusi rámcový vzdělávací program pro*

základní vzdělávání a rámcový vzdělávací program pro vzdělávání v gymnáziích (včetně variant pro národnostní vzdělávání). První cyklus studia na víceletých gymnáziích bude z důvodu dostupnosti vzdělávacího systému korespondovat se vzdělávacím programem pro druhý stupeň základní školy. Respektovány budou specifické potřeby obsahu a ukončování vzdělávacích programů, realizovaných podle mezvládních dohod, i speciální vzdělávací potřeby žáků.

V obsahu středního a vyššího odborného vzdělávání se východiskem změn stane Standard středoškolského odborného vzdělávání, k jehož formulaci přispěl projekt Phare Reforma odborného vzdělávání. Možnost modulárního uspořádání obsahu odborného vzdělávání, podpořená tímto projektem, bude mít význam pro zlepšení dostupnosti systému i pro další kvalifikační a rekvalifikační vzdělávání. Jednotlivé programy budou předkládány k veřejné diskusi postupně do konce roku 2002.

Součástí reformy středního vzdělávání a jedním z významných koncepčních záležitostí je zavedení státní (státem centrálně zadávané a vyhodnocované) části maturitní zkoušky v oborech vzdělávání, kterými se dosahuje úplné střední nebo úplné střední odborné vzdělání.

**Státní část maturity srovnatelným způsobem ověří úroveň obecných klíčových kompetencí absolventa, které jsou důležité pro život, společenské a profesní uplatnění i pro následující vzdělávání a které souvisejí se získáním úplného středního vzdělání.** Vycházet bude z obsahu a rozsahu stanoveném ve společném jádru rámcových vzdělávacích programů. Vzhledem k tomu, že vysoké školy budou moci využívat výsledků srovnatelné části maturitní zkoušky při přijímacím řízení, předpokládá se účast vysokých škol na koncipování státní části maturity.

Státní část maturity bude zaměřena na:

- komunikaci a práci s informacemi v mateřském jazyce,
- komunikaci ve zvoleném cizím jazyku,
- schopnost využití matematických postupů a nástrojů k řešení problémů,
- další kompetence a znalosti dané cíli úplného středního vzdělávání.

Zavedení státní části maturity je možné až po schválení připravovaného zákona o vzdělávání. **Za nejbližší vhodný rok považujeme školní rok 2001/2002.** Podrobnější představa o nové podobě maturitní zkoušky bude veřejnosti předložena k diskusi ještě v průběhu právě probíhajícího školního roku.

## VYSOKOŠKOLSKÉ VZDĚLÁVÁNÍ

Charakteristickou vlastností vysokoškolského vzdělávání je jeho **úzké propojení s činností vědeckou, výzkumnou, vývojovou, uměleckou a další tvůrčí činností.** Všestranná podpora těchto činností je nezbytnou podmínkou rozvoje vysokého školství a patří mezi základní koncepční záměry resortu.

### Studijní programy

Vysokoškolské vzdělávání je strukturováno do studijních programů (bakalářských, magisterských a doktorských). Jejich obsah je plně v kompetenci vysokých škol, s ověřením potřebné kvality Akreditační komisí. Na vysokých školách bude věnována pozornost:

- inovaci studijních programů,
- omezování přílišné encyklopedičnosti studia,
- nabídky studia v cizích jazycích,
- interdisciplinárním studijním programům,
- kreditnímu systému s cílem umožnit větší mobilitu studentů,
- propojení výuky v každém typu studijního programu s přiměřenou tvůrčí činností,
- spolupráci vysokých škol a fakult s cílem společného využívání laboratoří a nákladných zařízení.

V rámci integračních snah České republiky do EU se bude i české vysoké školství účastnit harmonizačního úsilí, jak je v tzv. *Sorbonnské deklaraci* z května 1998 (viz VNR 3/98 – pozn. red.) vyjádřily země EU. Kromě výše uvedených zásad to znamená i podporu mezinárodní srovnatelnosti programů a dokladů o studiu.

Hodnocení kvality ve vysokém školství

Bez základních prvků úspěšného a efektivního řízení, tj. monitorování činnosti a hodnocení kvality, nelze cíleně ovlivňovat a tím méně zvyšovat úroveň procesů probíhajících v dané instituci a její infrastrukturu. Monitorovat a hodnotit je nutno všechny činnosti a funkce, které mají vliv na kvalitu výkonu instituce, včetně procesů kontroly kvality. Přitom je nutno mít na paměti, že cílem hodnocení je především **stimulace k lepším výkonům, změněm ke zvýšení odpovědnosti** za vykonávanou činnost či svěřené hmotné prostředky.

Akademické svobody, vysoká autonomie a samospráva vysokých škol jsou spojeny s jejich odpovědností za kvalitu poskytovaného vzdělání i všech jejich dalších činností.

Na uvedené skutečnosti reaguje i *zákon č. 111/1998, o vysokých školách*. Stanovuje **úlohu Akreditační komise v oblasti zajištění kvality činností vysokých škol a ukládá vysokým školám povinnost pravidelného vlastního hodnocení, které bude podrobněji vymezeno statutem.**

Vzhledem k diverzifikaci vysokoškolského vzdělávání jsou i české vysoké školy, jejich zaměření a studijní programy velmi rozmanité. Proto je při jejich hodnocení nutno rozlišit různé druhy tomu odpovídající kvality. V průběhu hodnocení je potřeba nacházet a oceňovat silné stránky v činnosti různých typů vysokých škol a fakult, ale zároveň též odhalit a zveřejnit jejich slabé stránky tak, aby byly nuceny respektovat doporučení, jak je odstranit.

U vysokých škol bude v souladu s jejich posláním **hodnocena i jejich vědecká a tvůrčí činnost a to, jak naplňují službu společnosti.**

Závažné nebezpečí se může skrývat v použití negativních výsledků hodnocení k přímým restriktivním opatřením. Navrhovaná doporučení k odstranění nedostatků mají dávat dostatečný časový prostor k nápravě a nemají být přímo spojena s přidělováním finančních prostředků.

Vzhledem k dosavadním zkušenostem lze očekávat, že Akreditační komise při své práci v plné míře využije soudobé metody hodnocení kvality vysokých škol, včetně jejich sebehodnocení. Její činnost bude nepochybně i nadále doplňována

četnými sebehodnotícími a hodnotícími činnostmi vysokých škol, které se často uskutečňují v mezinárodní spolupráci.

Změny dozná také struktura vzdělávací soustavy, jež musí umožnit nejen vertikální, ale i horizontální průchodnost bez „slepých cest“ a diskriminací. Současně musí poskytnout příležitosti jak k počátečnímu, tak i k dalšímu vzdělávání a k celoživotnímu učení.

Základem vzdělávací soustavy jsou **vzdělávací programy a vzdělávací instituce** (školy a školská zařízení). Vzdělávací programy budou rozlišeny na ty, které poskytují stupeň vzdělání, a ty, které stupeň vzdělání neposkytují. Tyto dva typy programů i institucí, které je budou realizovat, budou zaujímat rovnocenné postavení. Samozřejmě budou mnohé instituce poskytovat oba typy vzdělávacích programů.

Klíčovou funkcí ministerstva bude podporovat kapacitní dostatečnost, komplexnost, vyváženost a dostupnost všech vzdělávacích příležitostí v základním, středním a vyšším odborném vzdělávání. Proto bude v připravovaném zákonu o vzdělávání nově definována struktura vzdělávací soustavy a funkce vzdělávacích institucí. Odlišně bude upravena právní forma vzdělávacích institucí, jejich práva a povinnosti, práva a povinnosti jejich zřizovatelů a kompetence orgánů státní správy tak, aby byl možný účinný dohled, efektivní využívání prostředků státního rozpočtu a co nejširší přístup ke vzdělávání. Zachována bude rozmanitost zřizovatelů.

V rámci vzdělávací soustavy budou zabezpečovat řadu funkcí důležitých pro její optimální fungování tzv. **podpůrné systémy**, (např. školní knihovny, systém pedagogicko-psychologického poradenství, poradenství pro volbu povolání, střediska výchovné péče, dalšího vzdělávání učitelů, informačních technologií a služeb školám, ústav výzkumu vzdělávání, Ústav pro informace ve vzdělávání, Institut pedagogicko-psychologického poradenství, Národní informační a poradenské středisko a další).

**Koncepce se dále zabývá součástmi VZDĚLÁVACÍ SOUSTAVY A ORGANIZACE VZDĚLÁVÁNÍ.** *Mj. oceňuje význam předškolního vzdělávání a poukazuje na nutnost uzákonit právo na zařazení dítěte do předškolního vzdělávání v roce, který předchází nástupu do prvního ročníku základního vzdělávání. Povinné vzdělávání bude i nadále stanoveno v rozsahu devíti let, pozornost má být věnována péči o talenty a integraci handicapovaných žáků. Po základním stupni vzdělání může absolvent pokračovat v libovolném vzdělávacím programu středních škol, pokud v rámci přijímacího řízení prokáže vhodné dispozice. Bude tak odstraněna jedna z bariér, které bránily prostupnosti vzdělávacího systému.*

*Střední vzdělávání by mělo být ve všech svých formách přístupné všem bez ohledu na způsob nebo formu nabytí stupně základního vzdělání, tedy i těm, kteří základního stupně nedosáhli, ale ukončili povinnou školní docházku. Počítá se s lepší prostupností mezi vzdělávacími programy a bude podporována modulární struktura studia stejně jako vznik smíšených škol, kombinujících odborné i všeobecné vzdělávací programy. Zájemcům ze všech typů odborného vzdělávání bude umožněn přístup k maturitní zkoušce.*

*Všeobecné vzdělávání a jeho rozvoj označuje MŠMT za důležitý strategický záměr.*

*Absolvování nižšího stupně víceletého gymnázia bude organizováno v souladu s rámcovým vzdělávacím programem základního vzdělávání. Úprava vzdělávacího programu na úrovni školy umožní přizpůsobit charakter vzdělávání potřebám mimořádně talentovaných žáků. Absolvováním základního stupně vzdělání na víceletém gymnáziu však na rozdíl od současného stavu nebude omezena možnost žáků přihlásit se a být přijat do kterékoliv další střední školy. Při přijímacím řízení nebudou zvýhodněni i v případě zájmu pokračovat ve vzdělávání na těžší škole.*

*Vedle všeobecného vzdělávání v gymnáziích bude podporováno i všeobecné technické vzdělávání, které bylo pokusně ověřeno v podobě takzvaných technických lyceí.*

*Odborné vzdělávání – jeho organizace, struktura a zaměření též dozná významných změn: respektují požadavky na rovné podmínky pro všechny vzdělávací programy, účinnou vazbu školního vzdělávání na trh práce, možnost využít škol i k dalšímu profesnímu vzdělávání, rekvalifikacím, celoživotnímu učení, distančnímu vzdělávání apod..*

*TERCIÁRNÍ VZDĚLÁVÁNÍ vnímá MŠMT v souladu s přístupy, které se dnes ve světě i v Evropské unii prosazují, následovně:*

Terciární vzdělávání je státem uznané vzdělávání, které navazuje na úplné střední nebo úplné střední odborné vzdělání ukončené maturitou. Mohou je uskutečňovat prostřednictvím studijních programů nebo dalšího vzdělávání vysoké školy (univerzitního nebo neuniverzitního typu), vyšší odborné školy, popřípadě střední školy či jiné vzdělávací instituce, které k tomu získají akreditaci.

Zájem o terciární vzdělávání je ve světě i u nás poměrně značný a v budoucnu spíše ještě poroste. Stále zřetelněji se totiž ukazuje lepší pozice osob s vyšším vzděláním na trhu práce. Na tuto poptávku bude stát přiměřeně reagovat. Nemá-li dojít k ohrožení kvality vzdělávání, musí být nárůst počtu studentů nutně doprovázen diverzifikací studijní nabídky. Znamená to, že kromě klasického univerzitního studia, které je při současných požadavcích schopen a ochoten absolvovat jen určitý podíl příslušné věkové populace, jsou uchazečům o studium nabízeny další možnosti. Důležitou roli v nich mají **kratší profesně orientovaná studia** vedoucí obvykle k bakalářskému titulu, ale i jiné kratší kurzy v rámci terciárního sektoru vzdělávání vedoucí k získání diplomu nebo jiného osvědčení. Lze tak uspokojit potřeby uchazečů o studium, vyhovět jejich představě o budoucím uplatnění v povolání a využít jejich specifické schopnosti a talent, které budou rozhodující pro úspěšné dokončení studia. Zároveň se jedná o reakci na požadavky trhu práce i celé společnosti.

Do rozvoje terciárního sektoru může významným způsobem zasáhnout **distanční vzdělávání**.

Základním strategickým záměrem ministerstva je přispět k vytvoření **bohatě diverzifikovaného, v maximální míře prostupného sektoru terciárního vzdělávání, nabízejícího dostatečné množství studijních příležitostí a využívajícího moderních informačních technologií a metod výuky.**

**Vyšší odborné vzdělávání** poskytuje specifické, **profesně orientované vzdělání** jako přípravu pro kvalifikovaný výkon náročných odborných činností. Vyšší odborné školy (VOŠ), které takové vzdělání poskytují, byly zřízeny jako nová sou-

část naší vzdělávací soustavy po roce 1990. Právně byla existence těchto škol zakotvena v novele školského zákona v roce 1995. V současnosti existuje poměrně nesourodý soubor cca 170 vyšších odborných škol. Pro další rozvoj této části terciárního sektoru je nezbytné:

- umožnit vyšším odborným školám, jejichž vzdělávací programy splňují požadavky kladené na bakalářské studijní programy, uskutečňovat tyto programy podle zákona o vysokých školách (transformace na neuniverzitní vysoké školy, spolupráce s vysokou školou, případně začlenění do některé vysoké školy),
- tam, kde je to možné, koncentrovat VOŠ do větších celků, v nichž se efektivněji využijí personální, prostorové a další kapacity,
- nově zavést pomaturitní odborně zaměřené vzdělávací programy, kterými sice nebude dosahován stupeň vzdělání, ale umožní získat odborné znalosti v jiném oboru, než ve kterém absolvent maturoval,
- uvést délku vzdělávání na vyšších odborných školách do souladu s praxí uplatňovanou v Evropské unii pro studium na terciární úrovni vzdělávání,
- analogicky se středním odborným vzděláváním strukturovat programy vyššího odborného studia v souladu se soustavou kmenových oborů.

#### Vzdělávání na vysokých školách

V oblasti vysokoškolského vzdělávání a jeho struktury se ministerstvo zaměří na vytváření předpokladů a podporu rozvojových programů pro:

Zvýšení počtu studentů v bakalářských studijních programech  
Kapacita magisterských studijních programů se jeví dostatečná. V blízké budoucnosti lze očekávat nasycenost pracovního trhu např. v oborech ekonomických, právnických a lékařských. S ohledem na demografický vývoj budou počty studentů magisterských studijních programů stagnovat či spíše klesat. Zvyšování počtu vysokoškolských studentů by se proto mělo odehrávat především v bakalářských studijních programech. Tyto programy musí být koncipovány tak, aby umožňovaly co nejlepší uplatnění absolventů bez ohledu na typ vysoké školy.

Další zkvalitňování magisterského a doktorského studia

Rozvoj studijních programů pro vzdělávání učitelů

Za rozvoj vzdělávání učitelů jsou především odpovědné pedagogické fakulty a další fakulty vzdělávající učitele. V dlouhodobých rozvojových plánech příslušných vysokých škol budou navrženy inovace a rozvoj studijních programů vedoucích k získání vysokoškolské kvalifikace pro výkon učitelského povolání. Vysoce důležité je však zároveň další vzdělávání učitelů, umožňující jejich kariérní růst, které kromě vysokých škol budou nabízet i další vzdělávací instituce.

Na některých univerzitních vysokých školách přitom bude jistě zachován dnešní stav, tj. studium zaměřené především na magisterské a doktorské studijní programy, na jiných postupně získají převahu bakalářské programy. V souvislosti s uskutečňovanými programy se budou různě orientované vysoké školy věnovat vědě, výzkumu a vývoji či jiné tvůrčí činnosti.

#### **Další vzdělávání**

V současnosti se realizuje buď v rámci oborů pro počáteční vzdělávání, prostřednictvím zvyšování kvalifikace a rekvalifikací a v ostatních vzdělávacích programech mimo soustavu oborů vzdělání (různé jazykové a zájmové kurzy, vzdělávání v postproduktivním věku apod.).

Nároky ekonomiky, společenský a technologický rozvoj vyvolávají stále větší potřebu, aby se učení stalo trvalou součástí každodenního života, plnilo funkci dalšího rozvoje člověka a vybavilo ho schopnostmi a dovednostmi, které mu umožní přizpůsobovat se měnícím se podmínkám a prostředí. Člověk bude muset být motivován, aby se tohoto procesu účastnil, a bude třeba usnadňovat jeho přístup k učení. **Bude propojována velice různorodá oblast vzdělávání osob, které již ukončily své počáteční vzdělávání tak, aby neexistovaly institucionální, právní, ani žádné další překážky pro jejich účast v dalším vzdělávání.** Současně bude nutno rozvíjet podmínky pro to, aby osoby, které nedosáhly ve svém počátečním vzdělávání dostatečné kvalifikace, si tyto základy doplnily.

Pro další vzdělávání budou využity **všechny formy, které nabízí rozvoj moderních informačních technologií, včetně vzdělávání distančního.**

Vytvořen bude pružný **systém certifikací a standardů** a využity další možnosti, aby neformální způsoby učení a zkušenosti získané praxí nezůstaly mimo tento systém. Systém kvalifikací, inovativní způsob jeho utváření bude propojovat počáteční a další vzdělávání v rámci celoživotního učení.

Školská zařízení, zajišťující zatím převážně oblast počátečního vzdělávání, budou otevřena společnosti, aby se na jedné straně **posílily vazby mezi počátečním a dalším vzděláváním**, a na druhé straně aby se **školy staly přirozenými centry učení**. Nové formy vzdělávání, využívající informační technologie, vzdělávací moduly aj., včetně vzdělávání distančního, umožní zvýšit rozmanitost nabídky a přiblížit se cílovým skupinám.

Významným principem, který se v oblasti dalšího vzdělávání uplatní, je **princip partnerství**. Tento princip musí být systémově definován. Jako partnery je nutno uvažovat vládu, jednotlivá ministerstva, zaměstnavatelské organizace, odbory, vzdělávací instituce. Mnoho aktivit se bude odehrávat na regionální a místní úrovni, s podporou správních a samosprávních orgánů. Zvláštní pozornost bude věnována systému financování, který musí zahrnovat řadu alternativ, od efektivního veřejného financování zaměřeného přímo na cílové skupiny, po daňová zvýhodnění a další ekonomickou stimulaci vzdělávacích institucí, podniků a jednotlivců. **Jednou z výrazných úloh státu se stane dopracování informačního systému o dalším vzdělávání a zajištění kvalitního poradenského a informačního servisu.** Velká část kursů dalšího vzdělávání, které jsou akreditovány Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy, bude i nadále poskytována školskými a dalšími vzdělávacími institucemi ve spolupráci s úřady práce a financována Ministerstvem práce a sociálních věcí.

Úkolem stanoveným hlavními cíli vzdělávací politiky vlády je **připravit koncepty a strategii rozvoje dalšího vzdělávání včetně jeho legislativního zajištění a způsobu financování**. MŠMT musí v této oblasti úzce spolupracovat zejména s Ministerstvem práce a sociálních věcí, ale i s dalšími ministerstvy (MPO, MF a jiná).

**OBRAT V POSTAVENÍ UČITELŮ** dává dokument do souvislosti se změnou jak charakteru jejich práce, tak vzdělávání a profesního růstu. Ve vzdělání pregraduálním dává důraz na výchovu k větší samostatnosti i odpovědnosti, na všeobecné vzdělání a schopnost spolupracovat. Ve spolupráci s Akreditační komisí bude ministerstvo usilovat, aby instituce vzdělávající učitele lépe zprostředkovávaly soudobé pedagogické, psychologické a sociálně psychologické poznatky, aby stále více motivovaly k samostatné práci se zdroji informací. Celkově bude v oblasti vzdělávání budoucích učitelů MŠMT usilovat o to, aby se jeho koncepční záměry, týkající se cílů a obsahu vzdělávání, plně promítly do příslušných studijních programů pedagogických fakult a dalších fakult vzdělávajících učitele.

Součástí studijních programů pro přípravu učitelů má být mj.:

- rozvíjení klíčových dovedností, příprava k praktickému využívání soudobých poznatků v oblasti vzdělávání a motivace k aktivnímu učení využíváním tréninkových metod, osvojování si týmové práce a schopnosti kvalitní výuky integrovaných předmětů, získávání dovedností k ovládnutí nových technických prostředků a interaktivních technologií a celkově schopnosti vyrovnat se s nároky informační společnosti, zvyšování jazykových kompetencí.

Pro další vzdělávání učitelů ministerstva stanovilo tyto záměry:

Dopracování a schválení **programu Učitel do konce roku 2002**. Tento program vymezí organizační, obsahový a ekonomický rámec systému dalšího vzdělávání učitelů; nezbytný právní rámec bude vytvořen v zákonu o vzdělávání.

- Vypracování **systému profesního růstu učitelů** založeného na jejich odborné i ekonomické motivaci. V rámci tohoto systému bude mít každý učitel možnost profilace svého dalšího vzdělávání na základě svého odborného zaměření, zájmu, ale i potřeb školy. Ministerstvo předpokládá, že **systém profesního růstu vytvoří nástroje pro diferencované odměňování učitelů a pro přípravu na specifické profesní funkce, včetně funkcí řídicích.**

Důležitou podmínkou podpory práce učitelů i jejich dalšího vzdělávání je vytvoření vhodných pracovních podmínek. **Ministerstvo proto podá návrh na úpravu přímé vyučovací povinnosti učitelů.** Motivační opatření se budou týkat i spolupráce pedagogických pracovníků s Českou školní inspekcí.

Příprava pro výkon pedagogické profese se ovšem týká i **učitelů na vysokých školách.** Také pro ně je nutno hledat cesty k posilování jejich pedagogické přípravy, zejména formou dalšího vzdělávání, a k podpoře zohledňování této přípravy při jejich hodnocení, přestože se neočekává, že tato příprava bude závaznou podmínkou pro výkon profese vysokoškolského učitele. Způsob jejího respektování při hodnocení a odměňování učitelů bude věcí jednotlivých vysokých škol a fakult. Podporovány budou kurzy pedagogické kvalifikace vysokoškolských učitelů a rozvoj mezinárodní spolupráce v této oblasti, která se dnes týká například pedagogické kvalifikace inženýrů.

Pozornost bude nutno věnovat dopracování **postavení učitelů vyšších odbor-**

**ných škol** i postavení řídicích pracovníků škol a dalších institucí resortu školství. Stále důraznější požadavky budou kladeny na jejich **odpovídající vzdělávání v manažerských dovednostech**, v základech ekonomiky a práva.

Odpovídající odměňování učitelů i dalších pracovníků v oblasti školství a vzdělávání je ovšem závislé na celkové ekonomické situaci vzdělávacího systému.

*Pokud jde o FINANCOVÁNÍ VZDĚLÁVÁNÍ, pak dokument zdůrazňuje soulad školské politiky resortu s finanční politikou státu a nutnost účelových dotací na program státní informační politiky. Prioritní oblasti financování vyjadřuje takto:*

- **Zvýší se podíl výdajů školství na hrubém domácím produktu** - v souladu s Programovým prohlášením vlády ČR se předpokládá, že **veřejné výdaje na vzdělávání dosáhnou do roku 2002 výše 6 % z HDP** (v roce 1998 to bylo méně než 4,5 %).
- **Zvýší se platy pedagogických pracovníků** - v rámci 6% objemu výdajů z HDP na vzdělávání bude možno zabezpečit rychlejší nárůst průměrných měsíčních platů pedagogických pracovníků tak, aby v roce 2002 činily 130 % průměrných platů v národním hospodářství. **Zvýšení celkových objemů výdajů na odměňování učitelů současně umožní diferenciaci na základě profesního růstu.**
- **Zvýší se efektivita vynaložených prostředků ze státního rozpočtu na vzdělávání** zejména:
  - zvýšením předběžné a průběžné kontrolní činnosti rozpočtových operací na všech úrovních řízení,
  - zavedením důsledných rozborů a hodnocení úrovně hospodaření (úroveň ekonomiky), zejména na nejnižším článku řízení (škole),
  - zefektivněním učebního procesu integrací moderních informačních technologií, podporou samostudia distanční formou vzdělávání, digitálními a multimediálními učebnicemi a pomůckami.
- **Optimalizace sítě škol** bude orientována tak, aby byl zabezpečen rovný přístup ke vzdělání pro mládež příslušných populačních ročníků při racionálním vynakládání finančních prostředků. Kapacity škol zůstanou zachovány i pro potřeby dalšího vzdělávání.
- **V oblasti péče o investiční majetek** bude:
  - inovováno přístrojové vybavení škol, zejména vysokých škol, zabezpečeno připojení všech škol na Internet,
  - sníží se rozestavěnost staveb,
  - výstavba nových kapacit bude realizována po důkladných analýzách a jen výjimečně,
  - prostředky budou orientovány na opravy a údržbu majetku,
  - sníží se energetická náročnost budov,
  - sníží se škodlivé emise tepelných zdrojů.
- S vládou a Parlamentem bude **dořešena problematika náhrad restituovaných objektů:**

- urychleným přísunem nezbytných prostředků,
- prosazením zákona umožňujícího prodloužení lhůty užívání restituovaného majetku.

### Základní principy financování

Stát bude nadále garantovat, formou účelově přidělených prostředků, **financování přímých nákladů na pedagogickou činnost** po celé vertikále řízení a bude rozhodovat o přidělování prostředků na investiční výstavbu. **Zřizovatel** (stát, kraj, obec, fyzická či právnická osoba, církev) **bude hradit provozní náklady.**

Uvedené principy zajistí rovnost financování všech škol a školských zařízení **bez ohledu na zřizovatele.**

- **Přímými náklady na pedagogickou činnost** se rozumějí kromě finančních prostředků na mzdy pedagogů a zákonné odvody, též náklady na učební pomůcky a školní potřeby a učebnice, včetně digitálních, pokud jsou poskytovány bezplatně, dále **prostředky nezbytné na státem vyhlášené (podporované) rozvojové a inovační programy a na další vzdělávání pedagogických pracovníků.**

Stát bude moci z části přispívat i na ty náklady, které jinak hradí zřizovatel. Výše příspěvku státu bude určena zákonem o státním rozpočtu, nařízením vlády nebo smluvním vztahem mezi zřizovatelem a orgánem státní správy příslušného stupně řízení.

Výše dotace bude stanovena s ohledem na:

- typ a finanční náročnost vzdělávacích programů či poskytovaných služeb,
- formu studia,
- počet studujících.

Výše dotace může být dále ovlivněna nezbytností **vyrovnávat rozdílné podmínky škol**, které budou spojeny například s rozdílnými možnostmi finanční podpory škol z obecních a krajských rozpočtů.

Výši přímých nákladů na vzdělávání bude bez ohledu na zřizovatele možno vázat na splnění podmínek v rámci správního řízení při zařazování do rejstříku škol, případně dalších podmínek smluvně uzavřených.

Pro účely financování budou definovány **standardní nároky vzdělávacích programů, vycházející z jejich materiálního, personálního a dalšího zabezpečení, které bude stát hradit v plném rozsahu.**

**Schválené vzdělávací programy, které neposkytují stupeň vzdělání,** bude zčásti financovat stát, zřizovatel, nebo i z dalšího zdroje.

**Školské služby bude plně nebo částečně financovat** stát, kraj nebo obec. Podmínky **pro získávání a využívání mimorozpočtových zdrojů škol mají být rozšířeny.**

Finanční politika MŠMT bude sledovat cíl **snižovat zatížení rodin vyplývající z úhrady částí nákladů za děti v mateřských školách, základních uměleckých**

**školách, v zájmových a volnočasových aktivitách.** Stát se nezříká podpory takových služeb, jako je **stravování a ubytování žáků a studentů.**

*STÁTNÍ SPRÁVA A SAMOSPRÁVA VE ŠKOLSTVÍ bude podle materiálu MŠMT vycházet z principů uznávaných v Evropské unii. Podle principu subsidiarity bude zřizování škol a školských zařízení (od mateřských škol až po vyšší odborné školy) až na výjimky v kompetenci samosprávy, tj. obcí a krajů, v nezbytných případech bude zřizovatelská funkce naplněna státní správou (například v oblasti zabezpečení ústavní a ochranné výchovy, národnostního školství). Důraz bude kladen na větší participaci partnerů na rozhodování a na jejich aktivní zapojení do života škol. S ohledem na posílení autonomie školy v pedagogické oblasti bude věnována zvýšená pozornost výsledkům školy, které budou ověřovány prostřednictvím hodnotících a sebehodnotících procedur.*

*Významnou změnou v postavení škol a školských zařízení bude návrh na vytvoření samostatné právní formy pro školy a školská zařízení, tzv. školské právnické osoby. Po jejím zavedení se doporučuje převést dosavadní vedení sítě škol a školských zařízení na rejstřík škol a školských zařízení.*

*Vertikálu řízení státní správy bude představovat ředitel školy nebo školského zařízení, krajský školský úřad a ministerstvo.*

*Samosprávnými orgány ve školství budou Samospráva školy, samospráva obce, samospráva kraje.*

Zřizovatelé škol a školských zařízení

Rozhodujícími zřizovateli škol a školských zařízení v regionálním školství budou obce a budoucí krajské samosprávné orgány. V případech hodných zvláštního zřetele může být zřizovatelem ministerstvo nebo jiné ústřední orgány státní správy.

### Vysoké školství

Řízení vysokých škol je založeno na principech akademických svobod, samosprávy a autonomie a současně odpovědnosti vůči rozvoji společnosti. Mezi státem a autonomními vysokými školami neexistuje regionální mezičlánek. Nepřímým nástrojem jejich řízení v rukou státu jsou státní finanční prostředky. V budoucnu se jim stane i dlouhodobý záměr rozvoje vysokých škol, koncipovaný MŠMT ve spolupráci s vysokými školami. Zájmy vysokých škol vůči MŠMT zastupuje jejich reprezentace, složená jak z představitelů vysokých škol, tak ze zástupců akademických senátů škol a fakult.

Uvedené principy byly dále prohloubeny *zákonem č. 111/1998 Sb., o vysokých školách*, na jehož základě došlo k transformaci vysokých škol na veřejnoprávní instituce. Zřízeny byly správní rady veřejných vysokých škol, složené zejména z představitelů veřejného života, územní samosprávy a státní správy. Zákon mimoto zakládá možnost vzniku soukromých vysokých škol. Vzhledem k tomu, že předkládaná koncepce nepředpokládá změnu postavení vysokých škol oproti současnému právnímu stavu, není otázkou řízení vysokých škol předmětem jejího podrobnějšího pojednání.

Ke vztahu školství a trhu práce se v materiálu jako cíl stanoví

- taková vzdělávací struktura a kompetence žáků, studentů a absolventů, které přispějí k jejich trvalé zaměstnatelnosti v transformující se ekonomii-

ce. Proto bude MŠMT mj **spolupracovat s Ministerstvem práce a sociálních věcí a se zástupci sociálních partnerů jak při tvorbě informačního systému, tak na připravovaném katalogu povolání a rozvoji poradenství.**

*O MEZINÁRODNÍ SPOLUPRÁCI VE VZDĚLÁVÁNÍ se v předposlední kapitole koncepce uvádí, že:*

Naplnění funkcí a poslání vzdělávací soustavy i jejich další doladování bude i nadále výrazně podpořeno zapojením do mezinárodní spolupráce ve vzdělávání, a to jak prostřednictvím bilaterálních vztahů a projektů škol, jejich sdružení a dalších institucí i států, tak i v rámci multilaterální spolupráce - s Evropskou unií, s Organizací pro ekonomickou spolupráci a rozvoj, s Radou Evropy, s UNESCO, s Organizací spojených národů a s jejím dětským fondem UNICEF i s programem regionální středoevropské spolupráce CEEPUS a s dalšími četnými mezinárodními aktivitami. Náplní této spolupráce je organizace mezinárodních výměn a studijních či pracovních pobytů učitelů, lektorů a dalších pracovníků s mládeží, žáků a studentů v zahraničí, účast českých zástupců na mezinárodních konferencích a seminářích, které jsou též pořádány v České republice, tematické projekty a studie. Česká republika postupně přistupuje k řadě významných mezinárodních dohod.

**Podrobněji se potom MŠMT zmiňuje o spolupráci s OECD a přípravě na vstup do EU, o tom, že tato spolupráce se mimo jiné zaměřuje na velmi perspektivní řešení problematiky ekvivalence diplomů, uznávání vzdělání a částí studia. Rozvíjejí se činnosti směřující k dosažení transparentnosti kvalifikací jako předpokladu vstupu na evropské trhy práce. Uznávání kvalifikací ve vysokém školství je založeno Úmluvou o uznávání kvalifikací ve vysokém školství v evropském regionu, přijatou v Lisabonu dne 11. dubna 1997, která vznikla společnou iniciativou Rady Evropy a UNESCO.**

Mezi důležitými projekty Phare jmenuje dokument *Vzdělávání učitelů v evropských záležitostech a Mnohonárodní spolupráce v distančním vzdělávání. Prostřednictvím programu Phare se bude i nadále uskutečňovat spolupráce s EU – pokračovat mají vzdělávací Socrates, Leonardo da Vinci a Mládež pro Evropu. Nová generace těchto programů zahájí svou činnost v roce 2000. Do roku 2000 též pobeží program Tempus, který v minulých letech přispěl k rozvinutí cenné spolupráce českých a zahraničních vysokých škol.*

**ZÁVĚR KONCEPCE připomíná nové podmínky, v nichž své úkoly plní vzdělávací systém:**

*zrychlení, globalizace a komplexnost vývoje společnosti, technologie i ekonomiky a jež zvyšují nároky kladené na každého jedince. Na tyto změny vzdělávací systém musí reagovat přinejmenším ve dvou směrech:*

**Za prvé, vědění neustále narůstá a proměňuje se, vzrůstá množství i dostupnost informací, objevují se rizika zahlcení množstvím velmi rozdílně významných informací. Je proto nutné se naučit informace vyhledávat, umět se v nich orientovat, vytrdit je a zařadit do kontextu, využívat je a uplatňovat. To předpokládá naučit se pracovat s moderními informačními a komunikačními technologiemi a umět si zajistit přístup k informačním zdrojům.**

**Za druhé vzrůstá význam výchovné funkce školy.** Na jedné straně by školní prostředí mělo preventivně působit proti disharmonickému vývoji a pomoci diagnostikovat a korigovat problémy ve vývoji osobnosti i společnosti, deficity rodinného prostředí, vrstevnických skupin i školy samotné. Na druhé straně by se měla všestranně rozvíjet komunita školy jako rovnoprávné společenství vzájemně se učících učitelů, žáků a jejich rodičů.

Úkoly současné školy je nutno dnes vnímat v následujícím pořadí: **orientace ve světě a společnosti, vytváření postojů, získání dovedností a osvojení si znalostí.** Nezbytnou složkou vzdělávání jsou tzv. **klíčové** nebo **životní dovednosti.** Zpráva mezinárodní komise UNESCO (vedené J. Delorssem) uvádí jako základní pilíře vzdělávání nové kompetence: **učit se poznávat, učit se jednat, učit se žít společně, učit se být.**

Na to se snaží předkládaná koncepce reagovat. Jejím záměrem je promítnout současné trendy měnícího se světa do fungování vzdělávání a vzdělávací soustavy na prahu 21. století.

MŠMT, květen 1999

*(Redakčně kráceno a upraveno. Celý text je uveřejněn na internetových stránkách MŠMT <http://www.msmt.cz>)*





**Vita nostra revue.** Časopis Univerzity Karlovy v Praze, 3. Lékařské fakulty.  
Vychází 4x ročně. Vydává 3. Lékařská fakulta, Ruská 87, Praha 10. Náklad 350 kusů. Tel. 02/67102105, fax 02/67311812, e-mail: [Marie.Fleissigova@lf3.cuni.cz](mailto:Marie.Fleissigova@lf3.cuni.cz)  
Plnotextově vystaveno na www stránkách 3.LF ([ftp://lf3.cuni.cz](http://lf3.cuni.cz)). Grafický návrh obálky Jana Potočková. Grafická úprava IDEU Repro. Tiskne UNITISK Praha.

Příspěvky dodávejte na disketách 3,5'' nebo e-mailem jako attached file v editoru MS-Word (Nejlépe ve formátu RTF), jiný způsob projednejte předem na čísle 67102105. Redakce neodpovídá za obsah mimoredakčních příspěvků. Publikované texty nemusejí vyjadřovat názory redakce. Redakce si vyhrazuje právo na odmítnutí, krácení a jazykové úpravy příspěvků.  
ISSN 1212-5083

# VNR

*Vita Nostra Revue*  
časopis Univerzity Karlovy,  
3. lékařské fakulty

## 3/99



### **Z OBSAHU:**

*Hovory s profesory:*

*M. Anáďel*

*C. Höschl*

*P. Klener*

*K. Malý*

*R. Rokyta*

*Medici: tvořici*

*a promující*

*Výchova v USA*

*Pneumologická klinika*

*Lékaři: u jaderných nehod*

*u těžce nemocných*

*Kvalita života*

*Stati Erazima Koháka*

# VITA NOSTRA REVUE

8. ročník, číslo 3

časopis Univerzity Karlovy v Praze, 3. lékařské fakulty  
Vychází 4x ročně  
Uzávěrka tohoto čísla 15. 9. 1999

## **Redakční rada:**

Předsedkyně: prof. MUDr. Radana Konigová, CSc.,  
Klinika popáleninové medicíny FNKV a 3. LF  
Mgr. Marie Fleissigová, SVI 3. LF (výkonná redaktorka)  
PhDr. Martina Hábová, SVI 3. LF  
Jana Potočková, II. interní klinika FNKV a 3. LF UK  
Jan Petráček, AS 3. LF UK  
Bogna Godulová, 3. LF UK

**ISSN 1212.5083**

## **Obsah:**

### **Quod bonum**

Seznam absolventů.....	4
Projevy děkana 3. LF při promócích.....	5

### **Studia**

O smyslu univerzity (rozhovor s rektorem UK K. Malým).....	16
Čím kvalitnější studenti (rozhovor s prof. P. Klenerem).....	22
L. Velíšek: Výzkum a výuka, nikoliv naopak.....	26
Opečovávané věže ze slonoviny praskají.....	30

### **Fakulta**

Nikdy nekončící výzva (rozhovor s děkanem M. Andělem).....	34
Nepřestává fungovat demokratický systém (prof. Höschl v Radioforu).....	41
Karibští studenti byli u nás spokojeni.....	45
Rozhovor na konci léta s prof. Rokytou.....	48
Klinika pneumologie a hrudní chirurgie.....	53

### **Pacienti**

Pomoc nemocným a slabým.....	60
J. Šimek, F. Schimek: Čeští anesteziologové, nenasazení a vysazení léčby.....	61
R. Königová: Quality of life in burn Victims.....	64
B. Dvořánková, D. Vogtová, L. Brož: Možnosti řešení rozsáhlých kožních ztrát i trofických defektů.....	70
M. Zálišová: Psychika a její vliv na onemocnění roztroušenou sklerózou mozkomíšní.....	73
Pane, vy máte krásné kolo (vozičkáři v Netopýru).....	80

### **Kursy a konference**

M. Jíra: Mezinárodní kurs Lékařská příprava na jaderné nehody.....	86
Studentská vědecká konference.....	90
M. Fišerová: Drogová závislost II.....	96
Zdraví a životní prostředí.....	100
M. Fleissigová: Lovy s arielem.....	102

### **Texty**

E. Kohák: O duchovním rozměru ekologie.....	106
E. Kohák: Občanem proti své vůli.....	109

*Ilustrace převzaty z Velkého ilustrovaného přírodopisu všech tří říší, Praha 1930*

---

# **QUOD BONUM**

---

**NOVÍ ABSOLVENTI  
A BLAHOPŘÁNÍ DĚKANA**

# Seznam studentů, kteří absolvovali 3. LF v akademickém roce 1998/99 a byli promováni 8. července 1999 v Karolinu

## Studijní program: všeobecné lékařství s preventivním zaměřením

Zdeněk Adámek	Michal Krutský
Václav Báča	Petra Křišťálová
Peter Bauer	Lucia Kvočková
Jan Beroušek	Jitka Lahodná
Vladimír Bobek	Hana Malcová
Jitka Brodecká	Kateřina Matyášová
Jitka Burkertová, rozená Klásková	Michal Mihula
Veronika Cimická, rozená Štáfová	Jana Mikulová, rozená Růžková
Kateřina Cyprichová	Petra Mládková
Eva Čermáková	Zlata Mrštíková
Milan Černík	Eva Nagyová
Markéta Čimburová	Jan Novák
Klára Čížkovská	Marek Ocilka
Barbora Dandová	Jelena Paříková
Darina Daňková	Eva Plášilová
Nevelina Dodovová	Robert Polnický
Jiří Doleček	Ivo Prcín
Vladimíra Fejfarová, rozená Kratochvílová	Michaela Rendeková, rozená Folbrechtová
Josef Fišar	Iveta Rusová
Doubravka Frausová	Magdalena Ředinová
Hana Fuksová	Barbora Řimnáčová, rozená Houšťková
Petra Garnolová, rozená Červinková	Dagmar Samková
Milan Gelnar	Lucie Stárková
Irena Hájková	Gabriela Šípková
Lukáš Havlůj	Ján Škubal
Jana Herczegová	Petra Štiková
Šárka Hlavatá	Kristina Štolbová
Tereza Holcepllová	Petr Šuráň
Veronika Horváthová	Jan Tobiáš
Pavel Horyna	Dorota Tomíčková
Markéta Humpálová	Zuzana Tömölová
Barbora Husárová	Markéta Trnková
Alena Iglarová	Alice Vernerová
Jakub Ježek	Kamila Veselá
Petr Jirák	Barbara Vítková
Martina Jůzová	Adam Vítouš
Jakub Kadlec	Karta Vojtíšková
Markéta Kolomazníková	Jiří Vokroj
Ivan Kordač	Lenka Vrabcová
Petra Kovaříková, rozená Salivarová	Denisa Vránková
Zuzana Krausová	Jiří Vrzala
David Krška	Dagmar Zelenková

## Studenti lékařství – curriculum v angličtině

Vasiliki Chantziara	Nikolaos Spourlis
Georgios Gremoutis	Anastasia Stratigou

## Studijní program: fyzioterapie (třileté bakalářské studium)

Tomáš Bruthans	Klára Malcovská
Martina Ježková, rozená Isopová	Eva Nobilisová
Tomáš Křížek	Michaela Nová

Martina Protivová  
Kristýna Reichertová  
Markéta Soukalová  
Šárka Špaňhelová

Alena Vitásková  
Oldřich Vlk  
Eva Vokounová  
Petra Zemanová, rozená Kasalová

### **Studijní program: veřejné zdravotnictví (třileté bakalářské studium)**

Andrea Batáříová  
Dagmar Bobková  
Eva Fialová

Pavčina Kroužková  
Šárka Miketová  
Lenka Pomahačová

### **Studijní program: zdravotní vědy (čtyřleté bakalářské studium)**

Drahomíra Boubínová, rozená Šišková  
Jitka Chaloupková  
Radka Chobotová, rozená Špičková  
Petra Doležalová  
Radoslava Ďurišová, rozená Němečková  
Drahomíra Filausová  
Martin Gebauer  
Jana Hradecká, rozená Skořepová

Jitka Hýsková, rozená Měšťanová  
Jiřina Kafková, rozená Šiplová  
Dagmar Korbelářová, rozená Malcová  
Jaroslava Kubinová, rozená Novotná  
Lenka Novotná  
Jana Ochranová, rozená Dřínková  
Hana Žandovská, rozená Starová

## **Seznam absolventů 3. LF, přebírajících diplomy o ukončení studia dne 5. října 1999**

### **Studijní program všeobecné lékařství s preventivním zaměřením:**

Magdaléna Bergerová  
Hana Císařová  
Radka Imramovská  
Marek Jokl  
Adila Kondič, rozená Muharemspahič  
Slávka Koščialiková  
Kateřina Langrová  
Vladimír Moravec  
Veronika Navrátilová

Pavel Pašek  
Petr Potměšil  
Markéta Přibíková  
Jan Sedláček  
Ondřej Skála  
Petr Sklenka  
Kamila Veselá  
Hana Zahrádková

### **Seznam absolventů studia medicíny v anglickém curricula**

Matina N. Economopoulou  
Dimitrios M. Gkalpakiotis  
Konstantinos D. Kzriazis  
Konstantinos G. Lefkaditis  
Stelios S. Pantazis  
Dimitrios S. Papastylianos

Andreas M. Petsas  
Rafail M. Psaras  
Argyrios K. Stamou  
Athanasios P. Tsakanikas  
Konstantinos – Athanassios D. Giannakopoulos

### **Studijní program zdravotní vědy**

Lenka Tyrnerová, rozená Jelínková

### **Studijní program veřejné zdravotnictví**

Šárka Mladá

### **Studijní obor fyzioterapie**

Pavla Auerspergová  
Jitka Benešová  
Jiří Hrubý

Daniela Klímová  
Karolína Pecová  
Lenka Pípalová

## Projevy děkana 3. LF prof. Michala Anděla při promocích v Karolinu dne 8. července 1999

### Česká medicína se evropské integrace nebojí

*Vaše magnificence pane prorektore, spectabiles proděkani, honorabiles vážení členové akademické obce, vážení hosté!*

*Milí naši absolventi* studia lékařství, dnešek si jistě budete pamatovat jako směs velmi protichůdných pocitů, ve kterých se radost z úspěchu mísí se smutkem z konce období, které se již nikdy nebude opakovat. Končí vaše úsilí, vaše zkoušky, vaše přednášky, stáže i prázdninové praxe, ale také večírky, sportovní utkání a pro mnohé i návštěvy pražských divadel a koncertních sálů. Z bočních lavic vás sledují vaši dojatí rodiče a prarodiče, někomu zapláče či vyjekne i malé dítě. Červencový den plný bilancí a očekávání, den, ke kterému jste směřovali šest a někdo i více let, je najednou tady. Za vámi jedoba, která se před šesti roky zdála nekonečná a také nepřekonatelná, před vámi daleký obzor dospělého života s dospělým povoláním.

Co jsme vám, my učitelé, chtěli dát, co jsme vám skutečně dali a co jste si vyz toho vzali?

Snad jsme vám dali vědomosti, které vám umožnily složit náročné zkoušky. Snad jsme vám dali někdy i návod, jak vědomosti používat a naznačili, jak se umět rozhodovat. Snad jsme, alespoň někteří, vám předváděli, jak vlídně jednat s nemocnými, snad jsme vám alespoň někdy ukázali, jak se rozhodovat v situaci, kdy máme neúplné informace. Myslím však, že všichni máme ještě vůči vám, studentům, dluhy: příliš často jste také stáli na chodbách klinik, čekající na asistenta, až přijde od operace, občas byly vaše zvědavé otázky odbyty výmluvou, málokdy jsme vám dokázali přiznat, že o mnoha věcech toho víme vcelku již méně než vy, kteří jste prošli mnohem důkladnějším vzděláním ve fyziologii či molekulární biologii. Jen málo z vás prošlo skutečným školením v oblasti vědecké práce. Přestože znalosti jste museli prokázat, postoje k těmto znalostem a práce s nimi s ohledem na rozhodování jsou zatím na naší fakultě – a myslím, že i na dalších lékařských fakultách naší země – pole neorané.

V našem povolání je totiž znalost, tak jako všude jinde, podmínkou nutnou, nikoliv však jedinou. A schopnost správně znalosti využít ve správnou chvíli, umět se rozhodnout a z podobně pravděpodobných alternativ vybrat tu správnou, je schopností, kterou má někdo více danou než jiný, která se však dá také rozvíjet a cvičit. Právě na vaší schopnosti se naučit správně rozhodovat bude v neposlední řadě záviset i váš úspěch.

Vstupujete do povolání, které je v centru diskusí odborníků, veřejnosti, novinářů i politiků. Na rozdíl od mnoha politiků mohu s plnou zodpovědností univerzitního profesora lékařství konstatovat, že v průběhu posledních deseti let došlo k nebyvalému rozvoji klinické medicíny. V kontrolovaných údajích, totiž v prodloužení střední délky života u mužů i žen o několik let, v poklesu novorozenecké úmrtnosti na úroveň vedoucích států na světě, v počtu provedených revaskularizačních výkonů na myokardu, v počtu diabetiků léčených intenzifikovanou léčbou inzulinem či v počtu transplantovaných ledvin se řadíme mezi přední země na světě. K tomuto pozitivnímu posunu došlo



přesto, že z ministerstva zdravotnictví přicházely a přicházejí po dobu posledních deseti let nejrozporuplnější koncepce.

Ptáme-li se, jak je možné, že se česká klinická medicína, na rozdíl od českého průmyslu, českého zemědělství či dalších oblastí brzy vyrovnala s handicapem komunistické éry, nenalézáme jednoduchou odpověď. Částečným vysvětlením snad je skutečnost, že v komunistickém režimu nedošlo k takovému úpadku medicíny, jak tomu bylo v řadě jiných oborů a že se brzy po roce 1989 obnovily a násobně vzrostly mezinárodní vztahy. Pro naši fakultu to znamená, že učitelé v každém roce absolvují několik stovek studijních pobytů a zúčastní se kongresů a seminářů. Naše fakulta má i řadu zahraničních učitelů, kteří krátkodobě či dlouhodobě vyučují jak v anglickém, tak českém studijním programu. Namátkou budu jmenovat profesora Sartoria ze Ženevy, primáře Weisingera z Zwetlu, profesora Poňku z Montrealu či profesora Farmera z Washingtonu. Na fakultě každoročně proběhne také řada mezinárodních seminářů, kterých se často účastní studenti. Pro každého z vás se naskytlá šance strávit prázdninovou praxí, někdy semestr či dokonce celý ročník, na některé západní univerzitě. Všechny tyto drobné, v jednotlivostech snad nevýznamné faktory tvoří ve svém souhrnu zcela novou kvalitu českého klinického lékařství. Je pro nás povznášející, že se v mnoha českých a moravských centrech provozuje medicína, která plně snese srovnání se stavem v západní Evropě, v některých oblastech ho dokonce i předčí. Pro české lékaře není vstup do Evropy a integrace do evropských struktur stavem, který by byl přijímán s rozpaky, či dokonce s obavami – čeští lékaři nejen že jsou ve své většině schopni okamžitě plnit normy evropské komunity, ale ve velkém počtu případů je již v současné době plní. Proto také počet příznivců plné evropské integrace je mezi lékaři tak vysoký, proto se také obavy ze vstupu do Evropské unie mezi lékaři většinou setkávají s naprostým nepochopením. Jen ten, kdo se obává, že v konkurenci neobstojí, se takové konkurence obávat musí. Není to ovšem případ českého zdravotnictví a českých lékařů.

V této souvislosti snad bude pro vás potěšitelná zpráva, že absolventi anglického studijního programu lékařství – mimochodem letos jich máme již třetí ročník a jsme první z lékařských fakult v České republice, která s tímto programem začala – obstáli bez problému při přísných nostrifikačních zkouškách v Řecku. Další naši absolventi se uplatňují v Německu, Švýcarsku či Spojených státech. Naše fakulta se jako jediná z českých lékařských fakult připojila k harmonizačnímu programu dovedností absolventů – k programu Euroskills. Naše reformované curriculum posoudila mezinárodní konference, ve které byli například děkan lékařské fakulty v Heidelbergu či člen nominačního výboru na Nobelovy ceny. Nedávno jsme uspořádali konferenci zaměřenou na výuku fyziologie v rámci nového curricula. Ocenění, kterého se nám v neformálních setkáních dostalo, bylo pro nás velkou posilou a povzbuzením na cestě, kterou jsme před čtyřmi roky zahájili.

Snad by tedy výzva, abyste co možná nejvíce pěstovali mezinárodní kontakty, četlivý-  
znamné světové časopisy a pokusili se alespoň o krátkodobé pobyty v cizině, byla zaná-  
šením sov do Atén.

Prvního srpna či prvního září většina z vás nastoupí do nemocnic, léčeben či dalších zdravotnických zařízení. Dovolte mi, abych citoval Johanna Wolfganga Goetha, který

Wilhelmu Meisterovi říká: „Chceš-li se skutečně věnovat nejbožstějšímu ze všech povolání, budeš-li bez zázraků léčit a beze slov činit zázraky, chci ti pomoci.” Slova nejklasičtějšího z klasiků snad působí pro moderního posluchače trochu nadneseně. V každém případě však vyjadřují vážnost, jakou naše povolání mělo a jistě do značné míry také má. Buďte si této vážnosti vědomi a buďte těmi, kteří budou prestiž lékařského povolání zvyšovat.

*Quod bonum, felix, faustum, fortunatumque sit.*

## **Příběhy nemocných skrývají důležitá poselství**

**To the third group of English speaking students, finishing our school**

*Vaše magnificence pane prorektore, spectabiles proděkani, honorabiles učitelé naší univerzity, vážení hosté, milí naši absolventi, amici carissimi!*

Dnešním dnem vstupují dosavadní studenti, po chvíli již doktoři medicíny, mezity, kteří jsou oprávněni k výkonu lékařské praxe. Lékařská praxe jim přinese mnohé – na jedné straně vyčerpávající povolání, které v denní realitě většinou překračuje zákonem stanovenou pracovní dobu, přinese jim také stres z rozhodování v emočně i odborně vypjatých situacích, pocity nevděku ze strany pacientů i těch, kteří nakonec o našem povolání rozhodují. Na druhé straně jim však přinese mnoho pozitivního – radost z práce, která má svůj jednoznačný smysl, pozitivní motivaci tam, kde byl často ohrožený život zachráněn, vděčný úsměv rodičů dítěte, které je propouštěno z nemocnice či výraz úlevy v obličejí u nemocného, kterého zbaví bolestí. Jistě nakonec pozitivní motivy v našem, všimněte si prosím, že již říkám v našem, povolání převáží. Desetitisíce českých lékařů, kteří provozují praxi ambulantní či nemocniční, jsou toho jistě důkazem.

Lékař je uvyklý chránit život, stát na jeho straně, bránit vývoji směřujícímu ke smrti, pečovat o zdraví a preventivními prostředky bránit jeho poškození. Toto jsou některá důležitá východiska naší praxe.

Doba moderní s rozvojem vědy a technologie nás vystavuje stále složitějším etickým problémům – umělé oplodnění, přechovávání lidských embryí, možnosti klonování, ale i přesné určení mozkové smrti a nakládání s orgány zemřelých jsou jen malým výčtem velkého množství otázek, kterým jsme chtěli nechtěli vystaveni. I při řešení těchto problémů je nutno mít vždy na paměti prospěch konkrétního nemocného, který je nám svěřen do péče, či lépe řečeno, který se nám do péče svěřuje. Přemýšlení o etických otázkách lékařského povolání v moderní době může jistě být důležitým faktorem rozvoje vašich osobností.

Jiným pozitivním momentem medicíny je lidská dimenze tohoto povolání. V danou konkrétní chvíli, kdy se setkáváte s nemocným, se také setkává příběh vašeho života s příběhem života vašeho pacienta. Snažte se z tohoto setkávání získávat co nejvíce. Při vyšetření se věnujte pozorně rodinné a osobní anamnéze nemocných: bez medicínského významu jistě není skutečnost, že pacient byl například do roku 1989 vysokým důstojníkem armády a nyní je frustrován, má pocit, že se ocitl na okraji společnosti; či že nemocná byla dcerou majitele statku, s ním pak z vesnice vyhnána a vykořeněna se zapoji-

la do městského života. Ambiciózní nemocný s touhou být ještě větším manažerem, který přichází s tachykardií a hypertenzí, je jistě dalším příkladem toho, jak osobní historie přispívá k patogenezi. Příběhy nemocných v sobě skrývají, kromě konkrétního faktoru medicínského, ještě další důležité poselství. Začleňují totiž nemocného i s jeho nemocí do složitého a nekončícího románu, románu lidského společenství, jehož velmi důležitá epizoda se pro něj či pro ni odehrává právě teď a právě zde, aby navazovala napředchozí linii dalších stejně i méně významných epizod a v dobrém případě mířila do budoucna. Tím se příběh vašich nemocných a jejich rodin začíná proplétat i s příběhem vašim, vašich spolupracovníků a vašich institucí. Již jen to naznačuje, že nemocnice či zdravotnická zařízení nejsou majetkem jejich managementu či jejich zřizovatelů, že jsou v pravém slova smyslu statkem veřejným. Medicína je v tomto pojetí více než jennějaká na vědě postavená disciplína, nestojí a nepadá jen s moderními postupy, které se objevily ku prospěchu nemocných v důsledku rozvoje moderní vědy.

Pokud si budete, milí absolventi, schopni tento aspekt medicíny uvědomit, pak to může významně obohatit duchovní dimenzi vašich životů. I tato rada má však své hranice: ve chvíli, kdy se budete muset rozhodovat o diagnóze či léčbě, odložte všechny faktory, které mohou cestou emocí vaše rozhodování ovlivnit. Vědomí komplikovanosti příběhu vašich nemocných si nechte pro chvíle odpočinku v lékařském pokoji či pro večerní rozjímání.

Ačkoliv budete chránit život, budete přicházet do styku se smrtí. Smrt je nevyhnutelným vyústěním všech našich životů. Jistě je naším cílem, aby u všech nastala co nejpozději. Přesto nás každodenní zkušenost učí, že fyzická existence každého z nás je časově ohraničena. Důležitým poselstvím těch, kteří naposledy vydechli, je fakt, že již k svému pozemskému životu nemohou přidat ani jedinou čárku, připsat k své básni života jediný verš. Již nemohou zlepšit svou pošramocenou pověst či napravit to, co věřící nazývají hříchy. Poměříme-li jepičí čas našich životů s hloubkou času vesmírného, musí nás, ať již věřící či nevěřící, chtít nechtít zasáhnout potřeba pokory. Pokora, v případě našeho vzdělání ještě spojená se stále se zvětšujícím údivem nad dokonalostí našich organismů, je dalším možným pozitivním vyústěním zkušenosti našeho povolání. V kontextu konečnosti našich životů a dokonalosti biologických systémů je zřejmě pocit pokory důležitým ziskem, ke kterému můžete časem dojít, protože člověk alespoň s občasným vědomím pokory může mnohem lépe čelit své malichernosti, omezenosti, přizemnosti či lstivosti. A ti z vás, které snad bude jejich okolí hodnotit jako malicherné, omezené či lstivé, jen podají důkaz o tom, že z lékařského povolání byli schopni pochopit pouze jeho povrchní vrstvy.

Ovšem přes vědomí pokory před jevy, které v žádném případě nemáme možnost ovlivnit, zůstává paradigmatickým našeho povolání ochrana toho krátkého života, který je nám všem vyměřen. Proto se také budete muset umět rozhodovat během vteřin, již počtvrté vstávat nevyspalí v noci, nechat na sebe křičet nervózní příbuzné či resuscitovat nemocného přímo na ulici. Přestože se vy již jistě dočkáte mnohem lepšího finančního hodnocení svého povolání, než máme my, vaši učitelé a starší kolegové, přeji vám, aby zisk, který z lékařského povolání budete mít, byl mnohem větší než ocenění finanční.

And now let me allow to express few sentences in English. I suppose, that our English speaking students were able to understand my Czech speech, but their parents, relatives and friends probably not. We are proud, that Third Faculty of Medicine, Charles University Prague was first medical school in the Czech republic, which started with teaching medicine in English. Having English classes in our school of medicine brought us important confrontations with other cultures, other habits and also with other temperaments. We started, already eight years ago with group of students from Greece. Your group is already the third group of English speaking students, finishing our school and approaching the title doctor of medicine. Please not, we do not call you foreign students or Greek students, we call you English speaking students. This express correctly our philosophy: we have two classes of students in each year: Czech and English speaking. The curricula is completely the same, the criteria, rights and duties are also the same. We are both happy and proud, that students who absolved our school were completely successful during examinations done in Greece. Other our students are active in Germany, Switzerland, England and United States. Their success is the best evaluation of our faculty and of our system of studies.

You were, during your studies, exposed not only to medical knowledge, but also to the life in, for most of you very distant country, very distant culture and very different town. You had the possibility to observe the complicated way of the Czech community from the heritage of communism in direction to free society. Everybody of you has certainly lot of personal experience in this field. I hope, you were able to recognize at least traces of Czech and Prague culture, which is symbolized by Rilke, Kafka and Čapek in literature and Smetana and Dvořák in the music. Hopefully you gained something from mystic Prague atmosphere and the mixture of memories to your studies, your exams, your teachers and country you lived for six years will follow you rest of your lives. We hope, you are leaving with positive memories and positive experience you gained here, at the Charles university. And I hope, you will become to be best ambassadors both Charles university and its 3<sup>rd</sup> Faculty of Medicine and also the Czech republic.

*Quod bonum felix faustum fortunatumque sit.*

## Bud'te pravdiví – k pacientům i k sobě

*Vaše magnificence pane prorektore, spectabiles proděkani, honorabiles vážení členové akademické obce, vzácní hosté, milí naši absolventi!*

Ze své vlastní promoce si pamatuji zejména to, jak jsem šel ze svého bytu v Opletalově ulici do Karolina, více smutný než slavnostně naladěný. Pamatuji si i nástup nás, tehdejších absolventů, a promoční projev našeho kolegy Jana Bruthanse. Vůbec si nepamatuji, co toho dne řekl proděkan naší tehdejší Fakulty všeobecného lékařství. Nejspíš mluvil o nějakém budování rozvinuté socialistické společnosti, závěrech bůhví kterého sjezdu komunistické strany a o úkolech, které před námi stojí. Používal slov, která neměla hlubší význam a ve své mnohoznačnosti tehdejší novořeči určitě nezanedala v nás větší stopu.

Trochu v rozpacích se obracím teď k vám, naši milí kolegové, se svým dnešním promočním projevem. Zazní z něj něco, co si budete pamatovat ještě zítra, za rok, nebo dokonce později? Nebo je už údělem promoce, že je potřeba dát děkanovi prostor, v nynější době snad k nějaké ušlechtlejší myšlence než před lety, ale že jeho projev nakonec zapadne a skončí podobně, jako skončily úvahy našich předchůdců z totalitní doby?

Být posledním z učitelů, který k vám mluví ještě jako ke studentům, je jistě velkým privilegiem. Dovolte mi, abych s vědomím toho, že váš dnešní velký den má jistě mnohé jiné a větší priority, než je děkanův projev, tohoto privilegia využil. Trochu naváží na svého kolegu Jana Bruthanse, který v den naší promoce, 6. července mluvil o pravdě a upalování. Všichni v aule zatrnuli. Byly to přeci jen pouhé tři roky po upálení Jana Palacha, a tak, i když jeho jméno zůstalo nevysloveno, všichni jsme je „mezi řádky“ cítili. Někteří z nás našemu velkému kolegovi z filozofické fakulty tehdy věnovali krátkou vzpomínku. Oba velcí Janové naší univerzity, Jan Palach a Jan Hus, položili život za hodnoty, které jim připadaly důležitější než vlastní fyzické bytí. A to je pro nás, lékaře či studenty medicíny, zajímavá a důležitá výzva: my přeci bojujeme o životy, zachraňujeme je, předcházíme jejich zničení či alespoň vážnému narušení. Náš vztah k životu a jeho udržení je důležitým paradigmatickým našeho povolání. A pak náhle jsme konfrontováni s faktem, že se někdo rozhodne považovat některé životní hodnoty za důležitější než samo fyzické bytí. Rozhodne se ne v boji o rodnou vesnici, kdy chce zachránit svou rodinu, ne tehdy, kdy chrání život či majetek svých bližních. Rozhodne se po jistě důkladném rozmyšlení v době, kdy nejsou přímo ohroženy životy či majetek, kdy jsou však ohroženy hodnoty, které jsou pro něj důležitější než vlastní fyzický život. Podobných příkladů můžeme nalézt v historii mnoho, zejména v křesťanské filozofii. Jiným příkladem vítězství hodnot nad pouhým fyzickým životem je příběh pátera Maxmiliána Kolbeho, který se přihlásil v koncentračním táboře na jistou smrt, aby zachránil svého spoluvězně, otce několika dětí.

Jak se však máme k těmto příkladům stavět my, kteří o život pečujeme? Máme se snažit rekonstruovat psychický stav těch, kteří si života neváží? Máme je považovat za extrémisty či fundamentalisty? Máme se na druhé straně vydávat jejich cestou a své bytí opouštět?

Domnívám se, že především o těchto osobnostech musíme dobře vědět a že právě jejich vztah k nejvyšším hodnotám musíme ctít. V dnešní pragmatické době to znamená vědět, kde je hranice kompromisu, vědět, že materiální statky jsou sice důležité, ne však nejdůležitější, a že životní integritu si nelze vybudovat ani na statečích materiálních, ani na kompromisech. Dnešní doba, mnohými označovaná za postmoderní, relativizuje mnohé pro nás tradiční hodnoty. Rodina, čest, pravdomluvnost a poctivost ztrácejí často na významu. Věty „takhle to nevidím, či „takhle to necítím“ se staly součástí slovníku naší doby všeobecného relativizování.

Pro nás, lékaře, je to otázka zvláště naléhavá. Zdraví a život je ústředním tématem našeho povolání, a proto ho vykonáváme často za nedůstojných finančních podmínek. Pro ně, v rozporu se zákony, dobrovolně pracujeme stovky hodin ročně přes stanovenou pracovní dobu. Ve prospěch pacienta se necháváme v noci opakovaně budit, abychom druhý den podávali plný pracovní výkon. Pro záchranu zdraví jiných se vystavujeme krvi, zvratkům a dalším tělesným tekutinám. Zdraví a život jsou vskutku ústřední témata našeho povolání. Proto také máme tendenci je považovat za nejdůležitější hodnotu života a na hodnoty jiné se dívat často s nadhledem. Snad také proto jsou lékaři prototypem dobrého konformního středostavovského občana. A snad také právě proto v době nsvobody jen skutečně několik lékařů, na rozdíl od filozofů, historiků či dokonce přírodovědců, se otevřeně postavilo proti totalitnímu režimu.

Cílem mé úvahy ovšem není vyzvat vás k postupům, které by jakkoliv narušily paradigma našeho povolání. Naopak, to je i v postmoderní době svaté a nedotknutelné. Mým úmyslem je vás důrazně upozornit, že pro vlastní život je nutné si uvědomit hranice, které vaše povolání a život má. Smyslem odkazu Jana Palacha i Jana Husa jsou čest, morálka, pravda jako hodnoty nejvyšší. Jako hodnoty, pro které obětovali i své vlastní životy fyzické. Také právě proto, na rozdíl od stovek rektorů, tisíců profesorů a statisíců studentů, kteří byli členy akademické obce naší univerzity, si je tak často připomínáme. Myslete na ně, prosím, občas také. Všimněte si našich často účelových kompromisů. Ptejte se, proč je děláme. Snažte se jim rozumět, v žádném případě je však moc neobdivujte. Buďte otevření a snažte se být pravdiví. Ke svým pacientům, k jejich příbuzným, ke svým nadřízeným, ale především pak k sobě.

*Quod bonum felix faustum fortunatumque sit.*

## **Syntéza odkazu humánního a vědeckého**

*Vaše magnificence pane prorektore, spectabiles proděkani, honorabiles členové akademické obce, naši vážení hosté!*

*Milí naši absolventi,* kolikrát jste na cestě k dnešnímu dni zakolísali, kolikrát jste si položili otázku: „Stojí mi ty prodřené noci, soboty a neděle a prázdniny za to“? Kolikrát jste přemýšleli o přestupu na jinou fakultu či prostě o tom, že si najdete občanské, často lépe placené povolání a skončíte s tím maratónem přednášek, stáží, či praktik a prázdninových praxí. Jak často jste srovnávali potřebu disciplíny ve studiu lékařství s její potřebou na fakultách jiných? Vy, kteří tu dnes stojíte ve svátečních šatech, jste jinak otec tu otázku odpověděli ve smyslu pozitivního vztahu k lékařskému studiu a hodnotám lékařského povolání. Za chvíli překročíte pomyslnou čáru, která dělí studenty od lékařů

a postupně budete stále více patřit k nám, graduovaným profesionálům, než k těm, kterými jste ještě včera byli a kterými nakonec dnes ještě trochu jste.

Přelomový okamžik vždy svádí i vybízí k zamyšlením, bilancím a předsevzetím. Jetaké momentem určité nejistoty a rozpaků, které se mísí v tuto chvíli s pochopitelnou euforií. Vzpomínky na příjemné chvíle studentského života a smutek, který provází loučení, jsou jistě pocity mnohých z vás. Kdysi jsme je měli i my, někdejší studenti, vaši nynější učitelé. Stejně jako vy dnes jsme si i my kladli podobné otázky: co nás čeká za měsíc, za rok, za deset let, na konci lékařské kariéry. Co nám lékařské povolání dá a co vezme?

Nastupující lékaře čeká všude na světě málo placená dřina spojená s velkou zodpovědností. Je tomu tak i u nás – s významným rozdílem: zatímco ve většině rozvinutých a v mnoha méně rozvinutých zemích na začátku své profesní dráhy lékaři tvrdě pracují za často jen průměrných finančních podmínek, český absolvent lékařské fakulty nastupuje do zaměstnání za finančních podmínek naprosto podprůměrných. Po několika letech praxe se často došplhá jen lehce nad průměr. To odlišuje českého lékaře od jeho kolegy soudce, advokáta, ekonoma a často i inženýra a udržuje ho na stejné lodi s učitelem, sociálním pracovníkem či knězem. To je jistě výrazem pohledu těch, kteří rozhodují o hodnocení našeho povolání. Snaha zařadit lékaře mezi charitativní pracovníky je při tomto srovnávání zřejmá a ukazuje, jak zřejmě podvědomě přetrvává mýtus o medicíně, která především zmírňuje utrpení, sytí hladové a napájí žíznivé. Aníž bych chtěl popírat potřebu zmírňovat utrpení, která je v mnoha oblastech stále neopominutelnou součástí našeho povolání, musím zde konstatovat, že lékařství se výrazně posunulo jímam. Posunulo se do technologické oblasti – používá endoskopického operování, angioplastik zúžených cév, složitě vypočítaného ozařování zhoubných nádorů či léků, které jsou výsledkem velmi komplikovaného a náročného farmakologického výzkumu. Stojí před revolučním využíváním poznatků moderní molekulární biologie a genetiky.

Klinická i ambulantní medicína má a jistě musí mít v sobě všem nám drahé dědictví z dob, kdy její možnosti byly omezené na tišení bolesti a podávání stravy a tekutin a na pár empiricky užívaných léků. Praktickým vyústěním tohoto dědictví je v moderní době korektní, slušné a férové jednání s nemocným a jeho příbuznými a schopnost poskytnutí psychologické podpory těm, kteří se ocitli často v nejkritičtějších obdobích svého života. Posuzovat moderní medicínu prismaticem tradičního humánního pojetí však v sobě skrývá několik úskalí. Od lékaře očekává mnoho nemocných v moderní době bezchybný profesionální výkon – ať již správné rozhodnutí či profesionálně odvedený manuální výkon, často spojený s nutností správného rozhodnutí během tohoto výkonu. Psychická zátěž lékaře, který provádí výkon, na němž závisí často celý budoucí život nemocného, je obrovská. Sám si vzpomínám na své často velké psychické vypětí v letech, kdy jsem se každodenně zabýval intenzivní medicínou. Důležitost správných rozhodnutí ve správnou chvíli ve správném pořadí, rozhodnutí, která je třeba vykonat během krátkých minut a někdy i vteřin, je pro mnoho oborů lékařství zcela typická. V tu chvíli se často lékařovo rozhodování blíží spíše rozhodování pilota, řídicího letového provozu či možná burzovního makléře. To jistě uzná mnoho z těch, kteří medicínu řídí.

Lékařova přednost, totiž tradice humánního přístupu, má však z důvodů, které jsem se snažil vysvětlit, v konkrétní situaci země deset let po pádu komunismu také negativní

aspekty pro hodnocení našeho povolání. Tento jev zcela jistě vědomě či podvědomě ovlivňuje naše jednání. Vědomí, že lékaři jsou s odkazem na svou humanistickou tradici státní správou někdy doslova vydírání, vede k radikalizaci celých lékařských skupin. Občas pak z některých z nich vyjde, byť ojedinele, výrok, který je interpretován jako známka odcizení humánní tradici medicíny.

V tuto chvíli, těsně před tím, než se, milí absolventi, rozejdete do nemocnic či léčeben, se na vás obracím s naléhavou výzvou: buďte si vědomi, že někdy nevědomky, jindy zcela vědomě se ti, kteří o hodnocení lékařského povolání rozhodují, odvolávají na jeho humánní tradice. Někdy účelově a jindy nechtěně tak mísí několik aspektů medicíny v moderní době. Přestože věřím, že zástupci lékařského stavu budou vést jednání, která povedou k vyrovnání příjmu mezi lékařem, soudcem, pilotem či politikem, apeluji na vás, abyste si trvale uvědomovali oba zdroje našeho povolání. Ti, kteří dle mého názoru účelově na humánní aspekt medicíny poukazují, by vám mohli právě tento zdroj naší motivace, stále svěží a čirý, zkalit. Nedopusťte to, prosím.

Ale čertovo kopýtko moderní medicíny vidím ještě jinde. Technologie, která umožňuje nahrazovat chybějící sekreci hormonů, nahrazovat selhávající orgány umělými či orgány jiných jedinců, rozšiřovat kriticky zúžené cévy či bez narkózy endoskopicky operovat v trávicím traktu, někdy vede k vědomí všemocnosti lékaře moderní doby. Prosím vás, medicínu nikdy neredukujte na provádění byť technicky brilantního výkonu. Ani nejbrilantnější technický výkon, dokonce ani skvělý intelektuální výkon například při složité diferenciální diagnostice, by vás neměl nechat na dlouho zapomenout, že právě při výkonu se váš příběh setkává s příběhem někoho, jehož často celé další pozemské bytí bude touto chvílí ovlivněno. Myslím si, že je vhodné na to ve chvíli rozhodování nemyslet, zhoršilo by to totiž naše schopnosti rozhodnout správně. Na druhé straně je velminuté si tuto okolnost připomínat v době, kdy se objevily první pokusy operovat pomocí operačních robotů. Široce pojatá role lékaře je jistě jiná než role robota. Schopnost uvědomit si hluboký lidský potenciál, který ze setkání s pacientem vyvěrá, je pak vlastnost, která z vás udělá nejen dědice objevitelů inzulínu Bantina a Besta, objevitele hemodialýzy Kolka či transplantačního chirurga Christiana Barnarda, ale také dědice Alberta Schweizera. A právě tato syntéza dědictví humánního a vědeckého necht' je, prosím, rámcem vašeho odborného i lidského růstu v průběhu vašeho lékařského povolání.

***Quod bonum, felix, fortunatumque sit.***



*Rys evropský*



---

# **STUDIA**

---

**SMYSL A MOŽNOSTI UK  
LÉKAŘSKÉ VZDĚLÁVÁNÍ**

*Rozhovor s rektorem UK prof. JUDr. Karlem Malým, DrSc.*

## **O smyslu univerzity a závažných změnách českých vysokých škol**

Univerzita Karlova se připravuje na volbu nového rektora. Po dvou tříletých funkčních obdobích odchází z této funkce prof. JUDr. Karel Malý, DrSc. On sám však svou činnost ve vedení univerzity chápe jako desetiletí – ke dvěma tříletím připočítává ještě dobu, kdy byl prorektorem UK. Říká, že „*právě v tom prvním, velmi nesnadném období prorektorské činnosti jsme se zabývali také vysokoškolským zákonem. Podílel jsem se na jeho přípravě stejně jako na přípravě nového zákona o vysokých školách.*” Je to podle něj „*ta nejdůležitější a nejzávažnější změna, která postihla vysoké školy od období první republiky, protože ani tehdy nebylo tak jasné postavení vysokých škol ve vztahu ke státu jako je dnes.*” Právě této otázce je tedy následující rozhovor VNR s odstupujícím rektorem prof. Malým věnován především:



**VNR:** *Jak se daří univerzitě naplňovat vysokoškolský zákon? Ze školy státní se stala veřejnoprávní institucí, nepřináší to sebou nějaké problémy?*

**KM:** Problémy nebo naopak výhody! Teď je jenom otázka, jak vedení univerzity nové možnosti pochopí. To, že jsme veřejnou korporací, také znamená, že jsme vlastníky, že máme obrovský majetek, se kterým se musíme naučit hospodařit: nejenom ho spravovat, ale také zacházet s ním tak, abychom z toho měli nějaký zisk. Kromě jiného to vyžaduje, aby uvažování univerzity bylo vedle udržování jakýchsi tradičních akademických standardů také uvažováním manažerským. A to je věc, na kterou univerzita zatím ve všech svých součástech zvyklá nebyla a ani nemohla a nemusela být. Jsou to nové nároky, které jsou kladeny na celou univerzitu, od jejího vedení až po vedení jednotlivých ústavů na fakultách. Možná si vzpomenete, jak bylo na univerzitě obtížné naučit se vyrovnávat i s tak banální záležitostmi jako jsou grantové přihlášky a každodenní boj o finanční prostředky, které musíme získat mimo rámec institucionálních peněz, které dostáváme do státu. Teď jsme v situaci ještě mnohem složitější. To je ale jen jedna stránka věci. Ta druhá stránka věci je to, že musíme proměnit celý vnitřní právní chod univerzity. Něco zásadního už se stalo, některé základní právní normy jako statut univerzity byly přijaty a registrovány ministerstvem, ale stále ještě máme před sebou velkou zátěž dalších vnitřních právních předpisů od jednacního řádu akademického senátu až po právní normy upravující užívání univerzitních znaků a třeba i talárů. Samozřejmě se změnilo také právní postavení fakult.

**VNR:** *Jak se s tím vyrovnávají?*

**KM:** Myslím, že věcně se toho příliš nezmění. Zákon taxativně vyjmenoval pravomoci fakultám, které jim musí zůstat, od rozhodování o studijních programech a přijímání studentů až po zahraniční styky. Některé centrální pravomoci rektor přenesl na děkany,

a to ani jinak nejde, neboť představa, že by se z jednoho centra dala operativně řídit univerzita, která má 45 tisíc členů akademické obce, to je prostě nesmysl! Přenesení pravomocí na fakulty musí být plynulé a patří k samozřejmostem řízení univerzity. Nadruhé straně to umožňuje – a některé současné případy to ukazují – z centra lépe dohlédnout na nedostatky v hospodaření některých fakult a učinit kroky k nápravě, což dříve bylo takřka vyloučeno. Tehdy byla trochu kuriózní situace, kdy rektor odpovídal za celou univerzitu, ale děkan neodpovídal rektorovi. A taková nerovnováha neprospívala věci. Neříkám to však proto, že bych snad někdy měl špatnou zkušenost ve styku s děkany; za celých těch šest let nedošlo nikdy ke konfliktu mezi fakultou a vedením univerzity. Naopak bylo to vždy z obou stran jednání plné konsensu a trpělivé spolupráce. To, co dnes máme, je tedy jenom právní vyrovnání potřeb univerzity a s tím souvisí i to, o čem jsem mluvil na začátku: stává-li se univerzita tak velkým vlastníkem, nemůže tady být šestnáct vlastníků, může být jenom jeden. Ostatní se musí v této věci integrovat.

**VNR:** *To je ale jen jedna stránka přeměny škol, druhou je proměna obsahová, ke které nutně muselo za vaší činnosti ať už rektora nebo předtím prorektora dojít v souvislosti se změnou poměrů. Jak se to promítá do obsahu školy – vznikají nové studijní obory, dostala se opět na univerzitu věda?*

**KM:** Věda z univerzity nikdy neodešla, i když některé obory byly nepochybně deformovány, v jiných kupodivu udržela svůj standard, a to i přes tlak, který směřoval k tomu, aby univerzity byly jenom výukovými učilišti bez vlastního vědeckého výzkumu. Naštěstí věda na univerzitě přežila, ale po roce 1990 dostala nové možnosti a podstatným způsobem se její situace zlepšila. Zlepšila se natolik, že vlastní vědecký výkon je i v celostátním měřítku podstatný. Obecně se má za to, že výkon vysokých škol je asi 15 procent vědeckého výzkumu celorepublikového. Mně se zdá, že v některých oborech je ten výkon ve skutečnosti mnohem větší a naše univerzita má i obory, které jsou unikátní v celé republice a které jiné vysoké školy ani akademie nemají.

**VNR:** *Které?*

**KM:** Asi se budete usmívat nad mým oblíbeným egyptologickým ústavem a egyptologií, ale ta má světovou pověst a je málo světových univerzit, které mají své koncese v Káhiře a konají tam vlastní výzkum. Můžeme se také podívat na výkony matematicko-fyzikální fakulty, které jsou více než srovnatelné s výkonem fyzikálního ústavu AV ČR. Vezměte si také lékařský výzkum, který je vlastně na univerzitě soustředěn; UK má vedle několika ústavů akademie věd hlavní podíl na lékařském výzkumu v celé republice. V některých případech se nám podařilo – díky financím, které se získaly na fakultě – zmodernizovat laboratoře, zavést nové přístroje, srovnatelné s tím, co mají západní univerzity. To jsou ale jen dílčí proměny laboratoří. Samozřejmě od počátku víme, že přeskočít do nového tisíciletí by nám umožnila základní velká finanční injekce, která tady pořád ještě chybí. Co dále pomohlo rozvoji vědecké práce je otevření možností kontaktu se zahraničními univerzitami a vědeckými ústavy. To je věc, která byla přelomová. Jestliže máme dnes 135 smluv se světovými univerzitami, tak to je skutečně už uzavřená globální síť, která umožňuje fakultám i jednotlivým ústavům, aby podle svého zájmu a zaměření mohly z těchto smluv čerpat a podílet se na spolupráci. Současný pohyb na

šich badatelů ve světě, a poměrně silný pohyb i hostujících profesorů, který jsme dříve neměli, i to je jisté obohacení.

**VNR:** *To také pomáhá obohatit a zlepšit výuku.*

**KM:** Samozřejmě. Podíleli jsme se i na evropských a jiných vědeckých programech a projektech, takže byl učiněn rozhodný krok. Pokud jde o obory na univerzitě pěstované, pak samozřejmě se některé nové objevily. I v oblasti medicíny byl tlak na to pokročit dále ve specializaci některých tradičních oborů, ale myslím, že určitým nebezpečím pro univerzitní vzdělání je začínat se specializací příliš brzy. Nemáme poměrně širokou základnu jednotlivých vědních oborů a specializace by měla být až špičkou, vrcholem univerzitního vzdělání třeba postgraduálního. Specialisté vychovávaní příliš úzce mohou mít jisté problémy při hledání jiných variant svého zaměstnání anebo přechodu do jiných vědních oborů. Co je nové, co se na univerzitě v dřívějších dobách neznalo, to je bakalářské studium – řada fakult, dokonce i lékařských, zřizuje nové obory, na lékařských fakultách třeba fyzioterapie, ošetrovatelství, ale také přírodovědecká fakulta pokročila s bakalářským studiem, pedagogická fakulta, fakulta sociálních věd a další. Také je tady velmi vážná úvaha o zřízení 17. fakulty UK, už se připravuje její curriculum pro akreditaci.

**VNR:** *Jakáže to bude fakulta?*

**KM:** Měla by být něčím jako fakultou opravdu svobodných umění, měla by poskytovat poměrně široký základ studia a výstupy z ní by potom mohly být do různých oborů, jako je např. vzdělávání dospělých, sociální práce, oblast administrativy apod. Představoval jsem si, že měla být takovou „School for public services“, pro veřejné služby, ale to nechme na autorech, kteří curriculum připravují –

**VNR:** *A kdo jsou ti autoři?*

**KM:** Pod vedením prorektora Petruska se na tom podílí např. Jan Sokol a další, už mají velmi konkrétní obrisy. Já si totiž myslím, že opravdu příští tisíciletí bude klást mnohem větší důraz na veřejné služby. Představa, že přežijí jenom základní klasické obory – teologie, práva, lékařství, filozofie – je mylná, naopak budou vyhledáváni absolventi, kteří budou flexibilní a kteří budou schopni se uplatnit v této sféře. Na tuto poptávku by měla univerzita umět reagovat a nevyklízet pozice školám, které nejsou ani zdaleka tak vybaveny.

**VNR:** *Myslíte tím soukromé vysoké školy?*

**KM:** Nemyslím ani tak na soukromé školy, jako na některé jiné školy, které nemají tak vysoký počet odborníků, jakými disponuje univerzita – od medicíny až po teologii.

**VNR:** *Z toho, co jste říkal, vyplývá, že se také zvyšují nároky na studenty a pedagogy. Je ale dostatek pedagogů? Vždyť po roce 1989 se hlavně ve společenských vědách muselo mnoho podstatně změnit.*

**KM:** To ano, ale není tak problém ani s počtem pedagogů, jako s jejich kvalitou. Dokonce myslím, že na některých oborech máme až příliš mnoho učitelů. Otázka tedy je, jestli máme opravdu ty nejkvalitnější. Stále se nám ještě nedaří prostoupit s ústavy AV

ČR takovým způsobem, abychom mohli účinně a intenzivně vyměňovat kapacity nejenom technické, ale také personální, lidské. To je rezerva, která tady zbývá. Velký krok kupředu jsme udělali v tom, že přestala „válka s akademií“ a že jsme naopak uzavřeli řadu smluv, které vytvářejí rámec pro spolupráci. Není ale zde tak pružný a oboustranný pohyb učitelů a pracovníků akademie mezi školou a ústavu, jaký bychom si představovali. Základním problémem je vědecký dorost. V současném stavu je už velká generační mezera; podařilo se nám sice snížit věkový průměr profesorů a docentů o pět let, ale chybí nám mladí docenti kolem 33–35 let, protože jim univerzita nemůže nabídnout to, co jiné obory. Pak nám utíkají mozky, teď dokonce i do zahraničí, ale to by nevedlo, kdyby tady byl i zpětný pohyb – kdyby se vraceli. A to je podle mne zásadní otázka příštího mladého vědeckého dorostu a je otázka, jak to udělat. Nový platový řád univerzity dnes už umožňuje odměňovat lidi ne podle vysezených let, ale podle jejich skutečné kvality, ale k tomu musejí být finanční prostředky. A tady stále ještě jsme vázáni na státní dotace a vlastní ekonomická činnost univerzity, která by rozhojnila zdroje, je dosud omezena.

**VNR: *Nezávisí na finančních prostředcích také počet studentů?***

**KM:** Samozřejmě, samozřejmě, samozřejmě. Protože jestliže univerzita žije ze státních dotací a jestliže ministerstvo školství určuje každým rokem procentuální nárůst počtu studentů, pak samozřejmě limitováni jsme. Kdybychom vzali všechny, které máme, tak strhneme rozpočet ministerstva školství v jednom roce. Protože se nám každý rok hlásí kolem 40 tisíc lidí, tak bychom zdvojnásobili stav univerzity a požadovali další dvě miliardy do rozpočtu. A ty bychom mohli těžko dostat. Ano, tím jsme limitováni, ale není to jediný limit. Tím druhým limitem je nedostatek prostor, nedostatek učitelů, laboratorů, u vás třeba píteven, přístrojů atd. To prostě nejde tak, jak si někdo představuje, že přijmeme rázem všechny, kteří chtějí studovat. Nehledě na to, že by to bylo nepochybně asi plýtvání prostředky.

**VNR: *Mluvím o tom proto, že se v současné době zase objevily úvahy o tom, že by se mělo odstoupit od přijímacích zkoušek. Ale vy už jste mi řekl, proč by to nebylo možné***

**KM:** Já jsem to vnímal velice pozorně, dokonce jsem ustavil komisi a spustil dotazníkovou akci u děkanů k přijímacímu řízení, protože bychom se chtěli na celé univerzitě podívat, zda je v pořádku přijímací řízení, jestli není třeba současný systém přijímání změnit, zda nemáme hledat jiné možnosti nebo ho třeba i zrušit. Chceme to velmi klidně, objektivně posoudit na základě znalosti věci a zejména stanovisek fakult. Když ale mluvím se svými kolegy ve Francii, Itálii, Německu, ve Španělsku, všichni mi přijímací zkoušky závidí a říkají „co bychom my za to dali.“ Uvědomují si, že ten obrovský tlak, že musí vzít prostě každého, vytváří neuvěřitelně složité prostředí v prvních letech studia. Němci říkají, že sebou pak táhnou celou skupinu lidí, kteří používají všech sociálních výhod, ale ve skutečnosti nestudují, protože studovat nemusí. Tam neexistuje žádný způsob, jak ty studenty vyloučit, někteří z nich po letech ani nevědí, kde jsou zapsáni.

**VNR:** *To by ovšem u nás omezoval nový vysokoškolský zákon, protože zavedl poplatky za prodlužování studia.*

**KM:** Náš vysokoškolský zákon to pochopitelně omezuje, ale náš vysokoškolský zákon dává také právo fakultám konat přijímací zkoušky. Myslím, že bychom se měli pokusit zůstat univerzitou, která je výběrovou v tom smyslu, že si vybírá skutečně talentované studenty. Otázka je, jak to zařídit, aby to byli skutečně nejlepší, a aby přitom nedocházelo k takovým věcem, jako došlo na právnické fakultě.

**VNR:** *Nechci se ptát na podrobnosti, protože než tento rozhovor vyjde, jistě semnoho věcí vyjasní a informace se objeví doufejme v denním tisku. Zajímalo by mne spíš, zda to souvisí s celkovým morální stavem společnosti, a pak mne napadla ještě jedna věc: docházelo k takovýmto aférám v minulosti – ptám se vás jako právníka historika.*

**KM:** Ani nemohly být, protože se nepřijímalo, dříve se maturant opravdu mohl zapsat na jakoukoliv vysokou školu. A také pak platil nějaké poplatky.

**VNR:** *Možná tedy právě školné by hrálo funkci regulátora.*

**KM:** Nemyslím. Ale ještě k té právnické fakultě: ano, je to velice politováníhodné, mrzí mne, že to vrhlo stín na univerzitu, po krásných dnech jubilejních oslav cítíme pocit studu, že vůbec na univerzitě mohla takováto aféra vzniknout. Máte ale také pravdu v tom, že to je odraz celkového společenského klimatu, kdy je rozkolísána společenská morálka, kdy leckterý delikt, protože zůstane nepotrestán, se přestává chápat jako morální prohřešek, a kdy obrovský zájem o studium samozřejmě vyvolal pokusy toho zneužít, možná k vlastnímu obohacení. V této chvíli nevím, co všechno se tam odehrálo, v podstatě je jeden fakt naprosto jistý – že došlo k úniku testů a že se dostaly mezi studenty, kteří konali zkoušky v náhradním termínu. Nic víc a nic méně není dnes jisté. Ale já se řídím zásadou, že když se stane něco špatného, je z toho třeba hledat nějaké poučení. Musíme se skutečně zamyslet nad současným systémem přijímání uchazečů, ale ani ne tak nad jeho technikou, jako nad jeho smyslem. A hledat způsoby, jak zabránit tomu, aby k něčemu podobnému nemohlo v budoucnosti dojít. K tomu nedojdeme žádným policejním opatřením, žádnými trezory, žádnými sebelepšími způsoby utajení – když mohli Američanům ukrást tajemství atomové bomby, jak by se někdo nedostalk testům na právnickou fakultu? Myslím, že cesta je v úplné otevřenosti. Dovedu si představit, že právníci nebudou zkoušet to, co se už jednou zkoušelo u maturit, ale jestliže z profilujících předmětů má uchazeč průměr 1,– nebo 1,2, tak půjde do užšího výběru. Těm z užšího výběru bych promítl řadu příkladů z právnické logiky, aby je vyřešili a pak bych měl zase další skupinku uchazečů, s kterými bych pohovořil o jejich předpokladech pro studium. Bylo by to naprosto otevřené, nikdo by nemusel platit žádné zázračné částky, aby se dostal podvodem na právnickou fakultu.

**VNR:** *Ovšem i když se nedostane podvodným způsobem na jakoukoliv fakultu, může ale také podvodným způsobem absolvovat studium a vykonávat zkoušky.*

**KM:** Myslím že ne. Jestli se na té nešťastné právnické fakultě konají státnicové komisionální zkoušky, u kterých jsou tři nebo pět zkoušejících, a je to veřejné, sedí tam studenti a přihlížejí, pak to je přece kontrola. Promiňte, ale myslím, že základem nemá být ja-

kékoliv administrativní opatření, že musíme spoléhat na čestnost vysokoškolského učitele, na jeho morálku. Nelze stavět na nedůvěře. Problém je v tom jak lidi, kteří porušují morální normy, donutit, aby ze školy odešli. To je možná problém, ale stavět to jenom na administrativě, to se prostě nedá.

**VNR: A kdo tedy může ten morální stav nebo charakter společnosti změnit a ovlivnit? Je to věc intelektuálů, politiků?**

**KM:** Já bych řekl, že každého normálního občana v tom, že se chová občansky statečně. Jestli vidím, že vedle mne někdo opisuje, proč nemám odvalu vstát a říct: „Pane, ten člověk vedle mne podvádí? A dokonce k mé škodě, protože tenhle podvodník se stane třeba potom právníkem“.

**VNR: Jenomže – víte, jak se už i malé děti dívají na žalobníky?**

**KM:** Ale o to jde. Jak to, že se v Americe nedává opisovat? Protože tam soutěž o místo na slunci je taková, že každý od začátku ví, že když strpí podvod druhého, doplatí nato sám. Myslím, že opravdu jde o občanskou statečnost. Morálka nemůže být záležitostí politiků, musí být takovou záležitostí, že už řemeslník, který spraví nebo udělá botu, musí být čestný, poctivý a odpovědný, protože ví, že když vyrobí botu špatnou, tak zkrachuje a ví, že musí mít zákazníky, musí se k nim chovat slušně. Odtud někde začíná to vědomí poctivosti. Ale bavíme se o vysoké škole – každý vědec musí vědět, že buď je poctivý ve své práci, nebo odejde. Na každou nepoctivost ve vědecké práci se předčívě nebo později musí přijít! To je základ jeho chování, ale abychom tady vytvářeli prostředí nedůvěry a podezírání, to nejde.

**VNR: Jaká jste měl předsevzetí, když jste nastupoval jako rektor – splnila se vám?**

**KM:** Co jsem čekal? Práci, měl jsem trochu obavy, strach z odpovědnosti, a to všechno se splnilo. Myslím, že nápor práce a úkoly, které jsem měl, byly obrovské, na těch minulých šest – nebo chcete-li deset let – budu vzpomínat jako na období velmi tvrdé práce a myslím, že jsem nikdy předtím nepracoval tak tvrdě jako v těchto deseti letech. Ale mám z toho také pocit jistého uspokojení, že se přece jen něco podařilo: univerzita se konsolidovala, získala svou tvář, prošli jsme úspěšně vlastním hodnocením, zjistili jsme i své slabiny a nedostatky a učinili kroky k jejich odstranění. Úspěšně jsme prošli oslavami 650. výročí založení UK, podařilo se nám ve světě prezentovat univerzitu tak, aby zaujala místo ve světové síti univerzit jako zcela rovnocenná a rovnoprávná. Je to současně závazek pro příští rektory, aby pokračovali a zlepšovali to, co se nám nepodařilo zejména ve smyslu modernizace a na co nebyly bohužel finanční prostředky.

**VNR: Odcházíte tedy uspokojen i přes tu aféru na právnické fakultě? Myslíte, že to aspoň vyčistí vzduch?**

**KM:** Ano, možná ta aféra vyčistí vzduch, takové aféry vznikaly a budou vznikat – doufám, že už ne na Univerzitě Karlově – vždycky. Když je ale na univerzitě 45 tisíc lidí, tak musíte počítat, že se vždycky někdo najde, kdo se nebude chovat v souladu s právem a morálkou. Byl by to zázrak, kdyby tomu tak bylo.

**VNR: Co dělá rektor, když jde do důchodu?**

**KM:** Nejde do důchodu, vůbec ne! Jak asi dobře víte, jsem učitelem právnické fakulty, kde mám na starosti ústav právních dějin a katedru, budu pokračovat v práci, kterou dělám vedle rektorské stáje. Jenom opustím tuto kancelář a přejdu na právnickou fakultu.

**VNR:** *Těšíte se?*

**KM:** Jistěže ano. Vždyť já jsem tam každý týden, přednáším dál a teď na to budumít víc času.

*A poslání? Tím je věta, již odstupující rektor pronesl při loučení ve dveřích zatím ještě své kanceláře v Karolinu a jež zní: „Naučit lidi svobodně myslet, to je hlavní smysl univerzity.“*

*S rektorem UK K. Malým hovořila Marie Fleissigová*

**Prorektor UK prof. MUDr. Pavel Klener, DrSc. pro VNR:**

## **Čím kvalitnější budou studenti, tím lepší odborníci z nich vyrostou**

*Prorektorem UK pro vědu a výzkum jste se jistě nestal náhodou. Vědě se věnujete od šedesátých let, kdy jste získal roční zahraniční stipendium, teď máte za sebou řadu vědeckých prací, jste členem několika odborných společností doma i v zahraničí. Až na půlroční období, kdy jste byl od prosince 1989 ministrem zdravotnictví v první nekomunistické české vládě, působíte na interní klinice Všeobecné fakultní nemocnice na Karlově náměstí v Praze. Odtud jste také šel brzy po promoci, v roce 1965, do zahraničí. Za jakých to bylo podmínek?*

Bylo to v době prvního tání na sklonku šedesátých let, kdy se poprvé částečně otevřely hranice, a bylo to stipendium, které poskytovala francouzská *College de Medicine* každoročně deseti frekventantům z Evropy a deseti z Kanady. Tehdy bylo podmínkou udělat zkoušky na francouzském velvyslanectví a na základě výběrového řízení mi potom roční stipendium bylo přiznáno. Ta forma stipendia byla poněkud zvláštní, protože většinou stipendista nemívá možnost kontaktu s pacienty a nemá právo zasahovat do léčby pacienta, ale toto bylo koncipováno tak, že všichni stipendisté byli zařazeni do práce na klinice. Já jsem tehdy pracoval na klinice hematologické (klinika měla současně katedru onkologie) a vlastně tam se určilo mé zaměření na hematologickou onkologii. Zpočátku to bylo velmi obtížné, protože jsem narážel na jazykovou bariéru, i když jsem složil zkoušky z francouzštiny, ale ono je něco jiného domluvit se v obchodě anebo hovořit s pacientem, dělat anamnézu, takže ty první dva měsíce byly velice krušné. Naopak když se zpětně dívám, tak to byla první šance, která mne profesně orientovala a kdy jsem se naučil mnoho z metodiky vědecké práce.

*Říkáte, že vás to nasměrovalo na vědeckou dráhu. Platí totéž i pro dnešní studenty a doktorandy?*

Rozhodně každá zkušenost – a nemusí být jen zahraniční, může být i z jiného domácího pracoviště – je cenná. A tím více zkušenost zahraniční, protože jednak pozná uchazeč jiný styl práce, jednak se jazykově vybaví, a to je velká devíza, která bývá zapomínána. Mnoho našich studentů si ani neuvědomuje, jaká je to výhoda, že už v průběhu studia mohou na-



všítvit zahraniční univerzity, zahraniční pracoviště a eventuálně i postgraduální studenti mohou část svého postgraduálního programu absolvovat na špičkových zahraničních pracovištích. V šedesátých letech jsem dostal nabídku abych si stipendium o rok prodloužil, ale tehdy jsem si řekl, že se vrátím, udělám kandidaturu a přijedu potom, jenomže v roce 1969 „spadla klec“, a do Paříže jsem se vrátil až po roce 1989. To byla nevýhoda, protože všechny kontakty, které jsem tam získal, se prakticky za těch více než dvacet let ztratily, i když jsem se je snažil udržovat, ale nemůžete dvacet let udržet kontakt pouhým vánočním blahopřáním. Byla to škoda, protože těch kontaktů se mohlo využít i na spolupráci pracovišť. A to by v tehdejší době bylo zvlášť potřebné. Naopak dnes se hranice otevřely a možnosti jsou naprosto nesrovnatelné s tím, co bylo i v šedesátých letech.



### ***Dnešní mladí lidé mají tedy možnosti větší než dřív. Využívají jich však dostatečně?***

Prekvapuje mne, že často ne. Na univerzitu chodí řada nabídek ke stipendiím, které neprodleně rozesíláme na fakulty, a často je problém stipendijní místa obsadit. Částečně to je způsobeno tím, že naši studenti umějí převážně anglicky, ale jsou také různé nabídky do německy a francouzsky mluvících zemí, a tam ten zájem je podstatně menší. Druhý problém je v tom, že student, zejména postgraduální, když pracuje několik let na zahraničním pracovišti, které je dokonale vybaveno a jsou tam podmínky pro vědeckou práci nesrovnatelně lepší, váhá s návratem. Je to velká škoda, protože řada velice schopných pracovníků už v zahraničí zůstala. A my tak přicházíme o talenty a lidi, kteří jsou schopni zahraniční zkušenosti přenést k nám a vychovávat naše studenty.

### ***Jak by se to dalo změnit, aby se vraceli? Nesouvisí to s nedostatkem financí?***

Rozhodně asi o peníze jde až v první řadě, jak se říká. Ale nejde jen o peníze, jde také o podmínky k práci. Jenže to také souvisí s penězi. Do vědy se u nás investuje méně než je průměr v zemích EU, takže samozřejmě přístrojové vybavení, ale i často různé chemikálie jsou nesmírně drahé a i když se zavedl grantový systém a prostřednictvím prostředků z grantů lze určité finanční obnosy získat, stále to nestačí. Tady nejde jenom o prostou reprodukci vybavení; u nás, zejména na univerzitách, se po roce 1989 musela věda vybudovat, protože za minulého režimu se věda dělala pouze nebo převážně na akademii. S tím, že by měla být také na VŠ, se jaksi nepočítalo. V zahraničí jsou nositeli vědeckého pokroku převážně univerzity, i když v každé zemi existují samozřejmě i čistě vědecké instituce, provozující základní výzkum. Tady byla ohromná mezera v prostředcích, a tu se nepodařilo dohonit. Ale i ty přístroje, které se krátce po roce 1989 koupily, už v podstatě zejména v klinickém výzkumu dosluhují, a teď nejsou prostředky na jejich obnovu, takže nejde jenom o peníze, určené na honorování činnosti pracovníka, ale i o peníze, které vytvářejí prostředí, ve kterém se pracuje. A když si někdo zvykne na práci na špičkovém pracovišti, tak se mu samozřejmě zajídá tady s velkou administrativou bojovat o každou zkumavku.

### ***Nesvědčí tento nedostatek financí také o celkovém vztahu společnosti k vědcům?***

Rozhodně ano, protože mnozí z našich kompetentních představitelů nepovažují vědu za prioritu. Mně se to zdá krátkozraké, protože řada států dosáhla dobrých ekonomických úspěchů hlavně proto, že podporovaly vědu, protože věda posune dopředu i kvalitu průmyslové výroby. To si naši představitelé asi neuvědomují. Berou vědu jako jakousi zájmovou činnost lidí, kteří se této vědecké řeholi rozhodnou obětovat svůj život, ale nevidí ty výstupy a dopady pro celou společnost, takže tam asi je ten kořen toho všeho.

### ***Změnil podmínky k bádání na VŠ a na univerzitě nový vysokoškolský zákon?***

Zásadním způsobem se nezdá. Jsme sice rádi, že nový zákon o vysokých školách byl přijat, i když má řadu nedostatků a pramení z něj některá administrativní opatření, která velmi zatíží agendu kolem vědy, ale myslím, že zásadním způsobem situaci ovlivnit ani nemůže, protože nerozhoduje o finanční podpoře. Velkým přínosem bylo nepochybně zavedení grantového systému. Dnes máme, hlavně pro základní výzkum, nejen Grantovou agenturu ČR, ale i při resortech řadu grantových agentur, které mají určité ne příliš velké finanční prostředky. Jejich smyslem je dbát na to, aby ty prostředky byly racionálně používány, protože ne vždycky peníze, které na vědu šly, se ve prospěch nějakého projektu skutečně zúžitkovaly. Oponentury návrhů na výzkumné projekty se ve všech grantových agenturách rok od roku zpříšňují a to má jistě pozitivní efekt. Naše univerzita sice nedostává na výzkum zvláštní dotaci, ale ze svých prostředků vyčlenila určitý obnos pro Grantovou agenturu UK, GAUK; jejím hlavním cílem je ne financovat, ale stimulovat, podpořit výzkum. Proto se také při přidělení grantu hodnotí samozřejmě nejprve kvalita projektu, ale na dalším místě je věk řešitele; snažíme se totiž, aby do vědecké práce byli uvedeni i mladí, kteří ještě nemají šanci získat grant z GAČR, protože jim jako začínajícím samozřejmě chybí publikační činnost a ohlasy na jejich práci. Další smysl zavedení agentury byl v tom, že vlastně i když se prostředky na vědeckou práci rozdělávaly na fakulty alikvotním dílem, pak je fakulta mohla použít i na jiné účely a nebylo jisté, jestli budou směřovány do vědy. Konec konců jsou některé fakulty, kde výzkum není tak aktivní, přínosný, jak by bylo třeba, a proto vyčlenění těchto prostředků na výzkum zaručuje, že skutečně nebudou promaměny a že dotace splní svůj účel.

### ***Jaká je naše věda v porovnání s vědou v jiných státech? Stačíme pokroku ve světě?***

Myslím, že není třeba nějaké malomyslnosti, protože samozřejmě jako malý stát nemůžeme soutěžit se světem ve všech vědních disciplínách, ale jsou určité obory, kde se výsledky našich pracovníků mohou srovnávat s výsledky pracovníků zahraničních. Ani státy mnohem bohatší nemohou pokrýt celou šíři výzkumu všech vědních disciplín. Je naopak účelnější podpořit disciplíny, ve kterých naše republika určité významné výsledky dosáhla. Zde pak existuje možnost zapojit se i do výzkumu mezinárodního – je celá řada programů, kde naši pracovníci participují na finančních zdrojích z EU nebo jiných zdrojů mimostátních, ale ani tam se ne vždycky využívá možností, které přicházejí. Na rektorátě vydáváme každý rok příručku, která má sloužit ke snazší orientaci k přihlašování k naší agentuře, ale je tam vždy i část věnovaná informacím o všech grantových agenturách nejen domácích, ale i o těch mezinárodních programech, do kterých je možno se přihlásit a po výběrovém řízení nebo oponentuře tam získat finanční prostředky. Abych se ale vrátil k tomu srovnání: mimo jiné jsem v komisi projektu Barrante – to je bilaterální program s Francií – a tam se posuzují přihlášky o projekty ze strany francouzské i české a mohu říci, že česká strana je v získávání těchto projektů velice úspěšná. Každý projekt má dva oponenty ze strany francouzské a ze

strany české a často ti naši posuzovatelé byli, a to mne překvapilo, přísnější než Francouzi, ale i to svědčí o tom, že kvalita projektů, které podáváme na mezinárodní úrovni, není špatná. Akonec konců jistou reflexí je i publikační činnost, která se teď velice přesně eviduje: v produkci kvalitních publikací v zahraničí v impaktovaných časopisech byla Karlova univerzita na druhém místě za Akademií věd, a to ne s velkým rozdílem. A když uvážíte, že akademie je zaměřena výhradně na výzkum a že naši pracovníci mají ještě edukační činnost při výuce pregraduální nebo postgraduální, pak je to úctyhodné. Z tohoto hlediska to není jediný důkaz výsledků práce, ale když v časopise, kde jsou přísné podmínky, otisknou práce našich autorů, pak to také svědčí o naší kvalitě.

*Není to také tím, že je naše vysoké školství náročné na výběr studentů? Nejsou ovšem přijímací zkoušky u nás příliš přísné?*

Myslím, že ne. V tisku a v televizi se v posledních měsících ozývá volání po zrušení přijímacích zkoušek a po volném přístupu na všechny VŠ a argumentuje se většinou tím, že momentálně indisponovaný génus nebyl přijat, zatímco průměrný, který se naučil odpovědi na otázky, přijat byl, ale já bych se na to takto nedíval. Výběrové řízení k přijetí posluchače na VŠ není záležitost ryze česká, řada zahraničních renomovaných univerzit si své studenty vybírá na základě určitého testu nebo zkoušky. Myslím, že ani z hlediska praktického není možné např. na UK přijímací řízení zrušit. Já jsem právě v tomto týdnu (posledním srpnovém – poznámka redakce) měl na starosti v zastoupení pana rektora některá odvolací řízení, takže mohu říci přibližná čísla: na právnickou fakultu se letos hlásilo více než osm tisíc posluchačů a na filozofickou fakultu přes deset tisíc posluchačů. Nedovedu si představit, že by při přijetí každého, kdo se přihlásí, byl někdo schopen učit deset tisíc studentů; kolik učitelů by se asi muselo přijmout a jaké posluchárny by měly být? To by se snad musel na Letenské pláni postavit stan, kde by se učili! A přitom kvalita uchazečů je velmi rozdílná, což je vidět z výsledků přijímacího řízení. Pak je tady ještě jedna věc – nepopírám, že někdy někdo může být indisponován a že ten test neudělá, ale tím není jeho vstup na VŠ uzavřen, protože má příležitost se k těm zkouškám přihlásit znovu. Já sám znám případ jednoho mládence, který se ucházel o studia na právnické fakultě a teprve na počtvrté uspěl u přijímacích zkoušek, ale práva chtěl studovat. Čili když někdo skutečně chce na vysokou školu a chce si naplnit svůj životní sen studiem určitého oboru, pak se nakonec určitě na VŠ probojuje. A čím kvalitnější budou studenti, tím větší nároky lze na ně klást a tím lepší odborníci z nich mohou vyrůst.

## Přední lékařské fakulty v USA: Výzkum a výuka – nikoliv naopak

### Prolog I

*Nemo propheta acceptus est in patria sua.*

(Lukáš 4,24)

*Well, if I called the wrong number, why did you answer the phone?*

(James Thurber)

*I was neat, clean, shaved and sober; and I didn't care who knew it.*

(Raymond Chandler)

### Prolog II

Před nedávnem jsem napsal do VITA NOSTRA REVUE článek „Co chceme“, ve kterém jsem se věnoval především podmínkám biomedicínského výzkumu na lékařských fakultách v USA. V článku jsem vzdáleně srovnával podmínky 3. LF se dvěma lékařskými fakultami v USA, konkrétně s Albert Einstein College of Medicine (AECOM; v oblasti biomedicínského výzkumu 28. místo) a s Harvard Medical School (1. místo). Dnes postoupíme poněkud dále. Použiji přirovnání nikoliv ke „grade schools“ jako je AECOM nebo Harvard Medical, ale k lokálním colleges. (Původně jsem sice měl napsat článek o životě v USA, ale hlubší analýzou svého života v USA jsem zjistil, že se skládá z chození do práce, občasných kongresů a občasných cest do Prahy za víceméně služebními záležitostmi. Příště si raději o životě něco vymyslím.)

### Quo vadis příteli

Můj přítel a kolega z laboratoře na AECOM se rozhodl odejít. Překvapilo mě to. Za 15 let práce na AECOM se stal součástí inventáře, jeho postavení a podpora byla velmi dobrá a v podstatě se neměl v budoucnu čeho obávat, ačkoliv, stejně jako u většiny z nás, jeho plat byl „soft“, tedy plně podporován grantovými prostředky (nebo prostředky, které si jedinec je schopen opatřit). Důvody k odchodu se pochopitelně našly: 1. odmítnutí povýšení (pro malou samostatnost a velmi špatné časování žádosti), 2. nabídka jiného místa.

### Proč?

Proč bylo mému kolegovi oficiálně upřeno místo Associate Professor of ... na AECOM? V odmítnutí žádosti „Promotion Committee“ zdůraznil, že je příliš závislý na svém bezprostředním nadřízeném. Nezaložil samostatnou laboratoř, ač k tomu měl příležitost, na AECOM rozuměj: prostředky. Nevychoval studenty PhD studia, ačkoliv je jich spousta k dispozici a jsou vítanou pracovní silou. Jeho podíl na výuce byl příliš malý (konkrétně za poslední tři roky nulový, pozn. autora), přestože zátěž výukou není na AECOM nadměrná, spíše naopak. Jedním z cílů děkana AECOM, Dr. Dominicka P. Purpury, je, aby všichni „full-time faculty members“ (plnocenní vysokoškolské pedagogové) učili 10 hodin za semestr. V současnosti nám tento počet hodin vydrží tak na 3–4 semestry. Odmítnutí povýšení přišlo přesto, že publikačně má můj kolega ve svých 46 letech přibližně 50 primárních publikací ve velmi dobrých recenzovaných časopisech a k tomu asi 30 kapitol ve sbornících

a přehledných článků. To je skóre více než dostačující pro povýšení i pro AECOM. Podmínka nezbytná, leč nikoliv postačující.

## **Proto!**

Co tedy chybělo? Především směr, vize či představa o další výzkumné činnosti. AECOM je lékařskou fakultou orientovanou na výzkum (Research-oriented Medical School) stejně jako všechny známé lékařské fakulty v USA. K tomu má dostatečnou kapacitu pracovníků a vědecké zázemí v podobě knihoven, společných center (např. pro molekulární biologii, konfokální a elektronovou mikroskopii, zobrazovací jednotku a mnoho dalších). Obávám se, že v Čechách ani na Moravě není lékařská fakulta, která by se kapacitou blížila jakékoliv na výzkum orientované lékařské fakultě v USA ani s teoretickým zázemím Národní lékařské knihovny v Praze. Nejbližší bude zákonitě 1. LF se svými laboratořemi a výzkumnými jednotkami, ale i ta je na hony vzdálena. Na tomto typu lékařských fakult v USA se kvalitní výuka odvíjí od kvalitního výzkumu. Nebyli tedy u mého kolegy k dispozici další směr výzkumné práce, ideje a koncepce, měl „Promotional Committee“ zcela logicky obavy, aby stejnými neduhy netrpěla výuka. Proto povýšení nedoporučil.

Druhým typem ve volném dělení lékařských fakult v USA jsou fakulty zaměřené na péči o pacienta (Patient care-oriented Medical Schools). Tedy především klinicky zaměřené lékařské fakulty. Musí pochopitelně mít své teoretické ústavy, ale struktura a funkce těchto ústavů i jejich podíl na výzkumu je zhruba podobný tomu, co známe v Čechách. Samozřejmě i na těchto školách mohou být vynikající jedinci prominující v určitých oblastech výzkumu. Napadá mě Dr. Menachem Ebadi na Omaha Medical School v Nebrasce.

Druhým faktorem, který se vyskytl v příhodnou dobu, byla nabídka místa. Místa učitele na lokální Mercy College. Podmínky byly velmi dobré – pozice Associate Professora, vyrovnání platu s AECOM, trvalé místo a pevný plat bez nutnosti shánět granty a podporu odjinud. Kromě toho dojíždění 5 minut oproti hodině na AECOM. A teď přijde zajímavá část. Mercy College nemá žádný vlastní výzkum. Žije pouze ze školného – shodou okolností o ní v sobotních New York Times (4. 9.) vyšel celostránkový článek v souvislosti s nástupem nové prezidentky. Ovšem – při povýšení na Associate Professora a Full Professora vyžaduje od adepta odborné publikace! Prostě z výzkumné činnosti a jejího publikování není v USA úniku ani odchodem na lokální college. Jen ta cesta je mnohem komplikovanější, protože je třeba sehnat si nějakou produktivní spolupráci, ovšem v čase, který zbývá po výuce čtyř kursů.

## **Výchova pedagogů (na lékařských fakultách) v Čechách**

Nabídka místa mi připomněla ještě jeden problém. Před lety jsem jej otevřel v Diskusním klubu 3. LF na Internetu. Mým osobním přáním člověka, který se už 15 let žije biomedicínským výzkumem, je, aby pokud možno co nejvíce lékařských fakult v ČR bylo výzkumného typu. Situace k tomu bohužel nespěje, spíše naopak. Budu se zřejmě muset smířit s tím, že v ČR žádná odpovídající fakulta tohoto zaměření nebude. Proč ne? Je k tomu několik důvodů. Předně, fakulta tohoto typu potřebuje dostatečné personální zabezpečení. Kvalitou i kvantitou. Začít je nutné u přednostů. Přednosta, který je jmenován na základě usilovné výzkumné a publikační práce (není třeba rozlišovat základní a klinický výzkum), má představu o lidech, které k této práci potřebuje. A bude-li mít relativně volnou ruku při výběru

spolupracovníků a dostatečně vysoký stav, který potřebuje naplnit, ústav nebo kliniku vybuduje k obrazu svému. Mohu-li použít příměru ze 3. LF, všichni přednostové by měli mít publikační aktivitu a citovanost prof. Jelínka jako samozřejmé minimum (podmínka nutná, nikoliv postačující).

Samozřejmě: A/ takových kandidátů není mnoho – i v USA může nastat nouze o vhodné kandidáty – příhoda, na kterou jsem si vzpomněl, je docela veselá: Department of Neuroscience na AECOM sháněl po dva a půl roku přednostu. Když byla situace už dosti kritická, uchazeči místo odmítali nebo byli odmítáni, děkan prohlásil, že sloučí funkci přednosty Neurology, Neuroscience a ředitele výzkumného Kennedy Center. Jen jeho osobní přítomnost zabránila tomu, že jsem se já a řada mně podobných nesmáli, až jsme se za břicha popadali. Sám děkan k tomu hned řekl, že ze svých cest po celých USA zná asi šest možných kandidátů, z nichž čtyři tuto nabídku ani nebudou zvažovat. Do dalšího půl roku bylo naštěstí místo přednosty Neuroscience obsazeno normální cestou.

B/ kandidáti na přednostenská místa se nepohmou do něčeho, o čem nejsou přesvědčeni, jak už to v Čechách bývá,

C/ pokud se nechají přesvědčit, budou požadovat vysoké kompenzace. Konkrétněji:

Ad A/ a B/: Samotné vypsání konkursu na přednostu sice vyžaduje předpis, ale to je přece také jenom nezbytné minimum. Kandidáti na přednosty (nikdy ne jen jeden, ale nejméně 2–3) by měli být aktivně vyhledáváni a aktivně získáváni z jiných fakult a lékařských zařízení. Stejně jako v USA. Měli by být pozváni na fakultu přednést 1–3 přednášky – pro studenty, pro doktorandy, seminář na dotyčném ústavu. Dále by měli být podrobně provedeni po celé fakultě děkanem nebo jeho kompetentním zástupcem, který by měl zdůraznit trendy a koncepce v dalším vývoji fakulty se zvláštním zřetelem k oboru kandidáta. Kandidát by měl strávit alespoň jeden celý den na pracovišti, o které se jedná. Promluvit s každým pedagogem, který tam pracuje – o práci, podmínkách, problémech, zaměření, grantech, publikacích. V dalším kole by měl promluvit s přednosty blízkých oborů. Neobstojí námitka, že Čechy jsou malé, a pracoviště jsou známá – častokrát je situace mnohem horší, než se jeví navenek. Tyto cykly rozhovorů by měly probíhat alespoň ve dvou různých termínech, protože v mezidobí by měl kandidát také vyjádřit hodnocení a vznést požadavky. Poznámka na závěr – takovéhle řízení v trochu menším měřítku probíhá v USA při přijímání jakéhokoliv pedagoga, nejenom přednosty.

Ad C/: Kompenzace pro horkého kandidáta budou nutné a nemusí být jen ve finančním ohodnocení. Pravidlem by se mělo stát, že nový přednosta bude požadovat otevření nových pedagogických míst. Samozřejmě – potřebuje s sebou přivést jednoho, dva, tři spolupracovníky. Nejenom může, ale měl by požadovat signifikantní částku k vybudování nové laboratoře, kde by snadněji plnil výzkumné úkoly nového pracoviště. A v neposlední řadě finanční kompenzace – slyšel jsem, že po vstupu nového VŠ zákona v platnost by měla být snadněji realizovatelná, ale zatím o tom moc přesvědčen nejsem.

A kdo A, B, C zaplatí? No přece ten, kdo o to stojí, pokud o to stojí, tedy dotyčná lékařská fakulta (v USA u kandidátů na přednosty se jedná o letenku, ubytování, stravování a odpovídající honorář za přednášky). Mimochodem, kompenzace nového přednosty Neuroscience na AECOM mimo jiné zahrnuje 10 miliónů USD (nikoliv platu, ale na výzkum), 10 volných míst k obsazení a pedagogické místo pro manželku (která je v současnosti náměstkem státního zástupce) na právnické odnoži Yeshiva University, již je AECOM sou-

částí. A znovu – kompenzování (přiměřeně méně) jsou i najímání pedagogové, nikoliv pouze přednostové.

Projde-li přednosta tímto poměrně tvrdým a únavným seznamovacím procesem a výběrem, bude si dostatečně vážit svého místa, bude mít dostatečnou zodpovědnost za sebe i své spolupracovníky. Korupce, týkající se čehokoliv, např. tak, jak byla odhalena na právnické fakultě UK, nebude jednoduchá a přednosta pochopitelně vyvodí patřičné důsledky, a to i vůči sobě. Kromě toho se postará o dostatečně tvrdé podmínky také pro své spolupracovníky včetně systému přijímání a povyšování.

Současný habilitační-jmenovací systém, tak jak jsem se o něm doslechl (nevím, zda je výsledkem nového VŠ zákona), pracuje spolehlivě proti vytvoření výzkumně zaměřených lékařských fakult. Jinými slovy podporuje vznik lékařské fakulty zaměřené na péči o pacienta. Tímto směrem alespoň v mých představách vede vytvoření Centra teoretických ústavů a pravděpodobně i předchozí sloučení fyziologických věd na 3. LF, kterým podle amerických měřítek chybí už jen ta biofyzika, aby to byl kompletní Department of Physiology and Biophysics. Tento pocit jsem neměl odjakživa. Jak jsem kdysi napsal ve VNS, sloučení fyziologií dalo 3. LF velkou šanci postupně reorganizovat teoretické ústavy a společně s novým curriculum uvolnit dostatečné síly pro seriózní výzkumnou činnost, o kterou by se dala výuka nového curricula opřít. Ovšem sjednocení teoretických ústavů už ve mně tento pocit nevzbuzuje, spíše naopak mám pocit konsolidace za účelem koncentrace výuky a postupného odchodu od jakékoliv koncepce lékařské fakulty zaměřené na výzkum. Tento postup zdaleka nemusí být špatný a zavrženíhodný (viz mnoho příkladů velmi dobrých škol v USA), nicméně pro člověka, který se výzkumem živí, je neradostný.

### **Česká cesta (raději ne, alespoň prozatím)**

Struktura lékařských fakult, jak jsem ji volně popsal, funguje v USA. Do jisté míry ji tedy znám. Třetí LF může být modelována podle západoevropského systému, který může být zcela odlišný, leč velmi dobře funkční, a o kterém nevím zhora nic. Při zavádění nového curricula, kdy bylo operováno se vzory západoevropských lékařských fakult, jsem se písemně dotazoval proděkana 3. LF, kdo z duchovních otců nového curricula na zmiňované fakultě (nebo alespoň jednu) vyjel, pobyl tam nejméně měsíc, lépe šest, a jaké jsou podle názorů akademických představitelů dané západoevropské fakulty výhody, nevýhody a problémy daného typu výuky. I dnes bych odpověď založenou na faktech uvítal. Upravit model je možné až teprve poté, co nějaký model máme. Hledání české cesty při výstavbě struktury fakulty a její výuky povede velmi pravděpodobně, jako v mnoha ostatních případech, k selhání. Lékařské fakulty orientované na péči o pacienta jsou zcela phocenné, kvalitní lékařské fakulty a vychovávají spoustu vynikajících klinických odborníků. Ovšem chceme-li, aby svět nejdříve české lékařské fakulty znal a později o nich i mluvil, bude nutné jít o velký kus před ostatními. A ten kus cesty je možné ujit jen koncentrovaným výzkumem, základním a klinickým.

*Dr. Libor Velíšek, AECOM*

## Opečovávané věže ze slonoviny praskají

Ačkoliv Alan Ryan se svými počínajícími šedinami a sestříženým vousem nevypadá jako revolucionář, nedávno tento autor knih o Johnu Stuartu Millovi a Bertrandu Russelovi, který je znám také morální obranou genetiky modifikované potravy, otrásl establishmentem a klidnými hladinami vůkol 800 let staré univerzity v Oxfordu. Uvedl, že dvě desetiletí státních škrtů a regulací přivedla britské univerzity k rozkladu. Jediná cesta, jak zůstat konkurenceschopnými Harvardu, Yale a Stanfordu, je zkopírovat americký akademický model. To by znamenalo povolit uzdu a nechat Oxford, Cambridge a jiné instituce, aby si samy stanovily výši školného, platů a akademických výhod a použily vládní zdroje přímo pro studenty ve formě stipendií a půjček. Američané kombinují podstatnou část vyššího vzdělání s elitní brilancí, čehož lze dosáhnout pouze umožněním široké různorodosti standardů, platů, školného apod.

Podobný návrh, uvolnit tržní síly také v britském akademickém prostředí, byl před několika lety odmítnut jako kacířství. Princip státem dotovaného vysokého školství byl totiž podporován napříč celým politickým a socioekonomickým spektrem. Nicméně nyní je v britských věžích ze slonoviny stále populárnější, neboť někdejší morálka byla podkopána nízkými platy a rostoucí pracovní náloží na univerzitách, jejichž talenty a naděje odcházejí do soukromého průmyslu a k americké konkurenci. Sir Colin Campbell, prorektor Nottinghamské univerzity, nedávno volal po efektivní privatizaci univerzit s tím, že co je dobré pro telefonní společnosti, železnice a letecké přepravce, musí být dobré také pro akademickou obec. Baronka Perryová, prezidentka Lucy Cavendish College v Cambridge, loni navrhla, aby Cambridge účtovala svým bohatším studentům školné v americkém stylu, tj. 15 000 £ (24 000 USD ročně) a spolehla se na stát, že podpoří méně majetné studenty. „Dokud zůstaneme závislí na státu, nemůžeme dělat vůbec nic,“ řekla Lady Perry. „Proč bychom tady měli jenom sedět a čekat a být stále více průměrnými?“

Tyto požadavky znamenají velké dilema pro premiéra Tonyho Blaira a jeho labouristickou vládu, která by na jedné straně chtěla rozšířit vyšší vzdělání, ale na druhé straně byla vystavena těžké kritice proto, že loni zavedla jednotné školné 1 000 £. Přitom Británie je zemí, kde bohatí platí až 16 000 £ školného ročně na středních školách v očekávání, že se jejich potomci dostanou na Oxford nebo Cambridge, kde pak studují zadarmo. „To je jasně sociální stát pro bohaté a pro horní střední vrstvy“, říká Robert Steven, profesor práva a děkan Pembroke College Oxford. Ale tak jako jiné složky „sociálního“ státu rovněž akademická obec cítí utahování opasků. Platy řádných profesorů se pohybují většinou mezi 40–45 000 £ ročně většinou bez ohledu na to, o jakou univerzitu nebo o jaký obor jde. Pro srovnání: elitní soukromé univerzity ve Spojených státech nabízejí stejně zařazeným profesorům hodně přes 100 000 USD ročně (62 000 £), zejména v takových oblastech jako je ekonomie, obchod, medicína a právo. A taková vycházející hvězda na úrovni odborného asistenta získá přeplaváním Atlantiku z Anglie do Ameriky dvoj až trojnásobný plat. Lady Perry připomíná, že na britských univerzitách je mnoho klíčových míst, která nelze obsadit hvězdami první kategorie, protože je nelze zaplatit. „Žijeme na ostří nože,“ říká.

Britské univerzity už zkrátka nejsou to, co bývaly. Vláda uznává, že rozpočet je utažený, ale popírá, že by šlo o jakoukoli krizi s poukazem na statistiky ukazující, že Británie zaostává



ve výzkumu pouze za Spojenými státy. Přesun mozků není však pouze jednosměrný. Cambridžská univerzita nedávno získala z Harvardu Anartya Sena, laureáta Nobelovy ceny za ekonomii z roku 1998 a dostala dar 20 mil. USD od zakladatele Microsoftu Billa Gatese na vystavění nové počítačové budovy. Přesto neklid v akademické obci sílí, neboť státní rozpočet, který financuje téměř 80 % univerzitních výdajů, nestačí držet krok s růstem vysokoškolského vzdělávání. V 60. letech se na vysokou školu dostalo zhruba 5 % středoškoláků. V současné době to je již celá jedna třetina. Státní výdaje na studenta klesly za poslední dekádu o 36 %.

Profesoři také žehrají na státem zadané evaluace výzkumu a výuky. Prvotním smyslem těchto evaluací bylo zvýšit úroveň a zaručit akademickou kvalitu. Mnoho profesorů je však odmítá jako pouhá byrokratická cvičení, která nezajistí nic jiného než výstup pochybné kvality, jako je např. zdvojnásobení počtu historických knih a článků za poslední dekádu bez dalšího dopadu na jakoukoliv kvalitu.

„Zhoubná kombinace rozpočtových škrťů a zvýšené regulace zproletarizovala britský akademický život“, říká David Canadine, profesor historie, který se vrátil minulý rok z americké university, aby uvedl Institut historických studií na univerzitě v Londýně. Kde jsou ty časy, kdy cambridžští akademici vedli to, co C. P. Snow kdysi popsal jako „nejméně stresující, nejpohodlnější a nejsvobodnější životy“! Tehdy přijali skromně nižší platy výměnou za sociální postavení, intelektuální stimulaci, čas a svobodu zabývat se svými myšlenkami. Tato stará smlouva je ta tam.

Britským akademikům také přispalo trochu soli do rány, když se závistí pozorovali, jak tržní síly na Wall Street nafoukly základní vklad mnoha amerických škol a institucí. Základní jmění Harvardské univerzity nyní činí asi 13 miliard dolarů a jenom výnosy z něho stačí financovat plných 26 % univerzitního rozpočtu. Před několika lety to bylo pouhých 17 %. Princetonská univerzita s více než 5 miliardami dolarů v bance má rozpočet 600 mil. dolarů. To je sice srovnatelné s Oxfordem, ale Princeton má oproti Oxfordu pouze polovinu studentů. Naproti tomu Oxford a Cambridge, jediné dvě univerzity, které se snad mohou co do jmění s americkými vůbec srovnávat, mají vklad (endowment) okolo 1,6 resp. 3,5 miliardy liber.

Změnit vysokoškolský systém v Británii podle amerického vzoru by znamenalo kulturní šok. Socialistická vláda by musela překonat své rovnostářské pudy a skutečně podpořit elitní školy jako Oxford, Cambridge a Imperial College. Velké firmy a bohatí jednotlivci by museli být pobídnuti, aby se vyrovnali ve svém stylu americkým filantropům, ale bez jejich daňových výhod. Studenti a jejich rodiče by zažili ještě větší šok. Odhaduje se, že by trvalo zhruba 10 – 15 let, než by se rodiny připravily na takovou finanční obět'. Cena takové změny je jistě odrazující, ale mnozí akademici říkají, že daň za nicnedělání v této věci bude ještě vyšší. Lady Perry říká: „Bez prvotřídních univerzit nemůžeme mít prvotřídní ekonomiku“.

*Podle International Herald Tribune z 1. 9. 1999 zpracoval Cyril Höschl*



*Setkání na mezinárodním kurzu lékařské připravenosti na jaderné nehody  
(viz strana 86): Děkan Fakulty M. Anděl a prof. Königová se svým hostem  
prof. Hirscherem z USA*

---

# **FAKULTA**

---

**OHLÉDNUTÍ PROFESORŮ  
A STÁŽISTŮ  
PNEUMOLOGICKÁ KLINIKA**

**Akademický senát 3. lékařské fakulty vyhlásil dne 29. 6. 1999  
volbu kandidáta na děkana UK – 3. lékařské fakulty.  
Termín volby byl stanoven na 19. října 1999.**

## **Nikdy nekončící výzva**

***děkan 3. LF prof. Michal Anděl by chtěl  
z fakulty vytvořit přátelskou instituci***

■ ***Krátce poté, co jste byl před třemi lety zvolen děkanem 3. lékařské fakulty, jste do VNR napsal, že váš předchůdce Cyril Höschl nastavil laťku příliš vysoko – co jste udělal pro to, abyste ji neshodil? Čili jinými slovy – jaká jste měl předsevzetí, když jste tuto funkci začal vykonávat?***

■ Ta laťka skutečně vysoko byla, byla nastavena ve stylu prof. C. Höschla: kvalitní fakulta s kvalitní výukou, s výukou studentů v angličtině, pozornost vědecké práci. Pochopitelně, že jsem měl předsevzetí, aby se v této oblasti laťka nesnížila. Snažil jsem se ji však nastavovat i pro jiné skoky, které se týkaly vnitřní pospolitosti fakulty a práce studenty nejen v oblasti výukové. Proto jsem také podporoval takové akce, jakými byly ples studentů fakulty, děkanský sportovní den či výlet studentů. Proto jsem rád, že studenti přicházejícího 6. ročníku chtějí vydat svůj almanach. A proto mě těší, jak se činí Trimed.

■ ***Jak se za vašeho funkčního období změnilo postavení fakulty – pomáhá ke zlepšování pozic nový vysokoškolský zákon?***

■ My jsme do konce loňského roku byli samostatným právním subjektem. Subjektivitu jsme ztratili. Zatím požíváme hojně autonomie, a to jak ve výukových věcech, tak autonomie ekonomické. Objevují se sice hlasy volající po centrálnějších zásadách, například v koordinaci přijímacího řízení či v koordinaci výuky s ostatními lékařskými fakultami, osobně však věřím, že naše Alma Mater dobře chápe, že mnohost nabídky pro ni představuje úžasnou výhodu.

Nový vysokoškolský zákon přinesl univerzitám bezprostřední nezávislost na státu. Znamená to, že například způsob výuky je ponechán zcela na nás, stát zasahuje pomocí zákonných prostředků, tedy především pomocí akreditačních komisí.

■ ***Zmínil jste se o výukovém programu – jak pokračuje nové curriculum? Jak ho přivítali pedagogové a studenti, někteří ho přece kritizovali. Už si zvykli?***

■ Studenti většinou nové curriculum přivítali, nemají je však s čím srovnávat, snad jen s tím, o čem jim vyprávějí jejich kolegové z jiných lékařských fakult. Přivítali to zejména ti, kterým se podařilo projít hustým filtrem druhého ročníku a dostali se do ročníku třetího. Mají za sebou překonání jedné obrovské bariéry a myslím, že jejich kvalita je mnohem lepší a jejich způsob myšlení je mnohem integrálnější než u studentů, kteří absolvovali 2. ročník před novým curriculumem, byť kvalita našich studentů stoupala v posledních letech kontinuálně. Jistě ti, kteří se nedostali tím hustým filtrem, nemají na nové curriculum nejlepší náhled, ale s tím bylo třeba počítat. Nakonec – každého jsme

na začátku studia upozorňovali, do čeho jde. S pedagogy je to trochu složitější. Jsou mezi nimi absolutní zastánci nového curricula, jsou velcí odpůrci nového curricula a pak je samozřejmě vlažná většina, která si v rámci nového curricula hledá své nové místo a vnímá kriticky nejen jeho zápory, ale vidí také jeho klady. Myslím, že právě o kritické hlasy z řad těchto pedagogů je třeba se opřít. Jsou to lidé, kteří v zásadě cítí, že je velmi vhodné, aby v Čechách a na Moravě nebylo sedm stejných lékařských fakult a že by postrádalo smysl, abychom měli na Univerzitě Karlově pět různých replik téhož. Z toho důvodu si myslím, že fakt, že učíme zásadně jinak, i když základní obsah je identický nebo velice podobný, a že zkusíme jinak, nás zásadně odlišuje. To je dobré do různých budoucích diskusí o tom, jak bude uspořádáno studium na univerzitě nebo studium lékařství v ČR. Ovšem kritické hlasy z řad pozitivně nakloněných kantorů není možno bagatelizovat, je potřeba se jimi nadále zabývat. Říkám to proto, že jsme se jimi zabývali po celé tři roky, že jsme postupně mnohé měnili a že se zdá, že přinejmenším pro 1. a 2. ročník, tedy pro 1. cyklus, si už curriculum aspoň trochu sedá na své místo. Zdá se, že v 3. a 4. ročníku je méně problémů organizačních, než bylo v 1. a 2. ročníku, a až studenti dorazí do 5. a 6. ročníku, zjistí, že administrativní náročnost bude menší v porovnání s 3. a 4. ročníkem, nesrovnatelně menší v porovnání s 1. cyklem a dokonce i menší než mají dosavadní studentidosa-  
vadní výuky.



■ ***Jací studenti na fakultu nyní přicházejí? Ptám se proto, že se nejspíš mění názírání na lékařskou profesi, lékaři jsou málo placeni a možná už to nebude tak přitažlivé povolání, jak tomu bylo dřív.***

■ Hodně záleží na tom, jestli jste první nebo poslední v pořadí přijímacích zkoušek. Loni jsme byli poslední, letos první. Když jste první v pořadí, hlásí se vám spousta studentů, kteří se hlásí na mnoho jiných lékařských fakult. Dá se říci, že aspoň polovina těch, kteří k nám přišli, se hlásí na více než 2–3 lékařské fakulty. Když jste první na řadě, tak těch prvních sto je sto nejlepších ze všech uchazečů o studium lékařství. Když jste na řadě poslední, přijdou ti, kteří jinde neuspěli, pak ti, kteří jsou zvědaví, jak to vypadá na více fakultách a dokonce – a to nás strašně těšilo – loni jsme jich přijali asi třetinu, kteří byli přijati na jiné lékařské fakulty, a přesto se rozhodli pro nás, i když jsme byli poslední v pořadí. Pak k nám přichází 20–30 % uchazečů, kteří chtějí jenom k nám, a nechtějí jinam, což je velmi příjemné. Myslím, že ti letošní maturanti nebo maturanti z posledních let jsou trošku jiní než jsme byli my, ale nemyslím, že by kvalita studentů klesala, jak na to někteří upozorňují. Naopak mám dojem, že se mezi studenty vyskytuje stále víc a víc lidí, kteří mají eminentní zájem o studium do hloubky, často do hloubky vědecké.

■ ***Jakou pozornost věnujete začínajícím vědcům po promoci?***

■ To souvisí s tím, jak koncipujeme doktorandské studium. V posledních třech letech se extrémně rozrostlo, z těch pár doktorandů před 4–5 roky máme jich už desítky. Většinou se rekrutují z těch, kteří se už během studia věnovali vědecké činnosti. Tady je

možná u nás důležitý jeden bod, který souvisí s určitou změnou vnímání nejen naší školy, ale i ostatních vysokých škol – je to vnímání doktorandského studia jako integrální součásti vysokoškolského, respektive univerzitního studia. Zatím jsme brali za hlavní studium magisterské, k tomu přibrali studia bakalářská a teprve v posledních letech dochází, že musíme mnohem větší pozornost věnovat studiím doktoranským. Že to není jenom někomu dát možnost, téma, podrobit ho za tři roky nějakým zkouškám a zjišťovat, jestli ty tři roky smysluplně naplnil. Doktorandy musíme skutečně vést jako studenty, byť vyššího typu, kteří vyžadují systematickou péči. K tomu zatím namnoha klinikách a ústavech a u mnoha školitelů bohužel nedocházelo a je jedním z velkých úkolů školy, abychom zavedli takový řád doktorandského studia, jako je způsob studia magisterského. Důležité také je, abychom doktorandy dovedli správně volit. Napočátku se kvalifikovali na základě svých dobrých známek v průběhu studia. Pak se ukázalo, že to nemusí být nejlepší kritérium. Zdá se, že nejlepším je vlastní vědecká práce v průběhu studia. Dokumentuje totiž zájem studenta o vědeckou práci. Zájem o pohled do hloubky, o detail a jeho krásu.

■ *Je ovšem o to dost velký zájem? Mladí vědci si přece stěžují na nízká stipendia a i do VNR napsali, že žijí jako řeholníci.*

■ Podle mého názoru problém není v tom, jak vysoké je stipendium, ale v tom, že nebudou dobře ohodnoceni poté, až ukončí studia, kdy budou velmi dobře kvalifikováni a budou mít velmi dobrou klinickou i vědeckou přípravou. Všude na světě lékaři první tři-čtyři roky své praxe včetně různých vědeckých elévů mají poměrně malý příjem, který se dá srovnat s platem kvalifikované zdravotní sestry. Ale poté, co začínají být kvalifikováni a zejména poté, co jsou plně kvalifikováni, tak se jejich příjem dramaticky zvyšuje. K tomu bohužel u nás nedochází, a tak vlastně těm, kteří vstupují do postgraduální vědecké přípravy (pokud to nejsou žádní zarytí vědci), nekyne žádná zvláštní finanční výhoda z toho, že studium absolvovali. Něco jiného ovšem je fakt, že mají další výhody, že znají něco do větší podrobnosti a znají téma, které neznali, a že mohou počítat s tím, že někdy v budoucnosti mohou mít eventuálně i určitou parciální výhodu před těmi, kteří takové studium neabsolvovali.

■ *Hlavní je tedy pocit vnitřního přesvědčení nebo uspokojení. To ovšem asi platí i pro začínající lékaře, kliniky, při tom, jak je ohodnocení lékařské práce hanebné.*

■ To je správné slovo. To hodnocení lékařské práce je hanebné a skandální a svým způsobem také snižuje všeobecnou vážnost lékařského povolání. Ti, kteří koncipují výši lékařských platů, stále vycházejí z toho, že lékařství je nějaký zvláštní obor, který se liší od pilotování dopravního letadla nebo projektování visutého mostu. Ale zátěž toho, kdo operuje srdce, nebo toho, kdo na jednotce intenzivní péče resuscituje, i dokonce praktika, který činí rozhodnutí v časové tísně, je enormní a srovnatelné s těmi, kteří vykonávají povolání soudců, advokátů, bankovních úředníků či konstruktérů. Často je to těmi, kteří se argumentům lékařů pro vyšší platy vysmívají, bagatelizovávají, když říkají: „My také nemáme platy jako mají naši zahraniční kolegové.“ Je to pravda, ale ta pravda je posunutá a často překroucená v tom smyslu, že lékaři nechtějí mít tolik, kolik mají lékaři ve Švýcarsku nebo ve Spojených státech, ale chtějí, aby poměr jejich platů ve srovnání s profesemi jiných specialistů byl takový, jako je ve Švýcarsku nebo ve Spojených státech. Za těchto okolností by pak lékař měl takový plat jako ministr, někdy i vyšší, a o to

tu jde. U nás je všeobecná platová hladina nižší než v západní Evropě či severní Americe, to musí akceptovat každý, kdo žije v této zemi. Co je ale složitě akceptovatelné, to je fakt, že poměry mezi platy odborníků jsou tady zcela jiné než poměry v západní Evropě nebo v severní Americe.

■ ***Nemáte obavy, že by se někdy nízké hodnocení lékařů mohlo promítnout přímo při výkonu jejich povolání, a to právě ve vztahu k pacientům? Neapelujete právě proto ve svých děkanských projevech na etiku?***

■ Těch projevů je zatím hodně málo. A vysloveně neetické chování v medicíně je podle mého názoru absolutně okrajová záležitost. Ale je pochopitelné, že když někdo své povolání dělá skutečně poctivě a zaníceně, podobně zaníceně a poctivě jako jeho kolega v Německu nebo ve Švédsku, a když si provede jednoduchá srovnání, tak mu pozitivní motivaci k jeho povolání nepřidá. Většina studentů jde na medicínu především z idealismu a potom také z určitého zanícení pro přírodní vědy a obory přírodovědné. Ovšem člověk není živ jenom ideály a představami svých osmnácti nebo dvaceti let a ve společnosti, ve které žijeme, je určitý standard také určitou kvalitou života. Jistě je s jinými profesionály srovnáván a lékaři jsou pořád ve skupině učitelů nebo kněží, a nejsou ve skupině advokátů, soudců, bankovních úředníků nebo technických specialistů. Myslím, že tento jev si musí společnost sama také uvědomovat a rozhodnout se. Pokud od někoho očekáváte často úžasný a nevídaný technický výkon v podmínkách velkého psychického vypětí, zhusta v noci nebo o víkendu v noci, musíte také myslet na to, jakým způsobem ho honorujete. Myslím, že diskuse o lékařských platech by neměla být jenom diskusí uvnitř lékařské obce, ale že by mělo být i v zájmu pacientů mít pozitivně naladěného lékaře tak, jako je v zájmu člověka, letícího letadlem, mít klidného, vyrovnaného a pozitivně motivovaného pilota. Ostatně je dobré, aby i soudce byl klidný, vyrovnaný a motivovaný a totéž váš advokát. Materiální hledisko jistě není pro kvalitu života nejdůležitější a jistě se najdou mnohem důležitější hodnoty v životě. Rozhodně je velice pochybné těmito klasickými humánními hodnotami lékařského povolání argumentovat při jakýchkoliv mzdových vyjednáváních. Velice povrchní a nepřilíš chytré je pořád apelovat na něco, co je samozřejmě pro většinu příslušníků lékařského povolání jasným motivem – totiž na lékařskou etiku.

■ ***Lékařská etika se na fakultě vyučuje jako jeden z mnoha předmětů.***

■ Studenti někde musí diskutovat tak složité etické otázky jako je otázka smrti mozku, transplantací nebo přenosu embryí, genetického inženýrství a podobně. K tomu jsou vhodné semináře lékařské etiky. Na druhé straně se domnívám, že semináře mohou někoho přivést víc k přemýšlení o obecné lékařské etice než k té běžné profesní etice, že tu pravou profesní etiku člověk vnímá v průběhu studia i ve všech dalších letech, kdy vykonává lékařské povolání, ale říci, že se jí naučí, je hrozně složité. Hrozně složité je také zkoušet lékařskou etiku – je snad ten, kdo z ní má jedničku, hodnotnější nebo etičtější individuum než ten, který by z ní propadl?

■ ***Něco jiného je odříkat etická pravidla –***

■ – a něco jiného je eticky se chovat. Pro nás tato otázka představuje ještě velmi široké pole k působení, pole, které je poměrně nezorané a které nese dědictví posledních let, které souvisí nejen s etikou, ale často s etiketou; s výchovou v rodině, s výchovou

k slušnosti a s tím, jak se k sobě navzájem chováme, jestli se na sebe usmíváme nebo mračíme, jestli jsme našťvaní nebo vstřícní, jestli máme pozitivní nebo negativní myšlení a jestli dovedeme dokonce být schopni překonávat své momentální nálady nebo umět je skrýt před pacientem – to jsou všechno otázky, které jsou v nás, frekventantech let socialismu, tak zakořeněné.

■ ***Když vás poslouchám, vybavil se mi současný problém – korupce na vysokých školách. Co tomu říkáte?***

■ Je smutná a politováníhodná záležitost, že snad někde byly ilegálně získány a potom prodávány testy. Pokud tomu tak skutečně bylo, pak ti, kteří to učinili, spáchali jistě trestný čin, když se snažili za peníze zvýhodnit jedny před druhými. Plně věřím, že se tím univerzita bude zabývat a že nalezne takový způsob přijímání studentů, aby toto riziko zmenšila.

■ ***Myslíte, že by toto riziko zmenšilo přijímání studentů bez přijímacích zkoušek?***

■ Myslím, že ne. Neumím si představit, že bychom vzali všech tisíc studentů, kteří se k nám hlásili. Nevím, v jakých prostorách bychom je vyučovali, kolik by nás muselo být a zda bychom nezhoršili kvalitu výuky. Za cenu, že přijmeme všechny uchazeče, nemůžeme přeměnit budovy naší fakulty v internační tábor, ve kterém by se vyučovalo na chodbách, a to ve stoje.

■ ***V tom se shodujete se všemi akademickými funkcionáři, se kterými jsem mluvila.***

■ Když se podíváte na situaci v Evropě, tak prakticky všichni uchazeči jsou přijati na lékařské fakulty jen v Rakousku, Belgii, Itálii. Pokud bychom byli technicky schopni přijmout všechny uchazeče, k značné selekci by docházelo na konci druhého ročníku.

■ ***A kdybychom opravdu byli národem korupčníků, tak by se uplácelo i tam.***

■ V této souvislosti bych však chtěl odmítnout jakýkoliv náznak toho, že by se mohly podobné jevy vyskytnout i u nás. Je dobře známo, že v posledních letech jsme na naší fakultu nepřijali děti dvou vysokých fakultních funkcionářů.

■ ***Jména asi neprozradíte ...***

■ .....ale ta jsou všeobecně známa!

■ ***Řekněte mi tedy alespoň, jak za vašeho působení pokročilo bakalářské studium.***

■ To se na jedné straně stalo integrální součástí studia naší fakulty i mnoha dalších fakult na univerzitě, ale na druhé straně máme problém, že se na něj většinou hlásí slabší studenti než na studium magisterské. Tak to ale nebylo původně zamýšleno. Bakalářské studium mělo být intelektuálně na stejné úrovni jako studium magisterské, mělo však být více prakticky založeno. Nedomnívám se, že bychom měli mít kvalitnější studenty na magisterském studiu a ty méně výkonné při přijímacích testech na studiu bakalářském. To je jeden námět k diskusi. Pak je tu ještě druhý, který občas tu a tam probleskne. V severoamerických školách bakalářské studium ukončuje určitou část studia, je to studium průběžné – člověk se stane bakalářem, nato pokračuje ve studiu magisterském, má hodnost Master, nebo Doctor, a pak studuje postgraduálně. Nemůže tedy vstoupit do studia, které nazýváme magisterské, bez toho, aniž by měl za sebou studium bakalářské,



byť naše studium magisterské zejména v prvních ročnících to severoamerické bakalářské v sobě zahrnuje. To je problém, který se objevil až v moderní době. Přechod z naší fakulty i jiných českých vysokých škol je na severoamerické univerzity velmi obtížný, studenti musí začínat od prvního ročníku, protože nemají za sebou žádnou uzavřenou etapu. I z tohoto důvodu bychom mohli dosavadní způsob změnit.

■ ***Umožňoval by změnu nový vysokoškolský zákon?***

■ Umožňoval. Museli bychom naše dva první ročníky koncipovat jinak a bakalářské studium chápat jako průběžné. Na některých školách to tak je.

■ ***Jaká byla mezinárodní spolupráce fakulty v těch předcházejících třech letech?***

■ Myslím že stejně dobrá jako v dřívější době. Pochopitelně dokud byl děkanem prof. Höschl, byla z hlediska těch neoficiálnějších struktur fakulty dominantní spolupráce v oblasti neurověd. Výtečná byla také spolupráce v oblasti fyziologie s francouzskými fakultami nebo neurologické a ORL kliniky s klinikami v Německu a ve Švýcarsku. Nejsm schopen a ani mne nenutíte, abych všechny vyjmenoval, myslím, že máme slušný standard mezinárodní spolupráce. Co je ale zvláště pozitivní, je to, že se nám podařilo ještě něco víc: v rámci evropských programů vyjíždějí do zahraničí i naši studenti. A to už ne jenom na prázdninovou praxi nebo krátkou stáž ale i na semestr či rok. Teď např. odjíždí jeden student do Heidelbergu, také jsem konzultoval s jednou studentkou, jakým způsobem podat přihlášku na jeden semestr do Štýrského Hradce. Zkušenosts nějakým pobytem v zahraničí má obrovské množství našich studentů.

■ ***Zdá se, že jste tedy se vším spokojen – jste spokojen i s životem akademické obce? Býváte viděn na koncertech, na děkanských dnech hraje florbal.***

■ Nejsm úplně spokojen se svým životem, který nabral poněkud jiných obrátek a dny, kdy přicházím domů před osmou, se dají v průběhu měsíce – zejména když nejsou prázdniny – spočítat na prstech jedné ruky. To je pochopitelně věc, která mě znervózňuje. Samozřejmě se vším na fakultě spokojen nejsm, ale myslím, že ta jistá nespokojenost je velkým motivem. Nejsm především spokojen ještě s realizací i s konstrukcí nového curricula, musíme se ještě scházet, scházet a scházet, až se uscházíme a až tonakonec dostaneme do formy, která bude nejen logická, ale bude také ke studentům i učitelům přátelská. To je důležitý motiv, který pořád postrádáme, ta vzájemná přátelskost všech ke všem. Je to jeden ze základních cílů, které na škole máme. Totiž už na svých dětech pozoruji, jak jsou ze školy spíš našťavané, že i jejich učitelky jsou našťavané, a že výroky, které si ze školy přinášejí a které přinášely ještě když byly menší a na školu si hrály, jsou směsí ironické agrese a jakéhosi pohledu svrchu. Nevím, kde seto v nás bere a jak to všichni tak dobře dovedeme. Myslím, že to máme z našich škol a z našich institucí a s hrůzou pozoruji, jak už to dovedu mít v sobě i já. A myslím, že pokudněco musíme dělat krom toho, aby naše škola dál učila a zkoušela významně jinak než ostatní lékařské fakulty v ČR a abychom dál zlepšovali podmínky pro vědu, tak že se především musíme snažit udělat z té naší fakulty, i když přísnou a rigorózní, tak současně také přátelskou instituci. To znamená rozchod se středoškolským modelem, s tou jistou nadřazeností učitele, znamená to schopnost naučit se říkat „to víte lépe než já, protože jste se ten předmět učili před rokem a já před třiceti roky, tak mi to řekněte, prosím“. To je věc, kterou musíme v sobě pilovat, strašně, strašně i nadále pilovat, a která

nám ještě občas chybí, byť mám dojem, že atmosféra na naší fakultě je docela příjemná. To se ale děkanovi říká špatně. Děkan hůře pozná, jaká je atmosféra na fakultě, děkan-  
ským vtípům se smějí vždy o trochu víc a k děkanům jsou vždycky trochu jiní. I proto dělám programově plesy a výlety se studenty. Jsem strašně rád, že jsem v tom našel oporu u jejich spolku Trimed a že se klima alespoň pro část studentů a část učitelů změnilo. Je to však nikdy nekončící úkol a nikdy nekončící výzva, pro nás trochu složitější, protože jsme poplatní tomu, jak nás učili na základních a středních školách i na univerzitě. Prakticky všichni učitelé, kteří tady učí, prošli školami za socialismu, i žáci, kteří však už částečně měli jiné školy; ovšem fakta se změnila, ale pedagogické procesy se příliš nezměnily. To je myslím věc, se kterou jsem spokojen nejméně. Přestože považují atmosféru na naší škole za dobrou, rozhodně cítím, že se najde ještě mnoho místa ke zlepšování.

■ *To by byl váš další cíl, kdybyste byl znovu zvolen děkanem?*

■ Určitě ano. Myslím, že by však měl být ještě dále rozšířen o podrobnou pozornost individuálním profesním plánům zejména mladých asistentů. Tím myslím aktivní dohled vedení školy nad vědeckou prací mladých asistentů, ze kterých se mají během několika let rekrutovat docenti. Na druhé straně chci zdůraznit, že jsme v předchozích deseti letech dali příležitost naprosto každému. Každý, kdo naplňoval kritéria, která jsou dána vysokoškolským zákonem, univerzitou a fakultou, měl možnost projít habilitačním řízením, a to bez ohledu na jakékoliv politické, náboženské či rasové aspekty. To je tak strašný rozdíl proti tomu, co bylo za komunismu, kdy limity byly stanoveny i na základě jiných než jen odborných kritérií! Každý, kdo v současné době naplňuje kritéria daná pro akademický postup, má naprosto stejnou šanci. To je důležité si uvědomit právě v těchto týdnech, kdy stojíme před desátým výročím konce komunistického režimu v naší zemi.

*S děkanem 3. LF M. Andělem hovořila M. Fleissigová*

**Prof. C. Höschl v Radioforu o intelektuálech v politice,  
korupci a studentech:**

## **Nepřestává fungovat současný demokratický systém?**

**Motto:**

*“Umění žít je především uměním prohrávat”.*

*“Jedinec se od okolí dočká většinou takového zacházení, jaké v něm svými postoji sám indukuje.”*

*C. Höschl*

**Je jediným hostem pořadu Radioforum dne 4.8.1999 byl v ČR profesor Cyril Höschl. Moderátor A. Zelenka a komentátor P. Nováček ho představili nejenom jako proděkana 3. LF, ale také jako člena Britské královské společnosti psychiatrů a navíc prozradili, že loni odmítl nabídku J. Tošovského na funkci jak ministra školství, tak ministra zdravotnictví.**

Když se potom měl C. Höschl přiznat ke svým politickým inklinacím, označil se za obdivovatele otevřené společnosti ve smyslu Karla Poppera, kterou lze charakterizovat tak, že „když její vláda odejde, není oběšena”; je to společnost založená na zásadách moderního liberalismu s určitou příměsí konzervativního přístupu k řešení ekonomických a společenských otázek; společnost založená na zásadách pluralitní demokracie. Na otázku, která politická strana je mu blízká, řekl, že se cítí jako příbuzný, jehož nejbližší se hádají – uznává jasný, poměrně dobře zformulovaný postoj ODS; na ODA (která podpořila jeho nezávislou kandidaturu v senátorských volbách) si cenil otevřenosti vůči sympatizantům; chápe i ideové zakotvení lidovců v křesťanství; je však „trošku nešťastný, že jejich současný part mu neumožňuje připojit se k žádné z nich”.

Označení, že je „homo politicus”, prof. Höschl odmítá a zmiňuje se o „pocitu marnosti devět let po revoluci” – váha jednotlivce je podle něj často přeceňována. Skutečnost, že se čeští politici málo věnují důležitým tématům, nepovažuje za chybu jednotlivců, ale za „výslednici střetu politických sil”. Vysvětluje si to tím, že politika u nás nebyla budována zdola, jako v zemích s dlouholetou demokratickou tradicí, ale shora – i v r. 1989 „revoluce byla více méně budována shora”, a proto také tomu často říká převrat.

Ovšem politice stran, vybudované na parlamentním, pluralitním systému, nelze podle C. Höschla z vnějšku, ať už z pozice intelektuála, šlechtice nebo prezidenta vnutit, co má dělat, pokud to nemá v genech. Politická strana nemá důvod takového hlasu poslechnout, byť by byl sebe moudřejší a sebe oprávněnější, protože je z hlediska budování politického systému a státu nesystémový. Proto jsme „všichni ambivalentní k těm snahám, jejichž motivy chápeme, ale nejsme si jisti, jakým způsobem mohou svých cílů dosáhnout. Obávám se, že co teď prožíváme, není spor žabomyší, válka stran, drobných stran, osobností, intrik, ale spor o fungování demokratického systému na konci 20. století v Evropě a ve světě: zda se způsob, založený na kompetici stran (a lepší zřejmě ze všech špatných nebyl vymyšlen), nějakým způsobem nepřezil, když je tolik třeba ho komentovat”.

vat, doplňovat, vnucovat mu opatrnost ve vztahu k budoucnosti, upozorňovat ho na nutnost péče o životní prostředí a nutnost společenské vize. Není to tím, že by tento systém v globálním světě nějakým způsobem přestával fungovat?”

Na otázku, zda intelektuály v této situaci nenapadne vstoupit do politiky a snažit se s věcmi pohnout kupředu, odpovídá prof. Höschl, že lidé v jeho okolí měli pocit, že mohou účinně vstupovat do politiky a že mohou leccos změnit mezi léty 1989 – 1995. Přesvědčení, že jedinec něco zmůže, začalo potom slábnout a naopak se dostavovala obava, že bych „nejvíce ztratil, kdybych se přestal věnovat své práci. Ve chvíli, kdy vstoupíte do politiky, stanete se amatérem ve všem, co děláte, přestanete sledovat literaturu, začnete zanedbávat svůj obor, který Vás stejně dřív nebo později vyvrhne, a vy si řeknete, proč to všechno, když stejně nic nespasím.” Domnívá se též, že ani politické strany nemají příliš zájem o spolupráci s inteligencí – a pak: „Jsem-li přesvědčen, že některé věci by měly být tak a tak a jiné neměly, pak to mohu uskutečňovat na nižší úrovni, třeba na úrovni lékařské fakulty nebo svého ústavu, a to není málo.” Když bude více takových míst, kde lidé budou prosazovat určité hodnoty, pak se výsledky dostaví. Velkým politickým stranám vytýká prof. Höschl neschopnost komunikace a varuje, že ztráta kontaktu s voliči může z příštích voleb udělat nevypočitatelné kolbiště.

V další části Radiofora se moderátor A. Zelenka a komentátor P. Nováček zajímali o názory proděkana 3. LF UK na vyrovnání s minulostí, postoje studentů a korupci, k níž došlo při přijímacích zkouškách na právnickou fakultu.

■ **Radioforum:** Do jaké míry vnímáte frustraci lidí ve vztahu k vyrovnání s minulostí?

■ **Höschl:** Ona je sice nezajímavá, ale její nedořešení je jednou z příčin celého řetězce neuspokojivého stavu v etické, legislativní i emoční sféře. Pocity, že všichni kradou, všichni tunelují, to silně korupční prostředí (když potřebujete výpis z toho či onoho na úřadě, tak musíte dát úplatek), to může být syceno částečně osobní zkušeností, částečně poznáním toho, že právo až dosud nebylo vynutitelné. To začíná v roce 1945 tím, jak se jednotlivé státy vyrovnávaly s poválečnou situací a vede analogicky k tomu, jak se s ní vyrovnávaly po 89. roce. Jestliže se v uspořádávání etických věcí přeskočí určitá perioda, nese to sebou poruchy ve všech dalších bodech včetně toho, jak je zákon vynutitelný. Jestliže ten, jak říkal v pořadu Sněží Stanislav Devátý, kdo patřil k jeho pronásledovatelům, je nyní jeho kolegou v advokátní komoře, je to také cosi chybného. A vy potom můžete těžko v právní stát doufat, očekávat od něj legislativní čistotu a vynutitelnost práva. Ty věci spolu souvisejí. V našem polistopadovém vývoji jsou období, která jsou pro řešení těchto problémů vhodnější, mají tam větší pravděpodobnost a větší společenskou objednávku, jiná jsou naopak méně vhodná. V této chvíli je tato společenská objednávka nižší. Není ale všemu konec, ještě přijde perioda, kdy opět „v retru” se tyto problémy vrátí a bude třeba je dočistit, byť už globálněji a obtížněji. Ale jsou to zrnka písku, která dřou v soukolí a je to cítit.

■ **Radioforum:** Přednášíte na 3. lékařské fakultě, setkáváte s mladými lidmi, budoucími lékaři. Pozorujete na nich něco podstatného – propadají náladě bezvýchodnosti, nebo tam je naopak to zrníčko, to světélko, naše lepší budoucnost? Jsou to lidé aktivní, vitální, jiní? Ptám se proto, že jenom s těmi druhými můžeme asi konkurovat v Evropské

unii a podobných strukturách.

■ **Höschl:** Já jsem v této oblasti optimistou, i když nic z toho, co jste řekl, nemůžeme paušalizovat, nemůžeme říci „oni jsou takoví nebo makoví.“ Každý je jiný. Ale vyskytují se mezi studenty takové jevy, které jsme nikdy předtím – ale teď mluvím jenom o té lékařské fakultě – neviděli. Například se stane, že studenti, po kterých to nikdo nechce, nikdo jim o tom nepřednáší, nevyučuje je to a ani z toho nic nemají, se seberou, vezmou hudební nástroje a jdou na pavilon LDN a hrají písničky na objednávku nejchroničtějším a nebezpečnějším nemocným a nikdo jim za to nezaplatí, ani jim nic ve škole nepromine. Nebo jsou studenti, kteří už dnes nastudují materiál tak, že profesor nebo asistent se dostane do úzkých a musí přiznat, že to neví a jít do knihovny a musí je dohnat; to nikdy předtím nebylo, vždycky se medicí učili jenom to, co se jim doporučilo ve skriptech. Pohodlná metoda pro pedagogy už nefunguje a zdá se, že její éra končí a zaplat'pánbůh za to. Takže to je řada pozitivních jevů. Vidíme i určité negativní posuny, jako velmi pragmatickou orientaci na výdělek, na úspěch v dlouhodobější perspektivě, také zcyničtění, ale tady bych byl velmi opatrný – medicí vždycky byli cyničtí. Takže já jsem optimista. A čím dál tím více studentů se objevuje, kteří jsou skvělí, vynikající a kteří dokonce na naší fakultě, i když jsou stále ještě studenty, už vyučují jako rovnocenní pedagogové v předmětech, kde si nezaplatí.

■ **Radioforum:** Když jsme se dostali na akademickou půdu – velkou část lidí překvapily aféry, které způsobily šok – mám na mysli dvě právnické fakulty a prodávání testů v přijímacích pohovorech. Jak je vůbec možné, že se to stane?

■ **Höschl:** To jsou neblahé události, ale do určité míry je dobře, že se tak stalo. Protože to je jedna z příležitostí, jak celý systém provětrat, jak tyto otázky otevřít, to, co pod pokličkou někde určitě kvasilo, pročistit. A nemůže být dnes v této věci nikdo podezříván (a kritici byli vždycky podezříváni), z toho, že je pouze proti té které škole nepřátelsky naladěn. Dnes se ukázalo, že kritika přišla pozdě, ale je nutná a má nyní konkrétní raison d'être. Jak se to mohlo stát? Mám na to poměrně specifický názor, který je dost obecný. Že totiž z doby komunismu jsme si přinesli přesvědčení, ve kterém nás marxisté neustále utvrzovali, že metodologií společenských věd je marxismus–leninismus. A tito experti ani nevěděli, co je to chí–kvadrát. A tak v oblastech, jako je testování veřejného mínění, testování určitých vlastností, psychometrika, schopnosti zdatnosti k výkonu určitého povolání, to všechno, co bylo v rozvinutých zemích propracováno metodicky, objektivizováno, operacionalizováno, všechny možné úniky eliminovány, byla na to vymyšlena celá řada triků a metod – byla metodika a metodologie zoufale zanedbána. A s tímto zpožděním jsme se dostali do situace, kdy si každý myslí, že to umí, že tomu rozumí, že dělat testy, to přece stačí zformulovat pár otázek a zaškrtnat, jestli jsou dobře nebo špatně. Tím se stalo, že celá školská soustava, ač je akademická, to provozuje amatérsky. Důsledkem amatérismu jsou mj. i ty události, ke kterým na univerzitě došlo.

## Douška pro VNR – o přijímacích zkouškách na 3. LF:

- **VNR:** Domníváte se, že postačí zpracování testů zprofesionalizovat?
- **Höschl:** Přinejmenším to velmi zlepší situaci. Mám jenom obavy, že se ti profesionálové budou z počátku těžko hledat.
- **VNR:** Nemyslíte, že by se od přijímacích zkoušek mělo upustit, jak to někteří politizující sociologové navrhují?
- **Höschl:** To je stará otázka, a myslím, že jsme ji už dost probrali hned po převratu. Představa volného přístupu na univerzitu je lákavá a v mnoha oborech by možná její uskutečnění bylo určitým přínosem. Na medicíně to tak učinit opravdu nelze. Kapacita naší školy nestačí ani na ten počet studentů, který máme. Medik se totiž nemůže ztratit na dva roky v knihovně, jak si to někteří představují, ale potřebuje chemikálie, pipety, mikroskopy, praktikárny, pitevny, počítače a konzultanty, a to jsou statky, jejichž dostupnost automaticky omezuje počet mediků. Chce-li mít společnost více studentů, musí koupit více kapacit. Medicínu nelze zadat za domácí úkol. Na housle také nemůžete učít bez použití houslí. Navíc medicína je i věcí určitého talentu, takže tak, jako na AMU nemůžete vzít každého škvřkala, ani na medicínu se nehodí každý. Je samozřejmě sporné, do jaké míry přijímací zkoušky opravdu predikují úspěch ve studiu (a v povolání), ale to jsou otázky, kterým se výzkumně mnoho let věnujeme. Z dosavadních výsledků se zdá, že úspěch u zkoušek opravdu souvisí se schopností školu dostudovat. Dalším argumentem oponentů zkoušek je možnost momentální indisposice. Víte, lékaři semají vybírat z lidí, kteří momentálními indispozicím moc nepodléhají a umí je zvládat (to je právě součást onoho talentu). Představte si, že by vás omylem zabil chirurg jenom proto, že měl momentálně trému. Takto prostě uvažovat nelze. Také se říká, že lze studenty podle jejich schopností vyhodit ze školy po 1–2 letech. To je sadismus. Je lépe dozvědět se, že se na školu nehodíte, hned a neztratit další dva roky planých nadějí. Případámito vůči studentům férovější. Určitě namítnete, že přes to všechno jsou jedinci, kteří se vypracují, a kteří by školu nakonec dokázali vystudovat, majíce vysokou motivaci. Nato vám opáčím, že takoví jedinci se na školu nakonec přece jenom dostanou i v současném systému a jsou-li k tomu disponováni, dostudují ji, takže to vyjde na stejno.
- **VNR:** Jak hodnotíte přijímací zkoušky na 3. lékařské fakultě?
- **Höschl:** Jako zatím mezi českými lékařskými fakultami nejlepší možný pokus, jak minimalizovat újmu, jež je se zkoušením vždy více méně spojena, a přiblížit se predikci studijního úspěchu, což vám jistě potvrdí každý dobrý student, který byl přijat (smích).

– flei –

# Karibští studenti byli u nás spokojeni

July 30, 1999

*To the medical staff of the Czech Republic,*

*On behalf of the students of St. George's University School of Medicine, we would like to extend our gratitude to those of you who took the time to introduce us to the Czech medical system. Your caring and compassionate professionalism exemplify the ideal physician. We hope to emulate those traits in our later practice.*

*You took the time to introduce us to your patients and your practice and made us feel welcome in your facilities and country. Despite your busy schedules we appreciate the time you took and the many ideas you shared.*

*We commend you and thank you.*

*With sincere gratitude, the students of St. George's University*

Jak vidět z tohoto dopisu, červencová stáž 42 studentů z karibského ostrova Grenada St. George's University School of Medicine v nemocnicích na Vinohradech, Na Homolce a v Motole se velmi dobře vydařila.

Přitom jsme při pomýšlení na letní dovolené se sníženým počtem pracovníků na všech pracovištích mohli hledět vstříc této zatěžující stáži pouze s obavami. Ve skutečnosti však ukázal opak. Kolegové vybraní pro instruktáž a provedení stáže pro karibské studenty se zhostili svého úkolu ve většině případů s velkou trpělivostí, pečlivostí a upřímnou pozorností.

Uprostřed svých nesplnitelných úkolů si mnohdy neuvědomujeme, jakýma očima nás pozoruje návštěvník, který přijde do naší nemocnice. Je tím potěšitelnější, že veškerá pozorování, která zde američtí studenti učinili, vyznívají velmi pozitivně a studentioceňují jak postoj k pacientům, tak nadšený vztah k medicíně, tak i seriózní přístup k provádění stáže. Nezapomenutelný dojem, který si tito studenti, kteří dosud nepropraktikovali na klinických oborech, odnášejí sebou do střední Ameriky, je dobrým zadostiučiněním pro všechny, kteří se s vypětím sil této stáži pečlivě věnovali.

Pro americké studenty je tato stáž provedením tzv. „Summer elective“, při nichž si mohou vybrat některý vzdálený kontinent, aby se naučili, jak se praktikuje medicína ve zcela jiných podmínkách na vzdáleném konci světa. Někteří studenti před volbou této letní praxe litovali, že je praxe připraví o prázdniny, a že se nebudou moci podívat domů ke svým rodinám. V hodnocení praxe v Praze vyjadřují, že jim tyto ztráty prázdnin tato praxe bohatě vynahradila, a že by s chutí dali takovéto praxi ještě opakovaně přednost. Jejich dobrým zážitkem bylo nejenom naslouchání odborným výkladům našich pracovníků, nýbrž také blízký styk s pacientem, který byl v podstatě úvodem do jejich budoucí medicínské praxe.

Následující citáty jsem vybral ze závěrečného dotazníku, v němž studenti měli stáž hodnotit a v němž hodnocení Vinohradské nemocnice vyznělo v podstatě ze všech tří zúčastněných nemocnic nejlépe. Citáty jsou vybrány z odstavců, kde studentům byla položena otázka:

## ***1. Doporučil byste tuto letní výběrovou stáž jiným studentům? Proč?***

„It was a great/rare experience in multiple areas. Hospitals, politics, medical practice.”

„Prague is beautiful.“

„Understanding the differences between the healthcare systems requires direct involvement in the systems.“

„... this selective was an excellent learning experience. We were exposed to clinical situations, that we most likely would not have seen until clinical and/or residency years.“

„It was my first real hospital exposure + I really liked seeing how health care is delivered in Prague.“

„... great opportunity to visit an extremely beautiful city as well as seeing and experiencing hands on, a personal aspect of this country, the health care system.“

„It’s not only „once in life–time“ cultural experience, but it teaches you a lot about your views on the medical profession. It forces you to decide what you think about health care systems... reforms your ideas, if you already have them.“

## ***2. Co se Vám nejvíce líbilo na této stáži?***

„Everyone was very nice and went out of their way for us. Dr. Kulhavý, oncology, really on the ball; picked us on his level and taught accordingly.“

„... change in my attitude toward US and Czech health care“.

„The exposure to the hospitals as well as to the country (Prague). A very edifying, enriching and exciting experience, to say the least“.

„To be able to see patients and surgeons and the physicians who were great about explaining everything.“

„I was most impressed with their willingness to share their knowledge and their unselfish motives and qualities, that I believe more American physicians should possess.“

„Dr. Trampešková, neurology – made us feel quite relaxed and comfortable.“ „She went through every patient with us and made it all understandable.“ ”This is the essence of medicine, ...excellence.“

„Dr. Kulhavý, oncology – one of the most compassionate physicians encountered“ ”he showed us a lot, we learned so much from him!“

„Dr. Kozák, hematology – very intelligent and excellent lecturer.“ ”This guy is great. An intellectual.“ „Great lecturer, explained the equipment well, was very busy, but made time for us.“

„I also really enjoyed oncology + hematology at Vinohrady.“

„The dedication and enthusiasm of the doctors in all of the hospitals.“

„Dr. Hořejšová, internal II – wonderful, kind lady – VERY helpful, with patient contact – probably my best day!“

„Dr. Stanka, cardiosonogram – saw lot’s of patients.“



„Dr. Vyšata, neurology – informative, enjoyable to be around“.

„Dr. Málková, internal med. – great person, did see much.“ ”Very accomodating, dedicated to work.“

„Dr. Aleš Bartoš, Vinohrady, neurology – great person, really motivated, great interaction.“ „Interested in us + where we are from just as we are of them“.

„Buděšinský + Matějka, cardiocath lab.: A, made me consider cardio.“

„Dr. Málek, Vinohrady, cardiology, excellent, this guy was very well prepared to show us his department. He was good.“

„Dr. Cieslarová, internal med. – really informative, nice, enthusiastic...“.

„Dr. Jan Šprindrich, radiology, – A+, very intelligent, good english, gave us a great lecture/slide presentation among other things“.

### **3. Čím byste ji vylepšili?**

„... to make it optionally longer by adding hospitals.“

„Excursions to Terezín, Konopiště, Karlštejn, Kutná Hora etc! This was impossible for us.“

„I think it would help if Motol and Homolka hospitals were as ready and organised to see us as they were at Vinohrady.“

### **4. Dodatečné poznámky**

„... find a way for the kids to learn some basic Czech, as seen as they come down. May be you could give them a list of words and phrases; go over the pronunciation one time.“

„The Prague selective was invaluable experience that I am thankful for, being given the opportunity to be a part of.“

„But other than that, the experience, Czech republic and medicine – what a wonderful way to spend my vacation!“

„I am definitely glad that I did this. It was worth every minute. The city, the doctors, the direct hospital involvement – a first for everything.“

*Doc. MUDr. Pavel Kalvach, CSc., přednosta neurologické kliniky*

## Rozhovor na konci léta

### *S profesorem Richardem Rokytou o prázdninách vědce, kůrovci, bolesti a zdravotnictví*

***Jak jste strávil prázdniny? Odpočíval jste?***

Všelijak. Částečně jsem odpočíval, částečně jsem byl na kongresech. Na začátku prázdnin jsem v Praze organizoval Evropský fyziologický kongres, pak jsem byl na kongresu v Izraeli, a také jsme v Praze měli promoce. Nato jsem jel na dovolenou do Itálie, ale musel jsem ji přerušit, protože nás doma vykradli. Pak jsem strávil krásných 14 dní na Šumavě a poslední týden v srpnu jsem byl ve Vídni na světovém kongresu o bolesti.

***Když jste byl na té Šumavě, nepotkal jste tam bivakující ekology?***

Ne, byl jsem v jiné oblasti, na Špičáku, Trojmezna je o kousek dál.

***Tam u vás se tedy nic nedělo, kůrovce tam nemáte?***

Kůrovec tam občas je, ten je tam vlastně celé století. Ale s tím kůrovcem – nevím, kde je pravda, je to ryze odborná věc, která se hodně zpolitizovala a mluví do toho kdekdo –  
– ***a hlavně jsou všichni takoví zarytí.***

Jsou zarytí. A jakmile se něco stane náboženstvím a zarytím, tak je to chyba.

***Jsou mezi vědci také takoví zarytí?***

Jsou, a i to je velká chyba, ve vědě by měl být člověk pružný; sice ne všechno, co platilo včera, už neplatí, ale k vědeckým poznatkům je třeba přistupovat s velkou sebekritikou a kritikou. A kůrovec je toho typickou ukázkou: z obou stran se snášejí argumenty jenom částečně a pravda je asi uprostřed. Navíc doufám, že to nejsou takoví ekologové jakou Temelína, kteří to dělají za peníze.

***Já tedy nevím, ale s Temelínem nesouhlasím, protože mi připadá ošklivý.***

Temelín se mi samozřejmě také nelíbí, ale akce rakouských Greenpeace jsou placené. Loni, když jsme měli fakultní shromáždění na Orlíku a já měl přednášku na Hluboké, vzal jsem stopaře, studenta z ČVUT, a ten mi vyprávěl, že v sobotu a neděli za demonstrování vydělal víc než já za celý týden; jsou na to prý přesné taxy: kolik dostanete, když tam jen stojíte, kolik když jste přivázaní a když jste tam přes noc. To platí rakouský Greenpeace, aby nám mohli prodávat vodní elektřinu, takže také nevíte, co je pravda.

***Vidíte – také jsem byla jednou u Temelína protestovat, a nikdo mi nic nedal, a to jsem tam byla i s dcerou, takže jsem byla dvakrát škodná.***

Ten kluk mě do toho zasvětil, byl to velký sympat'ák. Chtěl bych vědět, kolik toho berou ti, co jsou přivázaní ke stromům! Také se mi nelíbí, že se kácejí stromy, ale nedovedu posoudit, kdo má pravdu. Myslím, že dávat takové věci k veřejnému posouzení a k referendu je hloupost, protože lidé to posuzují čistě emocionálně, a to platí bohužel i o Temelínu.

***Co by se stalo, kdyby vás na vědecké konferenci přišel někdo přerušit třeba s elektrickou pilou, jak k tomu došlo na česko–německém jednání o národních parcích?***

Ne s pilou, ale skutečně na konferenci o pokusech na zvířatech přišli ochránci zvířat a snažili se kongresu zabránit. Já sám jsem měl před dvěma lety přednášku v Tübingen, a tam dali do novin její název „Animal Models of Pain”, „Zvířecí modely bolesti”, a už se připravovala univerzitní služba zabránit demonstracím – ale nakonec nikdo nepřišel.

***Kam jedete teď? Do Paříže?***

Ano, jedu tam na Société de Physiologie, to je tradiční setkání frankofonních fyziologů z Francie, Kanady, Belgie, Švýcarska a také Československo, nyní ČR a SR – od nás proto, že existoval pražský, později brněnský prof. Krůta, který měl s Francií úzké vztahy – pracoval tam a za manželku měl Francouzku. Je to pravidelné zářijové setkání, snad bude hezké počasí.

***To vám budu přát, i když mám pocit, že si při takových konferencích toho okolí moc neužijete.***

Záleží na tom, kam člověk jede a jestli už tam byl. Třeba když jsem byl ve Vídni nebo v Paříži, které znám, byl jsem skutečně jen na kongresu, ale do Izraele jsem jel poprvé, a tak jsem tam byl o dva dny dřív, abych mohl cestovat.

***Jaký byl váš největší zážitek?***

Výlet na Masadu, to byla impresivní věc vidět místo odporu židovského národa a jeho masakru v roce 73. Druhým největším zážitkem byla současná Izrael, vybudovaný Jeruzalém a soudržnost lidí a jejich víra, že stát k něčemu je, že vše půjde kupředu a že všechno přežijí, že tam bude dobře. To je fascinující. Ohromná země. Byl jsem tam poprvé a byl jsem okouzlen. Bylo to zajímavější než kongres.

***Ke kongresům – jaké jsou nejnovější poznatky o bolesti?***

Nejnovější metody zkoumání, pokrok v zobrazovacích metodách, jako je tomografie, magnetoencefalografie apod., nejenže potvrdily staré poznatky, ale jejich paletu rozšířily. Např. se zjistilo, že bolest se nezobrazuje v mozkových strukturách jenom v období, kdy to člověka skutečně bolí, ale že tam je už taková očekávací reakce – attention situation – v oblasti mozku, kde se projektuje hluboká bolest, takže když se k vám blíží doktor s injekcí, už máte v mozku reakci. Má to terapeutický důsledek – bolest se dá dnes léčit i stimulací mozkové kůry. Druhý velký pokrok je v molekulární biologii, víme hodně o precepci bolesti, víme, jak a z čeho jsou složeny receptory, senzory a jaké látky reagují, známe i změny v průchodnosti kanálů při bolesti, což vede k otevření nových metod a hledání nových specifických léčiv na určité typy bolesti.

***Možná se ptám hloupě, ale neznají něco takového fakiři, když si propichují třeba různé části těla?***

To je jiná bolest. Bolest má složku senzoricke, tzn. vnímání bolesti, o které jsem mluvil, a pak má emočně afektivní složku, čili jak tu bolest vnímáme, jak ji posuzujeme, a to je individuální. Jednak je to rozdílné mezi muži a ženami, mezi dětmi, dospělými

a starými, jednak každý ještě bolest vnímá individuálně. Dnes víme, že jsou proto specifické dráhy v mozku a typy, jakými jsou fakírové, umějí tuto složku bolesti potlačit. Například když v Malajsii zasvěcují chlapce do mužství, propíchnou mu hákem mužštinou břicho a pak ho vozí po lianě. Fakírové se dostanou do takového transu, že bolest přestávají vnímat. To je to chození po žhavém uhlí –

**– nebo ukřižování?**

Ano, to je ta emočně afektivní složka bolesti. V tom má význam psychoterapie, která působí na tuto složku – je zajímavé, že musí být provázena i složkou senzoryckou. Když někoho hladíte, tak mu tišíte bolest a má to větší efekt, než když na něj jenom mluvíte. Viděl jsem to v hospici v Londýně, kde byli skutečně těžcí pacienti, s nádory ve finální fázi, kdy už morfium špatně působilo: u nich seděly sestřičky, povídaly jim, hladily je a nemocní se upokojili.

***Ty psychoterapeutické prostředky asi přijdou také levněji, než když se píchají injekce.***

Samozřejmě. Ale ty konference jsou důležité ještě pro něco jiného: hlavně, jak říkají Angličané, *to see and to be seen*, vidět a být viděn, protože musíte být v určitém klubu výzkumu, ten přínos byste si mohla někde přečíst, ale důležitý je bezprostřední kontakt. Právě při těch konfrontacích a diskusích mě napadají nové věci, a to je pro mne snad větší přínos, než to, co se tam bezprostředně děje..

***Dostávají k tomu příležitost také mladí vědci?***

Dostávají, pokud jsou peníze, a u nás je pořád ještě finanční stránka limitující. Něco dostaneme z grantů, ale také jsme hodně závislí na tom, co zaplatí firmy – jenže bohuželty neplatí ani tak vědce jako lékaře, kteří předepisují a kteří žádnou vědu nedělají. Řeknu příklad: ve Vídni bylo 33 českých účastníků, z toho 7 prezentací, 20 slovenských účastníků, prezentace 2. Byl jsem v Barceloně na kongresu, kde bylo dvacet českých účastníků – viděl jsem je jenom při zahajovací recepci a potom při odletu, vůbec na kongresu nebyli. Firmy jim to zaplatily, protože jim udělají reklamu.

***To snad ale nejsou všichni?***

Jen někteří. Firma zjistí, že se v některé oblasti jejich léky málo předepisují, a tak najdou někoho, který tu mezeru zacelí. Ovšem při organizaci jsou firmy bezesporu přínosem, bez nich by to vůbec nešlo, jen je škoda, že nevyjíždějí mladí vědci, strašně by to potřebovali a navíc se snižují impakty státu. Poslední můj letošní kongres je obrovský, v USA, výroční zasedání Society for Neuroscience. Bývá tam kolem 25 tisíc účastníků, z toho je 95 % mladých; jsou to hlavně doktorandi, kteří kromě prezentace tam mají současně i jakousi burzu práce. Vidět to obrovské množství mladých lidí, kteří v Americe dělají neurovědy – molekulární biologii, fyziologii, biochemii, neurologii, neurochirurgii, psychiatrii – je fascinující. To v Evropě takové není.

***A u nás?***

U nás se zvyšuje počet doktorandů, ale mám obavy, že to není vždycky z čistě vědeckých zájmů – u mnohých je to proto, že nenalezli zaměstnání. A pak – stipendium, které

berou, je opravdu směšné, a tak stát ztrácí obrovské množství talentů, protože je to vázáno i na byt – ani univerzita ani fakulta ho dát nemůže. Co je platné, když bude někdo chytrý jak opice a když bude z Českých Budějovic, pak může dělat vědu v Praze jenom tehdy, když se bohatě ožení. Dochází k posunu – u nás se objevují vědci z východu a naši odcházejí na západ a někteří z vědy vůbec. Po roce 1990 jsem měl pět vynikajících studentů, ale všichni odešli do ciziny a zatím se ještě se nevrátili – snad jeden z nich přijede příští rok. Je to obrovská ztráta, že se společnost k vědě a medicíně chová macešsky. Je to vidět i na přijímacích pohovorech na naší fakultu. Medicína vždycky patřila k elitě a dnes – kromě několik vynikajících studentů – začínáme mít tady secondhand.

***V tomto směru jste ale v rozporu s děkanem fakulty. Ten říká, že noví studenti, dnešní maturanti, nejsou horší než byli před lety, že jsou jenom jiní.***

To ano, ale když uděláme pomyslnou čáru, tak víme, že těch výborných máme dostovky – ale my jsme nuceni jich přijmout víc. A v tom množství kvalita klesá. Nejsm sice misogyn, ale znovu se to feminizuje, a přitom by to mělo být vždycky trochu vyrovnané. Lidé si pořád myslí, že mužský musí uživit rodinu. Podívejte, jsem z lékařské rodiny, bylo nás 11, teď je nás devět, a z různých oborů, a nikdo se nemá úplně dobře. Ti lidé musí hodně pracovat, medicína vyžaduje fanatismus, časový, intelektuální, s celoživotním vzděláváním. To je strašně špatně zaplacené. Komunismus medicínu podrazil, vůbec vrstva intelektuálů byla nenáviděná, Klaus je také neměl rád a tihle ti v tom úspěšně pokračují. To je vývoj české medicíny 2. poloviny 20. století.

***Jistě největším problémem zdravotnictví jsou peníze. Co byste udělal vy?***

Za prvé: Největší chyba je, že se lékaři mezi sebou špatně domlouvají. Když si srovnám právnickou komoru a její jasná pravidla, a lékařskou komoru, její nejasná pravidla, nejasnou prognózu – my si třeba neřekneme, kolik vlastně potřebujeme doktorů a jak by se měli vzdělávat – tak to je špatné. Druhá věc je, že se zdravotnictví vybavilo obrovskými drahými přístroji, které vyžadují i nákladnou údržbu. Je tady třeba spousta kardiocenter – mělo by se vědět, kolik lidí asi je nebo bude nemocných a podle toho to všechno upravit. To je obrovskou chybou řídicích složek zdravotnictví. A pak do toho tečou peníze, když se každý v tom snaží něco vyšvindlovat. Je tam spousta subjektivních a objektivních chyb.

***A jak byste to tedy dělal vy?***

Myslím zaprvé, že bych dal všechno úplně znovu k vnitřní odborné diskusi a pak bych s tím teprve šel na veřejnost. Když vezmete tu celou plejádu nešťastných ministrů, kteří nikdy nebyli úplně kompetentní, to byli chudáci, protože zdravotnictví je problémem všude na světě: drahé přístroje, drahé vyšetření, drahé léčení, stárnoucí populace, a to je obrovský problém. Já sám na zdravotnictví také nemám recept, jenom myslím, že tady chybí racionalita a dobrá vůle, nejdůležitější by byla skutečně diskuse na úrovni komor a fakult o představě, kam to zdravotnictví může spět.

***Nabízíte skoro takový recept jako na kůrovce –***

– aby si v klidu řekli kolik je kůrovce a kolik je to stromů; a také máme zkušenost, nemáme zkušenost; ve světě je spousta systémů zdravotnictví, které se dají studovat – jak úspěšných, tak neúspěšných. Myslím, že pro nás by byl německo–francouzský systém skoro nejlepší.

***Jistě by se na zdravotnictví ušetřilo, kdyby nebyly nemoci. Ovšem cynika by mohlo napadnout, že choroby by se – po vzoru šumavských lesáků – mohly odstranit tím, že by se odstranili pacienti.***

Říká se sice, že nejlacnější léčba je, když pacient umře, ale zhruba 80 % lidí, kteří přijdou k lékaři, nejsou nemocní, jenom chtějí dobré slovo. Jak ale je odlišit od těch zbývajících dvaceti procent, kteří nemocní jsou? Toho využívají léčitelé – nemocné odvrhnou a věnují se těm 80 procentům, a proto nemívají nemocné a mrtvé – ty nechají doktorům. V tom to spočívá, kdyby se dařilo pořádně anamnézovat, pak by člověk zjistil, že vlastně spoustu vyšetření nepotřebuje. V tom je nevýhoda amerikanizace, nebo atomizace, medicíny. Můj americký přítel, neurolog z Albert Einstein, mi říkal, že tam lékař může také pacienta uvidět, až když bude umírat, protože vlastně do té doby pořád procházel různými vyšetřeními. Myslím, že to je chyba velkých nemocnic a nemocnic vůbec; nejasné případy by měly jít nejprve k nejzkušenějšímu lékaři, který by je distribuoval dále. Zatím se většinou dostanete na nějaké oddělení, a tam vás léčí pouze podle svých zásad, a přitom zejména u starých lidí najdete více onemocnění. Jeden známý mi říkal, že někdy by nejlepší bylo, kdyby pacientovi nedával nic, ale jenom když tam bude ležet s kapačkou, budou si všichni jeho příbuzní myslet, jak je bezvadně léčený. Je to důležité poznat, jestli je ten člověk skutečně nemocný, spotřeba zdravotnictví na nemocných je obrovská. Skutečně jak řešit zdravotnictví nevím, ale jak se to hledá přes média a poslance, to je úplná hloupost. Poslanci, i když jsou mezi nimi MUDr., tak medicínu nedělají, žijí mezi politiky třeba i 10 let a pak navrhnou úplné nesmysly. Je to proto, že se medicíně vzdálili – tu musíte dělat každý den stejně, jako musíte každý den dělat vědu.

***Jak jste to také vy dělal celé prázdniny?***

Takřka ano. Dovolená je totiž krásná věc – to dopíšete knížku, dokončíte článek pro odborný časopis, uděláte všechny resty a přitom jezdíte na kole a krásně si odpočíváte.

*Marie Fleissigová*



Vlha obecná

# Klinika pneumologie a hrudní chirurgie 3. LF a Fakultní nemocnice Na Bulovce

Klinika pneumologie a hrudní chirurgie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Fakultní nemocnice Bulovka (dále jen KPHCH) je jediným pracovištěm v České republice, kde došlo k vytvoření organického celku společného pracoviště pneumologického, hrudní chirurgie a laboratorního záze mí s podílem základního výzkumu v oblasti experimentální pneumologie a molekulární biologie. Dnešní podoba kliniky a její pozice je výsledkem složitého vývoje našeho pracoviště od třicátých let až do současnosti a navazuje na tradici, která byla vytvořena a udržována úsilím a poctivou prací několika generací pneumologů, ftiseologů, chirurgů, mikrobiologů, patofyziologů a dalších klinických i laboratorních pracovníků. O dobré jméno pracoviště doma i v zahraničí se zasloužila řada velmi významných osobností československé a české medicíny, které na klinice pracovaly.

## Historie kliniky

Plicní pavilon Městské nemocnice na Bulovce v Praze 8 byl dostavěn a otevřen v roce 1931. Na svou dobu to byla velmi moderně koncipovaná prostorná budova. Každý pokoj byl vybaven klimatizací, v létě byl do pokojů vháněn chladný a vlhký vzduch, který byl veden podzemní šachtou až od Vltavy a v zimě byl přiváděn stejnou cestou teplý vzduch.

Prvním primářem plicního oddělení byl doc. MUDr. R. Foit, kterého brzy vystřídal doc. MUDr. J. Skládal, který oddělení vedl až do roku 1939, kdy odcestoval do emigrace v Anglii a USA. Lůžkovou část vedl od roku 1932 prof. MUDr. Jaroslav Jedlička, který zde zřídil *Ústav pro studium tuberkulózy při Univerzitě Karlově*. Po 17. listopadu 1939, kdy byly vysoké školy uzavřeny, měl být bulovecký ústav jako jiné univerzitní ústavy zrušen. Byl tím pověřen pražský německý anatom prof. Grosser, který se však po prohlídce tohoto ústavu rozhodl, že nechá ústav prakticky v nezměněné podobě dále fungovat, jen požádal profesora Jedličku, aby z názvu ústavu vynechal Univerzitu Karlovu. Po atentátu na Heydricha (těžce zraněný Heydrich byl hospitalizován na bulovecké chirurgii) se poměry v bulovecké nemocnici výrazně zhoršily a při bezohledných čistkách v rámci heydrichády byl ústav z Bulovky vykázan a mohl pak pokračovat ve své činnosti jen díky tomu, že se několika obětavým českým lékařům podařilo přestěhovat zařízení během jednoho dne do Motola. Plicní oddělení se v té době nazývalo *Tuberkulose-Krankenhaus* a sloužilo pak převážně jen prominentním Němcům, speciálně od zbraní SS.

Po revoluci v roce 1945 se vrátil z emigrace doc. Skládal a převzal vedení plicního oddělení, nyní *Státní oblastní nemocnice v Praze VIII–Bulovka*. V přízemí, v prostorách někdejšího Ústavu pro studium tuberkulózy při Univerzitě Karlově, vybudoval *Ústav klinické fyziologie*, který byl přiřčen k lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Později, v roce 1950, se profesor Skládal přemístil s Ústavem klinické fyziologie do nového působiště v Praze 2. Vedení celého plicního pavilonu převzal docent MUDr. Rudolf Krivinka.

V poválečných letech byla v Československu velmi nepříznivá epidemiologická situace tuberkulózy. Ještě v druhé polovině 50. let na ni umíralo v naší zemi ročně 5–6 000 ne-

mocných. I tehdejší představitelé komunistického režimu si uvědomovali, že je třeba radikálních kroků a že je třeba organizovat tato opatření na vědeckém základě. V této situaci došlo k 1. 12. 1952 na základě rozhodnutí vlády k založení *Výzkumného ústavu tuberkulózy (VÚT)* se sídlem v Praze a výnosem ministra zdravotnictví bylo rozhodnuto, že bude umístěn v plicním pavilonu Oblastní nemocnice v Praze VIII – Bulovka a že bude mít detašovaná pracoviště v areálu Státního zdravotního ústavu v Praze a v Vinohradech (skupina mikrobiologicko–epidemiologická s výrobou BCG vakcíny) a vysunutá pracoviště v Bratislavě (rovněž mikrobiologicko–epidemiologické). Řízením VÚT byl pověřen doc. Křivinka, detašované pracoviště na Vinohradech vedl doc. MUDr. Ladislav Šula, vysunutá pracoviště MUDr. Ján Markovič. VÚT byl od svého vzniku organizací přímo řízenou ministerstvem zdravotnictví.

Kromě vysunutého pracoviště v Bratislavě bylo ještě pro potřebu VÚT vyčleněno 100 lůžek ve Státní plicní léčebně v Kostelci nad Černými lesy. Ústav se věnoval i aplikovanému a klinickému výzkumu a metodickému vedení boje proti tuberkulóze a prevenci tuberkulózy dýchacího ústrojí. Organizačně byl rozčleněn na skupinu mikrobiologicko–epidemiologickou, experimentálně laboratorní, klinickou a metodologicko–organizační. Jednotlivé skupiny pak byly děleny podle zaměření a charakteru práce. V ústavu se vytvořily specializované diagnostické celky s laboratorním zaměřením, bylo vybudováno oddělení bronchologické s mikromorfologickým oddělením s patologem a klinickým cytologem, laboratoře biochemické a pracoviště funkční diagnostiky, fotolaboratoře a zvířetník. Zároveň bylo v ústavu otevřeno oddělení hrudní chirurgie s přidruženým oddělením pro diferenciální diagnostiku a oddělení zubní.

V červenci 1959 se po dohodě ministerstva zdravotnictví a ministerstva národní obrany přesunulo do VÚT *tuberkulózní oddělení Ústřední vojenské nemocnice*, toto oddělení vedl plk. MUDr. F. Přeborovský se svým zástupce plk. MUDr. B. Fuchsem.

Od ledna 1961 byla ve VÚT zřízena *ftiseologická klinika Ústavu pro doškolení lékařů (ÚDL)*. Vedoucím této kliniky byl jmenován doc. Křivinka, ředitel VÚT, a tak byla zajištěna jednota v řízení kliniky i ústavu. Z VÚT byli na ftiseologickou kliniku ÚDL delimitováni tito lékaři: MUDr. Z. Vysloužil, MUDr. F. Fišer, MUDr. M. Dominec a další. Ftiseologická katedra a klinika ÚDL pak byla převedena i do Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů v Praze a v roce 1969 byla přejmenována na katedru a kliniku tuberkulózy a respiračních nemocí ILF. Od ledna 1969 byl také změněn název na *Výzkumný ústav tuberkulózy a respiračních nemocí (VÚTRN)*.

V roce 1971 požádal ze zdravotních důvodů dlouholetý ředitel VÚTRN doc. Křivinka o uvolnění z funkce, ale pak zůstal i nadále ve VÚTRN ještě několik let pracovat jako vědecký pracovník. Ředitelem ústavu byl jmenován MUDr. Pavel Krákora, vedoucí thorakochirurgického oddělení. Ten zaměřil činnost ústavu i na experimentální chirurgii a významně modernizoval thorakochirurgické a radiologické pracoviště s cílem připravit ve VÚTRN podmínky pro provádění transplantací plic. Oficiálně pak byl VÚTRN pověřen realizací programu transplantací plic závazným opatřením ministra zdravotnictví (Věstník MZ ČSR č.24/1974, částka 20–21, str.194). I když při realizaci programu transplantací plic bylo dosaženo na experimentálních zvířecích modelech významných úspěchů, byla další práce v této oblasti přerušena v roce 1976 náhlým úmrtím MUDr. Krákory a



projekt se nikdy nedostal do fáze, kdy by bylo možno s transplantacemi u pacientů ve VÚTRN začít.

Dalším ředitelem VÚTRN byl jmenován MUDr. Rudolf Feuereisl, DrSc., který vedl ústav v dosavadním vědecko–výzkumném zaměření, ale s akcentem na laboratorní činnost a na specializované invazivní vyšetřovací metody. Mezinárodního uznání se dostalo výsledkům činnosti oddělení funkční diagnostiky, o které se významnou měrou zasloužil MUDr. H. Felkel.

V roce 1981 byl z podnětu VÚTRN vybudován ve spolupráci s Ústavem zdravotnických informací a statistiky Centrální registr tuberkulózy v ČSR, který významnou měrou přispěl k systému komplexního dohledu nad tuberkulózou.

V ústavu vznikla bronchologická škola, která vychovala řadu významných českých bronchologů. Jako první z bronchologických pracovišť v ČR bylo vybaveno laserem, a tak první zkušenosti v rámci tehdejšího Československa byly získávány právě ve VÚTRN.

Nezastupitelnou roli v rozvoji pneumologické cytodiagnostiky v Československu měla laboratoř klinické cytologie, především zásluhou celoživotní vědecké práce MUDr. Petra Helbicha, CSc., jehož školicími kurzy prošla většina českých klinických cytologů se zaměřením na pneumologickou cytodiagnostiku.

Špičkovou úroveň v hrudní radiodiagnostice si vybuďovalo původní rentgenologické oddělení. Jedním z předních českých rentgenologů v této oblasti je dlouholetý pracovník kliniky MUDr. Jaroslav Polák, DrSc.

V roce 1987 byl jmenován ředitelem MUDr. Jiří Erban, CSc. a později, v roce 1990, byl v této funkci vystřídán docentem MUDr. Luděk Trnkou, DrSc. V jeho funkčním období byl v roce 1991 název změněn na *Ústav plicních nemocí* (ÚPN), který lépe vystihoval náplň činnosti ústavu. V roce 1992 byl ÚPN pověřen děkanem 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze i pregraduální výukou tuberkulózy a později i celé pneumologie. Postgraduální výuka oboru TRN už předtím v ústavu řadu let probíhala.

Dalším ředitelem ÚPN byl MUDr. Rudolf Vodrážka, který vedl ústav v letech 1993–95. Od května 1995 vykonával funkci ředitele významný český thorakochirurg MUDr. Pavel Fiala, CSc. V červenci 1995 došlo ke sloučení ÚPN s Fakultní nemocnicí Na Bulovce a byl změněn jeho název na *Kliniku pneumologie a hrudní chirurgie 3. lékařské fakulty a Fakultní nemocnice Na Bulovce (KPHCH)*. Prvním přednostou nově zřízené kliniky byl jmenován MUDr. Pavel Fiala, CSc., který stál v čele kliniky až do nástupu současného přednosty doc. MUDr. Petra Zatloukala, CSc. v lednu 1997.

## **Současnost kliniky**

Základní organizační strukturu tvoří v současnosti oddělení pneumologie, oddělení hrudní chirurgie, laboratorní část a Národní dohledová jednotka pro tbc.

### ***Oddělení pneumologie***

Pneumologické oddělení poskytuje vysoce specializovanou péči nemocným v celém spektru plicních nemocí. Mezi nosné a preferované programy v současnosti patří péče o nemocné s plicními nádory, nemoci spojené s obstrukcí dýchacích cest, fibrotizující plicní procesy, plicní infekce u imunokompromitovaných nemocných, plicní mykobakte-

riózy. Dlouhodobě je samozřejmě rozvíjen i výzkum v oblasti plicní tuberkulózy. Na kliniku jsou odesíláni nemocní s komplikovaným průběhem plicní tuberkulózy nebo s infekcí rezistentními kmeny mykobakterií ke stanovení vhodného léčebného postupu. Klinika je jedním z mála pracovišť v České republice, která jsou schopna poskytnout komplexní péči nemocným s hrudním empyémem. Klinika se připojila k programu transplantací plic, který byl před několika lety aktivizován ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze a je jedním z pracovišť, která provádí indikace nemocných k tomuto výkonu. Většinu nemocných tvoří případy, odesílané na kliniku ke konsiliárním nebo superkonsiliárním vyšetřením. Jen menší část nemocných je z rajónní oblasti pražských obvodů 7–9.

Pneumologické oddělení má v současnosti 66 lůžek, všeobecné ambulance, specializované ambulance pro pneumoonkologii, plicní fibrózy, obstrukční plicní nemoci a kardiologickou ambulanci, zaměřenou především výzkumně na onemocnění spojená s hypertensí v malém krevním oběhu.

**Bronchologické pracoviště** vede MUDr. Jiří Pátek, je moderně vybaveno k provádění diagnostických i léčebných výkonů, včetně laseru. Endobronchiální brachyterapie je prováděna ve spolupráci s Ústavem radiační onkologie. Bronchologickému pracovišti tvoří zázemí spolehlivě fungující **cytologická laboratoř** (MUDr. Hana Bartošová), a tak je drtivá většina diagnostikovaných nádorů plic morfologicky verifikována cytologickými metodami.

Jednou z tradičně preferovaných oblastí je na klinice problematika vyšetřování ventilační a respirační funkce plic. **Funkční laboratoř** je velmi dobře vybavena a provádí prakticky kompletní spektrum vyšetřovacích metod, používaných standardně k diferenciální diagnostice poruch funkce plic, včetně celotělové plethysmografie, plicní difuze, compliance a spiroergometrie. Nově byla vybavena i polysomnografickým zařízením pro detekci poruch dýchání ve spánku, a tak se věnuje i diagnostice a léčbě těchto stavů, včetně syndromu spánkové apnoe (MUDr. Igor Jurikovič).

**Epidemiologické oddělení** (MUDr. Antonín Kubík, CSc.) se zabývá v současné době epidemiologií rakoviny plic, analýzou jejího vývoje nejen v naší zemi ale i v kontextu situace v zahraničí a vytvářením modelů předpokládaného vývoje v příštích letech.

**Národní jednotka dohledu nad tuberkulózou v ČR** byla ustavena na naší klinice koncem roku 1994 z rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví a slouží jako poradní orgán ministerstva. Její vznik byl iniciován doporučením Světové zdravotnické organizace v rámci vývoje nových metod dohledu nad tuberkulózou. Provádí kvalifikovanou analýzu epidemiologické situace tuberkulózy v ČR a hodnocení účinnosti jednotlivých metod její kontroly. V náplni činnosti do určité míry navazuje na Registr tuberkulózy, který byl v minulosti rovněž součástí kliniky. Její vedoucí, doc. MUDr. Luděk Trnka, DrSc. je předním českým odborníkem a expertem Světové zdravotnické organizace v epidemiologii tuberkulózy a organizace strategických programů boje proti tuberkulóze.

### ***Oddělení hrudní chirurgie***

Oddělení hrudní chirurgie KPHCH je jedním ze dvou úzce specializovaných thorakochirurgických oddělení v ČR. Zhruba každý čtvrtý nemocný, operovaný v České republice pro bronchogenní karcinom, je operován na tomto oddělení. Bylo otevřeno už v 50. letech a prvním vedoucím se stal přední československý thorakochirurg prim. MUDr. V. Šnaj

dr, CSc. Zásady operační techniky, které zavedl, se používají s malými obměnami dosud. V počátcích své existence se oddělení profilovalo především na operativu komplikací plicní tuberkulózy a jiných zánětlivých nemocí. S ústupem prevalence tuberkulózy a vzestupem incidence rakoviny plic docházelo postupně k reprofilizaci oddělení a v současné době převládá problematika bronchogenního karcinomu. Ve srovnání s ostatními chirurgickými pracovišti, která se věnují hrudní chirurgii, je na KPHCH prováděno ročně nejvyšší počet těchto výkonů. Výsledky resekční léčby rakoviny plic jsou u našich nemocných srovnatelné ve všech sledovaných ukazatelích (procento pooperačních komplikací, časná pooperační letalita, počet probatorních thorakotomií, počet dlouhodobě přežívajících nemocných a jiné) s výsledky nejvýznamnějších světových pracovišť.

Další preferovanou oblastí je rozvíjení operačních technik zákroků na velkých dýchacích cestách. Jsou zde prováděny resekce pro stenózy, popř. nádory průdušnice a bronchoplastické operace.

Pracoviště má poměrně velké zkušenosti s chirurgickou léčbou hnisavých intrathorakálních procesů. Je to proto, že na chirurgických odděleních, věnujících se hrudní chirurgii, často nejsou podmínky pro řešení hnisavých specifických a nespecifických komplikací, a tak bývají tito nemocní odesíláni na naši kliniku. Nejedná se jen o léčbu pooperačních empyémů, ale i o chirurgickou léčbu postpneumonických nespecifických empyémů a v posledních letech stále častěji se vyskytujících chronických tuberkulózních empyémů. Nezřídka je v těchto případech nutná, dnes už málokde prováděná, thorakoplastická operace. Na klinice jsou rovněž prováděny výkony všeobecné chirurgie u nemocných s aktivní plicní tuberkulózou nebo závažnou poruchou funkce plic, které nelze na běžných chirurgických odděleních provádět.

### ***Laboratorní část***

**Oddělení molekulární a buněčné pneumologie** KPHCH je zaměřeno zejména na biochemický a molekulárně biologický výzkum zhoubných nádorů plic a dále provádí některá vybraná biochemická a imunologická vyšetření u nemocných s chorobami dýchacího ústrojí a farmakokinetická vyšetření antituberkulotik u nemocných s tuberkulózou.

V oblasti biochemického výzkumu plicních nádorů se oddělení zabývá studiem proteolytických enzymů a jejich regulací v tkáních a nádorových buňkách nemalobuněčného karcinomu plic a zkoumá jejich roli v průběhu nádorového růstu a procesu metastazování. Jsou přitom používány metody enzymové kinetiky, různé separační a analytické metody, imunochemické, cytoenzymologické a další metody, prováděné na KPHCH. V oblasti molekulárně biologického studia nádorů plic oddělení provádí základní výzkum v oblasti regulace buněčné diferenciaci na úrovni transkripce, regulace exprese genů specifických pro diferenciaci normálních a nádorových buněk, suprese buněčné diferenciaci u některých typů nádorových buněk, studium transkripční represe pomocí virových onkoproteinů (E1a adenoviru). Dále jsou studovány možnosti zlepšení časné diagnostiky karcinomu plic detekcí aktivovaných onkogenů *ras* a jsou zkoumány některé změny v DNA vybraných onkogenů u karcinomu plic. Přitom jsou používány různé metody molekulární a buněčné biologie, např. manipulace s DNA – klonování rekombinantních molekul, sekvenování, polymerázová řetězová reakce a další metody používané pro studium transkriptů a bílkovin, reportérové systémy při studiu transkripce, přenosy genů do buněk v buněčných kulturách (stabilní i přechodné transfekce, přenos pomocí retrovirů).

Biochemický a molekulárně biologický výzkum, který oddělení provádí, probíhá formou řešení grantových projektů a je financován Interní grantovou agenturou Ministerstva zdravotnictví ČR.

V oblasti rutinních laboratorních metod oddělení provádí vyšetření aktivity angiotensin-I konvertujícího enzymu v séru pro účely diagnostiky a sledování aktivity a léčebné odpovědi u nemocných se sarkoidózou, vyšetření neuron specifické enolázy k diagnostice a sledování léčebné odpovědi u nemocných s malobuněčným karcinomem plic a dále k detekci neuroendokrinního fenotypu u nemalobuněčného karcinomu plic, což má význam v prognóze těchto nemocných.

**Imunocytologická laboratoř** provádí stanovení subpopulací lymfocytů a alveolárních makrofágů z tekutiny bronchoalveolární laváže a stanovení některých funkčních parametrů těchto buněk především u nemocných s intersticiálními plicními procesy.

**Farmakologická laboratoř** provádí monitorování terapeutických hladin léčiv a je zaměřena (jako jediné pracoviště v ČR) na vyšetřování farmakokinetiky antituberkulotik. Při současném podávání dvou a více antituberkulotik může v organismu docházet ke vzájemným interakcím, které mohou měnit výslednou koncentraci léků v místě účinku, a tím i efekt léčby. Farmakokinetická analýza, sledující pohyb antituberkulotik v organismu, poskytuje potřebné informace o vstřebávání, distribuci, biotransformaci a vylučování antituberkulotik podávaných v různých kombinacích. Vyšetření farmakokinetiky antituberkulotik slouží ke stanovení správné dávky popř. i vhodné léčebné kombinace a umožňuje tak stanovit individuální léčebný režim. To má význam především u obtížně léčitelných forem tuberkulózy u nemocných s přidruženým onemocněním jater nebo ledvin. Zvyšuje se tím bezpečnost a účinnost léčby tuberkulózy a nezdědka se snižuje její ekonomická náročnost.

Nemoc dýchacího ústrojí se výrazným způsobem podílí na zdravotním stavu populace, na nemocnosti i úmrtnosti. U řady plicních nemocí jsou současné léčebné možnosti zatím velmi neuspokojivé. Platí to především pro rakovinu plic, ale také pro jiná závažná plicní onemocnění. Proto má i naše klinika vedle léčebné péče i rozsáhlý výzkumný program, jehož cílem je hledat a rozvíjet nové léčebné a diagnostické metody. Dalším, neméně významným úkolem kliniky je pregraduální a postgraduální výuka, jež má cílem co nejvalitněji připravit mladou generaci lékařů, schopných uvažovat v molekulárně biologických pojmech a souvislostech, které jsou nezbytné pro lepší porozumění podstaty a příčin vzniku různých plicních nemocí a k pochopení principů nových léčebných strategií.

*Doc. MUDr. Petr Zatloukal, CSc.  
Prim. MUDr. Pavel Fiala, CSc.*

---

# **PACIENTI**

---

**KVALITA ŽIVOTA  
MOŽNOSTI LÉČBY**

# Pomoc nemocným a slabým je důkazem lidskosti

## Z prohlášení Společnosti dialyzovaných a transplantovaných

Praha, 22.6.1999

Jsme lidé, kteří trpí nevyлéčitelným selháním ledvin. Žijeme pouze díky přístroji, který nahrazuje funkci ledvin a ve kterém je nám speciálním způsobem čištěna krev. Děkujeme za tu šanci pokroku lékařské vědy a rozvoji dialyzačních programů v naší zemi po roce 1990. Tehdy v naší zemi umíral každý druhý den jeden člověk, protoženomohlbyť pro nedostatek přístrojů léčen.

Člověk s nezvratným selháním ledvin, závislý na hemodialýze, má před sebou jen tři varianty. Doživotní připoutání k přístroji, transplantaci darovaného orgánu, nebo smrt. Člověk, kterému nevyлéčitelně selhávají plíce, játra nebo srdce, má jen dvě: transplantaci, nebo smrt.

Mediální kampaň, rozvířená kolem „ostravské transplantační aféry“ je pro nás smrtelně nebezpečná. Bohužel postižení nejsou jen zneпřátelení lékaři, ale především stovky nemocných, kteří čekají na darovaný orgán.

V anketě České televize odpovídali dotázaní na otázku, zda by souhlasili s darováním svého orgánu po smrti, s jistými rozpaky. Ne všichni vyslovili souhlas. Na otázku, zda by darovaný orgán přijali, však odpověděli všichni kladně.

Neblahý důsledek neodpovědné mediální kampaně je ten, že rodiny lidí, kteří zemřeli a jejichž orgány byly použity k záchraně dalších lidských životů, si dnes kladou otázku, zda pro přežití jejich blízkých bylo učiněno vskutku všechno.

Prosíme vás, nedejte si namluvit, že lékaři, kteří bojují o život jednoho člověka, bychtěli poškodit život druhého.

Česká republika touží vstoupit do společnosti vyspělých zemí. Jestli nás aleněco od nich výrazně odlišuje, není to ani tolik ekonomické zpoždování nebo chudoba. Především je to rozdíl v chápání lidské solidarity. Pomoc nemocným a slabým není jen otázkapeněz. Je to vědomí, že důkaz lidskosti nemůže za nás podat žádná instituce nebo anonymní stát. Je to konkrétní čin jedné lidské bytosti vůči druhé. Souhlas s případným darováním orgánů po mé smrti je takovým konkrétním skutkem.

*(Materiál tiskového odd. MZČR, kráceno)*



Antilopa zakrslá

## Čeští anesteziologové, nenasazení a vysazení léčby

Jak se zachovat při péči o těžce a kriticky nemocné v posledním období jejich života, to je pro lékaře pracující v oblasti intenzivní péče v posledních letech stále větší problém. Život zachraňující výkony jsou drahé, umírajícímu pacientovi přináší kromě ohrožení jeho lidské důstojnosti mnohá utrpení, také pro ošetřující personál jsou fyzicky i psychicky náročné, a to bezohledu na to, zda pomohou vrátit pacienta do vědomého života, nebo zda pacient po různě dlouhém utrpení a vegetativním přežívání zemře. Situaci komplikuje fakt, že je velice obtížné na počátku léčby předpovědět s dostatečnou jistotou, jaký bude její efekt. Přitom neexistuje návod či alespoň obecná shoda o tom, jak postupovat, protože se zde střetává řada rozdílných, v mnohém až protichůdných názorů a zájmů. Je tomu tak především proto, že v závěru života vstupují do popředí vedle odborných problémů i hodnotové soudy a otázky smyslu, neboť jde o období pro člověka velice významné, naplněné mnoha úzkostmi a nejistotami, často spojené s loučením s těmi nejbližšími.

O interpretaci posledních chvil člověka na zemi a o návod, jak se v tomto období zachovat, se pokouší odedávna mnohá náboženství a mnohé filozofické směry. V dnešní pluralistické společnosti, která je charakterizována absencí jednotného světového názoru a nabídkou mnoha možných postojů k životu i k jeho konci, se nelze divit, že se lékař při péči o kriticky nemocné nebo umírající pacienty setkává s nejrůznějšími představami a přáními, více či méně vehementně prosazovanými, nelze se divit, že je jeho rozhodování pravidelně předmětem veřejného zájmu a mnoha veřejných debat, které ovšem právě v této době nemohou dospět k jednotnějším závěrům.

Odborná literatura odráží výše zmíněnou situaci. Již léta zde probíhají diskuse k mnoha problémům, dosáhnout konsensu se nedaří. Základní tématické okruhy lze popsat asi takto: Především je řešena otázka, zda vůbec a za jakých okolností může lékař nenasadit život zachraňující léčbu nebo již nasazenou léčbu přerušit. Pokud připustíme, že je možné život zachraňující výkon neprovést, čelíme otázce, zda by tedy nemohlo být možné uspišit konec života nejen neposkytnutím léčby, ale také podáním smrtícího preparátu. Zastánci aktivní euthanasie s oblibou poukazují na to, že výsledek obojího je stejný – smrt pacienta. Dnes již je shoda v tom, že když existují nejrůznější názory na to, jakou hodnotu má život bez perspektivy, plný bolestí a dalšího utrpení nebo i pouhé vegetativní přežívání, a když není možná shoda v této oblasti, nezbyvá než u každého pacienta postupovat individuálně, v souladu s jeho světovým názorem. Měl by tedy o způsobu péče rozhodnout sám pacient. To je ale obvykle velmi obtížné, protože rozhodovací schopnost pacienta je v kritickém stavu či v terminálním stadiu choroby obvykle výrazně omezena. Buď má poruchu vědomí, nebo jeho rozhodování diskvalifikuje silná bolest či jiné utrpení. Lékaři se obvykle nepřisuzují pravomoc rozhodnout, protože nemůže být neutrální, neboť má sám svůj vlastní hodnotový systém, a je proto oprávněná obava, aby nevnucoval nemocným svou vlastní vizi závěru života. Ani rodina nemocného není v tak důležitém rozhodování plně kvalifikovaná, nebývá vždy ve svém názoru jednotná, kromě toho existuje dost příkladů, kdy zájmy rodiny a zájmy nemocného se dostávají do konfliktu.

Můžeme se ptát, jak se skutečně za těchto okolností chovají lékaři v terminálních stadiích života svých pacientů, když neexistuje souhlas o požadavcích na ně ani žádný obecně přijatý metodický návod. Určité informace máme o chování severoamerických a holandských lékařů, bylo provedeno několik výzkumů postojů lékařů v rozvinutých státech světa a hodnotová kritéria západního světa byla konfrontována se systémem hodnot orientálního člověka. Prozatím chybí údaje o tom, jak s tímto dilematem nakládají lékaři střední a východní, postkomunistické Evropy. Zde byli po několik desetiletí pod vlivem etatické a kolektivistické propagandy, která systematicky snižovala význam jedince ve společnosti a stála v opozici proti koncepci lidských práv. Nyní procházejí zdejší zdravotnické systémy hlubokými reformami, přitom hlavní novinkou je vedle zdůrazňování práv jedince i v případě ekonomických vlivů do rozhodování lékaře. Na druhé straně byli odborníci těchto zemí vždy v kontaktu se západními odborníky, také odborná literatura byla k dispozici. Pouze vliv lékařské etiky jako oboru byl celkem úspěšně blokován, v posledních deseti letech byl ale i kontakt v této oblasti se západním světem obnoven.

**Když se autoři tohoto textu sešli nad společnou prací, položili si otázku, jaké názory a postoje mají naši lékaři k problematice nenásazení a vysazení léčby v terminálních stadiích nemoci. Jako metodický nástroj vyvinuli dotazník, ve kterém se ptají na tři okruhy problémů. 1. Jaký postoj má lékař či zdravotník k problému nenásazení a vysazení léčby v závěru života a zda již někdy něco takového doporučil či sám provedl a do jaké míry ve svém rozhodování rozlišuje nemocné v ireversibilním stavu od ostatních nemocných; 2. co je důležité pro rozhodnutí o nenásazení či vysazení léčby; 3. co je důležité pro rozhodnutí, že léčba je zbytečná.**

V první fázi rozeslali dotazník všem členům České společnosti pro anesteziologii a intenzivní péči. Z rozeslaných 744 dotazníků bylo vráceno členy společnosti 285 vyplněných dotazníků, z nich 278 (celkem 37,4 %) bylo použitelných ke zpracování. Získaný vzorek je reprezentativní. Vyžádali jsme si základní údaje o všech členech společnosti (věk, sex) a porovnali jsme tyto údaje s údaji získanými od respondentů. Na žádné z těchto proměnných nebyl prokázán statistický rozdíl.

I když ještě nejsou dotazníky statisticky definitivně zpracovány, dovolujeme si předložit některé závěry.

Především se ukázalo, že naši anesteziologové připouštějí možnost nenásazení a vysazení léčby u svých nemocných. Řada z nich přiznala, že již léčbu vysadili či nenasadili, ovšem většinou u ireversibilně nemocných. U ireversibilně nemocných již nenasadilo léčbu 127 (45,7 %) respondentů, vysadilo 167 (61,1 %) respondentů, zatímco u reversibilně nemocných pouze 9 (3,2 %) respondentů léčbu nenasadilo a 17 (6,1 %) respondentů léčbu vysadilo. Náš původní předpoklad, že budou lékaři vnímat rozdíl mezi nenásazením a vysazením již nasazené léčby jako závažný problém, se nepotvrdil. Častější vysazení než nenásazení léčby (viz výše) považujeme za věcně přiměřené. Při prvním kontaktu je odhad dalšího vývoje méně spolehlivý, je tedy logické, že je často léčba nasazena a vysazuje se, když se ukáže její neschopnost ovlivnit pozitivně stav nemocného.



Pokud jde o důvody, které mohou vést k vysazení nebo nenasazení léčby, není patrný rozdíl mezi hodnocením důvodů pro nasazení a pro vysazení léčby. Na pětibodové škále (od zcela nedůležité až po velmi důležité) byly tyto důvody hodnoceny takto: Naprvním místě v pořadí důležitosti je kvalita života po propuštění z pohledu pacienta (prům. hodnota 4.01), následuje závažnost neurologické/psychiatrické prognózy onemocnění (prům. 3.68) a písemně či ústně vyjádřené poslední vůle nemocného (prům. 3.39) a zbytečná léčba na základě malé pravděpodobnosti přežití (3.28). Věk pacientů (prům. 3.16) a chronicita onemocnění (prům. 3.14) zůstávají ve středu pořadí důležitosti. Jako méně významné pak lékaři považují mínění nadřízených (2.65), názor příbuzných nebo partnera pacienta (2.53), kvalitu života z pohledu společnosti (2.51) a nejméně významné se jeví být ekonomické faktory – celkové finanční náklady na dosavadní péči poskytnutou pacientovi (2.29), momentální finanční náročnost léčby (2.22), úsporná opatření zřizovatele (1.95). Personální náročnost ošetrovatelské péče je nejméně důležitým faktorem (1.93). Můžeme konstatovat, že ekonomizace zdravotnictví, která probíhá v posledních letech, neovlivnila podstatněji postoje lékařů k léčbě terminálně nemocných a že úcta k pacientovi jako jedinci zůstala jejich základní hodnotou.

Pro posouzení zbytečnosti léčby (opět pětibodová škála) považují respondenti našeho dotazníku za rozhodující fakt, že terapie nemůže ovlivnit klinický stav (prům. 4.62), že terapie povede k trvalému komatoznímu stavu (prům. 4.53) a teprve třetí v pořadí jeneschopnost ovlivnit fyziologické parametry (prům. 4.03).

**Z prvních výsledků zpracování našeho dotazníku můžeme uzavřít, že je pro naše lékaře přípustné v určitých situacích vysadit či nenasadit léčbu, že existuje uspokojivá shoda v chápání používaných termínů, a že jsou proto připraveni otevřít hlubší debatu o tomto tématu. Ekonomizace našeho zdravotnictví neovlivnila negativně hodnotový systém lékařů rozhodujících v posledních chvílích života jejich pacientů.**



Outloň váhavý

**Prof. MUDr. Radana Königová**

## **QUALITY OF LIFE IN BURN VICTIMS: A HOLLISTIC APPROACH**

From the standpoint of scientific and technical development burn medicine has made great strides in multiple directions since the Second World War. All over the globe, burn surgeons who are involved in reconstructive work (which demands a combination of head, hands and "heart") serve humanity more effectively than virtually any other physician, as in consequence of the disrupted and disrooted "body image" of the burn victims the lifelong quality of life may be fatally altered. To improve it, relies (besides other factors) on the experience, skills and art, human approach and patience of the burn surgeon.

The anticipated quality of life might influence not only decision making with respect to withholding or withdrawing "aggressive" therapy in life threatening burns, but is related to the psychological status of the patient and severe psychic derangement may develop, when the continuity of treatment after discharge has not been secured.

Many countries in Europe have incorporated certain social and patients' rights in their legislation. (Social rights related to health care are spelled out in the countries' constitutions and basic laws.) Because patients are reliant on the health care system and health care professionals, and therefore potentially vulnerable, they need mechanism to promote and protect their rights.

Along with the patients' vulnerable position, there are two other factors:

- first, recent extraordinary developments in medical science may have ethical as well as physical implications for human beings;
- second, many countries in the WHO European Region are undertaking action to contain costs and to ration health care delivery, while holding a general political commitment to maintain equity in health. It is therefore necessary to reinforce basic human rights with a set of specific rights reflecting the particular circumstances of the health care sectors.

Since the Second World War, a growing number of international organisations have produced declarations, charters, conventions and treaties on human rights and patients' rights, that are not always respected and that developments in medical technology have made protecting them even more difficult.

The WHO Regional Office for Europe has therefore set up a Network on Patients' Rights and Citizens' Empowerment. The Network held its first meeting in Sweden in 1997 and the second meeting was in the U.K. in 1998. Some countries have adopted new legislation on patients' right, while others have revised and updated existing legal texts. Patients' rights legislation in force is in Denmark, Finland, Greece, Iceland, Israel, Lithuania, Netherlands. Patients' rights incorporated in various legal acts are in Austria, Bulgaria, Czech Republic, France, Germany, Hungary, Poland, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden, Uzbekistan. The British, French, Irish and Portuguese governments have promulgated patients' charters.

From the practical point of view, the non-parliamentary procedures take less time than legislative ones, but their results are not legally binding. Thus, patients' rights in a Charter cannot be defended in Court. (On the other hand, drafting a law requires more time and resources.)

The Code of patients' Rights in the Czech Republic (25 February 1992) states that patients are entitled:

CODE OF PATIENTS' RIGHTS (CZECH REPUBLIC - 1992)	
PATIENTS ARE ENTITLED:	
-	TO TREATMENT GIVEN BY QUALIFIED WORKERS
-	TO BE INFORMED, TO MAKE DECISIONS
-	TO PRESENCE OF THEIR OWN FAMILY
-	TO GIVE CONSENT TO STUDENTS' PARTICIPATION
-	TO CONTINUITY OF TREATMENT AFTER DISCHARGE
-	TO RESPECTFUL CARE WHEN DYING

- to respectful and professional treatment given by qualified workers;
- to know who is in charge of them;
- to the presence of their own family;
- to be informed so as to be able to make decisions regarding the health care provided;
- to refuse treatment;
- to give or to withhold consent to students' participation;
- to confidential medical records;
- to continuity of treatment after discharge;
- to be informed when non-standard or experimental treatment will be used;
- when dying, to respectful care;
- to respect the internal order of the health care establishment.

The Conference on "Quality of Life in Severe Burns" held in Prague in September 1996 focused on two goals: The first goal was to remind that the primary aim of the burn care was to save the life, but survival is not a subtle enough indicator of our success. Decisive is the subsequent quality of life which is influenced by scar formation and individual stress response of the patient, though there play an important role multiple subjective and objective factors in a positive or negative way.

The second goal of the Prague Conference was to stimulate awareness of ethical problems and of possible legal consequences. With the development of bio-sciences the sum of individual requirements in Medicine has become much higher than society can provide, however, it would be expected that health care professionals will be influenced in their decision-making not only by the constraints of the law or those of professional bodies, but by their own moral principles and values.

Ian Grant differentiated following modes of ethics (1998):

- Intuitive ethics, which are inadequate for all the dilemmas inherent in burn care;
- Ethics based on patients' rights – patient is at the centre of concern (four ethical principles must be kept in mind)
- Ethics defined by duties – professional is at the centre of concern (deontology);
- Ethics defined by consequences – consider resultant final balance of good and bad in the world (utilitarianism):

Ethical decisions require deliberation on the best means to achieve the goal to allow each human to meliorate the quality of life, be that in body or mind, (according to Ian Ramsey Centre, Oxford, 1995). The concern has become more pressing with the clash between pro-

longing life and wellbeing of the patient – between "quantity of life" and "quality of life". More than 200 years ago Samuel Johnson taught medical students: "It is our duty to serve society..." The true service to society has changed over centuries, especially, during the last decades.

The principles stating that access to the "aggressive therapy" is the right of each individual, creates a whole complex of ethical decisions:

When and whether – if at all – should therapy be started?

When should the therapy be discontinued?

What quality of life are we able to provide to the patient?

What are our ethical responsibilities when patient or family demand futile treatment?

Medical interventions could be futile if they failed to meet one or all of the following goals:

- physiological – influencing single vital functions;
- postponing death – antibiotics administration;
- lengthening survival – by use of mechanical ventilation;
- improving quality of life – enabling independent living.

Orthopaedic surgeons teach that quality of life means freedom of movement and try to provide that freedom well into old age.

In addition to the fact that outcome cannot be perfectly predicted the concept of futility is also limited in that physicians, patients, families and other parties may view futility differently.

Although the issue of physician refusal of requested care has not been resolved by case law or legal statute, it is supported by ethical principles:

- I. beneficence – medical care may confer two types of benefit: preserving life = to actively prevent harm, improving life = to do good
- II. non-maleficence – "primum non nocere" = doing no harm is the oldest principle
- III. autonomy – is implied by the doctrine of informed consent
- IV. social justice – treatment should be given in a fair and impartial manner

This principle in burn care means a continuing obligation to the patient by the burn team.

All considerations of patients' outcome (Ryan, Schoenfeld, Thorpe and others, 1998) should be free from:

- age based discrimination,
- monetary pressures
- determinations of quality of life by outsiders.

The ethical principle of autonomy complicates the physician – patient relationship by introducing factors that vary with each patient. Attitudes to life and death, as well as medical problems combine uniquely in each patient. The patient must know the risks and benefits of the treatment and all possible complications including disability, disfigurement and following altered quality of life, or even death.

A. E. R. Young asked in his essay in 1998: "What are the right of a competent adult with a lifethreatening burn?"

To die with dignity?

To request maximum treatment?

To demand expensive new forms of treatment in the burn center?

- ARS MORIENDI – death with dignity – is related the method of EUBIOSIA
- high quality of life until the death (Pannuti, 1980) offers medical and spiritual help when any curative treatment has ceased to be a categorical imperative.

It was not until 1985 that open discussion of explicit policies to limit medical care began and in 1986 Brett among others described three circumstances in which requested care is not necessary:

1. when such care is not likely to confer benefit to the patient;
2. when such care is likely to cause more harm than good;
3. when the request, although not harmful and without benefit, conflicts with social justice.

However, the refusal of aggressive therapy is much more difficult when life is at risk, particularly, if the treatment is already under way, unless the patient's medical chart specifically contains do-not-resuscitate orders. Objective estimates of the probability of death from burn injuries elaborated in Boston in 1998 by Ryan, Schoenfeld, Thorpe and others, might be useful to clinicians making medical and financial decisions about burn care.

DNR decisions in burns are used in the early stage of burn care when 3 risk factors for death are present (age above 60, TBSA above 40, inhalation injury) or in the late stage of burn care when Multiple Organ Failure Syndrome has developed and has not been responding to therapy.

Ian Grant published in 1998 that with the consent of the patient it is ethically valid for a doctor to remove potential obstacles to the patient's death. There is ethical difference between omitting obstacles to death and precipitating death.

Discontinuing resuscitation requires a greater moral fortitude than merely not starting such a treatment.

Even the most severe burns do not result in immediate clinical deterioration, but are such patients competent and capable of informed consent? Some are extremely anxious, some are aggressive and not cooperative, which may preclude their decision-making.

Although Gillon Ward's opinion (1992) was to inform always alert patients: "...when they are told they will die, they can begin to make basic decisions about their lives...", in my own opinion and experience I never dared to distress the patient by telling he/she will die, but I did explain the outcome to the family. As the aggressive therapy may actually worsen the quality of life of the last days, it is withheld, and the "comfort care" is provided as a rule. In other patients with critical burns the consent is rarely obtained, because the "lucid interval" had been missed or they have been delivered by the emergency service sedated or intubated.

Some burn victims will die in the hours or days after accident, some will survive for a period of weeks, and some may live on with a quality of life that would be considered by others as very poor. The economic justification of any treatment according to Kerridge and

others, requires the comparison of patient outcome and cost of treatment with other medical interventions.

Cost-utility analysis has been used for these comparisons and quality adjusted life years (QALY) have been used to incorporate differences in both quality and duration of survival.

A. E. R. Young reminds us in his essay (1998): "...doctors as a profession are dedicated to the welfare of the patient and the patient trusts doctors to act for his best interest and does not expect them to act as agents for society...."

One of the most difficult questions in burn care is whether one should base decisions of withdrawal of care on potential quality of life. The crucial factor is the age! Some studies describe elderly patients in various intensive care units (ICU) as having positive attitudes towards life support and as choosing survival over quality of life.

In the burn ICU everyday torture associated with each intervention is anticipated by the elderly, even if adequate pain control is provided. This brings us to the paradox that in these patients more sophisticated knowledge and practice contribute to suffering.

In children the decision of futility of care is extremely complicated. In 1997 there have been produced guidelines on the withdrawing or withholding life support in children. On the other hand, in the clinical practice there are alternative scenarios of parents requesting withdrawal of care, when the medical team believe life is worth striving for. (For example: we treated a 4 year-old girl who sustained very deep facial burn and inhalation injury. Her family requested withdrawal of treatment to prevent her life-long suffering because of disfigured face. Proper explanation resulted in good cooperation of the whole family.)

Also the possibility of Münchhausen Syndrome by Proxy must be considered, though it has been more frequently published in the paediatric literature. (For example: we treated a 10 months – old girl who sustained severe burn under obscure conditions, her mother intended to get rid of her even after having been admitted to the burn centre as accompaniment. Two years later the child was adopted by an other family that was cooperative and multiple reconstructive procedures were performed during the following 18 years.)

To quote Grenacre (1953) "...a major trauma is never done with". Particularly, scar disfigurement post burn called "burn image" contribute to psychosocial problems. Bernstein described in 1976 this condition as dysmorphobia. It has been frequently encountered in patients suffering from the "disfigured face syndrome" involving the "facial triangle".

It has been confirmed by our clinical experience and published by Pondělíček in 1987 that the "loss of face" may cause the "loss of personality" and may essentially influence the quality of life.

However, there are many examples in our practice in whom long-term continual follow-up and staged reconstructive procedures helped to re-establish equilibrium in their life.

Older persons may not have perception of a reduced quality of life, but youngsters are the most devastated by the deformity and disability and perceive significant impairment in social, psychological, vocational and aesthetic areas.

On the other hand, there are severely burned children and adults, physically disfigured, but with an intact capacity to reproduce and to enjoy all the other possibilities of life.

Therefore, T. L. Wachtel, H A Frank and J. A Nielson concluded in 1987, that quality of life decisions should carry limited weight in decisions about withdrawal of care in severe burns.

The impact on a patient is not proportional to the magnitude of the disfigurement, but depends on other psychological parameters, family adaptation and how much it interferes with the daily life. It has been accentuated many times that surgery alone is not sufficient, that such patients require informed supportive counselling (Mc Grouther, 1997).

Because in some countries this service is missing, there have been founded many patient support groups. More important is to persuade politicians to ensure that resources are made available for this continuous treatment after discharge from the hospital.

To abolish or ameliorate psychological problems and to prevent so called "social death" or even suicide, secondary reconstructive procedures are indispensable components of the overall treatment. Burn surgeons must, therefore, master also the knowledge and techniques of plastic surgery and principles of aesthetic surgery. To take the stance, as some health care systems have done, that aesthetic treatment will not be provided, may deprive patients of an improved quality of life.

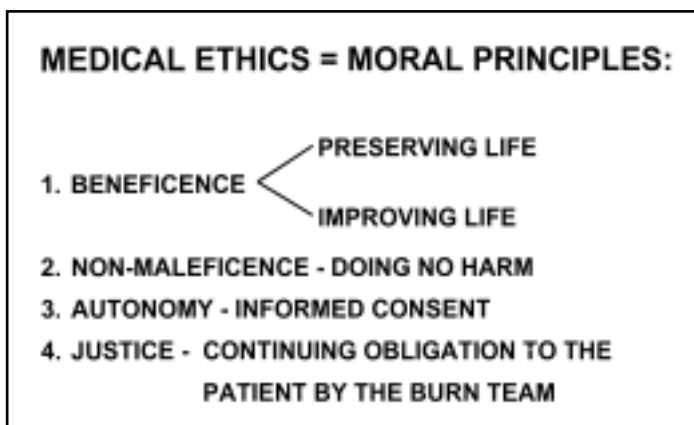
Mc Grouther pointed out in the British Medical Journal in 1997 that at the root of the patients distress lies the pressure in modern society to conform to an idealised appearance. He warned also that stigmatisation by appearance is reinforced at every stage in education.

A. E. R. Young reminded in his essay that public image of burn survivor as evil or as tragic figure must negatively influence the public's and also professionals attitudes. The burn survivor is referred to as "burn victim", and society response to victims is to pity but more often to despise them.

James Partridge remembers that all burn patients have to go through a process of self-discovery, he calls it a "mirror moment", an awareness of altered body image.

Already in 1974 Converse reminded that it is the nonhandicapped who by their negative and prejudicial attitudes help create and perpetuate the handicap itself and the consequent burden of suffering.

The WHO defines health not only as an absence of disease or invalidity, but also as a condition of physical, psychic and social wellbeing. We cannot disregard the social and historical



circumstances in which we live, but they do not change the justification of morality and ethics. We have to remember that outcome prediction, quality of life assessment and also cost efficiency were not taught in medical schools, nor were they emphasized in postgraduate training. However, they are among our most important tools for meeting the challenges of today and of tomorrow.

*European Burns Association, 8<sup>th</sup> Congress, September 15–18, 1999,  
Marathon – Attica, Hellas*

**B. Dvořánková, D. Vogtová, L. Brož,  
Klinika popáleninové medicíny 3. LF UK**

## **Možnosti řešení rozsáhlých kožních ztrát i trofických defektů**

Lidská kůže je velmi důležitý a svojí plochou největší orgán lidského těla. Tvoří aktivní mechanickou ochranu organismu proti vnějším vlivům a proti pronikání infekce a podílí se na jeho termoregulaci. Rozsáhlá ztráta kožního krytu může vést k závažným stavům až smrti pacienta. Poškozené tkáně se mohou obnovovat, ale tento proces regenerace je značně omezený jak hloubkou, tak plochou poranění.

Pokusy o hojení otevřených ran a kožních ztrát provázely lidskou civilizaci od samého počátku. Prvním dochovaným návodem k léčbě popálenin je papyrus, který vznikl asi 1500 let před Kristem. Podle něj se má popálenina třít žábou, která byla potopena do teplého oleje. Staří Řekové zavedli léčbu menších ran léčivými bylinami a obvazy. Již ve starověké Indii užívali jemné autologní štěpy k léčbě defektů nosu a uší. V období renesance položil základy hojení a krytí ran Ambroise Paré. V 19. století použil francouzský lékař J. L. Reverdin autologní kožní štěpy k léčbě traumatických ztrát kožního krytu.

Rozvoj oboru popáleninové medicíny ve druhé polovině dvacátého století si vyžádal dočasné krytí ranných ploch, které by alespoň krátkodobě nahrazovalo funkci kůže. K prvním biologickým krytům náležely alogenní dermo–epidermální štěpy. V roce 1973 vyvinula MUDr. J. Moserová se spolupracovníky metodiku odběru a ošetření heterologního dermo–epidermálního štěpu – xenotransplantátu. Aby bylo možno krýt vzrůstající poptávku po těchto biologických krytech, byla propracována MUDr. F. Böhem metodika zamrazování a uchovávání těchto štěpů v parách kapalného dusíku (kryokonzervace). V roce 1986 byla ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady zahájena činnost kožní banky. Při stále stoupající spotřebě těchto štěpů produkuje kožní banka v dnešní době téměř 10 000 štěpů ročně, což představuje plochu 200 m<sup>2</sup>.

Xenotransplantáty ani alotransplantáty však nemohou vyřešit trvalé krytí kožních ztrát. Díky pokroku v různých odvětvích medicíny se stále zvyšovala naděje na přežití i u pacientů s rozsáhlým popáleninovým traumatem. Omezené množství odběrových ploch u těchto pacientů však bránilo časnému trvalému krytí ranných ploch, a tím i účinnému postupu léčby. Byla vyvinuta řada expanzních metodik, které zvětšovaly poměr kryté ranné plochy ku ploše odběrové. Jedná se například o síťování autotransplantátů, smíšenou autotransplantací sazenicovou metodu.

Myšlenka kultivace epidermis, tedy laboratorního pomnožení kožních buněk, vznikla již koncem devatenáctého století. Tehdy vědci a lékaři zjistili, že kůže ponechaná v kultuře se



chová stejně jako kůže transplantovaná na rannou plochu. V roce 1898 se podařilo Ljunggrenovi uchovat kousky kůže dlouhou dobu v ascitické tekutině a pak je vrátit zpět dárci. Počátkem tohoto století bylo dokázáno, že jsou-li kožní fragmenty umístěny na vhodný kultivační podklad ve vhodném médiu, dochází k rozrůstání epitelálních i pojivových buněk – keratinocytů a fibroblastů. Jako první byly prováděny transplantace epidermálních buněk ve formě suspenze. I v pražském popáleninovém centru byla používána tzv. metoda homo-homo, při níž byl homogenát autoepitelu aplikován na rannou plochu pod alotransplantáty, dříve zvané homotransplantáty. K růstu keratinocytů z buněčné suspenze tak docházelo přímo na ranné ploše. Vývoj metodiky kultivace epidermálních štěpů byl ukončen Rheinwaldem a Greenem koncem sedmdesátých let a v roce 1981 byly tyto štěpy poprvé použity v USA k léčbě dvou rozsáhle popálených dětí. Při použití této metodiky lze z původního kožního štěpu o velikosti 3–4 cm<sup>2</sup> získat v průběhu 3 až 4 týdnů několik tisíc cm<sup>2</sup> epidermálních štěpů, které lze přiložit na pacienta. S rozvojem a rozšířením této metodiky se objevily možnosti uplatnění kultivovaných keratinocytů i v jiných oblastech medicíny. Jedná se zejména o krytí ploch po excizi rozsáhlých kongenitálních naevů, o léčbu pooperační otorey, o léčbu bérceových vředů a v poslední době nachází tyto štěpy uplatnění i v léčbě kožních defektů u tzv. syndromu „diabetické nohy“.

Kultivační laboratoř na Klinice popáleninové medicíny 3. lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady byla založena již v roce 1990. Tato laboratoř se zabývá přípravou epidermálních štěpů pro léčbu popálených pacientů. Kromě toho zde probíhá i rozsáhlá výzkumná činnost.

K přípravě epidermálních štěpů o ploše řádově tisíců centimetrů čtverečních je zapotřebí kožní štěp pacienta velikosti poštovní známky. Tento štěp je enzymaticky (působením trypsinu) rozvolněn na dermis a epidermis, ze které je získána suspenze keratinocytů. Keratinocyty jsou kultivovány společně s podpůrnými buňkami, což jsou myší fibroblasty, u kterých je zastavena (chemicky či iradiací) schopnost dělení. Za tři týdny takto získáme i několik tisíc cm<sup>2</sup> souvislého porostu keratinocytů. V konečné fázi je souvislý několikavrstevný porost keratinocytů enzymaticky odvolněn jako štěp ode dna kultivační nádoby a uchycený na textilním nosiči je aplikován na rannou plochu pacienta.

Několikaleté praktické zkušenosti nás přesvědčily, že přenos kultivovaných keratinocytů na textilním nosiči je příliš složitý a neposkytuje uspokojivé klinické výsledky. Ve spolupráci s docentem Smetanou z 1. lékařské fakulty UK Praha a pracovníky Ústavu makromolekulární chemie AV ČR pod vedením ing. Vacíka jsme vyvinuli novou metodiku kultivace a přenosu keratinocytů na polymerním nosiči. Kultivace buněk přímo na nosiči má řadu předností:

- umožňuje přenos i jejich nesouvislého porostu, což vede ke zkrácení doby potřebné pro přípravu štěpu;
- životaschopnost buněk není snižována působením enzymu;
- po aplikaci na rannou plochu vytváří polymer optimální kryt pro připojení kultivovaných keratinocytů. Použitý polymerní nosič je na bázi hydrogelu z materiálu, který je v lékařství používán řadu let bez vedlejších účinků. Polymer obsahuje přibližně 40 % tekutiny, v tomto případě kultivačního média s antibiotiky, takže je pro první dobu po aplikaci zajištěna výživa buněk i jejich ochrana před infekcí. Klinické výsledky u prvních desetipacientů jsou velmi povzbudivé a takto rekonstruovaná pokožka má všechny parametry pokožky zdravé.

Kultivované epidermální štěpy však neslouží pouze k léčbě popálených pacientů. Lze je s výhodou použít i při léčbě zbytkových ploch či trofických defektů např. bércových vředů či proleženin. Pod vedením prof. MUDr. M. Anděla, CSc., přednosta II. interní kliniky 3. LF UK a FNKV, byla vytvořena výzkumná skupina, která řeší komplexně problematiku tzv. „diabetické nohy“. Pracovníci II. interní kliniky i Kliniky popáleninové medicíny vyvíjejí a v klinické praxi ověřují léčbu kožních defektů u syndromu diabetické nohy pomocí keratinocytů kultivovaných na polymerním nosiči. S úspěchem proběhla tato léčba již u tří pacientů.

Příprava epidermálních štěpů je však pouze prvním krokem v řešení složité problematiky náhrady kožních ztrát. V průběhu posledních třiceti let nastal mohutný biotechnologický rozvoj jak v definování kritérií, tak ve výrobě látek a materiálů, které by mohly sloužit jako trvalá kožní náhrada. Optimální kožní náhrada by měla mít funkční i kosmetické vlastnosti dermis a epidermis. Měla by poskytnout rychlé a funkční krytí ranné plochy, vytvořit ochrannou bariéru proti mikroorganismům, normalizovat ztráty tekutin a hypermetabolismus a zajistit dlouhodobou stabilitu zhojených ploch bez kontrakturčihypertrofických jizev. Navíc optimální kožní náhrada musí být netoxická a její skladování a použití by mělo být co nejjednodušší. Zanedbatelná není ani její cena. Z tohoto pohledu můžeme rozdělit již vyvinuté náhrady do tří kategorií:

*epidermální náhrady* – jsou tvořeny keratinocyty, kultivovanými buď samostatně, či na vhodném nosiči;

*dermální náhrady* – jsou tvořeny pomocnými strukturami, které podporují přirozené aktivity fibroblastů;

*kožní náhrady* – jsou kombinací výše uvedených řešení.

Léčba rozsáhlých kožních ztrát či trofických defektů představuje závažný zdravotnický problém, a to jak z hlediska medicínského, tak i finančního. Intenzivní výzkum v této oblasti může přinést nejenom bezprostřední pomoc takto postiženým pacientům, ale i poznatky, které bude možno uplatnit i při tvorbě náhrad dalších životně důležitých orgánů.

Marcela Zálišová

## Psychika a její vliv na onemocnění roztroušenou sklerózou mozkomíšní



**Sursum corda** (vzhůru srdce) zní heslo unie ROSKA, která sdružuje lidi postižené roztroušenou sklerózou z celé České republiky a jejíž členkou jsem i já. V této práci bych chtěla ukázat, jak důležitá je pro pacienty s RS víra v uzdravení a ve vlastní síly. Chtěla bych poukázat na vliv psychiky a na zázračnou moc vlastní vůle, protože jak se říká: „Nemocen je pouze ten, kdo nevěří ve vlastní uzdravení“.

Roztroušená skleróza mozkomíšní, neboli sclerosis cerebrospondialis multiplex (MS, RS), která se do povědomí veřejnosti dostala pod pojmem „ereska“, je v našich geografických podmínkách poměrně časté neurologické onemocnění. Toto onemocnění se řadí mezi demyelinizační onemocnění. Příčina onemocnění není dosud známa, ale předpokládá se, že se uplatňují především autoimunitní nebo i infekční faktory, které podmiňují chronický zánět působící destrukci myelinové pochvy v bílé hmotě mozku a míchy. K demyelinizaci dochází pouze v centrálním myelinu, kde vznikají vícečetná, nepravidelně rozložená ložiska, která se nazývají plak. Vznik těchto plaků zůstával dlouho nevysvětlen. Plak je ložisko v bílé hmotě, kde jsou na sebe naléhající axony v omezeném úseku zbaveny myelinové pochvy, ale jejich kontinuita zůstává zachována. Klinický vývoj onemocnění nasvědčuje tomu, že u těchto axonů je v době ztráty myelinu většinou porušena funkce přenosu vzruchu, což klinicky odpovídá atace onemocnění. Často, zvláště v prvních stádiích nemoci, může být tato funkce opět obnovena; to odpovídá remisi. Během vývoje onemocnění však axony tuto schopnost restituace funkce ztrácejí. Když mají nervová vlákna nedostatečnou nebo špatnou funkci, nepřijdou vzruchy z příslušné oblasti mozku ke kůži, očím nebo jiným smyslovým orgánům a informace od nich zpět. To se projeví jako tuhnutí nebo ztráta vnímání teploty a obtíže při vidění. Typickými příznaky jsou i třes, skandovaná řeč a nystagmus. Často se může objevit slabost končetin a jejich neobratnost. Dojde-li k zánětu části mozku, která je zodpovědná za všeobecnou koordinaci nervového systému, vznikají problémy s rovnováhou a celkovou kontrolou pohybu. K dalším potížím patří bolestivé pocity v dolních končetinách, pažích, brnění rukou, nohou, snížená citlivost některých částí těla, bolesti v zádech, zácpa, poruchy močového měchýře, sexuální potíže, závratě spojené se žaludeční nevolností, značná únavovost nebo psychické potíže (např. neschopnost soustředit se na určitý problém delší dobu, selhávání paměti, ztížení abstraktního myšlení, rezignace v mnohých situacích, které jsou řešitelné.)

Léčení RS je velmi obtížné, jak dobře vědí nejen lékaři, ale i pacienti samotní. Prognóza onemocnění je individuální. Rámcově se dá říci, že čím rychleji ustoupí akutní fáze nemoci a čím je interval mezi první a druhou atakou delší, tím je další vývoj onemocnění mírnější.

Četnost příznaků a jejich závažnost i míra, již zasahují do běžného života lidí s RS, velmi ovlivňuje psychiku pacientů. Ne každý je schopný vyrovnat se s nejistotou, která provází

toto onemocnění. Příznaků ovlivňujících psychiku pacientů s RS je mnoho. Každý pacient vnímá své potíže jinak a pro každého pacienta se může stát dominantním jiný problém. Mezi nejzávažnější příznaky tohoto onemocnění, které nejvíce ovlivňují psychický stav osob s RS, patří poruchy nálad, únava, bolest a poruchy citlivosti.

## **Poruchy nálad**

Již v počátcích výzkumu RS se zjistila spojitost mezi tímto neurologickým onemocněním a poruchou náladovosti. Podle prováděných výzkumů jsou deprese a poruchy nálad vhodnou reakcí na velmi stresující onemocnění, speciálně na její nepředvídatelný průběh a vliv na osobní, sociální a pracovní činnost. Dokáží-li pacienti s RS tento strach a pocit nejistoty překonat, jejich psychický stav se může v mnohém zlepšit. U mnohých pacientů dochází vinou pocitu méněcennosti a strachu z nevládnutí požadavků okolního světa ke vzniku stresu. Pod pojmem stres rozumíme zatížení, poruchu nebo přetížení stability organického systému podněty a situacemi. Psychické stresové podněty jsou alarmující podněty a informace s varovnou hodnotou: rozpoznání nebezpečí, předvídaní ohrožující situace (stres očekávání), konfrontace s něčím neznámým, prožitky bezmoci, ztráta životního pocitu a dále také pocit neřešitelnosti konfliktu, pocit bezvýchodnosti dané situace a strach z neznámého. Strachu se v psychologii připisuje zvláštní význam. Strach a úzkost nejsou v prožívání a v chování pevně ohraničenou jednotkou, ale znamenají soubor nejružnějších reakcí a způsobů chování. Pod pojmem strach spíše rozumíme emocionální reakci na vnímané signály nebezpečí. Tyto signály jsou jak vnější, tak vnitřní: strach z neznámé nemoci, strach z budoucnosti, strach z bolesti atd.

Každý trpí stresem a každé chronické onemocnění ho může vyvolat. Mnoho faktorů souvisejících s RS je stresujících. Jako příklad zde uvedu ty nejdůležitější příčiny stresu:

1. nejistota před stanovením diagnózy
2. nepředvídatelnost RS
3. „neviditelnost“ symptomů, která může pacienty s RS přimět, aby si kladli otázky o pravdivosti svých problémů
4. viditelnost symptomů, individuální objevování těchto symptomů (když symptomy působí dohromady, pacient má čas k přizpůsobení.
5. potřeba přizpůsobení a nepřizpůsobení změnám schopností
6. finanční stres a zájem o zaměstnání
7. přítomnost nebo možnost znatelného poškození.

Mnoho lidí si klade otázku, zda stres zvyšuje riziko vyvolání nebo ovlivnění průběhu RS. Mnozí pacienti věří, že je zde spojitost mezi stresem a útokem nemoci. Další pacienti věří, že kontrola stresu může potlačit symptomy RS. Má-li někdo ataku RS, je přirozené, že hledá příčinu vzniku nemoci v minulosti a zkouší určit, proč se tak stalo. Když zažil před atakou určitý psychický nápor, je jednoduché usoudit, že tento stres se stal příčinou ataky. Mnoho lidí uvádí, že symptomy RS se více objevují během stresujících období. Příští den, nebo když se stres sníží, se jejich symptomy zdají být méně problematické a méně závažné. Mnoho pacientů s RS se však domnívá, že stres nebo kontrola stresu nemá na RS žádný vliv. Podle vědců není možno s přesností určit, kdy se ataka vyskytne a zda výskyt ataky byl způsoben předchozím stresem. Většina lékařů však své pacienty varuje před velkou psychickou zátěží jako před možným spouštěcím mechanismem ataky.

Jedním z důvodů, proč se stres stává impulsem k propuknutí nemoci, je nepřiměřený výdej energie, který vyčerpává celý organismus. Například schopnost pacientů být s členy

rodiny se může snížit po těžkém dni. Stejně tak v stresujícím a náročném období se mohou symptomy projevit více, protože energie, potřebná na zvládnutí stresu a denní práce, již byla spotřebována. Máme omezené možnosti obnovy energie. V době potřeby se nám proto této energie nemusí dostávat. Každé obtíže, včetně symptomů RS, mohou být příčinou této ztráty energie. A právě vyčerpání zásob životní energie a její nedostatečná obnova zvyšuje nebezpečí ataky RS.

### **Obecné znaky stresu:**

#### 1. Emoční znaky

- chronická popudlivost nebo nelibost
- demoralizace
- pokročilá nuda
- přílišná nervozita a starostlivost
- pocit zdrcení
- noční můry

#### 2. Přidružené signály

- posmutnělost každý den
- rozptýlenost
- nemožnost dělat důležitá denní rozhodnutí

#### 3. Tělesné signály

- lepkavé a zpocené ruce
- zácpa/průjem
- vyschlá ústa
- bolesti hlavy
- bušení srdce
- zažívací potíže, zvracení
- svalové spazmy
- mdloby
- únava
- příliš dlouhý nebo krátký spánek
- krátký a pomalý dech

Stresu můžeme, a často tomu tak je, zabránit. Stres můžeme zvládnout díky komplexu strategií zvládnutí tzv. *coping-proces*. Pod tzv. *coping-procesem* rozumíme všechny procesy, které jsou použity k odstranění nebo změně ohrožení. Primární posouzení je posouzením výchozí situace, sekundární hodnocení je posouzení možností zvládnutí, které jsou k dispozici. Nakonec dochází k novému zhodnocení situace. Coping-strategie se jednou mohou vztahovat k situaci a k úkolu a zaměřit se na to, jak změnit situaci nebo jí uniknout. Nebo jsou zaměřeny intrapsychicky a směřují k tomu, aby oslabily aspekt ohrožení popřením, zastíráním, přáním, racionalizací, tedy obrannými mechanismy.

Každý se může rozhodnout, komu řekne o svém onemocnění RS, jejich symptomech a změnách a zda tak vůbec učiní. Mnozí lidé s RS se své onemocnění snaží před svým okolím skrýt, ale jejich psychický i zdravotní stav se tím může v mnohém zhoršit. Sdílení myšlenek a pocitů může osvobodit od stresu. Ale především všestranná pomoc okolí může pacientům velmi pomoci. Postižení s RS jsou trpěliví a stateční, avšak nejednou statečností a zdánlivou veselostí jen maskují svou depresi a obavy z budoucnosti. Někteří polyskeptici jsou v dobré míře před ostatními, o samotě pak podléhají sklíčenosti, starostem, úz-

kosti a depresím v reakci na nemoc a její širší důsledky. Často se také polysklerotici snaží ochránit své okolí před chorobou samotnou a svou hranou veselostí se snaží udržet pocit bezpečí svého okolí. Mnoho polysklerotiků tak raději chrání své okolí než sama sebe, což mnohdy vede k silným psychickým náporům.

### **Pacienty s RS můžeme rozdělit do dvou skupin:**

- 1. Lidé, kteří nejsou schopni svou nemoc přijmout.** Tito lidé vidí pouze sebe a svůj problém. Tento stav ale nevznikne pouhým stanovením diagnózy RS. Dochází k němu postupně například působením okolí. Příslušníci rodiny dělají z nemocného „chudáčka“ a dají mu prostor k tomu, aby se stal ve vlastních očích středem světa.
- 2. Lidé, kteří se svou nemocí vyrovnali a myslí za všech situací pozitivně.** Tito lidé se často zapojují do činnosti, která napomáhá ostatním. Tato práce jim dodává pocit síly a vlastní důležitosti. Domníváme se, že právě tento přístup napomáhá pacientům skrýt své vlastní obavy a starosti a často pomůže pacientům překonat jejich vlastní problémy. K takovému stavu se ale lidé s RS dopracují pouze s velkým úsilím a sebezapřením.

Některé ze symptomů stresu jsou pozoruhodně podobné depresím a symptomy depresí se mohou překrývat s RS. Deprese způsobuje ztrátu radosti v jejich obvyklém životě. Můžeme si všimnout mnoha příznaků, které jsou často i symptomy RS. Během depresí může dojít ke změně těchto symptomů, je proto důležité znát pravou příčinu symptomů.

### **Signály depresí:**

1. spaní příliš moc nebo málo
2. změny váhy a chuti k jídlu
3. nevysvětlitelné psychické komplikace; speciálně bolesti hlavy, zažívací a srdeční potíže
4. neklid a starosti nebo postupné snižování mentální a psychické aktivity
5. pocity bezcennosti, výčitky svědomí
6. snížení energie a zvýšení únavy
7. nerozhodnost, ztráta paměti, poruchy koncentrace
8. popudlivost, útlum, vzteklost
9. pocit smutku a bezcennosti většinu dne nebo každý den
10. ztráta zájmu o věci, které byly dříve centrem zájmu. Obtížnost cítit radost tam, kde byla dříve pocíťována
11. myšlenky na smrt nebo sebevraždu, nebo ublížení sobě nebo někomu jinému.

Alternativním vysvětlením pro depresivní syndromy, přidružené k RS, je pokročilost onemocnění. Mnoho nových prací nicméně naznačilo, že CNS (centrální nervový systém) má vliv na náladovost při onemocnění související s RS.

### **Deprese je syndromem, který zahrnuje symptomy z oblasti:**

#### **a) nálady**

Depresivní náladu lze popsat a přiblížit výrazy jako smutek a sklíčenost, jež výrazně dominují a u těžších stavů jsou neodklonitelné.

#### **b) myšlení**

Depresivní myšlení se prozrazuje celkovým názorovým pesimismem a negativním sebe-pojetím. Někdy si pacienti stěžují, že ztratili schopnost se soustředit, myslet, pamatovat si a činit rozhodnutí.

### **c) psychomotoriky**

Depresivní psychomotorika se projevuje zpomaleností v gestech, pohybech, tempu řeči.

Studie prováděná na mnohých neurologických klinikách naznačila, že je mnoho vážných depresí spojených s RS. Extrémně vysoký podíl sebevražd se zdá být specifický pro RS. Zjistilo se, že postižení, kteří na první pohled působí euforicky, jsou ve skutečnosti silně depresivní. Je pochopitelné, že mnozí jsou na základě vážného onemocnění deprimováni, zejména pokud nejsou schopni se smířit se skutečností a udělat všechno pro zlepšení zdravotního stavu. Vznikající deprese pak přerůstají do trvalého stavu smutku.

## **Únava**

Únava je jedna z nejběžnějších komplikací, na kterou si pacienti s RS často stěžují. Je to jeden z nejdůležitějších příznaků dávajících signál k léčení a porozumění. U lidí s RS se na únavě podílí kromě svalové slabosti i "únava nervového systému". Nervové impulsy jsou přenášeny obtížněji, realizují se s větší námahou a jejich účinnost je podstatně snížena. Díky tomu dochází k oslabení a únavě jak motorických, tak senzorických nervů. Členové rodiny, přátelé, a dokonce i pacienti, si mohou chybně vysvětlit únavu jako lenost a podcenit její důležitost. Ve skutečnosti může mít únava ničující vliv na denní činnost a celkovou pohodu mnoha lidí s RS. Mimo to je únava jedním ze dvou hlavních důvodů pro nezaměstnanost mezi pacienty s RS. Porozumění těmto příznakům a faktor lásky je rozhodující pro pozdější vývoj účinnosti psychosociální pomoci. Lékaři tvrdí, že příčinu únavy najdeme většinou v duševních a citových postojích. Je-li pacient s RS v psychické pohodě, jeho únava se mnohdy sníží na minimum.

Vědci v USA zkoumali vzájemný vztah mezi neuropsychologickými, psychologickými a psychosociálními faktory souvisejícími s únavou RS. Studie měla zlepšit zahrnování únavy jako symptomu RS a vyzdvihnout důležitost tohoto příznaku. Zjistilo se, že převládání únavy mezi pacienty s RS je mnohem vyšší než v prvních předpokladech. V roce 1938 Ivers a Goldstein tvrdili, že pouze 3 % pacientů s RS trpí únavou.. Mnoho nových studií naznačilo, že únavu různých stupňů pociťuje přibližně 77 % pacientů. Únava mezi pacienty není stejnorodá. Shapiro a kolektiv popsali čtyři typy únavy, o každé z nich se může uvažovat jako o specifické únavě RS. Ačkoli jsou zde odlišné kategorie, pacienti s RS mohou poznat více než jeden typ únavy současně:

### **1. fyzické napětí**

Tento typ únavy je běžný u většiny generace po náročném dnu plném fyzické aktivity. Nejlepší strategií na tuto únavu je odpočinek.

### **2. deprese**

Druhý typ únavy souvisí s klinickými příznaky depresí. Je to změna v chuti, poruchy spánku, špatná sebeúcta, kolísající nálada, malý zájem o běžné aktivity, ztráta energie. Deprese jsou léčeny pomocí antidepressiv a psychoterapií.

### **3. nervové podněty únavy**

Tento typ únavy se vyskytuje, když nervové podněty, které kontrolují jednotlivé svaly, pracují přes svou kapacitu.

#### **4. idiopatická malátnost**

Etiologie této únavy je neznámá. Někteří badatelé ji označují jako abnormální únavovost nebo nedostatek energie, když je nepřiměřený výdej energie a úroveň slabosti.

Sledovaní pacienti prozradili, že únava u RS se vyskytuje obvykle denně a zhoršuje se postupně během dne. Únava se obvykle objeví během pár hodin a může měnit délku trvání. Všichni pacienti s RS tvrdí, že se únava zvyšuje nepřiměřenou zátěží, stresem a depresemi. Na druhou stranu se únava mírní klidem, spánkem, sexem, pozitivním cítěním, přiměřeným cvičením (rehabilitace), relaxací a studenou vodou.

#### **Bolest**

K dalším z mnoha příznaků RS, které významně zasahují do života pacientů a ovlivňují jejich psychický stav, patří i bolest. Na bolest můžeme pohlížet jako na senzorickou vlastnost nebo jako na tělesný pocit, který signalizuje existující nebo hrozící poškození tkáně. Kromě toho obsahuje silně afektivní komponenty nelibosti a je spojen s únikem nebo snahou vyhnout se bolesti. Bolest můžeme rozlišit podle druhu. Je to bolest akutní (úraz..) nebo bolest chronická. U chronické bolesti, zvláště u dlouhotrvajících nemocí, se silně projevuje prožívání frustrace a bezmoci. Bolest u pacientů s RS se objevuje většinou ve spojitosti se svalovými křečemi. Tyto příznaky jsou u každého pacienta jiné a každý je zvládá jinak. Právě bolest je u pacientů s RS častou příčinou nespavosti. Spánek je primární biologickou potřebou. V době spánku se mozek přepojí na jinou funkční rovinu, na kterou pohlížíme jako na fázi aktivního odpočinku se změnami vědomí, snížením aktivity a poklesu látkové výměny. Při nedostatku spánku dochází k podrážděnosti, úzkostlivému napětí a těkavé soustředěnosti. V psychoanalytickém učení má spánek a sen obrannou funkci pro Já, protože ve snu se mohou uskutečňovat pudové impulsy, které by ve stavu bdění budily strach. Díky časté nespavosti vzrůstá u pacientů s RS jejich podrážděnost, strach, neklid, stres a únava. Dá se říci, že vzniká začarovaný kruh. Čím větší bolesti pacienti mají, tím častěji se budí, tím více se zvyšuje jejich únava a „díky“ ní u nich dochází k svalovým křečím a vzniku bolesti.

Pacienti s MR se sami mezi sebou rozdělují na pacienty s bolestivou RS a pacienty s nebolestivou RS. Dá se říci, že se tyto skupiny přou, kdo je na tom lépe. Obecně se tvrdí, že průběh onemocnění pacientů s nebolestivou formou RS je mnohem rychlejší. Podle mého názoru jsou rozdíly mezi těmito skupinami a průběhem jejich onemocnění způsobeny z velké části především psychikou pacientů. Pacienti s bolestivou RS musí neustále bojovat proti bolesti, a tím se značnou měrou posiluje i jejich psychická odolnost, díky níž mnohem lépe zvládají stres, a tím více energie a sil mohou věnovat na boj se svou nemocí.

#### **Poruchy citlivosti**

Každý člověk vnímá své okolí a potřebuje cítit a dotýkat se všeho kolem sebe. U lidí s RS je často tato schopnost snížena nebo zcela vymizí díky probíhající demyelinizaci nervových vláken. Dochází tak k poruše cití. Čítí je činnost analyzátorů, díky nimž získáváme informace jak o vnějším světě, tak o stavu vlastního organismu. Čítí je projevem citlivosti – důležité biologické vlastnosti živé hmoty. Je první formou psychického spojení organismu s prostředím a orientace v okolním světě. U lidí s RS, kteří mají poruchy cití, k tomuto spojení nedochází. U pacientů pak dochází k narušení psychiky nejen díky pocitům vlastní neohrabanosti a zranitelnosti, ale i díky pocitu ztráty kontaktu s okolím.



Lidskou přirozeností je vyhledávat společnost ostatních lidí. Nejčastějším sociálním útvarem jsou skupiny. Každý člověk patří k většímu množství skupin, které mají význam pro jeho sociální život: rodina, pracovní skupina atd. Ve skupinách existují určité vzájemné sociální vztahy a mezi jejími členy probíhají určité interakce. Pro tvoření skupin jsou rozhodující především společné cíle nebo potřeby: cíle při výkonu, potřeba pospolitosti, jistoty, uznání. Pro sloučení skupiny je také nutná vzájemná přitažlivost například v podobnosti postojů. Členové skupiny jsou ve vzájemných vztazích; vyměňují si informace a vyjadřují pocity. Interakce a komunikace ve skupině se vztahují na oblast společenských úkolů (výměna názorů...) a oblast socioemocionální (potvrzení solidarity, souhlasu, uvolnění). V naší republice se lidé s RS sdružují v nadaci ROSKA, která jim napomáhá nejen začleňovat se do společnosti, ale nabízí jim různé prostředky pro udržení či zlepšení jejich zdravotního stavu (rekondiční pobyty, lázně, hippoterapii, rehabilitační cvičení atd.). Pocit sounáležitosti a možnost svěřit se se svými obavami ostatním členům ROSKY je právě to, co napomáhá pacientům s RS zvládat své problémy, především ty psychické. Nepředvídatelnost a rozdílnost tohoto onemocnění děsí pacienty nejvíce a právě při setkání s ostatními pacienty může získat pocit jistého bezpečí.

Diagnóza RS zní děsivě a mnoho pacientů se mylně domnívá, že toto onemocnění je neléčitelné a smrtelné. V poslední době však věda o tolik pokročila, že průběh nemoci jde zpomalit nebo i zcela zastavit. K tomu je však třeba plná spolupráce pacienta a jeho víra v uzdravení. Říká se, že víra hory přenáší a u tohoto onemocnění to platí dvojnásob. Pouze víra ale nestačí. Pacienti musí mít i vůli sami něco pro své zdraví udělat. Není to vždy lehké, zvláště když společnost sama příliš této snaze nepomáhá, ale každý člověk je svého osudu strůjce a pouze na něm záleží, co pro své zdraví udělá.

*M. Zálišová (21), studentka FTVS, obor speciální pedagogika pro zdravotně postižené.*

*Imobilní mají mít mobil, smáli se vozičkáři v pořadu Netopýr*

## **Pane, vy máte krásné kolo, obdivují se Vietnamci**

Hosty červnového pořadu Antonína Přídala Netopýr, vysílaném na ČT 2, spojoval tentokrát fyzický handicap – všichni čtyři byli odkázáni na invalidní vozík – a také je jich aktivní přístup k životu: byl tu spisovatel, starosta, úředník a překladatelka. Malý vzorek, nicméně naznačil, že jejich odlišnost je pouze v míře fyzické pohyblivosti – v ostatním se neliší od ostatní populace, jak naznačila hned v úvodu jejich debata na politické téma, kdy s větší či menší mírou pochopení nebo znepokojení probírali různé aspekty kosovských událostí. Snad nejdominantněji zněl přitom hlas úředníka, který vyzdvihoval význam svobodné společnosti, vybudované na občanském principu, v níž lidé musí mít možnost alternativy některé politiky prostě nezvolit.

V této souvislosti zatoužil **spisovatel**, aby konečně u nás přestala prohlášení typu „My, ODS, nebo my, sociální demokracie, tento problém vnímáme“ či „My, Unie svobody, chceme“. Nevzpomíná si totiž, kdy naposledy slyšel politiky říkat třeba: „Lid tohoto státu určitě stojí o to, aby se tento problém řešil takto, co nejdřív“. To je věc, která ho dráždí.

Hostitel **Antonín Přidal** potom připomněl slova překladatelky, která říkala, že má pocit, jakoby politici někdy nevěděli, co lidé potřebují, a zajímal se, v čem to vlastně „drhne“.

Nato se **úředník** rozhovořil o své práci na MPSV a o přání, aby ten, kdo bude lépe poskytovat sociální péči, byl na tom lépe než poskytovatel horší, aby si lidé mohli svobodně vybírat z různých možností, když se třeba babičce, kterou si syn vezme do opatrování domů, u něj přestane líbit, nebo když ten syn zjistí, že není tak jednoduché je opatrovat; měla by být spousta jiných, třeba celodenních nebo ústavních zařízení. Politoval, že jenom díky minulému režimu bolševik v nás koncentroval pocit, že člověk s postižením není tak úplně správná, svéprávná, plnoprávná osobnost, součást společnosti.

**Antonín Přidal** svou otázku upřesnil: Nemají dnes řadoví občané s postižením předstih před ministerskými úředníky a politiky v tom, že chtějí být svéprávní? Vy jste začal psát knihy – obrátil se na dalšího s otázkou, zda se může uživit psaním knih.

**Spisovatel** však psaní považuje za „trochu dobrodružného koníčka“ akdyž má hovořit o své knize „Rytíři naděje“, poznamenává: „Nepíšu příběh o člověku, který s postižením je hrdina. To slovo nemám rád. Já jsem si to slovo rozložil: Hr – jdi – na (něco). Promněti lidé jsou stateční – ne, že by vzdorovali osudu, ale stateční v tom smyslu, že dokážou bez velkých slov, velkých gest vést krásný, plnohodnotný život. Zkuste si představit osud dívky, která se narodí s tím, že jí chybějí obě ruce, paže jí končí v oblasti lokte, a má postižené i nohy. Doktoři jsou tak hodní, že jí udělají fungující protézy, a pak ta dívka absolvuje holarografickou školu, to je pro mne prototyp statečného člověka.“ Při těchto slovech námahou překonává dojetí a se selhávajícím hlasem dodává: „Ta dívka dřela, cvičila roky. Proto tyhle lidi mám rád, proto o nich píšu.“

V další části pořadu emoce ustupovaly do pozadí, když se moderátor začal zajímat o konkrétní problém: Jak je to se zákonem, který stanoví, že určité procento zdravotně postižených musí být zaměstnáno v podnicích.

**Překladatelka** uznala, že sice existuje zákon, ale namítla, že neexistuje možnost, jak ho prosadit do praxe; není nikdo, kdo by kontroloval, zda se ten zákon plní.

Navíc podle **úředníka** má „česká společnost má tu vlastnost, že dokáže famózním způsobem legislativní opatření obcházet. Trh práce a zákon o zaměstnanosti by mohl mít daleko lepší konsekvence vůči lidem, kteří jsou ohroženi.”

**A. Přidal** se zajímal, kdo by měl upozornit na to, že zaměstnavatelé tento zákon obcházejí.

**Úředník** si dovede představit, že třeba poslanec, z jehož regionu se zákon nedodrží, by mohl přijít se svou vlastní iniciativou a poslanecké sněmovně to přednést. A sám sebe ukázat jako člověka, který vnímá problémy svých spoluobčanů.

**Antonín Přidal** se zajímal také o předvolební sliby politických stran, načež hosté bez výjimky uváděli, že se handicapovaným občanům podbízel každý, někteří ale hned podotýkali, že teď stejně nemají práci. **Úředník** ovšem poukázal i na to, že zdravotní postižení funguje i jako prostředek k dosažení čehokoliv – „Ono to funguje, vozík, hůl, sluchadlo nést před sebou jako ochranný štít a za tím skrývat úzké zájmy k dosažení dobrého výsledku ve škole, opuštění pokuty od policisty; to všechno v nás zrálo léta”.

Když **A. Přidal** chtěl vědět, zda ale nebyly nějaké oprávněné nároky, které by politické strany mohly prosazovat, např. pokud jde o zákon o zaměstnanosti nebo zákon stavební, označila právě tuto normu **překladatelka** za jeden z velkých problémů: „Učinili jsme kdysi s manželem takový pokus upozornit na to, že stavební zákon v této zemi existuje a že vymezuje povinnosti vůči pohybově postiženým nebo s omezenou pohyblivostí a musím říci, že to dopadlo dost tragicky. Obraceli jsme se na okresní úřad, podávali podněty k přezkoumání kolaudačních řízení těch objektů, které bariérou zbytečně diskriminovaly lidi, neuspěli jsme, obraceli na nadřízený orgán – ministerstvo hospodářství, kde jsme rovněž neuspěli. Obrátili jsme se na soud, prošli všemi instancemi, které v této zemi existují a rovněž jsme neuspěli. Případá mi, že to je situace dost zoufalá – že úředníci státní správy, kteří by měli dbát na dodržování zákona a kteří v rámci kolaudačního řízení a povolování staveb mají možnost tyto věci ovlivnit, to nečiní, že v míře, která je hodně velká, porušují zákony, porušují je dnes a denně a v důsledku toho vznikají nové bariéry. To samo o sobě už je dost špatné a ještě horší je, že neexistuje nějaký způsob nápravy.” Překladatelka sice připouští, že spousta bariér v posledních letech odstraněna byla, ale problém je v tom, že zákon se nedodrží jakoby automaticky – už ve fázi, kdy architekt navrhuje novou stavbu, by měl vzít v úvahu všechny požadavky dané zákonem. On je nedodrží, navrhne stavbu s bariérou, a žádný úředník už nedohlídí, aby k něčemu takovému nedošlo.

„Ty bariéry se potom draze odstraňují”, skočil jí do řeči **úředník** a **překladatelka** pak pokračovala: „Daleko dráž, než kdyby se to hned vzalo v úvahu. Vezměte si – nejde o nic náročného – telefonní budky, které nedávno osazovali na celém území republiky, velká část je nepřístupná; to nešlo ji zabudovat do chodníku tak, aby se tam dostal vozíčkář? Zase je to tím, že si někdo ulehčí práci a že úředník, který má dohlížet, nedohlídí.”

„Člověk by řekl – vozíčkář má mít mobil,” pronesl **A. Přidal** a **úředník** doplnil: „když je imobilní”.

Skutečnost, že určitá skupina občanů se nedostane do telefonní budky (a také třeba do divadla) potvrzuje **spisovatel** a upozorňuje i na obtíže s návštěvou zdravotnických zařízení: „Staví se nemocnice, kde vás musí vynést po schodech nahoru. Vznikají nové ordinace soukromých lékařů, kam se vozičkář nedostane. Já jsem považoval za úžasné překvapení, že když jsem jel do Třeboně ke své zubařce a s úžasem jsem zjistil, že z chodníku vede nahoru až ke dveřím do ordinace nádherný nájezd. Ale z druhé strany – když se u nás před lety stavěla nová samoobsluha, upozorňoval jsem ještě v době, kdy byl projekt: prosím vás, nezapomeňte na nájezd, není to jen pro vozičkáře, je to pro starší lidi, kteří chodí o holi, budou mít těžký nákup, a pro matky s kočárky.”

(**Pražský divák** si při tom vzpomene, jak méně pohybliví obyvatelé hlavního města ještě nedávno vůbec neznali metro, protože absolvovat sestup nebo výstup i po pohyblivém schodišti pro ně bylo příliš velkou překážkou. Vybaví se mu i stížnosti praktických lékařů na panelové domy, po jejichž úzkých schodištích se nosítka nevytočí a do jejich výtahů se nevejdou – i matka s kočárkem se tam jenom stěží vměstná.)

Ne náhodou se tedy **Antonín Přidal** svých hostů ptal, zda se necítí jako přehlížená skupina, na kterou architekti raději nemyslí.

**Pro úředníka** to však byla příležitost, jak se vrátit k tématu občanské společnosti a ke sdružování lidí se zdravotním postižením: „Už to dávno nejsou spolky na úrovni spolku myslivců, dovedou si svoje místo na slunci obhájit, ale ještě nejsou natolik dokonalí v umu lobovat tam, kde to je nutné, aby si něco prosadili. Když je hotová budova, která nemá bezbariérový vchod, tak už to je pláč nad rozlitym mlékem.” Znovu přitom vyzýval k aktivitě a zdůrazňoval odpovědnost jednotlivce. Myslí totiž, že „v každém člověku přetrvává trochu pohodlnosti”. Trh práce se sice chová k postiženým lidem diskriminačně, „nicméně i ti, kterých se to týká, nejeví tu pravou touhu se kvalifikovat, stát se kvalifikovanou silou. A když už jim tu práci seženete, ne vždy se setkáte s pochopením, že by ten člověk by po práci prahnul.”

**Překladatelka** namítla, že to je možná zevšeobecňující pohled: „Znám spoustu lidí, kteří by pracovat chtěli, ale narazí na nějakou bariéru nebo nemožnost sehnat práci.”

Na jednu z těchto překážek poukázal **A. Přidal**, když uvedl, že se handicapovaní nemohou dopravit do práce, protože vzhledem ke svému postižení nemohou spoléhat na veřejné dopravní prostředky. A pořídit si automobil je nákladná věc.

**Úředník** uvedl, že příspěvky, které se k této skupině vztahují, jsou sice poměrně značné, nicméně asi neobsahují ty zvláště potřebné. I podle něj však „imobilitu více číméně smaže automobil – ať už ho postižený sám řídí nebo je v něm dopravován, je to opravdu vstup do nové kvality života.”

„Dalším mostem je v poslední době počítač”, připomněl **A. Přidal** a jeho slova potvrdila **překladatelka**, která jazykům vyučuje na vysoké škole; právě přes počítač koresponduje se svými studenty. Soudí, že „i studenti to uvítali, můžeme spolu komunikovat – a to je výhoda.”

**A. Přidal** od ní chtěl vědět, zda je na Univerzitě Palackého v Olomouci bezbariérové zařízení.

**Překladačka** odpověděla, že záleží hodně na oboru: „Dost dobré možnosti jsou na fakultě tělesné výchovy, kde na odstraňování bariér hodně zapracovali a dás tam studovat také tělesná výchova, mohou ji studovat i lidé na vozíku.”

Školství však, jak prohlásil v Netopýru **Úředník**, obecně přístupné není: „Už první schody u mateřské školy vás odradí, ale dobrá vůle je jednou z cest, jak to překonat.” Poukazuje přitom na možnosti moderní technologie, zvláště na kombinaci počítače s internetem, které smazávají rozdíly mezi zdravými a postiženými na trhu práce – to, co dříve rýsovali konstruktéři v pozoru u rýsovacího prkna, mohou pohodlně vytvářet na počítači – a tak prý už ani zaměstnavatel nemusí trpět, když uvidí člověka na vozíku, protože může být velice výkonnou pracovní silou.

“Vy všichni jste se dostali do zahraničí, protože jste mobilní, protože umíte řídit svoje speciálně upravené automobily”, řekl v závěru svým hostům vozičkářům **Antonín Přidal** a pak se zajímal: „Co chybí lidem se zdravotním postižením oproti jejich zahraničním protějškům?”

**Starosta** nechtěl mluvit o tělesně postižených, o vozičkářích, ale o občanovitéto země – to mu chybí „strašlivě moc. Mně třeba chybí ve styku s lidmi otevřenost, přátelskost. Mám zkušenosti z Itálie, kde se se mnou dá do řeči každý, je každý přátelský, neutíká ode mne, ale mám zkušenost z našich zemí, kde se lidé málo sdružují, málo se baví. Nevím čím to je, není to jenom povahou národa, to se nedá říct, je to dáno špatnými zkušenostmi z minula? Já teď nevím. Mnohokrát se cítím v některých zemích evropských lépe než doma. Samozřejmě potom přijedu a jsem rád, že jsem doma.”

**Úředník** se prý nedávno cítil velmi doma na tržišti, kdy k němu běžel zdálky vietnamský prodavač a křičel: „Pane, vy máte krásné kolo, vám k tomu kolu půjdu určité moje kalhoty.” Ten člověk samozřejmě neměl ke svému přátelskému chování žádný důvod, „to byl kšeft pochopitelně, a mně napadlo, že ten pán nic nevěděl o vozíku a myslel že jsem nějaký zvláštní cyklista.”

**Překladačku** mrzí předsudky a obava z jakékoliv jinakosti: „Myslím, že s daleko většími předsudky než lidé na vozíku se setkávají lidé s jinou barvou pleti. To je něco, co je v nás a chováme se někdy způsobem, který je v mnoha případech špatný a řekla bych hodně drastický a hodně hrubý a to je věc, která se mi nelíbí.”

**Starosta** vyprávěl historku ze Štědrého dne, kdy bydlel v pohraniční vesničce. „Na Štědrý večer – ve čtyři hodiny, pomalu připravená večeře, tam najednou někdo zazvonil, ve dveřích stojí cikánská rodina, manželé se čtyřmi malými dětmi a prosí mě, jestli bych je odvezl k babičce, že jim ujel autobus, nikdo ve vsi už je nechce odvézt, že už prý pil. Tak jsem je odvezl, manželka čekala s večeří, vrátil jsem se a byli jsme strašně šťastní, že jsme to udělali. Pak jsem přišel do práce, vyprávěl jsem to chlapům a ti mně říkali, člověče, to sis ale zasmradil auto. To mně zabořelo – když vezmete kolegovi čuníka do auta, tak máte auto infikované na půl roku, a já vezl cikánské děti, ty mají smutné oči, já to musel udlat.”

**Překladačka** si vzpomněla ještě na svou zkušenost z USA, kde „lidé pochopili, že pokud ve společnosti existuje nějaká menšina, pak je výhodné i pro tu většinu, aby se jiným způsobem nesnažila převálcovat. Je výhodné i pro tu většinu vytvořit takové pod-

mínky, aby menšina měla možnost se vyjádřit, aby její názory byly brány v úvahu, aby nevznikaly problémy, které nakonec musí řešit i ta většina. Chápu, že je lepší, když menšině dají možnost, aby se mohla rozvíjet, seberealizovat, aby nenarážela na bariéry ať už architektonické nebo psychické, že je to lepší pro obě strany.”

**Spisovatel** žije poměrně vzdálený od komunity vozíčkářů, na vesnici, a žije tam jako vozíčkář sám. Ovšem právě proto, že tam žije už čtyřicet roků, setkává se vlastně pořád se stejnými lidmi, kteří ho berou „jako naprosto normálního člověka, jednoho z nich”. Problémy, o kterých byla řeč, psychické bariéry, určitý rasismus vůči vozíčkářům, nikdy nevnímal. Říká: „Od té doby, co jsem se vrátil domů, jsem byl pořád mezi svými.” Velice rád se stýká s jinými lidmi, našel spoustu přátel mezi sportovci, je v klubu Zdraví, hraje stolní tenis a cítí se šťastný, kamkoliv přijde, říká „Jsem jeden z nich”.

– *flei* –



Netopýr lesní

---

# **KURSY A KONFERENCE**

---

**NOVÉ POZNATKY  
NOVODOBÉ PROBLÉMY**

## **Mezinárodní kurs „Lékařská příprava na jaderné nehody“, Praha, 14.–18. června 1999**

V letošním roce požádala Mezinárodní agentura pro atomovou energii (MAAE, IAEA) prostřednictvím naší velvyslankyně při organizacích OSN sídlících ve Vídni vládu České republiky, aby se ujala uspořádání mezinárodního kursu lékařské přípravy na jaderné nehody pro vybrané experty z 19 států středoevropského a východoevropského regionu.

Požadavku vyšlo vs třic ve dení 3. lékařské fakulty, které na uspořádání kursu nabídlo své prostory, management a další asistenční služby související s mezinárodní akcí tohoto významu. S ohledem na preventivní zaměření fakulty a je jí ideální odborné i technické zázemí pověřil pak 3. LF organizací a průběhem kursu Státní ústav jaderné bezpečnosti (SÚJB ČR), nejvyšší vládní orgán v ČR – oficiální partner IAEA. Ředitelem kursu jmenovala MAAE doc. MUDr. Milana Jíru, CSc., který již v minulosti s agenturou spolupracoval, a doc. MUDr. Jozefa Rosinu tajemníkem kursu. Ten se uskutečnil na 3. lékařské fakultě od 14. do 18. června 1999. Čtenářům VNR předkládáme některé podstatné informace o průběhu a náplni tohoto kursu.

Mezinárodní agentura pro atomovou energii, založená v r. 1957 na popud amerického prezidenta Eisenhowera, v současné době sdružuje 128 států, je nezávislou složkou OSN financovanou především z příspěvků členských států. Tvoří nejvyšší světový orgán zabývající se všemi aspekty souvisejícími s jadernou energií a především s jejím mírovým využitím. V tomto smyslu vyvíjí řadu aktivit výzkumných, vzdělávacích, expertních, kontrolních, metodických ve prospěch svých členských států (bližší na <http://www.iaea.org>). V oblasti vzdělávací se zabývá pochopitelně také aspekty lékařskými jak vlastní ediční činností, tak pořádáním specifických mezinárodních kursů v jednotlivých regionech celého světa. V rámci sjednocení a současně aktualizace jsou kursy průběžně pořádány ve všech regionech při zachování jednotné osnovy a unifikovaných standardů MAAE. Metodika lékařských kursů vychází především z amerických zkušeností, neboť federální americké středisko pro výuku a kontrolu jaderné bezpečnosti (US Radiation Emergency Assistance/Training Center, Oak Ridge, TN) má ve vzdělávání tohoto typu největší zkušenosti a jen v tomto centru pořádá ročně kolem 20 lékařsky orientovaných kursů. Proto také největší počet lektorů, kteří se účastnili pražského kursu, byl z USA, další byli z evropských zemí a z MAAE.

Veškeré náklady spojené s kursem (cestovné, diety, ubytování, unifikovaná monitorovací zařízení, pomůcky pro praktický výcvik a další náklady spojené s kursem) hradila MAAE.

Vlastní odborný program pražského mezinárodního kursu byl pětidenní. Účastníci kursu (celkem 23), jmenováni vládními organizacemi svých zemí, obdrželi podrobné podkladové materiály připravené jednak americkou stranou, jednak Střediskem vědeckých informací naší fakulty, která kompletizovala 250stránkový dodatek k původnímu manuálu připravený těsně před zahájením kursu MAAE. Účastníci tvořili heterogenní



profesní skupinu od lékařů neodkladné péče přes biofyziky až k jaderným expertům. Estonsko například vyslalo děkana fyzikální fakulty prof. Dikciuse, který shodou okolností řeší společný projekt se současným prorektorem UK doc. Wilhelmem. Zastoupeny byly všechny balkánské státy (včetně Makedonie a překvapivě i tří zástupců z Albánie), Svazová republika Jugoslávie své zástupce na kurs nevyslala.

Odborný program pokrýval formou seminářů, praktických cvičení, kazuistik a písemných testů teoretické a praktické aspekty standardizovaných minimálních znalostí lékařské problematiky jaderných nehod. Od výkladu podstaty radiačního záření přes technickou a metodickou oblast monitorování záření (veličiny, kalkulace dávek apod.) až k biologickým účinkům jednotlivých typů záření na živou tkáň a lidský organismus. Z hlediska lékařských aspektů byla věnována pozornost pozdním účinkům záření na organismus, vycházející především z podrobné analýzy černobylské jaderné havárie, kterou knižní formou vydala před několika lety MAAE. Účinky nízkých dávek radiace v okolí Černobyli způsobí kolem 8.000 onemocnění různými typy zhoubných nádorů (především štítné žlázy) nad rámec odhadovaného počtu onemocnění zhoubnými nádory v uvedeném zasaženém regionu. Prof. Hirsch z bostonské univerzity shrnul účinky a konsekvence následků akutního ozáření (často kombinované s mnohočetnými zraněními). Ty se projevují ve známých časových fázích postižením kůže, dalších orgánů a akutní chorobou z ozáření. Léčbě těchto stavů, včetně profylaktického podání jódu a další podpůrné terapie, byl věnován samostatný seminář. Kromě transplantace kostní dřeně přichází v úvahu i léčba interleukiny a další nové postupy.

Od konce druhé světové války registruje MAAE 114 jaderných nehod, při kterých došlo k zasažení nejméně jedné osoby. Případy z posledních třiceti let jsou zvláště pečlivě dokumentovány a v mnohých případech detailně popsány v monografiích vydaných MAAE. Tyto materiály jakož i technické zprávy MAAE byly účastníkům kursu k dispozici (po jedné kopii přístupných publikací zůstalo na fakultě a je k nahlédnutí v naší knihovně).

V drtivé většině jaderných nehod posledních padesáti let nešlo o zasažení většího počtu osob radiačním zářením, ale o případy jednotlivé, izolované. Jeden den mezinárodního kursu byl právě věnován jednotlivým kazuistikám těchto případů z posledních let, které byly detailně popsány a diskutovány. Příčiny byly v některých případech skutečně kuriózní. V Peru došlo například k náhodnému uložení silného radiačního zdroje velikosti tužky do kapsy kalhot pracovníka továrny pro výrobu lokálních radiačních lékařských zdrojů. V Turecku vedlo odcizení pečlivě uloženého jaderného zdroje na skládce k celotělovému ozáření 10 osob. Na akutní chorobu z ozáření umřel v Estonsku před dvěma lety 23letý chlapec, který z nezajištěné skládky radiačního odpadu přinesl radioaktivní předmět domů. O záludnosti tohoto případu a postižení celé rodiny různými dávkami radiace svědčí skutečnost, že příčina narůstajících obtíží byla odhalena až po třech týdnech. Teprve narůstající kožní změny na ruce, kde chlapec radioaktivní předmět nosil, vedly lékaře univerzitní nemocnice k úvaze, že klinické změny mohou být následkem radioaktivního záření. Na onemocnění z ozáření v tomto případě umřela i domácí zvířata (pes a kočka). O tom, že k jaderné nehodě může dojít i ve zdravotnic-

kém zařízení, poučuje případ z Guatemaly, kde nastavení mnohonásobně vyšší dávky při rentgenovém vyšetření vedlo k ozáření několika desítek pacientů.

Samostatný blok kursu byl věnován přednemocniční a nemocniční péči o osoby, které mohly být zasaženy radioaktivním zdrojem, lokálně i celkově, jednotlivě, či v masovém měřítku. Tento velice zajímavý blok vycházel z doporučených metodik MAAE. Z diskuse s účastníky však vyplynulo, že způsob organizace této specializované péče se ve skutečnosti v jednotlivých účastnických zemích liší. Pro oblast Čechy je referenčním centrem lokálního radiačního zasažení klinika popálenin naší fakulty. Podle současného metodického návodu je nejdříve povolán fyzik z Řeže, který monitory zjistí rozsah a dávku radiačního zasažení, a následně je provedeno příslušné lékařské ošetření. Doporučený postup MAAE je v tomto případě logičtější, neboť zjišťování potenciálního radiačního zasažení, jeho rozsahu i následnou dekontaminaci (především lokálního na kůži a oděvu) ihned provádí pověřené zdravotnické zařízení, které současně pacienty začíná ošetřovat. Tento postup vychází z celosvětových zkušeností, že v jednotlivých případech je postižena jen jedna nebo několik osob, které kromě radiačního zasažení současně trpí jinými zdravotními komplikacemi (nejčastěji různě závažná zranění až šok). V tomto případě má vždy přednost lékařská péče. Proto také ve sboru lektorů byl prominentní traumatolog prof. Hirsch z USA, který je současně lékařským poradcem amerického radiačního výcvikového střediska.

Zabezpečením, organizací a vedením půldenního praktického výcviku (prováděného jako simulace dle metodiky MAAE) lékařské připravenosti na přednemocniční a nemocniční lékařskou péči potenciálně ozářených byl pověřen ředitel kursu. Simulace byla prováděna v menších skupinách dle předem připravených scénářů jaderné nehody. K materiálnímu zabezpečení dodala MAAE certifikované detekční přístroje, simulační soupravu nejrůznějších typů zranění, lokálních i celkových (po ukončení kursu zůstaly ve vlastnictví fakulty), speciální ochranné pomůcky (štíty, brýle, speciální pláště apod.). K úspěšnému praktickému výcviku vydatně přispěla klinika popálenin, která zapůjčila další zdravotnické pomůcky a asistenci při simulaci úrazu a aplikaci speciální látky (která je monitorovacími přístroji detekována jako radioaktivní záření) na určitá místa těla. Poděkování patří také třem dobrovolníkům, kteří se jako figuranti ujali úlohy zraněných při scénáři výbuchu laboratoře, kde se používaly radioaktivní látky pro výzkumné účely.

Dle metodiky má být nemocniční tým sestaven a připraven přijmout pacienta (pacienty) do 30 minut od ohlášení nehody. Koordinátor týmu organizuje způsob uspořádání přijetí postižených zabezpečením prostor, materiálním (zdravotnické přístroje a pomůcky), technickým (monitorovací přístroje) a zdravotnickým, jejichž mobilizace má být součástí havarijního plánu příslušného referenčního zdravotnického zařízení. Kromě přípravy na lékařské ošetření a dekontaminaci musí fungovat i personál zajišťující komunikaci s pracovištěm, kde v jaderné nehodě došlo, jakož i kontakt s úřady státní správy. Metodika MAAE zahrnuje do týmu i pracovníka pro kontakt s médii, který má poskytovat informace v rozsahu, které určí koordinátor. Koordinátor a orgány státní správy současně se průběžně informují nejen o zdravotním stavu pacientů, ale i o zjištěném stupni zasažení. Prostor, kde se provádí ošetření a dekontaminace pra-

covníků, je uzavřen od okolí, osoby nacházející se uvnitř tohoto prostoru ho mohou opustit až po zjištění, že radioaktivní záření u nich detekováno nebylo. Také veškerý personál, který ošetřoval a převážel pacienty, zůstává na místě do dalších rozhodnutí. Celý složitý proces praktické simulace je za předpokladu jaderné nehody nevýznamného rozsahu ukončen během několika hodin dekontaminací pracoviště a odesláním hlášení (prostřednictvím státních orgánů) na MAAE. V případě závažnější jaderné nehody má MAAE k dispozici 24 hodinovou asistenční službu, takže konzultaci či pomoc (včetně materiální a personální) je možno vyžádat formulářem MAAE (i prostřednictvím Internetu) ihned.

Tento praktický výcvik proběhl za nevídaného zájmu účastníků kursu, k němuž přispěl i výběr figurantů z řad studentů a pracovníků fakulty, kteří hovořili anglicky a svá tvrzení či zranění líčili velmi kreativně a sugestivně (např. u figuranta M. M. byla nutná nejdříve stabilizace šokového stavu, ve kterém byl jednomu týmu dopraven). Dík patří také všem zaměstnancům, kteří měli v den praktického výcviku pochopení pro využití (a simulované uzavření) více místností fakulty (především sekce Centra preventivní medicíny).

Další půlden kursu byl věnován organizaci všech složek (včetně zdravotnických) simulace jaderné havárie v neupřesněném střeoevropském městě, kde při teroristickém útoku došlo k úniku radioaktivního materiálu. Účastníci kursu pracovali na všech aspektech dalšího postupu (rozsah a charakter radioaktivní látky, velikost zasažení dle meteorologické situace, evakuace a evakuační cesty, připravenost zdravotnických zařízení) tak, aby prokázali odpovídající rozhodovací schopnost. Z diskuse vyplynulo, že z globálního pohledu mají orgány státní správy zemí jednotlivých účastníků havarijní plány vypracovány podle různých metodik a na různé úrovni a výši. Někde jsou jaderné nehody zahrnuty do obecných plánů živelných nehod (povodně, zemětřesení), problematika jaderných nehod může však být natolik specifická, že vyžaduje oddělený havarijní plán. Ten je v ČR vypracován SÚJB a Státním úřadem pro radiační ochranu, který se na kursu také podílel.

Především američtí lektori se intenzivně zajímali o úroveň lékařské péče v ČR, kde byli poprvé. Laskavostí prof. Königové měli možnost navštívit kliniku popálenin a v doprovodu doc. Vyhnánka prošli chirurgickou klinikou, především jednotkami intenzivní péče. Děkan naší fakulty se zúčastnil kursu několikrát, nejen při zahájení a ukončení, ale i v jeho průběhu, kdy také přijal zahraniční lektory k neformálnímu posezení. Slavnostního zahájení v prostorách Karolina se zúčastnili prorektor Ivan Wilhelm a zástupci státní správy. Tiskové konference na fakultě se zúčastnil také proděkan prof. Höschl; i přes intenzivní informovanost proběhla za poměrně malého zájmu jak novinářů, tak státní správy i ekologických organizací. Je to snad příjemné konstatování, že o jadernou bezpečnost z hlediska zabezpečení zdravotní péče není u nás všeobecně velkých obav?

Kurs byl velice podrobně evaluován – až na úroveň podrobného hodnocení jednotlivých lektorů i seminářů, a odděleně na celkové aspekty organizace a průběhu kursu. Na škále 1–5 (1 = excellent, 2 = very good.....5 = poor) hodnotili fakultu lichotivě jak účastníci (průměr jednotlivých ukazatelů 1,67), tak lektori (1,76). Nejhuře hodnotili

ubytování v univerzitním Hotelu Krystal, které bylo spojeno s autobusovou přepravou na fakultu a bylo časově náročné. Také odborný program od 8.00 do 17.00 hodin jim po dobu pěti dnů neumožnil větší společenské či neformální prožití Prahy, kde jich více než 70 % bylo poprvé. Lektoři bydleli v Hotelu Karolinum, zde bylo pochopitelně hodnocení těchto parametrů daleko příznivější. Průběh kursu ocenil v osobním dopisei Dr. Samiej, ředitel odboru MAAE pro Evropu, západní Asii a Latinskou Ameriku, v Praze přítomný technický manažer MAAE Dr. Turai, lektoři i účastníci. Poměrně rozsáhle informovala o kursu MF Dnes a Večerník Praha.

Úspěšnost kursu potvrzuje i skutečnost, že američtí lektoři projeví zájem o spolupráci s 3. LF a možné uspořádání kursu podobného i jiného zaměření na naší fakultě v příštích letech.

*Doc. MUDr. Milan Jíra, CSc.*

## **STUDENTSKÁ VĚDECKÁ KONFERENCE**

### **Poznámky k SVK 1999**

*Ve dnech 27. a 28. května proběhla v Burianově posluchárně 3.LF letošní fakultní Studentská vědecká konference. O jejím obsahu a její úrovni se jistě ještě vysloví povolanější, já teď chci jen poděkovat všem studentům, kteří se zapojili do její organizace, a především organizátorům prof. Jelínkovi a MUDr. Martinu Votavovi.*

*Zvláštní dík patří panu doc. Křížovi, který zapůjčil na konferenci multimediální data-projektor, a tím umožnil poprvé v historii použít takové zařízení na fakultní vědecké konferenci. Mohlo tak být promítnuto deset pregraduálních a sedm postgraduálních prezentací. Nebylo tedy nutno vyrábět drahé barevné diapozitivy a navíc mohly být využity i prvky animace zvyšující názornost schémat a grafů.*

*Doufejme, že i další SVK bude možno tak dobře technicky zabezpečit.*

*Jan Petráček, VNS 22, 1.6. 1999*

Tak máme opět jeden ročník za sebou. Vypadá to jako úlevný povzdech, ale není tomu tak. S radostí lze pozorovat, že úroveň konferencí se rok od roku lepší a zúčastnění je berou jako příležitost předvést, že něco dokázali. Konference navíc hraje úlohu katalyzátoru, který ponoukne váhavce, aby ze svých výsledků vyvodili nějaké rozumné závěry.

Letošní setkání mělo řadu kladných rysů, ale i stále se opakující zápory. Kladem byl hladký průběh, který s profesionální jistotou režírovala osvědčená skupina Trimedu pod vedením Dr. Martina Votavy. Vystoupení studentů byla většinou na vysoké formální úrovni, dokumentace předčila mnohá profesní vědecká setkání a doktorandi si pomalu zvykají prezentovat svou práci jako řešení hypotéz. Tedy něco, s čím se doposud setkáme poměrně zřídka i v grantových žádostech slovutných badatelů. Samozřejmostí bylo i dodržování času. Podstatně horší to už bylo s abstrakty, která hýřila formální rozmanitostí. Zdá se, že si stále málokdo uvědomuje, že formální stránka je to prvé, co o autorovi něco řekne a že v renomovaných žurnálech putuje formálně po-

chybný výtvar v nejlepším případě nazpět autorovi k přepracování. Kupodivu na tom tentokrát byli daleko hůře doktorandi než ti, kteří mají do promoce daleko. Asi je to tím, že jsou nuceni si občas něco pozorně přečíst. Odborné porotě se podařilo hned první den konference vytvořit nesmlouvavě kritickou, ale přesto velice vlídnou atmosféru, která oprávněně vynesla trojici nejlepších.

Palmu vítězství si zaslouženě odnesla zkušená Barbora Hloušková přednáškou „Laserová korekce myopie a změny nitroočního tlaku“. Místo druhé a třetí obsadily tandemy Matějka, Urbancová a Urban, Kopeček.

Následující den dominovala nehonorované přehlídce postgraduálů svými špičkovými molekulárními technikami Laboratoř genové exprese. Právě v druhé části konference se výrazně projevil chronický kaz těchto akcí, neboť posluchárna zela prázdnotou a často v ní nebyl, kromě těch na řadě, školitele a pořadatelů, nikdo další. Málokdo se asi vůbec o něco zajímá, kromě uzounkého proužku tematiky, kterou právě řeší a zřejmě je to ve vyšších vědeckých kruzích dokonce považováno za přednost. Studenti ve stadiu imprintingu ovšem oddaně kopírují postoje svých faustů a cítí se povzneseni nad plytkou tematiku bližních, v nejlepším případě litující ztraceného času, který mohou, podle svých představ, využít daleko účelněji. Ta tam je představa o živé diskusi mezi vrstevníky, která přirozeně patří do běžného a nezbytného arsenálu vědeckého pracovníka. I tuto výbavu by jim měla poskytnout škola a klíčovou roli zde, jako ostatně v celém doktorském studiu, hrají především školitelé.

To však nestačí. Postmoderní doba vědám nepřeje, zapomínajíc, že vše, co technicky umožňuje rozlet ducha, je právě dílem těch zatracovaných. K přesvědčení o hlubokém smyslu vědecké práce a k úctě k ní, jako k jednomu z vrcholů lidské činnosti, by měl studenty vést od samého počátku každý z učitelů. Pokud je ovšem sám iniciován a ví, že největší inspirace přicházejí právě ze vzdálenějších končin. A pokud to neví, není mu pomoci, natož jeho žákům.

*Richard Jelínek, VNS 24, 15. 6. 1999*

## **Laserová korekce myopie, pachymetrie a změny nitroočního tlaku**

*Barbora Hloušková, 5. ročník*

*MUDr. Jara Hornová, CSc., Oční klinika 3. LF*

U krátkozrakých očí bývá častější výskyt glaukomu (zeleného zákalu). Glaukom diagnostikujeme dle změn na papile a v zorném poli, zvýšená hladina nitroočního tlaku může být u některých pacientů jedním z prvních příznaků onemocnění. U tenčích rohovek naměříme hladinu nitroočního tlaku nižší než odpovídá skutečnosti.

Cílem práce bylo určit, k jakým změnám tloušťky rohovky a nitroočního tlaku dochází před a po laserovém refrakčním zákroku u normálních myopických očí.

Sledovali jsme před operací a 3 měsíce po operaci 27 pacientů (48 očí), kteří podstoupili laserový refrakční zákrok LASIK. Pacienti byli předoperačně komplexně vyšetřeni, předoperačně i pooperačně byl měřen nitrooční tlak na Goldmannově aplanačním

tonometru a sledována centrální tloušťka rohovky (CCT) na ultrazvukovém pachymetru firmy NIDEK, model UP-100.

Z našeho šetření vyplývá, že hodnota peroperační ablace rohovkové tkáně je větší cca o 48,4 % než výsledné naměřené ztenčení rohovky 3 měsíce po operaci. U našich refrakčních vad (od -4 cca do -14D) dochází k výslednému ztenčení rohovky cca o 113,2 $\mu$ m a ke snížení nitroočního tlaku o 5,6 mm Hg. Ke snížení nitroočního tlaku o 1 mm HG dochází při výsledném úbytku tkáně o 20, $\mu$ m.

Měření centrální tloušťky rohovky je důležitý údaj pro hodnocení aplanačního měření nitroočního tlaku v prevenci glaukomu, zejména však pro myopické pacienty po provedeném refrakčním zákroku.

## **Vliv hypokapnie navozené umělou plicní ventilací na mozkovou oxygenaci kriticky nemocných nenavozuje standardně mozkovou hypoxii nebo její progresi**

*Matějka, H., Urbancová, K.*

*Školitel: doc. MUDr. J. Pachel, CSc.*

*UK, LF 3, Klinika anesteziologie a resuscitace*

### **CÍL**

Ověřit vliv hypokapnie na cerebrální oxygenaci u kriticky nemocných s edémem mozku.

### **PACIENTI A METODIKA**

Skupina 4 kriticky nemocných (3 muži, 1 žena), věkového průměru 37 let, s edémem mozku (trauma 3, posthypoxický 1), GCS menší 8. **Pacient č. 1** – kraniotrauma se sklonem k nitrolební hypertenzi při normokapnii s poruchou autoregulace mozkové perfúze. **Pacient č. 2** – posthypoxický edém s poruchou autoregulace a se známkami cerebrální hyperperfúze. **Pacient č. 3** – kraniotrauma se zachovanou autoregulací a bez sklonu k nitrolební hypertenzi. **Pacient č. 4** – kraniotrauma s poruchou autoregulace a se sklonem k nitrolební hypertenzi.

**Protokol:** U všech sledovaných byla zavedena umělá plicní ventilace (Evita 4 Drager), analgosedace, nervosvalová relaxace, monitorování nitrolebního tlaku (Microcenzor Codman) intraparenchymatózně, invazivní měření systémového tlaku, centrálního žilního tlaku, kapnometrie a jugulární oximetrie (Opricath Baxter). Při různých hladinách PaCO<sub>2</sub> (et CO<sub>2</sub>) 40, 35, 30, 25, 20, 15 torr byly sledovány hodnoty nitrolebního tlaku (ICP), mozkového perfúzního tlaku (CPP), středního arteriálního tlaku, saturace krve kyslíkem v jugulárním bulbu (SvJO<sub>2</sub>) a odebrána krev (arteriální a z bulbus jugularis) na stanovení acidobazické rovnováhy, krevních plynů a laktátu.

### **VÝSLEDKY**

Celkově bylo provedeno 6 měření u 4 nemocných. Výsledky jsou uvedeny v tabulce 1 a v tabulce 2 (viz příloha), lze je shrnout následovně:

U pacienta č. 1 v průběhu navození hypokapnie dochází ke zvýšení CPP, poklesu ICP, SvJO<sub>2</sub> nedoznává změn, laktát 1.2 mmol/l nevykazuje dynamiku.1

U pacienta č. 2 dochází k poklesu ICP, poklesu CPP, SvJO<sub>2</sub> zůstává bez dynamiky (s minimální extrakcí, SaO<sub>2</sub> – SvJO<sub>2</sub> dif. 6 %), laktát zůstává bez dynamiky na hodnotách 2 mmol/l.

U pacienta č. 3 dochází k poklesu ICP, CPP zůstává bez významných změn, SvJO<sub>2</sub> však dosahuje hypoxických hodnot k 50 % při etCO<sub>2</sub> pod 30 torr (pokus opakovaně přerušeno), laktát při hyperventilaci vykazuje významný vzestup (1.2 – 1.4, 0.6 – 1.3 mmol).

U pacienta č. 4 dochází k poklesu ICP s nárůstem CPP, SvJO<sub>2</sub> při prvním měření zůstává beze změn, v období maligního edému (4b) vzrůstá, ale pohybuje se nadále v hypoxických hodnotách. Laktát zůstává bez dynamiky ve vydotáčej 2,3 mmol/l.

## ZÁVĚR

U kriticky nemocných s edémem mozku jsme zjistili, že u pacientů se zachovanou autoregulací mozkové perfúze vede hypokapnie pod 30 torr k mozkové hypoxii. U nemocných s poruchou autoregulace nedochází při hyperventilaci k mozkové hypoxii nebo k její progresi, pokud již existuje. Ke statistickému vyhodnocení výsledků je třeba studii rozšířit.

## Asociace frontálních poruch perfúze (SPECT) s neurologickými a psychopatologickými příznaky u pacientů se schizofrenním onemocněním

Tabulka 1

Pacient	1		2		3 a		3 b		4 a		4b	
EtCO <sub>2</sub> (torr)	30	20	30	20	30	20	30	20	30	20	30	20
ICP (torr)	28	4	41	33	11	8	1	3	32	12	60	37
CPP (torr)	53	73	93	68	76	69	73	71	54	65	51	46
SvJO <sub>2</sub> (%)	68	72	88	90	72	43	63	58	70	68	38	53
Extrakce (%) SaO <sub>2</sub> - SvJO <sub>2</sub>	30	26	6	8	27	56	36	41	30	32	60	43
Laktát -jug (mmol/l) -art	1,2 -	1,2 -	1,9 1,7	2,0 2,1	1,2 1,1	1,4 1,4	0,7 0,6	1,3 1,3	- -	- -	2,3 1,8	2,4 2,0

Tabulka 2

Pacient	3a			3b			4a			4b		
EtCO <sub>2</sub> (torr)	40	30	20	40	30	20	40	30	20	40	30	20
ICP (torr)	12	11	8	6	1	3	37	32	12	73	60	37
CPP (torr)	81	76	69	68	73	71	47	54	65	27	51	46
SvJO <sub>2</sub> (%)	78	72	43	82	63	58	73	70	68	27	38	53
Laktát -jug (mmol/l) -art	1,2 1,3	1,2 1,1	1,4 1,4	0,6 0,6	0,7 0,6	1,3 1,3	- -	- -	- -	2,1 1,8	2,3 1,8	2,4 2,0

URBAN A., KOPEČEK M.

Školitel: Prof. MUDr. J. Libiger, CSc., Psychiatrické centrum Praha

## CÍL

Hypoperfuze frontální oblasti u pacientů se schizofrenií je spojována s převahou negativních příznaků. U pacientů s negativní symptomatologií je nalézán vyšší výskyt neurologických abnormit, které se označují jako tzv. neurologické měkké příznaky (NMP). Cílem retrospektivní studie bylo potvrdit přítomnost asociací mezi frontální hypoperfuzí, negativními příznaky a přítomností NMP tak, jak jsou popisovány v literatuře.

## METODY

Pacienti s první epizodou schizofrenního onemocnění (dg. stanovena na základě kritérií MKN 10) byli vyšetřeni jednofotonovou emisní tomografií (SPECT) v Ústavu nukleární medicíny VFN v Praze, standardizovanou neurologickou škálou (QNS, Convit, 1988) a psychiatrickou škálou (BPRS). Získaná data byla zpracována pomocí programu Statistica. K testování bylo použito neparametrických testů (Mann–Whitney U test, Kruskal–Walisův a Spearmanova korelace).

## VÝSLEDKY

Soubor tvořilo 52 pacientů (27 žen, 25 mužů, průměrný věk 25,6 roku). U 40 pacientů bylo provedeno SPECT vyšetření (hypoperfuze byla detekována u 72,5 %), u 39 standardizované neurologické vyšetření (přítomnost NMP u 89,5 %) a vyšetření BPRS u 23 pacientů (min. 2, max 38, medián 12). Nebyla potvrzena hypotéza o rozdílu středních hodnot mezi frontální hypoperfuzí a stažením ( $p=0,367$ ), emočním oploštěním ( $p=0,171$ ) a frontálním skórem (subskór QNS) ( $p=0,532$ ). Dále byla zamítnuta hypotéza, že hypoperfuze v oblasti dorzolaterálního profrontálního kortexu (DLPC) odpovídá vyššímu skóre v položce stažení než její nepřítomnost ( $p=0,391$ ). Byla zjištěna korelace mezi celkovým skóre QNS a celkovým skóre BPRS ( $r_s=0,593$ ,  $p=0,0156$ ).

## ZÁVĚR

Asociace mezi frontální hypoperfuzí, negativními příznaky a přítomností NMP nebyly prokázány na statisticky významných hladinách. Přítomnost neurologických abnormit (celkový skóre QNSD) korelovala s psychopatologickým obrazem (celkový skóre BPRS).

## Literatura:

Andreasen Nancy C. et al.: Hypofrontality in Neuroleptic–Naive patients and in Patients with Chronic Schizophrenia, Arch. Gen Psychiatry vol 49, dec., 1992, 943–958

Buchanan–RW; Kirkpatrick–B; Heinrichs–DW; Carpenter–WT Jr. Clinical correlates of the deficit syndrome of schizophrenia. AM–J–PSYCHIATRY, 147/3 (290–294) 1990

Convit. A., Jaeger. J., Lin, S.P., Meisner, M., Brizer, D., Volavka, J. (1988) Prediction of violence in psychiatric inpatients, in Biological Contributions to Crime Causation, Edited by Moffit T., Mednick S. Amsterdam, Martinus Nijhof

Ebmeier et al. Hypofrontality revised. Journal neurology, Neurosurgery, Psychiatry 58, 1995, s. 452–456



Merriam E., A., Kay S., R., Opler LS, Kushner FS, van Prag MH: Neurological sign and the positive-negative dimension in schizophrenia. *Biolog. Psychiatry* 1990; 28: 181–192

Overall J. E., Gorham D.R. The brief psychiatric rating scales. *Psychol. Rep.* 1962; 10; 789–812

## **Vliv cytokinu TGF beta na proliferaci maligních lymfocytů**

*Rashed Abdul Djaborkhel*

*Školitel: RNDr. Ing. Julius Muller, CSc.*

*UK, LF 3, Laboratoř genové exprese*

**Cíl:** Projekt je zaměřen na účinky TGF beta, cytokinu, běžně přítomného v mikroprostředí lymfatických uzlin, na dvě buněčné linie odvozené od pacientů s maligními Non-Hodgkinskými lymfomy.

**Popis metody:** Byly kultivovány in vitro buněčné linie DoHH2 (folikulární lymfom) a Rec-1 (lymfom plášťové zóny) v přítomnosti TGF beta (10 ng/ml) a následně byly vyhodnoceny jednak profil buněčného cyklu, jednak exprese genů, podílejících se na regulaci buněčného cyklu, a to pomocí semikvantitativní rt-PCR (reverzní transkripcie-polymerazová řetězová reakce).

**Výsledky:** Bylo zjištěno, že již neovlivněná linie DoHH2 exprimuje ve vysoké míře inhibitory cyklin dependentních kináz, které patrně jsou nefunkční, a atypicky cyklin D2. Expese cyklinu D2 byly vysvětlena EBV pozitivitou dané linie. Bylo zjištěno, že u linie DoHH2 došlo po inkubaci s TGF beta k zastavení buněčného cyklu v pozdní G1 fázi, kdežto linie Rec-1 je resistentní vůči TGF beta. Podrobná analýza exprese genů, kódujících cykliny, cyklin dependentní kinázy a inhibitory cyklin dependentních kináz, prokázala, že zástava buněčného cyklu je spojena s významným poklesem hladiny exprese cyklinu A a mírnějším poklesem exprese cyklinu E a CDK 6.

**Závěr:** Klíčovým momentem cytostatického působení TGF beta je expese cyklinu A, jehož přítomnost je nezbytná pro průchod S fází.



Krysa písečná

# DROGOVÁ ZÁVISLOST

## II. Příčiny rozvoje, neurobiologické mechanismy a metody experimentálního výzkumu DZ

(Dokončení článku z VNR 2/99)

### Příčiny rozvoje drogových závislostí (DZ)

Závislosti na návykových látkách představují celosvětový závažný problém, a proto jsou příčiny a mechanismy jejich rozvoje již desítky let intenzivně studovány. Pokrok v poznání biologických (farmakologických) aspektů závislosti může významně přispět k prevenci i léčbě DZ. K určitému pokroku v poznání přispívají v posledních zhruba 30ti letech stále zdokonalované experimentální modely DZ na zvířatech, doplňované testováním „in vitro”. Samozřejmě je neurobiologie DZ studována i u lidí. (V rámci povinně volitelného kurzu UK 3. LF v letním semestru 1999 „Neurobiologie a léčení DZ” byla modelům DZ věnována jedna z přednášek.)

Mezi příčinami vzniku toxikomanií lze rozlišit přinejmenším tři skupiny činitelů – *droga, člověk a prostředí*. Toxikomanii je tedy nutno pojímat i studovat komplexně jako bio–psycho–sociální onemocnění. K onemocnění – toxikomanii – dojde tehdy, setká-li se jedinec s dispozicí k závislosti s drogou, která u něj vyvolá nutkání znovu a znovu ji užívat. Dochází k tomu zpravidla častěji v sociálních situacích, které toto setkání usnadňují (party, diskotéky atp.). Současně s rozvojem stavu závislosti na droze je pozorována na různých úrovních lidského i zvířecího organismu řada změn v reaktivitě při opakované aplikaci drogy (v CNS dochází ke změnám na úrovni neuronálních systémů až k submolekulárním jednotkám – „*adaptační změny*”). Znalost mechanismů DZ je dosud nedostatečná, řada dosažených poznatků je však již nyní používána v léčení toxikomanií nebo alespoň pomáhá zmírnit drastické příznaky z odnětí drogy či stavy předávkování. Orientace v současné úrovni znalostí neurobiologie drogových závislostí (včetně lékových závislostí) je tedy pro lékaře, resp. budoucí lékaře velmi důležitá a žádoucí.

*Některé z předpokládaných příčin a neurobiologických mechanismů drogových závislostí a metodických výzkumných přístupů* (velmi stručně a zjednodušeně)

### A/ Droga

Droga je nesporně základní, ne však jediný důležitý činitel při vzniku toxikomanie. Předpokládá se, že schopnost *vyvolat* u citlivého jedince *dychtění po droze* (“*craving*”), vedoucí k nutkavému opakovanému užívání drogy, je založena na schopnostech drogy 1. vyvolat silný psychický účinek – zážitek, 2. být rozpoznána mezi jinými látkami, 3. vyvolat následné nepříjemné pocity – po přerušení opakované aplikace. Tyto vlastnosti látek – drog jsou poměřovány v experimentálních modelech (pokusnými zvířaty jsou většinou potkani nebo myši), níže jsou uvedeny nejdůležitější příklady.

**1. pozitivní posilovací účinek (“*positive reinforcer*”)** – látka vyvolává žádostivost po opakování dávky (“*craving*”)

*Experimentální model: „**auto-aplikace**”* (“self-administration”). Princip metody spočívá v dosažení odměny (tou je aplikace dávky drogy) podmíněné nějakým úkonem (stisk tlačky). Stručně řečeno: zvířeti je implantován katetr, kterým je aplikována intravenózně látka v jednotlivých přiměřených dávkách, ale vždy pouze poté, co zvíře samo stiskne tlačku zabudovanou v kleci. Lze potom naprogramovat, že dávka je aplikována až po určitém počtu „prázdných”, neodměněných stlačení tlačky (např. aplikace látky při každém 10tém nebo 20tém nebo 40tém stlačení atp.). Čím větší úsilí je zvíře ochotno vyvinout pro získání další dávky (čím více „prázdných” stlačení), tím výraznější posilující účinek zkoušená látka má a tím větší má také potenciál schopnosti navodit závislost.

*Experimentální model: „**podmíněná preference místa**”* (“conditioned place preference”). Preference místa, které je spojeno s aplikací drogy. Pokud vyčleníme v kleci 2 prostory, volně propojené, zvíře se více a častěji zdržuje v té části klece, kde mu byla v předešlých „podmiňovacích” sezeních aplikována droga.

**2. schopnost rozpoznání drogy (“discriminative – cue – effect”)** – látka má schopnost být rozeznána od jiných látek.

*Experimentální model: „**rozpoznání drogy mezi látkami**”* (“drug discrimination”), Model naučeného – podmíněného chování – použití vazeb. Např. v kleci zvířete jsou dvě tlačky, zvířeti je opět implantován katetr pro intravenózní aplikaci. Aplikace je tentokrát řízena experimentátorem (počítačem), zvíře ji neovládá samo. Střídavě, nepravidelně je aplikována buď droga, nebo fyziologický roztok. Na určitém místě v kleci se objevuje potrava (pelety), ale pouze v případě, že zvíře správně určí vazbu látky a příslušná tlačka. Např. při aplikaci drogy musí stisknout pravou tlačku, jedině pak se objeví potrava. Při aplikaci fyziologického roztoku musí stisknout levou tlačku a opět se objeví peleta, či kapka sladkého mléka. Při každé chybě (chybný stisk nesprávné tlačky) potravení nabídnuta. Zní to neuvěřitelně, ale po naučení principu je zvíře schopno správně rozlišit aplikované látky až s 90% či vyšší přesností. Všechny dosud známé a testované látky, které u člověka účinkují jako drogy, mají tuto „rozlišovací” schopnost.

**3. aversivní účinek drogy – (“negative reinforcement”)** – droga vyvolává následné nepříjemné pocity při přerušení opakovaného podávání.

*Experimentální model:* opět vytvoření podmíněných vazeb, ale tentokrát je s aplikací látky spojen nepříjemný zážitek (např. velmi slabý elektrický šok).

## **B/ Prostředí**

Primární je otázka dostupnosti drogy v okolí jedince. Velmi důležitým faktorem je i pohled společnosti na užívání dané drogy (legální a nelegální drogy, drogy tolerované, „měkké”, „tvrdé”). Dále bylo prokázáno, že člověk reaguje na známé prostředí – dříve spojené s aplikací drogy – excitací stejných mozkových center, jako je tomu při aplikaci samotné drogy, a to i tehdy, kdy mu v době testu už žádná droga aplikována nebyla. „Prostředím” zde může být místnost, kamarád, injekční stříkačka, určitá melodie atd. (mechanismus autosugesce, placebo efekt). Takové prostředí působí jako podmíněný externí posilovač (“reinforcer”) toxikomanie (**externí posilovací účinek**). Tento typ podmíněného chování a reakcí CNS lze sledovat i na zvířecím modelu.

*Experimentální model:* u lidí snímání elektrické aktivity mozku, současný obraz aktivity v různých mozkových strukturách (metoda pozitronové emisní tomografie = „PET“; metoda magnetické rezonance = „MR“);

u zvířat plus opět modely podmíněného chování, test preference místa atp.

## C/ Organismus – člověk nebo zvířecí model

Při výzkumu DZ byly prokázány určité znaky *genetických predispozic závislostem* různých typů. (Předpokládá se, že zde mohou hrát roli např. rozdílné kombinace podjednotek specifických receptorových komplexů, zejména dopaminergního systému). Řada závislostí je zatížena rodovou dispozicí (např. studie alkoholismu u dvojčat alkoholiků potvrzují rodovou dispozici k alkoholové závislosti atd.).

Některé studie potvrzují rozdílnou dispozici k různým typům závislostí u mužů a žen (*sexuální faktor*). Ženy jsou mnohem citlivější na drogy než muži. Je prokázána odlišná – *zvýšená reaktivita a citlivost nezralých jedinců* (děti i mláďata) ve vztahu k rozvoji drogové závislosti.

Obecně lze shrnout, že *droga vyvolává závislost* = nutkavou touhu po opakovaných aplikacích dávky, *ovlivněním řady neurobiologických procesů v CNS, včetně rozvoje adaptačních změn při opakovaném podávání*. Látky s vysokým potenciálem závislostimají *centrální účinky*, rychle a dobře pronikají hematoencefalickou bariérou a vážou se většinou na specifické receptory či skupinu více různých receptorů (různé neuromediátorové receptory, podle příslušných chemických struktur drog), eventuálně působí i změnu fluidity membrán (např. alkohol, rozpouštědla). Většina známých drog působí dále běžnými mechanismy ovlivněním iontových kanálů a přes druhé posly (např. Ca<sup>2+</sup>, cAMP přes G-regulační protein), ovlivněním proteinkináz, fosforylačních procesů a proteosyntézy.

Při opakovaném podávání drogy se organismus (mozek) brání opakovanému přísunu cizorodé látky rozvojem *adaptačních mechanismů* až na úrovni genové exprese. Dochází tak ke změnám stavu i počtu receptorů i ke změnám neuromediátorových poměrů. Při opakovaném užívání drogy se tedy v mozku postupně nastoluje nová, patologická, „homeostáza“, pro jejíž udržení je nutno drogu stále dodávat. Vysazení dávky drogy je proto provázeno nepříjemnými (abstinenčními) příznaky (projev porušení nové rovnováhy). Další aplikace drogy však dále prohlubují poškození CNS. Ještě stále není jasné, zda a do jaké míry jsou probíhající adaptační změny v CNS reversibilní.

Pro rozvoj DZ je zásadní mechanismus pozitivního posilování (viz výše vlastnost drogy i faktor prostředí), který probíhá v *kortikolimbickém dopaminergním systému* (především za účasti struktur nucleus accumbens spojeného s ventrální tegmentální oblastí, amygdaly, thalamus). Dopaminergní aktivace je většinou vnímána jako příjemná a je i součástí systému chování vedoucího k přežití druhu (libost = odměna = potrava, uspokojení sexuálního pudu = uspokojení základních životních potřeb = princip pozitivního posilování). Výraznou *aktivací dopaminergních neuronů* reaguje CNS i na příjem drogy. Během dlouhodobého užívání drogy dochází vlivem neuroadaptačních změn k poklesu dopaminergní transmise v limbickém systému během abstinence a po určitém čase už žádný jiný stimul nedokáže „znormlizovat“ hladinu dopaminu v těchto oblastech CNS, pouze droga. I tímto mechanismem dochází ke změnám v motivačních systémech závislého ak postupnému

zužování jeho zájmů směrem ke droze. Období abstinence bývá u celé řady závislostí provázeno i deficitem serotoninových transmisí, což souvisí opět s depresí, impulsivitou i typickým úzkostným kompulsivním chováním, nutkavostí vzít další dávku. Různé typy závislostí se liší zapojením a vzájemným ovlivněním dalších neuromediátorových systémů, které se také různě podílejí na rozvoji DZ. **Dochází k interakcím mezi dopaminovými, serotoninovými, noradrenergními, opioidními, acetylcholinovými, GABA-ergními transmisemi, vztahům s excitačními aminokyselinami, dochází k ovlivnění stresovým kortikotropin-releasing faktorem (CRF).** Podrobnější popisování dosud poznávaných interakcí a souvislostí se vztahem k DZ přesahuje rámec tohoto přehledného článku.

Některé neuroadaptační změny vyvolané opakovaným podáváním drogy (změny v reaktivitě neuronů, receptorové změny, zejména pak změny na úrovni třetích posílů) mohou být velmi dlouhodobé a jsou pravděpodobně součástí mechanismu, který způsobuje zvýšenou reaktivitu (**“sensitizaci”**) CNS při opakovaném setkání jedince s drogou, třeba i po období dlouhé abstinence. Tento stav sensitizace může přetrvávat měsíce i roky a přispívá k relapsům závislosti i po velmi dlouhém období úspěšné abstinence. Drtivá většina bývalých „těžkých“ toxikomanů, s historií silně rozvinuté dlouhodobé závislosti, není proto schopna ani po léčbě a úspěšné abstinenci přejít na tzv. příležitostné užívání drogy „pod osobní kontrolou“. Jediným „kontrolovatelným“ řešením pro plnohodnotný život vyléčeného toxikomana bývá proto naprostá doživotní abstinence (je to potvrzeno zejména u alkoholiků).

*Experimentální model:* vedle metod, které již byly v průběhu článku zmíněny, lze dále uvést **spektrum behaviorálních psychofarmakologických metod** (testování motorické aktivity, strachu, učení, paměti, podmíněného chování, sociálního chování atp.);

kombinované techniky – např. **mikrodialýza u volně se pohybujících zvířat** (metoda, která jako jediná umožňuje sledovat neuromediátorové a látkové změny ve specifických strukturách CNS současně s pozorováním změn chování zvířat, a to i v chronických pokusech a v opakovaných sezeních u týchž zvířat);

metody genetiky a molekulární biologie a další metody.

## ZÁVĚR

Závislosti na návykových látkách patří mezi chronická onemocnění CNS. Pokrok v poznání neurobiologických mechanismů závislosti může významně přispět k prevenci i léčbě toxikomanií. Stav závislosti je u nemocného provázen celou řadou dalších patologických komplikací. Neurobiologické změny v CNS provázející závislost mohou změnit účinek léků používaných v jiných medikacích, především léků působících na CNS. Proto je dostatečná odborná informovanost v problematice DZ u lékařů velmi důležitá a užitečná. Vzhledem k zatím bohužel stále se rozšiřujícím tendencím DZ ve světě i u nás jsou pro mladé začínající lékaře a budoucí lékaře (mediky) takové znalosti obzvláště cenné. Doufáme, že již zmiňovaný cyklus přednášek a práce studentů v rámci kurzu letního semestru „Neurobiologie a léčení drogových závislostí“ k takové informovanosti přispěla bude nadále přispívat.

## Výběr literatury:

R. S. Feldman, J. S. Meyer, L. F. Quenzer: Principles of Neuropsychopharmacology, Sinauer Associates Inc. Publishers, Sunderland, Massachusetts, USA, 1997, s 493 – 781

G. F. Koob, M. Rocio, A. Carrera, L. H. Gold, Ch. J. Heyser, C. Maldonado-Irizarry, A. Markou, L. H. Parsons, A. J. Roberts, G. Schulteis, L. Stinus, J. R. Walker, R. Weissenborn, F. Weiss: J. Psychopharmacology 12 (1), 39 – 48, 1998

G. F. Koob, P. P. Sanna, F. E. Bloom: Neuron 21, 467 – 476, 1998

D. W. Self a E. J. Nestler: Annu. Rev. Neurosci. 18, 463 – 95, 1995

I. Stolerman: TIPS Reviews 13, 170 – 176, 1992

O. Vinař : Forum Medicinae 2, 22 – 29, 1999

*Magdaléna Fišerová, Ústav farmakologie, UK, 3. LF*

## ZDRAVÍ A ŽIVOTNÍ PROSTŘEDÍ

Na přelomu června a července se v pražském sídle Státního zdravotního ústavu konal seminář o životním prostředí a zdraví. Organizovalo ho mezinárodní centrum univerzity v Tübingenu, SRN a byl financován granty, které získala škola veřejného zdraví Johns Hopkins University, Baltimore, USA. Na uspořádání semináře se podílel také ILF a SZÚ, který jej zajistil po organizační i technické stránce.

Akademickým ředitelem semináře byl profesor R. J. Rubin z University Johns Hopkins Baltimore (USA). Jak nám řekl český spoluředitel kursu MUDr. Karel Markvart, CSc., ze Státního zdravotního ústavu, hlavním cílem semináře bylo v návaznosti na deklaraci helsinské konference ministrů životního prostředí a zdraví z června 1994 pomoci budovat kádry pracovníků vzdělaných v oblasti studie vlivu faktorů životního prostředí na zdraví lidí.

Semináře se zúčastnilo 25 vědeckých pracovníků z 8 zemí střední a východní Evropy (Bělorusko, ČR, Lotyšsko, Maďarsko, Polsko, Rumunsko, Rusko, Ukrajina); očekávalo se od nich, že po pražském setkání plně porozumí interakcím mezi faktory prostředí a lidským zdravím a že se seznámí s metodami jak hodnocení vlivu životního prostředí na zdraví, tak remediace poškození životního prostředí. Hlavními přednášejícími byli pracovníci balltimorské univerzity, vybrané přednášky přednesli také čeští lektori: Dr. Kazmarová (Ambient Air Pollution in Eastern Europe, Dr. Payne (Ethical Issues in Biomedical Researchech from the European Union Perspective), dr. F. Kožíšek (Drinking Water Quality) a Dr. Markvart (Environmental Health Plan for Europe).

### **Z Akčního plánu zdraví a životního prostředí, schváleného vládou v prosinci 1998**

**V průběhu posledních dvou dekad století výsledky vědy a výzkumu stále více ukazují, že ochrana a podpora zdraví je v úzké souvislosti také s kvalitou životního a pracovního prostředí. První mezinárodní aktivitou, která byla věnována tomuto problému, byla konference ve Stockholmu v roce 1972. Z hlediska zdraví člověka se vli-**

vy prostře dí zabývalo 30. valné shromáždění Světové zdravotnické organizace (WHO) v roce 1977, kdy byl koncipován globální program „Zdraví pro všechny do roku 2000”. Od této doby se na mezinárodním poli o těchto otázkách jednalo nepřetržitě a v roce 1983 OSN iniciovalo založení Komise pro životní prostředí a ekonomický rozvoj.

Mezníkem ve formování zdravotní politiky ve vztahu k životnímu prostředí byl rok 1984, kdy Evropská regionální kancelář WHO připravila a následně byl členskými státy přijat Program zdraví pro všechny do roku 2000, v němž vlivům prostředí na zdraví je věnováno celkem osm cílů z 38. Definice zdraví WHO jasně říká, že zdraví není jen absence nemoci, ale tělesná, duševní, sociální a psychosociální pohoda. Podobně jako nelze zdraví omezit pouze na fyzické parametry, stejně tak i vztah životního prostředí a zdraví je nutné chápat jako komplex faktorů zahrnujících kvalitu života, které jsou determinovány fyzickými, biologickými, sociálními a psychosociálními faktory prostředí.

Dalším důležitým stupněm vývoje byla v roce 1989 konference ministrů životního prostředí a zdravotnictví ve Frankfurtu nad Mohanem, kdy byla přijata Evropská Charta, která deklaruje právo na informace o stavu prostředí, o plánech rozhodnutí a všech činnostech, které životní prostředí a zdraví ovlivňují. Zajištění udržitelného rozvoje, účinné prevence a kontroly působení rizikových faktorů prostředí na zdraví vyvrcholilo přijetím Evropského akčního plánu zdraví a životního prostředí na druhé konferenci ministrů životního prostředí a zdravotnictví v červnu 1994 v Helsinkách.

Národní akční plán vychází z následujících zásad:

- solidarita občanů a spolupráce mezi národy,
- zásada udržitelného rozvoje,
- spolupráce mezi jednotlivými resorty.

Aktivita předjímané v Akčním plánu jsou rozdělovány do tří skupin, které jsou dány časovým horizontem možnosti jejich plnění (krátkodobým v průběhu 1 – 3 let, střednědobým v období asi 5 let a dlouhodobým v rozpětí 10 – 20 let). Kritéria rozdělení odrážejí:

- závažnost zdravotních dopadů faktorů životního prostředí,
- předpokládané trendy vývoje vybraných ukazatelů životního prostředí a zdraví,
- proveditelnost a finanční náročnost doporučených opatření,
- prospěšnost přijatých opatření pro ochranu a podporu zdraví.

V období, které prožíváme a velmi aktivně v něm působíme, právě probíhá střet mezi poškozováním životního prostředí a ochranou zdraví a přírody nebo z jiného pohledu střet koncepce neusměrňovaného rozvoje ekonomiky se zájmem o zlepšení zdraví a trvalou existenci života. Nedávno kulminovala hrubá zdravotní a ekologická rizika z poškození životního prostředí a dnešním úkolem je usměrnit škodlivé vlivy na úroveň, která by minimalizovala zdravotní a ekologické škody a omezila následky pro člověka a přírodu na přijatelnou míru při ekonomické únosnosti.

# LOVY S ARIELEM

aneb

## Přemítání pošetilé zahrádkářky

*Kdyby snad měli čeští zahrádkáři (a chalupáři) označovat letopočty nikoliv číslicemi, ale jmény po způsobu Číňanů, pak bychom měli Rok jablek, Rok hrušek nebo také Rok jahod, či salátu a ředkviček. Kdyby o tom měli rozhodovat zahrádkáři pesimističtí, pak bychom procházeli Rokem hrabošů, krtků, případně housenek a vos. Ten letošní by podle mne byl Rokem hnědého slimáka, protože nejen mou zahrádku, ale také pozemky sousedů i známých, chalupařících na různých místech Čech, zaplavilo v létě nesmírné množství těchto plžů, už na pohled odporných a připomínajících všelijaké fujtably.*

*Tu ošklivost na pohled a slizkou odpornost na dotek bych dokázala překonat, co mi však vadí nejvíc, je jejich nesmírná žravost, jejíž vinou i přes opakované setí a sázení mohu doufat v úrodu tří (kusů) mrkví, dvou rostlinek kopru, pár listů mangoldu a dvou rajských jablíček. Ty potvůrky poničily i afrikány, primule a jiriny a objevovaly se za červencových dusných večerů skutečně všude: mezi jahodami, na kompostě, v záhonech, na bramborové a cibulové nati, lezly po dětských hračkách na pískovišti a psím koberečku na dvorku, nacházeli jsme je i za dveřmi v chodbě a na truhlících za okny.*

*Až do té doby jsem si o sobě myslela, že jsem tvor mírumilovný, který by ani mouše neublížil – vždyť zbloudilé vosy, motýly (a dokonce i sršáně) vynáším v zástěře ven, opatruji pavouky pro štěstí stejně jako ropuchu v garáži a pastičky v chalupě kladuna podzim s nadějí, že myšky slaninu ukradnou a utečou z domu. Po dešti stále ještě hlemýždě (to jsou ti s domečky) stěhuji z cestiček do záhonů; právě jen do letošního léta jsem slimáky (bez domečku) alespoň opatrně překračovala, ale teď se stali mými úhlavními nepřáteli.*

*Na radu vesnických sousedů, hovořících o modrých granulkách, co se po nich slimáci „vysliní“, přišel nejprve na radu speciální vanish (co slimáků se zbavíš). Brzy však s ohledem na ptactvo a na psíka krysaříka byl zavržen a nahrazen vodou se savem, později pouze arielem, v jehož roztoku slimáci svou duši „dočista vypranou dočista“ vypouští rychle a snad i bez zbytečného trápení.*

*A tak každý večer za soumraku – když jsem venku – chodím po zahradě v předklonu a s dvěma lopatkami v ruce (jednou nabírám a na druhé přenáším potvůrky rezavé do kbelíku), pátrám po slizkých tělíčkách a vyčítám si, jakýže to jsem sadista, když s obzvláštním uspokojením nabírám dva plže v milostném objetí (aspoň se tolik nerozmnoží). Utěšuji se přitom stejně jako mou maminku utěšovala její tchýně při zabíjení králíka: „Když nesníme my je, snědí oni nás.“ A přestože nejsem s obživou odkázána na své výpěstky, chápu zoufalství Asijců, jimž pole zničila sarančata, i ovčáky, kterým stáda likvidují vlci. Dokonce začínám trošku rozumět šumavským lesníkům, kteří ze strachu před kůrovcem likvidují les. Jenomže kdybych se řídila jejich logikou, pak bych na ochranu před slimáky zničila vše zelené – a místo trávníků a záhonů měla vybetonovaný dvoreček s umělohmotnými palmami. Co by mi tam potom vonělo a zrále?*



*Chodím tedy a sbírám ty zvířecí fujtably, a štítím se přitom jejich ošklivosti, jež je přitom možná jejich hlavní obranou před nepřáteli. Ovšem – co je to vlastně krása? Naše představa krásy se jistě liší od pojetí krásy slimáčích – tak, jako se lišila estetická hlediska různých národů a ras: a zabíjet někoho jen proto, že vypadá jinak než my?*

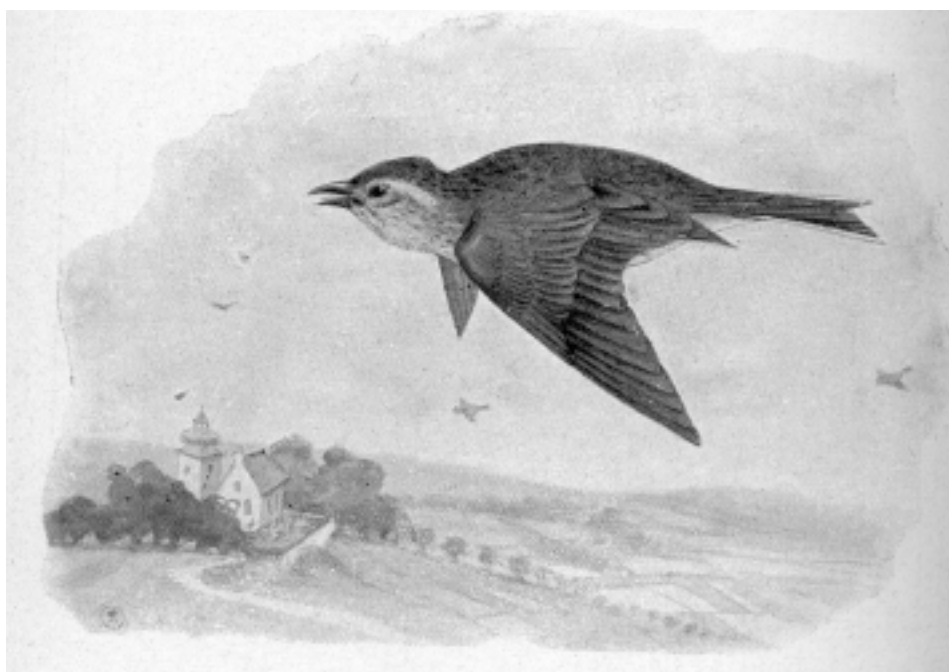
*Ostatně slimákům nejde nejspíš ani tak o krásu, jako o účelnost (vždyť i designéři vyznávají zásadu, že co je účelné, je také krásné), a jak praktické pro slimáčích život musí být hladké kluzké tělo, jež snadno mezi hrudkami pronikne pod povrch záhonu, kam nepraží slunce a nedohlédnou nepřátelé. I ta ošklivá barva leckterého nepřátele odpudí – jen někteří ptáci nebeští, zpěvní, se nedají zmást, jenže v dobách, kdy řádnou ptačí hejna, je slimáků jaksi nadbytek.*

*Přitom dokonce jsou možná ti slimáci vcelku dobráctí tvorové, družní a společenší, třeba i se smyslem pro rodinu, když se jako na povel sunou ve skupinách k padance nebo pučící rostlině. Je těžko jim porozumíme tak, jakoby snad žádný zvířecí tvor neporozuměl člověčímu pachtění za penězi, auty, pozemky či mocí.*

*A když už začínám litovat všech chudáků v arielu, jedno obzvláště vypasené slimáčích individuuum, jak se užuž chystá zakousnout do petunie. Seberu ho – a rostlinka, z předcházejících nájezdů už napůl ohryzaná, otočí ke mně vděčně svůj jediný zbylý sametově červený květ. Tu najednou pocít, že jsem hromadný vrah, vystřídá pomyšlení, že jsem naopak ochráncem slabých a utiskovaných, bezbranějších, protože nepohyblivých, než nazí slimáčích. Beru tedy znovu své lopatky a v přítomí, za něhož teprve slimáčích vyrážejí, procházím v předklonu osvětleným okolím domu. K místům zastíněným si neberu baterku, jak to činí jiní. Proto vím, že slimáky naprosto nevyhubím a až jich budem méně, pak je zase budu opatrně přešlapovat.*

*Možná si tak podvědomě vytvářím alibi pro dobu, až Někdo nebo Něco pozná, že člověk je největším škůdcem jeho zahrádky zvané Země.*

*M. Fleisigová*



Skřivan

---

# **TEXTY**

---

**ERAZIMA KOHÁKA**

Erazim Kohák

## K diskusi o „duchovním rozměru ekologie“

Jako východisko pro naši dnešní diskusi o duchovním rozměru ekologické krize bych navrhl prostou tezi: dnešní *ekologická krize žádný „duchovní rozměr“ nemá, nýbrž svou vlastní podstatou sama duchovní krizí je*.

Myslím, že se ukáže, že tato teze je vcelku zjevná, jakmile si vyjasníme, co vlastně máme na mysli pojmem *duchovní*. V tom totiž míváme zmatek. Čtyřicet let „vědeckého ateismu“ ponechalo v českém povědomí poněkud primitivní představu o věcech duchovních, jakoby duch, případně překřtěný na módnější *Bytí* – nebyl než jakási přirozená nadstavbička; kterou ti pověřivější z nás nadstavují obecně přijaté reálné bázi hmoty v pohybu.

Nevysloveným předpokladem takového pojetí je, že teoretický model hmoty v mechanickém pohybu; tzv. „vědecký světónázor“, je pravdivým popisem skutečnosti jak sama o sobě je, společná jak „vědeckým ateistům“, tak věřícím. Ti i oni prý mají ve světě stejný zájem; totiž „vědecké“ poznávání, v podstatě sestavování katalogu všeho, co se vyskytuje ve hmotných příčinných souvislostech v časoprostoru. Jak ateista, tak věřící jsou v podle tohoto pojetí svou podstatou pozorovatelé *res extensa*, jejichž životní náplní je tvorba teorií.

Mezi údajně „vědeckým světónázorem“ a náboženskou vinou pak prý jediný rozdíl je ten, že „vědecký ateista“ do svého katalogu výskytů započítává jen shluky částic a jejich mechanický pohyb, zatímco člověk věřící přičítá k živočišným druhům jako canidae, šupinatí a bukovití i neviditelné živočišné druhy, jako permoníci, víly, andělé a bozi. Pak ovšem není obtížné tvrdit, že věřící je vlastně jen pověřivý ateista – a že duchovní rozměr ekologie může znamenat nanejvýš něco jako ekologií permoníků nebo vliv slábnoucí ozonové vrstvy na křídla andělů.

Jenže ono tomu tak není, a to od samého začátku: Pochybná je i výchozí teze, že tak zvaný „vědecký světónázor“ je pravdivým popisem skutečnosti o sobě. Není. Zprvée to vůbec není názor, něco, co nezíráme, nýbrž vysoce abstraktní teoretická konstrukce, teorie o světě, sama založená na abstrakci, která ze světa zkušenosti vyřazuje celý rozměr hodnoty a smyslu jako „nevědecký“.

Nic proti tomu. Pro určité omezené účely totiž pro manipulaci hmotných částic v časoprostoru je to velmi užitečná abstrakce. Avšak není to ani pravdivý obraz světa naší zkušenosti, světa života, ani užitečný nástroj k zodpovězení našich nejnáléhavějších otázek.

Zprvée svět, ve kterém žijeme, není v našem prvotním prožitku především hmotou v pohybu. V prvotním názoru je to propojený systém prolutý hodnotou a orientovaný smyslem. To je, co prvotně zaznamenáváme, to je, co je pro naše rozhodování a jednání směrodatné. Ověřte si to ostatně na vlastní zkušenosti. Potkávám člověka: co zaznamenávám v názoru, tedy co vidím, je přítel, se kterým spojuji určité vzpomínky, který pro mě něco znamená, kterému jsem něco dlužen. Můj svět tu je svět významů,

prolnutý hodnotou. Z tohoto prvotního prožitku si mohu ovšem vytvořit teoretickou abstrakci, těleso v prostoru. Taková abstrakce může být užitečná, třeba když odhaduji sílu zabezpečovacího lana. Avšak je to abstrakce. Svět zkušenosti je daleko bohatší než abstrakce „vědeckého světonázoru“. *Základní v něm je rozměr hodnoty a smyslu.*

A nejen to. Můj výchozí zájem ve světě zkušeností není teoretický či popisný. Nejde mi především o to, abych si vytvořil katalog výskytů v časoprostoru. Můj prvotní, nálehavý úkol je orientovat se ve světě. Potřebuji si vytvořit spolehlivou představu o jeho hodnotě a smyslu, abych mohl rozhodovat. Tělesové vlastnosti mého přítele jsou jen jedním z posledních ukazatelů. Směrodatné jsou hodnotové a významové vlastnosti jeho místa ve světě života, či jiným pojmoslovím, jeho duchovní význam v prvotní skutečnosti naší zkušenosti, ve světě hodnoty a smyslu.

To je důležité. Pokud by skutečnost sama o sobě byla opravdu *res extensa* podle „vědeckého světonázoru“ z 19. století, pak by duch musel být něčím přidaným, jakýmsi neviditelným druhým tělem. Duchovní rozměr by pak znamenal odvrácení od skutečnosti k této nadstavbě – a mnohokrát omílaná „péče o duši“ by znamenala psychologické záplatování tohoto přídatku, asi jako vulkanizování záplaty na duši z pneumatiky. Duchovní rozměr ekologie by pak byl výlučnou doménou těch, kdo „věří na duchy“.

Právě protože svět života není onou *res extensa* „vědeckého světonázoru“, nýbrž spleť prožitků prolnutou hodnotou a orientovanou smyslem, je tomu jinak. Duše není jakési kouřové těleso barokní pověřivosti, o které bychom se mohli dohadovat, zda ji lidé a případně psi a koně „mají“ či „nemají“. Duše vůbec není věc, ani neviditelná. Je to soubor schopností a činností, které se vztahují k účelovému jednání. Je to především schopnost vůle, schopnost po něčem toužit, o něco usilovat. To je činnost, která se zakládá na schopnosti svět prociťovat a poznávat.

Otázka, zda zvířata „mají duši“, není – promiňte mi sprosté slovo – „metafyzická“. Je to otázka faktická: zda ten či onen živočich vykazuje způsoby jednání, které naznačují, že se ke svému osvětí (*Umwelt*) orientuje v cítění a poznávání, že je schopen je chápat a jednat výběrově na základě takové orientace. I tak je poněkud zavádějící říci, že člověk nebo slon „mají duši“. Daleko přesněji je říci, že jsou schopni žít nejen mechanicky, nýbrž právě žít – *duševně*.

Pojem *duch* pak označuje něco jiného, než pojem *duše*. Vztahuje se k lidské svobodě. Říci o člověku, že je *duchovní* živočich, označuje to, že člověk je schopen si představit to, co neexistuje, představit si nejen co je, nýbrž i co je možné. Před člověkem pak stojí nejen zelený stůl, nýbrž v představivosti i možnost, že by byl hnědý. Svoboda vzniká tím, že si dovedu představit řadu (neskutečných) možností a tudíž nemusím jen přijmout, co je skutečné, nýbrž mohu si vybrat mezi skutečným a řadou dosud neskutečných možností.

*Duchovní rozměr* lidského bytí a žití ve světě pak označuje veškeré „dílo lidské svobody“: všechno, co lidé vytvářejí neautomaticky či „přirozeně“, nýbrž díky tomu; že si dovedou představit i jiné možnosti. Patří k tomu třeba to, že dovedou nejen zaznamenat přirozené hierarchické uspořádání společnosti, nýbrž také si představit možnost

rovnoprávnosti. Nebo to, že si dovedou představit nejen sevřenou pěst, nýbrž také houfnici s jaderným projektilem. Či méně drasticky, že si dovedou představit nejen podzimní hojnost potravy a únorový hladomor, nýbrž zásoby potravin na celý rok. Všechno *lidské* konání člověka – a tu zdůrazňuji *lidské*, ne jen obecně živočišné – je v tomto smyslu duchovní.

Tu stojí za povšimnutí, že v němčině znamená pojem *geistig*, který odpovídá našemu *duchovní*, asi tolik, jako civilizační či kulturní. *Seelig*, duševní, označuje psychické na rozdíl od fyzických činností, od cítění bolesti po učení se nepravidelným slovesům. *Geistig*, duchovní, označuje výrazně lidskou činnost na rozdíl od obecně živočišných činností. *Duchovní* je tedy nejen činnost jako symfonický koncert, nýbrž také tunelování bank a továren. To všechno jsou činnosti, které se odvozují z lidské schopnosti nejen zaznamenávat, co jest, nýbrž představit si, co není, avšak by mohlo být; a **je dnat** podle toho. Duch není něco, co člověk „má“, nýbrž něco, čím člověk je, lidský způsob bytí a žití na této Zemi.

A tak se oklikou vracíme k našemu výchozímu námětu, k duchovnímu rozměru ekologické krize. V čem vlastně spočívá ekologická krize? Projevuje se v tom, že celosvětově přibývá skleníkových plynů, avšak drasticky ubývá zelených ploch, které by mohly některé z nich vstřebávat. Projevuje se v tom, že dochází k tání polárních ledovců pod vlivem globálního oteplování. Projevuje se v tom, že dochází ke katastrofickému poklesu druhové rozmanitosti, takže O. E. Wilson může oprávněně hovořit o věku člověka jako o šesté globální katastrofě.

Jenže všimněme si, nic z toho, co jsme vyjmenovali, není následkem přirozeného vývoje či „přírodní nutnosti“. Všechno, co vede k ekologické krizi, je následkem „díla lidské svobody“, tedy *duchovní* činnosti. Problém není, že je něco v nepořádku s přírodou, nýbrž v tom, že je něco v nepořádku s námi. Klademe na přírodu nároky, které příroda nemůže splnit – a když ji mocí dalšího duchovního výplodu, své technologie, přinutíme, aby je splnila, dochází ke krizi. Není to krize **přírodní**, ekologická v přísném slova smyslu. Je to krize civilizační čili *duchovní*, jejíž příčinou je naše celková civilizační čili *duchovní* orientace. Pokud za smysl a naplnění lidského bytí a žití považujeme stále stupňování hmotné spotřeby, zničíme Zemi a sebe s ní. Nebude to přírodní či „ekologická“ katastrofa, následek přirozené nutnosti. *Bude to katastrofa duchovní, způsobená naší představou o smyslu lidského života.*

V tom smyslu tedy můžeme oprávněně říci, že soudobá ekologická krize **ne má** duchovní rozměr, nýbrž **je** zásadně duchovní krizí, krizí naší civilizační orientace. Je samozřejmě nezbytné, abychom se zabývali ekologickým rozměrem naší civilizační čili *duchovní* krize, tedy následky naší civilizační orientace, od čistění odpadových vod po obnovu lesních ploch. Avšak konečný výsledek bude záviset na tom, zda si dokážeme poradit s vlastní příčinou těchto následků, s naší představou o smyslu života, s kultem spotřeby, s vulgaritou těch, kteří za účelem maximalizace zisku tento kult prosazují; se zoufalou bídou a oplzlým nadbytkem, s arogancí moci a nenávisť bezmoci. Soudobá ekologická krize je především civilizační, to jest duchovní krizí, a její řešení nakonec musí být duchovní čili civilizační. To neznamena vzývání duchů či návrat k barokní pověřivosti, metafyzicky či ekologicky přejmenované. Znamená to

pověřivosti, metafyzicky či ekologicky přejmenované. Znamená to **hle dání trvale udržitelné představy o smyslu lidského života.**

*Zpravodaj STUŽ, 3/1999, Společnost pro trvale udržitelný život, Praha*

**Erazim Kohák**

## **Občanem proti své vůli**

Ač si to neradi připouštíme, svobodu jsme zrovna nevolili. Až na těch starozákonních „třicet sedm spravedlivých“ jsme se orientovali jinak – na vzdor a na přežívání pod vládou režimu, který za nás nese odpovědnost. My můžeme či musíme protestovat, jak špatně spravuje naše věci. Můžeme se důmyslně vyhýbat všem požadavkům, které na nás klade, a využívat všech možností, které nám třeba nechtěně poskytuje. A můžeme si libovat, jak jsme na režim vyžráli. Tomu všemu jsme se naučili dokonale. Jen starat se nemusíme, odpovědnost nést nemusíme: správa našich věcí totiž už léta není v našich rukou. Ač jsme doufali, že časem přinutíme režim, aby naše věci lépe spravoval, nepočítali jsme s tím, že se vláda věcí našich do našich rukou navrátí, ó lide český.

A báb: režim, který měl trvat věčně – což je ještě déle než jeho tisíciletý předchůdce – se sesypal beze zbytku v průběhu devíti dní. Čtyřicet – a před tím tři sta nebo snad tisíce let – jsme se učili nezodpovědnosti a nesvobodě. Teď najednou jsme svobodní, správa věcí našich se vrátila do našich rukou, a my zjistíme: že sice umíme dokonale švejkovat či chodit po zboji, avšak nemáme ponětí, jak nést odpovědnost svobody.

Demokracie si totiž ze všeho nejvíce vyžaduje vyspělé občany, kteří reagují opravdu jako vyspělí a dospělí, svobodně a odpovědně. Masaryk tomu říkával demokracie v nás: zásadní postoj klidného sebevědomí, úcty k druhému a vědomí odpovědnosti za společnou věc. Vyspělý občan demokracie je člověk, který si nepotřebuje potvrzovat vlastní platnost vyvyšováním se nad druhé, který dovede naslouchat druhým, nejen prosazovat sebe, a hledat optimální řešení pro všechny, nejen „vítězství“ pro sebe.

Snad nejdůležitějším prvkem občanské vyspělosti je právě schopnost hledat řešení, nežít v zajetí hněvu. Martin Luther King, jeden z mála Američanů světového formátu v našem století, kdysi prohlásil, že odpouštět našim nepřátelům není iluze neskutečného snílka, nýbrž základní nutnost společenského soužití. Každý v sobě neseme tolik ublížení a ponížení, tolik velmi oprávněného důvodu k hněvu – v tom jsme si s černými Američany podobní. Máme právo vybit hněv, když nám někdo poskytne příležitost: je to spravedlivý hněv. Jenže hněv je opravdu špatný rádce – či biblicky, „neboť hněv muže spravedlnosti Boží nepůsobí“. Ve všem, s čím se dnes potýkáme – ať už je to budoucí soužití Čechů a Slováků, restituce a ekonomický rozvoj, lustrace či všední lidské vztahy – občansky vyspělá otázka zní vždycky: jak dosáhnout nejlepšího řešení, abychom v příštích letech mohli dobře a lidsky žít? Na co „máme právo“ či na co máme chuť, je sice krásné, ale vyspělá otázka vždy zní: k čemu to povede? Svobodný člověk jedná rozvážně a cílevědomě. Člověk nesvobodný reaguje, odreagovává svůj spravedlivý hněv. Jistě, když mě k smrti unaveného už po sedmé probudí telefon, když

sotva usínám, nikdo mi nemůže mít za zlé, když jím praštím o zed'. Jenže, kde pak se-  
ženu telefon? Vypělý občan se řídí otázkou: k čemu je to dobré?

Vypělý občan demokracie je člověk, který má klidné a jasné sebevědomí vlastního já,  
své vlastní platnosti. Žije s vědomím, že za něho nikdo není odpovědný: je odpovědný  
sám za sebe. Je to jen a jen na mně. Když mi vadí pohozený papír před domem, je na  
mně, abych ho sebral, a tak je to se vším. Nikdy neplatí, že já tu nejsem od toho. Svo-  
boda si vyžaduje iniciativu. Velmi pěkně to vyjádřil kdysi v dávnověku volební plakát  
Občanského fóra: Když ne my, tak kdo?

To je pravý opak toho, čemu nás léta učili naši páni. Člověk nesvobodný si nemůže  
dovolit luxus vyhraněné osobnosti se smyslem odpovědnosti. Vyhraněná osobnost  
nutně vede ke konfliktu – nevolník se musí umět přizpůsobit. A pocit odpovědnosti  
vede k vyčerpání: nevolník se namáhá marně, pán má vždy větší požadavek. Návyk,  
kterým člověk přežívá v nesvobodě, chytráctví raba, je přizpůsobivá osobnost a schop-  
nost vyhnout se všemu, k čemu nejsem donucen. Tomu jsme se učili 40, 300 a tisíc let.  
Dokážeme přesedlat na potřeby svobodného života, na vědomí sebe, svědomí a odpo-  
vědnost?

Občanská vyspělost znamená za druhé jasné rozlišení mezi skutečným a zdánlivým,  
mezi konáním a předstíráním. Jinak budeme bourat Potěmkinovy vesnice starého re-  
žimu a budovat nové, naoko demokratické, ve skutečnosti zase potěmkinovské.

Přežívání v podmínkách minulého režimu, s nímž jsme počítali na dohlednou budouc-  
nost, si vyžadovalo pravý opak. Jasné vědomí pravdy nutně vedlo do konfliktu. Žít v  
pravdě dokázala hrstka hrdinů, kteří byli ochotni přijmout diskriminaci, výhrůžky, za-  
vírání – vzdát se toho minimálního života, který režim povoloval. Jenže žít ve lži;  
opravdu se přesvědčit, že přepadení v noci na 21. srpna byla bratrská pomoc a že žije-  
me svobodněji a radostněji, to vyžadovalo dobrovolnou debilitu. Řešili jsme to tak, jak  
to řeší Švejk – smazáním rozdílu mezi pravdou a iluzí, mezi skutečným a předstíra-  
ným. Ředitel podniku, který dobře věděl, jak vypadá výroba, avšak přesto hlásil splně-  
ní plánu na 108 %, aby pro své zaměstnance získal prémie, to nedělal s pocitem, že v  
hrdlo lže, nýbrž s pocitem, že to jaksi není taková lež, protože podnik ty prémie oprav-  
du potřebuje. Dělalí jsme, že děláme, a oni dělali, že nás za to platí...

Demokracie vyžaduje zcela jiný postoj. Vyžaduje jasné vědomí, co je skutečné a co  
jenom přetvářka, protože už tu není nikoho, na koho bych to hrál. Nejde o to, někoho  
obelhat: není koho, já sám nesu odpovědnost. Demokracie je život doopravdy. Pokud  
to „hrajeme“, jak jsme byli zvyklí hrát celá léta, pak můžeme obehrát jen sami sebe.

Občanská vyspělost konečně znamená život v úctě – v úctě k sobě, v úctě k druhým, v  
úctě ke světu. Čtyřicet a před tím tři sta a tisíc let jsme žili jinak, v relacích vrchnosti a  
poddaných, v relaci pána a raba. Jenže demokracie není a nemůže být obrácením vza-  
hu pána a raba naruby. Můžeme považovat za oprávněné zachovat se vůči Němcům  
tak, jak se oni zachovali k nám – k Čechům či ke komunistům a ke komu ještě. Jenže  
to budeme žít zase postaru: teď v úloze pánů, ne už rabů, ale ve stejné nesvobodě.  
Demokracie znamená začít znovu a docela jinak; ne již jako rabi, avšak též ne jako  
páni, nýbrž v samosprávném společenství vzájemné úcty a dobré vůle.



Dokážeme takové společenství vytvořit – či dokážeme jen tříštit, co nám nevyhovuje, až z naší republiky nezbude než paleta egotismů čekajících na dobyvatele?

Tou otázkou končí naše procházka po demokracii. **Demokracie je především dobrá vůle. Ne zloba, ne „právo“, ne síla, jen dobrá vůle.** To ostatní se už poddá.

*Malý průvodce po demokracii, Listy, příloha k č. 3/1992, Praha 1992*



Rajka beznohá

**Vita nostra revue.** Časopis Univerzity Karlovy v Praze, 3. lékařské fakulty.  
Vychází 4x ročně. Vydává 3. lékařská fakulta, Ruská 87, Praha 10. Náklad 350 kusů.  
Tel. 02/67102105, fax 02/67311812, e-mail: [marie.fleissigova@lf3.cuni.cz](mailto:marie.fleissigova@lf3.cuni.cz)  
Plnotextově vystaveno na www stránkách 3.LF (<http://www.lf3.cuni.cz>).  
Grafický návrh obálky Jana Potočková. Grafická úprava IDEU Repro, s.r.o.  
Tiskne PBtisk Příbram.

Příspěvky dodávejte na disketách 3,5" nebo e-mailem jako attached file v editoru MS- WORD (nejlépe ve formátu RTF), jiný způsob projednejte předem na čísle 67102105. Redakce neodpovídá za obsah mimoredakčních příspěvků. Publikované texty nemusejí vyjadřovat názory redakce. Redakce si vyhrazuje právo na odmítnutí, krácení a jazykové úpravy příspěvků.

ISSN 1212-5083

# VNR

*Vita Nostra Revue  
časopis Univerzity Karlovy,  
3. lékařské fakulty*

## 4/99



### **Z OBSAHU:**

*Akademická obec: volby  
rektora a děkana*

*Listopad: výzvy  
vzpomínky  
doktor George Bush*

*10 let poté: Bojar  
David, Hubálek  
Klener, Kubek  
Rath, Roithová  
Rubáš, Šilhan*

*Dekáda badatelů  
úrazová centra*

*H. Sartorius na plovárně  
J. Dienstbier a diplomatka*

# VITA NOSTRA REVUE

8 .ročník, číslo 4

časopis Univerzity Karlovy v Praze, 3. lékařské fakulty

Vychází 4x ročně

U závěrka tohoto čísla 25. 11. 1999

## **Redakční rada:**

Předsedkyně: prof. MUDr. Radana Konigová, CSc.,

Klinika popáleninové medicíny FNKV a 3. LF

Mgr. Marie Fleissigová, SVI 3. LF UK (výkonná redaktorka)

PhDr. Martina Hábová, SVI 3. LF UK

Jana Potočková, II. interní klinika FNKV a 3. LF UK

Jan Petráček, AS 3. LF UK

Bogna Godulová, 3. LF UK

ISSN 1212-5083

# Obsah:

## Quod bonum

Změna ve vedení UK (teze prof. Wilhelma, rozhovor).....	4
Volba na 3. LF potvrdila ve funkci současného děkana.....	8
Imatrikulace: Noví studenti a projev děkana prof. Anděla.....	9

## Res publica

Rektor a studenti v Lékařském domě. Akademická obec fakulty. Vzpomínání. ....	16
Čestný doktorát bývalému prezidentovi USA .....	19
Děkujeme, odejděte!.....	23

## 10 let poté

M. Bojar: Ve zdravotnictví a sociální péči si žijeme nad poměry.....	26
I. David: Mají za cíl vydírat hrozbou chaosu.....	29
S. Hubálek: Jalovým slibům by už dnes tolik lidí nenaletělo.....	32
P. Klener: Místo reformy narůstal ve zdravotnictví chaos .....	36
M. Kubek: Jediní, kterým jde o pacienty, jsou lékaři.....	39
Nespokojení zdravotníci pší vládě .....	44
D. Rath: Drobná, usilovná a odpolitizovaná práce .....	45
Z. Roithová: Máme evropské zdravotnictví i evropské problémy .....	49
L. Rubáš: Ohlédnutí za desetiletím transformace českého zdravotnictví.....	51
M. Šilhan: Zdravotnictví funguje kupodivu dobře, ale .....	54

## Zdravotnictví

M. Bojar: Reforma českého zdravotnictví po osmi letech .....	58
E. Křížová: Několik poznámek k transformaci z pohledu sociologa.....	66

## Dekáda badatelů

L. Velíšek: Co lze zvládnout během deseti let.....	76
Stáže v Anglii a v Řecku. Vědecká konference PGS. Uznání z USA .....	79

## Medicína

P. Zehníček: Úrazy a přelom tisíciletí.....	84
J. Pacht: KAR 3.LF a FNKV od projektu po dnešek.....	90
P. Fiala: Akupunktura a její možnosti v moderní medicíně.....	93
Rokování pneumologů a praktických lékařů .....	98
N. Sartorius na televizní plovárně .....	99

## Texty

Zd. Pousta: 17. listopad 1939 .....	104
J. Dienstbier: Proč špinili velvyslankyni?.....	108
J. Müller: Moje dcera a francouzský prezident.....	111

*Ilustrace jsou převzaty z dobového plakátu Občanského fora.*

---

# **QUOD BONUM**

---

**VOLBY REKTORA A DĚKANA  
NOVÍ STUDENTI**



*Ivan Wilhelm se narodil v roce 1942 v Trnavě. Vysokoškolské vzdělání získal na Fakultě technické a jaderné fyziky ČVUT, kde od promoce v roce 1964 působil jako asistent na katedře jaderné fyziky. Po třech letech byl vyslán k dlouhodobému studijnímu pobytu do Dubny v tehdejší SSSR, ale za normalizace mu byly výjezdy do zahraničí a pedagogická činnost zakázány. Vědecky poté pracoval na*

*MFF UK, v roce 1990 se stal ředitelem Nukleárního centra experimentální a aplikované jaderné fyziky. S účinností od 15. října 1999 byl I. Wilhelm jmenován profesorem pro obor jaderná fyzika. V akademických funkcích začal pracovat po roce 1989, kdy byl zvolen do Akademického senátu UK.*

## **Změna ve vedení UK**

### **Příštím rektorem Univerzity Karlovy v Praze bude dosavadní prorektor prof. Ing. Ivan Wilhelm, CSc.**

V pátek 22. října 1999 se ve Vlasteneckém sále Karolina konalo volební zasedání, jehož se zúčastnilo 63 členů Akademického senátu UK (senát má 68 členů, nadpoloviční většina všech členů je tedy 35).

Po tajném hlasování volební komise oznámila tento výsledek:

vydaných volebních lístků .....	63
odevzaných volebních lístků .....	63
platných volebních lístků .....	61
pro prof. MUDr. Pavla Klenera, DrSc. ..	12
pro prof. MUDr. Josefa Kouteckého, DrSc.	14
pro prof. Ing. Ivana Wilhelma, CSc. ....	35

Kandidátem na 506. rektora Univerzity Karlovy v Praze se v prvním kole voleb stal prof. Ing. Ivan Wilhelm, CSc.

Na návrh akademického senátu jmenuje rektora univerzity prezident republiky. Dosavadnímu rektorovi UK prof. K. Malému končí funkční období posledního ledna roku 2000.

# Volební TÉZE PROGRAMU UK profesora I. Wilhelma

## POSÍLIT VĚDECKOU PRÁCI A OTEVŘÍT SE VEŘEJNOSTI

Vývoj UK po roce 1989 se systematicky orientoval na výrazné posílení obou složek hlavní činnosti – pedagogické a vědecké. UK je dnes pevně stabilizována v rámci vysokoškolského systému ČR, přičemž nelze přehlédnout, že za posledních deset let došlo ke změnám nejen formální struktury univerzity, ale i obsahové náplně. Není pochyb o tom, že je třeba v tomto úsilí pokračovat i nadále, je však nezbytné zevrubně popsat současný stav a stanovit priority pro další postup. Cílem těchto snah by měla být jasná formulace jak silných, tak především slabých míst a definice dalších kroků, směřujících k jejich posílení.

Pro věcné diskuse o úrovni kvality jak pedagogické, tak odborné činnosti pracovišť UK je potřeba zahájit otevřenou diskusi o relevantních indikátorech stanovení kvality a realizovat hodnotící procedury. Není pochyb o tom, že výlučné postavení UK v síti vědeckých institucí ČR v hodnocení vědeckého výkonu a postavení doktorského studia je potřeba nadále upevňovat. Současně však je možné UK více otevřít veřejnosti formou bakalářských studijních programů a aktivit celoživotního vzdělávání. Oba trendy lze koncipovat tak, aby byly pro UK profitující.

S ohledem na celkové postavení UK v ČR je nezbytné se v dalším období více orientovat na srovnávání všech aktivit s uznávanými univerzitami v Evropě i mimo ní (partnerské univerzity, členství v mezinárodních asociacích, mezinárodní programy studentských výměn, společné vědecké projekty, společné ředitelské týmy a pod.).

Proto bude potřeba:

A/v pedagogické činnosti:

- zvýšit průchodnost fakult ve studijních programech všech typů tak, aby zejména iniciativy studentů mohla být rozšiřována nabídka poskytovaného vzdělání,
- otevřít diskusi o hodnocení kvality studia s cílem odstranit nedostatky a posilovat slabá místa,
- v rámci činnosti rad garantů bakalářských a magisterských studijních programů vytvářet podmínky pro spolupráci příbuzných nebo obdobných programů, studovaných na různých fakultách UK,
- pokračovat ve zkvalitňování složení pedagogického sboru zvyšováním relativního poměru profesorů a docentů se současným snižováním průměrného věku pedagogů,
- připravit komplexní strukturu humanitních studijních programů fakult s jasným postavením nové fakulty v této struktuře,
- rozvíjet spolupráci UK s jinými vysokými školami a dalšími subjekty, zaměřenou zejména na dlouhodobou výměnu studentů a pedagogů,



- věnovat zvýšenou pozornost všem formám celoživotního vzdělávání s ohledem na společenskou poptávku.

B/ ve vědecké činnosti:

- připravit konkrétní návrhy na vytváření národních center výzkumu s účastí UK,
- dát do souladu složení oborových rad doktorských studijních programů s vnitřními předpisy a dohodami UK a posílit rozsah vědecké činnosti,
- v návaznosti na organizaci studia humanitních oborů vypracovat program restrukturalizace vědecké činnosti v těchto disciplínách,
- rozvíjet spolupráci na vědeckých projektech zejména se zahraničními partnery formou stálé účasti v řešitelských týmech a společných pracovištích,
- kromě doktorandů zapojovat studenty pregraduálního studia do řešení vědeckých projektů.

C/v infrastruktuře UK:

- hledat doplňující zdroje a nadále věnovat péči zkvalitňování technického vybavení pracovišť,
- věnovat další pozornost rozvoji informačních zdrojů v rámci celé UK,
- zavést kreditní systém hodnocení studia a jednotnou studijní agendu STUDENT na všech fakultách,
- zavést celouniverzitní informační systém personalistiky studentů, zaměstnanců, nabídky studia ve všech typech studijních programů i celoživotního vzdělávání a aktivit vědecké a odborné činnosti,
- rozšířit služby Ústřední knihovny UK harmonizací činnosti fakultních knihoven v rámci akademické obce UK,
- vytvořit schéma standardní www-stránky fakulty a zabezpečit její aktualizaci,
- věnovat zvláštní pozornost prezentaci UK a výsledkům její činnosti ve veřejnosti.

Všechny aktivity organizačního charakteru by se měly stát výrazným obecným zájmem akademické obce. Do přípravných činností všech zásadních rozhodnutí by se mělo zapojit mnohem větší množství členů akademické obce. Tím se posílí proces „přímé demokracie“, zvýší kvalita vypracovaných návrhů a především zkrátí doba přijetí závazných rozhodnutí. Cílem je snaha o zavedení takových mechanismů přípravy a projednávání návrhů, aby student za dobu svého studia (3 – 6 let) zaznamenal změny v životě akademické obce, s reálným využitím svých akademických práv a svobod. Současně by se tím mělo vytvářet hlubší povědomí univerzitní sounáležitosti a vzájemné široké informovanosti. Předpokládám, že by se v rámci těchto aktivit měl zlepšit vzájemný vztah pedagogů a studentů a zlepšit by se měl také vztah administrativních odborů a oddělení k potřebám akademické obce.

Vedení UK by mělo vytvářet systematický tlak na orgány státní a obecné správy jak při prosazování výše uvedených stanovisek do celkových kritérií rozvoje vysokého školství

ČR, tak i pro vytváření příznivějších životních podmínek zejména mladých akademických pracovníků.

## **Budoucí rektor ocenil experimentální úlohu 3. LF**

**Rozhovor s prof. Ivanem Wilhelmem v pořadu „21“, ČT2, 25. 10. 1999**

**Daniela Drtinová, redaktorka:** Pane docente, byl jste zvolen těsnou většinou, nemáte obavy, že nebudete mít většinovou podporu pro svou jistě nelehkou práci?

**Ivan Wilhelm:** Nemohu říct, že bych měl obavy. Já se domnívám, že to byla trošku jiná situace, protože senát volil ze tří kandidátů. Když si to promítnete do těch relací, tak se domnívám, že situace není tak složitá a bude záležet na tom, jaký najdeme společný jazyk a jaké najdeme způsoby řešení problémů, které nás čekají.

**DD:** Jaké změny chystáte? Členové akademického senátu se obávají, že byste chtěl například sloučit některé dublující se obory, jako je ekonomie, politologie, sociologie nebo že byste chtěl sloučit tři lékařské fakulty.

**IW:** To je trivializace problémů, které Karlova univerzita má. Já se domnívám, že nejenom ČR, ale i Karlova univerzita má na to, aby měla experimentální lékařskou fakultu. Experimentální fakultou je 3. lékařská například v současné době. Já se domnívám, že je to správné a že je to v silách nejenom ČR, ale i UK. Pokud jde o jiné obory, tak se nedomnívám, že problém stojí tak, jestli slučovat, rozdělovat, spojovat, rušit atd., problém je trošku jiný. Je potřeba najít věcný problém nebo věcnou slabost, nejenom silné stránky té školy, ale i slabé stránky, vyjasnit si, v čem ty slabé stránky jsou a snažit se ty slabé stránky odstranit.

**DD:** Univerzita má kvůli právnické fakultě v poslední době poněkud pošramocenu pověst. Jak byste tuto situaci řešil vy? Měl podle vás odstoupit děkan, popřípadě rektor?

**IW:** Teď je to myslím, laciné tvrzení, laciné prohlašování. Když si budeme vyprávět o tom, jak ta situace vypadá dnes, tak se domnívám, že dnes není možné tu gnoseologii vrátit zpátky. Myslím si, že je potřeba vytvořit větší tlak na orgány činné v trestném řízení a vyžadovat od nich jakési výsledky alespoň částečné, ne třeba úplné, ale jakkoliv prostě pokrok jistý v celé té kauze, pokud jde o trestně-právní odpovědnost.

**DD:** A jak se dá podobným aférám předejít jinak? Řekněme, neuvažujete o zavedení například amerických přijímacích zkoušek, kde se nezkouší tisíce nabíflovaných údajů, ale kde se prověřují schopnosti uchazečů, například schopnosti důležité pro právníka apod.? Nebo jak se tomu dá předejít?

**IW:** Zcela určitě ano. To není jenom otázka právnické fakulty. V současné době máme 16 fakult. Na univerzitě je téměř 200 studijních programů, které studenti studují.

**DD:** Takže budete zavádět jiné systémy přijímacích zkoušek?

**IW:** Zase abychom si to vysvětlili. Každá fakulta má svůj systém přijímacích zkoušek. A ta aféra je „dobrá“ aspoň k tomu, že jsme našli společné místo, abychom se v rámci univerzity bavili o tom, jak přijímací pohovory nastavit jinak.

**DD:** Máte už teď představu, jak se dá takovým aférám předejít?

**IW:** Například tak, že určitě dnes už téměř je dohoda v rámci univerzity o tom, že přijímací pohovory nemohou být jednokolové, že musí být minimálně dvoukolové. Jestliže se v prvním kole budou provádět obdobné testy, podobné testy, jak byly prováděny do dnešního roku na právnické fakultě, tak zase se to dá udělat mnohem otevřenějším způsobem. Na základě takto absolvovaných testů musí následovat druhé kolo, kde právě to, o čem mluvíte, způsobilost k té dané profesi, k vlohám, které právě pěstuje ten daný obor, tak by se měly prověřovat.

## **Volba na 3. LF potvrdila ve funkci současného děkana**

**Ze zápisu zasedání Akademického senátu 3. LF, které se konalo 19. 11. 1999**

**Dr. Čelko informoval, že návrh na kandidáta pro funkci děkana 3. LF byl podán členem AS fakulty i 20 členy akademické obce. Jediným kandidátem je prof. MUDr. Michal Anděl, současný děkan, který senátu dal písemný souhlas se svojí kandidaturou.**

**Předseda senátu navrhl členy pro volbu kandidáta na funkci děkana: doc. MUDr. J. Málková, CSc., místopředsedkyně AS 3. LF, MUDr. J. Málek, CSc., student Ladislav Mašek, místopředseda AS 3. LF. Přítomní senátoři se složením volební komise souhlasili. Byly rozdány volební lístky řádně označené razítkem a podepsané předsedou senátu.**

**Po provedené volbě volební komise ve vedlejší místnosti sečetla odevzdané hlasy. Komise oznámila, že prof. M. Anděl, CSc. obdržel z celkového počtu 32 hlasů 30 platných hlasů, 2 hlasy byly neplatné.**

**Volební komise konstatovala, že kandidátem na funkci děkana 3. LF byl většinou hlasů zvolen prof. MUDr. Michal Anděl, CSc.**

## **Děkan bilancuje**



Na předvolebním setkání s akademickou obcí fakulty ocenil nejprve prof. M. Anděl kvalitní dědictví, které přebíral od svých předchůdců před třemi lety, kdy se stal děkanem poprvé a které podle jeho slov posunulo fakultu zásadně vpřed. Zmínil se rovněž o životě akademické obce, oslavách 650 let UK, o sportovních a společenských akcích a vyzdvihl přitom aktivitu studentského sdružení Trimed.

Hlavní pozornost však věnoval vlastní činnosti fakulty a jejímu postavení v systému vysokých škol. V této souvislosti vyzdvihl mj. vznik Centra biomedicínských oborů a postgraduálního studia. Zabýval se rovněž podmínkami vědecké a výzkumné činnosti. V pasáži,

věnované výuce, poukázal jak na prvotní a postupně překonávané problémy nového curricula, tak především na jeho význam. Není jím pouhá spekulativní snaha odlišit se od ostatních šesti lékařských fakult, ale naopak přesvědčení o potřebě hledat nové cesty vzdělávání lékařů. Ostatně 3. LF, jak prof. Anděl připomněl, se jako jediná lékařská fakulta v ČR připojila k mezinárodnímu programu Euroskills, který určuje nejenom comá student vědět, ale co má také dokázat udělat.

## Akreditace

V posledních listopadových dnech oznámil děkan prof. M. Anděl s radostí akademické obci, že na 3. lékařské fakultě došlo k akreditaci řady činností:

Fakulta byla akreditována Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy pro rozšíření magisterského studijního programu Všeobecné lékařství s preventivním zaměřením na výuku v anglickém jazyce.

3. LF obdržela od MŠ Spojených států dopis o akreditaci pro přijímání amerických státních stipendistů ke studiu medicíny.

Na fakultě byla také akreditována řada habilitačních oborů a oborů pro jmenování profesorem.

## Noví studenti 3. lékařské fakulty

### Bakalářské studium – fyzioterapie

Archalousová Michaela  
Bednářová Vladislava  
Brtnická Hana  
Brtnická Petra  
Bucharová Bibiana  
Dismanová Michaela  
Dočkalová Anna  
Erbenová Kateřina  
Goll David  
Hájková Marie  
Harmanová Marie  
Hromádková Daniela  
Janoušová Jitka  
Janušová Lenka  
Jarešová Blanka  
Kabelová Pavla

Klímová Alena  
Koseček Zdeněk  
Králová Jana  
Luňáková Dana  
Nešporová Barbora  
Polák Michal  
Regner Josef  
Rychterová Soňa  
Salabová Markéta  
Scholzová Lenka  
Sochorová Kateřina  
Stránská Markéta  
Svobodová Jitka  
Šimová Jana  
Vágnerová Petra  
Weisová Jana

### Bakalářské studium: veřejné zdravotnictví

Benáková Zdenka  
Chalupa Petr

Čapek Filip  
David Bohuslav

Halavínová Vladimíra  
Kalousková Eva  
Kostecká Lenka  
Mrázek Libor  
Skuhrovec Lukáš

Smolíková Petra  
Suchanová Magdalena  
Vejražková Petra  
Voleníková Marie  
Zadrazilová Pavla

### **Bakalářské studium: zdravotní vědy**

Barešová Libuše  
Bryndová Renata  
Chleborádová Marcela  
Čáp Jiří  
Darníková Klára  
Dvořáková Jana  
Fajčíková Alena  
Fuchsová Šárka  
Hájková Jitka  
Havlíčková Jana  
Havránková Ivana  
Jamrichová Pavla  
Karbanová Vendula  
Klempererová Dana  
Kopecká Miluše  
Kostúrová Dana  
Lálová Ilona  
Lukavská Blanka  
Neumannová Markéta  
Novotná Monika

Opočenská Martina  
Podroužková Hana  
Rádlová Zuzana  
Sekyrková Lucie  
Skalová Markéta  
Slámová Hana  
Svobodová Lucie  
Svojanovský Radek  
Šantorová Petra  
Šimandlová Klára  
Šišlákova Petra  
Šťastná Blanka  
Taybner Josef  
Tomšová Lenka  
Truxová Jaroslava  
Tyburcová Štěpánka  
Uhnava Eva  
Vacková Martina  
Vagaská Janka  
Zelenková Jana

### **Univerzita 3. věku**

Dlabačová Brigita  
Exnerová Ludmila  
Feltová Iva  
Hana Vladislav  
Hartvichová Milada  
Králová Jaroslava  
Kraus Valtr  
Kudlíková Hana  
Kudrnáčová Eva  
Lenzová Danuše  
Libichová Jana  
Lišková Květoslava  
Matějíčková Ludmila  
Miloš Bartoníček

Pisklákova Alena  
Schinkmannová Milada  
Schlixbierová Jarmila  
Smětáková Milada  
Studetský Jiří  
Šafařová Věra  
Šafránková Věra  
Špelinová Blanka  
Švajglová Marie  
Tubl Zdeněk  
Tublová Irena  
Ublová Marie  
Zdráhal Svatopluk

## Magisterské studium – všeobecné lékařství s preventivním zaměřením

Audrlický Jan	Maříková Petra
Balašcak Ivan	Matějů Martin
Bartoš Václav	Matoušková Klára
Blažek Jiří	Matulová Barbora
Boráň Tomáš	Mendrek Josef
Bořkovcová Lucie	Michnová Zuzana
Brázdilová Michaela	Molnár Jan
Bruthans Tomáš	Mudrychová Jitka
Bučilová Veronika	Němečková Petra
Burdová Martina	Olos Tomáš
Cabánik Peter	Pavelková Markéta
Čermák Václav	Pazderková Dušana
Fürst Daniel	Plíhalová Petra
Ginzel Radek	Porzer Martin
Hanuliaková Jana	Pospíšilová Petra
Hanulík Tomáš	Pouchová Eva
Hanuš Zbyněk	Procházka Jan
Havlín Jan	Radochová Eva
Holečková Bohumila	Rys David
Hon Ondřej	Ryska Ondřej
Horváthová Martina	Řeháčková Milana
Houska Adam	Řezáč Adam
Hřib Zdeněk	Schmidtová Jitka
Hudečková Gabriela	Sedlická Natálie
Jirásková Linda	Sedmík Jan
Kavka Aleš	Skála Petr
Kopecký Petr	Skálová Eliška
Kosová Zuzana	Skarpíšková Klára
Král Aleš	Slavíčková Renáta
Krásničanová Petra	Svobodová Lucie
Krtička Milan	Syrůček Lubomír
Kryštofová Lenka	Šedivý Karel
Křišťan Aleš	Šimák Jaroslav
Kujal Petr	Šimek Jakub
Kümmel Jan	Škapinec Peter
Kundrát Pavel	Šklíbová Veronika
Kuročková Lenka	Šlauf Daniel
Kušíková Eva	Šlehobr Ondřej
Kušnieriková Anna	Šobáňová Kateřina
Logerová Hana	Štorková Petra
Malina Pavel	Švec Jiří
Marková Kateřina	Švehla Stanislav

Talašová Marcela  
Teichmanová Alena  
Tichá Johana  
Tomanová Klára  
Tomšíková Eva  
Trefilová Jindřiška  
Typovská Veronika

Urbánková Zuzana  
Valeková Adéla  
Vaněčková Eva  
Vlček Tomáš  
Volf Lukáš  
Vomastek Petr  
Vršek Jiří

### **Posluchači 1. ročníku, studující všeobecné lékařství v anglickém jazyce**

Bekkenes John, Bjoerang Andreas, Brinch Karl Thomas, Croff Ida, Hesboel Anders, Hunčíková Zuzana, Chammas Ellingsen Omar Theodor, Knudsen Bernt Kjetil, Nygaard Oeystein, Osnes Michael Benjamin, Poyan Armin, Ringsby Jon Olav, Simon Beate

**Projev děkana prof. Anděla na slavnostní imatrikulaci v Karolinu:**

## **Ze svobodných občanů vychovat kvalitní profesionály**

**Magnificence rektore, spectabiles proděkani, honorabiles vážení členové akademické obce!**

*Milí naši studenti*, v dnešní den jste již několik týdnů zapsáni na naší fakultě, navštěvujete přednášky a praktická cvičení. Začínáte si utvářet obrázek o naší škole, začínáte se utvrzovat v tom, že jste se rozhodli dobře, nebo že jste naopak vstoupili na nesprávné kolbiště. Přirozeně nám bude příjemné, získáte-li brzy pocit správného rozhodnutí a budete se cítit členy obce učitelů a studentů, tedy akademické obce naší fakulty. Tato dnešní slavnost imatrikulace vás posunuje směrem k plnému členství v akademické obci. Zatím jste jejími nejmladšími členy. Kdybychom se ocitli před několika sty lety, pak by vás dnes odpoledne vaši starší kolegové postupně posazovali před fakultou na potupnou dřevěnou kozu a nutili na ní jezdit. Iniciační obřady byly ve středověku často velmi výpravné, téměř nikdy v nich nechyběl prvek toho, čemu nyní říkáme šikana. Již dávno si sami nedovolujeme připustit takové prostředí, které by vás, byť na jedno odpoledne, zesměšňovalo a vystavilo nedůstojnému zacházení. Dnešní symbolický akt, kterému jste nechybí až příliš formální důstojnosti, tak nemá svou dohru v polooficiálně požehnané divoké taškařici. Sami však na ni nezapomeňte a pokuste se vstoupit do všech úrovní univerzitního života plnou parou.

Dnešní slavnost s mnoha vážnými tvářemi, s pestrými taláry a s insigniemi ukazuje jednu tvář univerzity. Tvář, která je založena na tradici obřadů, na kontinuitě naší instituce, ostatně jedné z nejstarších takových institucí na světě. Tradice je jistě příjemná věc a vědomí, že člověk studuje a také vyučuje na jedné z nejstarších světových univerzit, je nepochybně důležitým motivem pro vaše studium i pro naše vyučování a konečně i pro práci vědeckou. Tradice je pro univerzitu důležitá, zdaleka však nejdůležitější. Taláry, které tu vidíte, nenosili jen ušlechtilí duchové, kteří rozmnožovali hodnoty lidského ducha, předávali je dalším generacím a konečně pietně uchovávali vzpomínku na své předchůdce. Insigniím se klaněli a taláry nosili také ti, kteří pravdu pokrývali a nejen to – podíleli se na potlačování svobody i na naší staroslavné univerzitě. Přesto i v těch dobách studenti i další kolegové cítili směs pohnutí a bájně úcty před těmi, kteří taláry

nosili a vykazovali i další odznaky moci. I vy si to musíte alespoň občas uvědomit, abyste se nenechali obloudit pestrou slavností. O to víc byste měli přemýšlet o tom, co univerzita je, co by měla být, co vám dá a také o tom, co od ní vlastně čekat nemůžete.

Naprostá většina z vás přichází na univerzitu a její 3. lékařskou fakultu s cílem stát se lékaři nebo odborníky v některém z našich oborů. K tomu je třeba absolvovat nekonečné množství praktik, přednášek, stáží a seminářů a konečně i úspěšně absolvovat řadu zkoušek. Jakoby ta řada výukových povinností a řada zkoušek stála mezi dnem dnešním a dnem vaší promoce, jakoby to byly překážky. Ostatně ne nadarmo se říká, že ten, kdo k úspěšným prvním dvěma ročníkům přidá ještě úspěšnou zkoušku z patologie a farmakologie, má již studium tak říkajíc v kapse. To je trochu šalivý přístup, byť nemohu popřít, že jsem ho vlastně během svého studia měl také. Při vašem studiu je jistě důležité získat řadu poznatků z různých oborů preklinických a klinických. Za stejně důležité považuji však schopnost naučit se pracovat s fakty, třídit je a kategorizovat a také se naučit správně rozhodovat. K tomu by vám měli pomoci učitelé – ostatně fakta se můžete naučit z knih či elektronických medií. Způsob, jak budete s fakty nakládat, vás mají naučit především vaši učitelé. Ti by do vás neměli vlévat vědomosti, měli by je vykládat, řadit do souvislostí a konečně i kriticky hodnotit. Měli by vás ale také naučit být svobodnými a nezávislými bytostmi. To však je někdy velmi svízelné. Totiž my všichni, vaši učitelé, jsme více či méně poznamenáni obdobím nesvobody. Není to snad v tom, že by senám líbily takové zavrženíhodné praktiky, jakými byla cenzura tisku či neexistence svobody pohybu. Po takových výdobytcích může toužit snad jen blázen. Čertovo kopýtko totalitního dědictví je však mnohem hlouběji. Přísná rajonizace zdravotnických zařízení či renesance funkcí podivuhodných hlavních odborníků vyvolávají v mnoha lékařích větší či menší souhlasné pohyby hlavou. Při tom také tyto instituce představují dědictví totalitního modelu řízení společnosti, dědictví, jehož problém je v tom, že má kromě racionálního jádra i některé pozitivní aspekty. Představuje však variaci na model centrálního řízení, tedy na model, který nejenže vyčpěl, ale také nás zavedl do mnoha složitě řešitelných dilemat a situací. I naše instituce se musí kromě větší disciplíny vyznačovat větší svobodou. Především svobodou dialogu, dialogu mezi svobodnými. V tomto dialogu nemůže být jasná čára mezi studentem a učitelem.

Důležitým aspektem vaší svobody jsou akademické instituce, zejména pak akademický senát. I když vaše indexy budou ještě nějakou dobu málo ohmatané, věnujte prosím těmto aspektům života fakulty dost pozornosti. Právě senát je místo, ve kterém se studenti podílejí na správě fakulty. Fakt, že v senátu, který volí děkana, je rovný počet zástupců studentů a učitelů, je výrazem jak důvěry, kterou máte, tak i nadějí, které do vás všichni klademe. Formální studentský život není spojen jen s vaší účastí v senátu. Jde také o váš studentský spolek Trimed, který se nenápadně, ale současně i důsledně, snaží o to, aby mnoho z vás mohlo ctít naši školu jako svoji instituci.

Myslím, že budu jen reprodukovat to, co si myslí velká část učitelů – tedy lidí často o generaci starších. Na vás, již jen málo ovlivněných praktikami minulosti, leží budoucnost. Nejen vaše budoucnost, ale i budoucnost naše. My jsme si často již nejen odřeli kůži, ale také pochroumali důležitější části svých bytostí v dobách minulých. Naše proměna stejně jako proměna celé společnosti probíhá a bude probíhat pomalu. Vynám v té

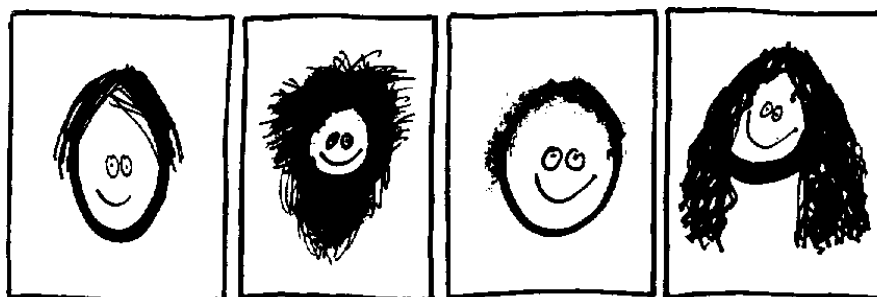


naší proměně pomáhejte. Buďte prosím otevření, stůjte si za svými právy. Hajte si svou svobodu a dbejte také, aby byla hájena a ctěna svoboda jiných. Všimněte si i zdánlivě drobných tendencí svobodu omezovat. Svoboda je totiž zcela nepochybně nejdůležitější podmínkou jak vědeckého bádání, tak výuky. Podmínkou důležitější, než jsou peníze na přístroje či chemikálie.

Svobodu však, prosím, nezaměňujte s anarchií či nedostatkem disciplíny. Lékařské studium vyžaduje tvrdou práci a pevnou vůli. K tomu je potřeba kromě jistého nadání i značná osobní disciplína. Dostí podrobný řád má i organizace studia, která má skloubit řadu kurzů a modulů do smysluplného a vyváženého celku. Svoboda tedy vždy musí být spojena s disciplínou a v žádném případě neznamená anarchii. Týká se především svobodného prostředí výměny názorů na otázky spojené s vaší výukou včetně její organizace. Svoboda nesmí nikdy znamenat anarchii, která vede k dezorganizaci a k úpadku institucí. K němu naopak jindy vede jejich přílišné byrokratické utahování.

Přes všechno, co jsem vám řekl, se naše fakulta v posledních deseti letech zásadně proměnila. Zavedla nové curriculum, klade stále větší důraz na vědeckou práci, snaží se být institucí přátelskou k studentům i ke kolegům učitelům. Nechce však jen vychovat kvalitní profesionály. Chce, strašně moc chce, mít své studenty také svobodnými občany, schopnými kritického myšlení. Jsem upřímně rád, že vás na takové fakultě vítám. A věřím, že v sobě navzájem nalezneme zalíbení.

*Quod bonum felix faustum fortunatumque sit.*



---

# **RES PUBLICA**

---

**VÝZNAM A VÝZVY  
LISTOPADOVÝCH VÝROČÍ**

## 15. listopadu v podvečer Rektor a studenti v Lékařském domě

**Pravidelný přednáškový večer Spolku českých lékařů, konaný pravidelně v Lékařském domě, měl v pondělí 15. listopadu neobvyklý ráz, daný především blížícími se listopadovými jubilei: šedesátým výročím brutálního nacistického zázahu proti českým vysokým školám a desátým výročím pádu komunismu v naší zemi.**

Nad významem těchto událostí pro Karlovu univerzitu se na večeru zamyslel její rektor prof. Karel Malý. Připomněl, že historie je a bude učitelkou života a že národ bez historie je národ bez budoucnosti; současně však vyslovil pochybnosti, zda je společnost skutečně schopna učit se ze svých chyb a vyvarovat se hrůz minulosti. Jako důkaz nepoučitelnosti lidstva pak uvedl právě končící století, v jehož průběhu navzdory všem nadějím zahynulo jen na bojištích 115 milionů lidí a další se stali oběťmi koncentračních táborů, bídy, hladu, nemoci.

Obě listopadová výročí – rok 1939 i 1989 – pak jsou podle K. Malého spojeny studentským odmítnutím žít v nesvobodě a ponížení. Zatímco listopad 1939 se stal symbolem boje za svobodu, cestu ke skutečné svobodě otevřel listopad 1989; Karlovu univerzitu umožnil proměnit ve svobodnou, autonomní a samosprávnou školu, ve které v duchu akademických svobod studenti a učitelé sami řídí své záležitosti.

Chceme-li porozumět výročím listopadu, měli bychom podle K. Malého učinit vše pro to, aby se univerzity staly nejen středisky vědy, výchovy pro povolání, ale především výchovy k toleranci, lidskosti a odpovědnosti za stav světa. Oněch více než 160 milionů studentů, kteří dnes navštěvují ve světě posluchárny univerzit, by mělo být právě v tomto duchu připraveno, aby tak příští svět neopakoval – v ještě mnohem horším provedení – své minulé chyby.

Listopadová výročí poznamenala také další část večera, jak konstatoval v roli koordinátora prof. Pavel Klener: místo učitelů dostali hlavní slovo posluchači pražských lékařských fakult. 3. lékařskou fakultu zastupovala Věra Fetterová ze 4. ročníku, který jako první prochází výukou podle nového curricula. Řekla, že právě tento nový způsob studia ji přiměl k tomu, aby se na 3. fakultu přihlásila. Lákala ji totiž nabídka komplexnějšího pohledu, individuálnější přístup, chtěla být nejenom konzumentem studia, ale také se podílet se na jeho utváření. Přítomné lékaře seznámila potom s hlavními zásadami curricula a se systémem zkoušek. Zmínila se i o problémech, spojených jak s organizací, tak i lidským faktorem; poznamenala, že se učí nejenom studenti, ale také učitelé, někdo s horším, někdo s lepším výsledkem. Za důležité označila, že připomínky studentů z dotazníků i výjezdních zasedání jsou respektovány a že už další ročníky začínají mít cestu vyšlapanou. Princip nového curricula považuje V. Fetterová za správný: „Myslím si, že tento způsob výuky mi usnadňuje proces propojování vědomostí a už teď mi umožní posuzovat věci z různých úhlů a vnímat pacienta jako celého člověka. A to je přesně to, co lékaři potřebují.“

V diskusi k jejímu vystoupení a také k vystoupení studentů ze dvou dalších pražských lékařských fakult poukázal děkan 3. LF prof. M. Anděl i na širší otázky lékařského vzdělávání, jako je např. nová role učitele, jehož odborné znalosti v některých případech nedosahují vědomostí studentů, vyučovaných už nejnovějším poznatkům např. v molekulární biologii. Prof. P. Klener poznamenal, že se zúčastnil konference o výuce na lékařských fakultách, kde se říkalo, že ani tak nezáleží na curriculu, jako na studentovi. Schopný student vystuduje vždy dobře, a neschopný bude neschopný v jakémkoliv modifikovaném curriculu.

## **16. listopadu dopoledne Akademická obec fakulty**

Původní záměr pozvat 17. listopadu pár studentů z roku 1989, aby vyprávěli svým následovníkům o tom, jak stávkovali, nahradilo vedení 3. lékařské fakulty po poradě se studenty besedou na aktuální témata. Tématem byly minulé naděje a současné problémy a debatu o nich označil jeden z propagačních plakátků jako „šanci které se nebude 10 let opakovat“. Této příležitosti využili jak vyučující, tak studenti, kteří společně zaplnili Syllabovu posluchárnu v přízemí děkanátu. Nejprve měl slovo děkan fakulty M. Anděl; zamýšlel se nad tím, nakolik se lékařskému stavu splnily naděje, které před deseti lety vkládal do změny poměrů. V této souvislosti hovořil o vztahu k lékařské komoře a o situaci na ministerstvu zdravotnictví a vyslovil přání, aby fakultní nemocnice získaly statut veřejnoprávních institucí.

Následující besedu uvedl student Jan Petráček. Připomněl – tehdy první – televizní vystoupení studentských vůdců z roku 1989. Zaujalo ho, jak byli upřímní a našťvaní, a snad proto nadhodil první téma besedy: výměnu generací v politice i na fakultě. Pedagogové a medicí se potom zamýšleli nad vzájemnou komunikací a podmínkami studia a vědecké práce. Představitelé fakulty přitom zodpověděli též konkrétní dotazy, týkající se např. nového curricula, náhradního vyučování i výuky cizích jazyků. Nemalou pozornost vzbudilo také téma akreditací.

## **16. listopadu odpoledne Vzpomínání absolventů**

V předvečer 17. listopadu uspořádal Spolek absolventů a přátel UK Carolinum ve Velké aule Karolína vzpomínkové zasedání k poctě těch, kteří osobně prožili nacistické uzačování vysokých škol.

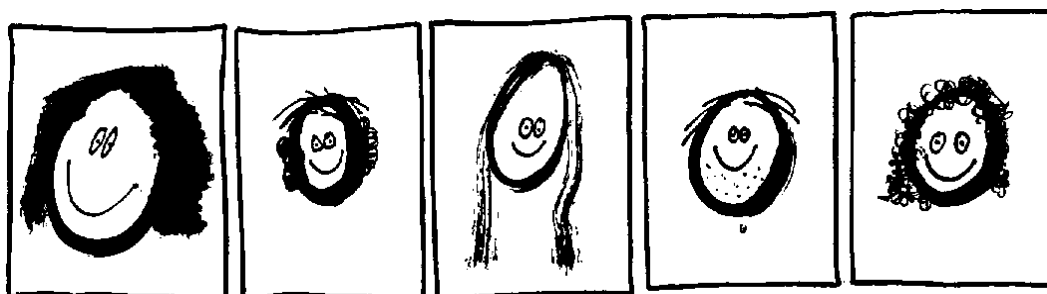
Do lavic v aule usedli tedy kromě představitelů univerzity a ministerstva školství také senioři – studenti z roku 1939. Vyslechli projev rektora UK, prof. K. Malého, který ocenil zásluhy studentů jak před šedesáti, tak před deseti lety a mj. řekl: „Zatímco v roce 1939 vystoupili studenti proti nacistické okupaci (tedy síle vnější), na obranu hodnot, které Československá republika představovala, v roce 1989 nepřitelem nebyla cizí moc, ale naše diktatura. Tento nepřítel byl tedy v nás samotných“.

Poté s dokonalou znalostí historie popsal události 17. listopadu 1939 PhDr. Zdeněk Pousta; označil tento den za historické memento a za signál pro revoluční aktivitu celého národa v roce 1989 (viz též TEXTY).

Na slavnosti hovořil rovněž předseda českého výboru Svazu bojovníků za svobodu JUDr. Jakub Čermín. Nejprve poděkoval rektoru UK prof. Malému za to, že se přičinil, aby vzpomínka na 17. listopad 1939 byla slavena na všech univerzitách naší vlasti. Připomněl potom důsledky nacistického zásahu vůči českým vysokým školám i jejich mezinárodní ohlas: právě proto, že byli zastřeleni mladí lidé celý svět pochopil, jak nesmírně zde bylo ublíženo, protože „pokud by bylo zastřeleno dítě (a studenti podle dr. Čermína dětmi ve skutečnosti ještě byli), tak to se nikde na světě neodpouští.“ Doktor Čermín vzpomněl i tehdejších profesorů, kteří studenty vychovávali v duchu naší křesťanské, nebo židovsko-křesťanské civilizace, a zdůraznil, že totality, které se naší zemí přehnal, byly popřením těchto norem: podle jeho slov nacisté nechtěli mít českou inteligenci, chtěli mít jenom dělnická povolání, protože věřili, že je spíše získají pro svou ideologii. Ani komunisté se nezachovali lépe: 28. říjen, výročí vzniku Československa nepovažovali za svůj svátek a o studentech z roku 1939 s opovržením tvrdili, že stejně jsou z buržoasních rodin, a proto jim neumožnili slušně žít.

JUDr. Čermín hovořil však také o zklamání, které tehdejší studenti prožívají v posledních, už svobodných letech a o tom, jak je mrzí pokles našich národů: „Kolik tisíc, statisíce mrtvých stálo vybudování našeho státu a jak lehce s jeho osudem bylo naloženo! Jak je možno, že došlo k rozdělení státu? Jak je možno, že se najednou objevují zprávy o vytunelovaných milionech?“ S podobným znepokojením se dr. Čermín vyjadřoval o chování současných představitelů státu. Naopak s uznáním se vyslovil o konsensu, který vládne při česko-německých jednáních o Fondu budoucnosti, jichž se účastní. V závěru se dr. Čermín zmínil o ideálech T. G. Masaryka, na něž bychom podle jeho slov měli navázat při vstupu do Evropské unie a přítomné vyzval: „Prosím vás, pomozte tomuto národu – to je odkaz 17. listopadu“.

V následující části slavnosti předal JUDr. Jakub Čermín pamětní medaile 17. listopadu 1939 prof. K. Malému, dr. P. Chroustovi, dr. J. Leikertovi JUDr. V. Jandečkovi (in memoriam) a JUDr. S. Ehlichovi (in memoriam). Dále bylo uděleno 54 pamětních listů Univerzity Karlovy a Spolku absolventů a přátel UK.



## 17. listopadu, dopoledne

# Čestný doktorát bývalému prezidentovi USA

Vyvrcholením oslavy Dne boje studentů za svobodu bylo na Univerzitě Karlově v Praze dne 17. listopadu dopoledne rozšířené zasedání vědecké rady UK, vědecké rady ČVUT a Českého výboru bojovníků za svobodu. Význam této akce podtrhla i přítomnost hlavy státu, prezidenta Václava Havla, a 41. prezidenta Spojených států amerických George Bushe, jemuž byl udělen čestný doktorát UK.

Slavnostní dopoledne zahájil prorektor UK prof. Pavel Klener, hlavní projev o významu 17. listopadu v roce 1939 a 1989 přednesl rektor univerzity prof. K. Malý. Poukázala na globální skutečnosti našeho světa a vyzval ke zkoumání možností, jak čelit násilí a agresi jako projevům národnostní, rasové, náboženské či interkulturní nesnášlivosti. V této souvislosti zdůraznil význam univerzit, které mohou být využity jako inspirace, katalyzátor, iniciátor a kritický oponent dnešních světových procesů.

V dalším slavnostním projevu připomněl nesnadné osudy českých studentů z roku 1939 i mravní sílu jejich profesorů předseda Českého výboru svazu bojovníků za svobodu JUDr. Jakub Čermín.

Jako excelentní osobnost světové politiky potom představil doktoranda doc. PhDr. František Vrhel, děkan Filozofické fakulty UK, která udělení čestného titulu Georgi Bushovi navrhla v oboru politologie s ohledem na jeho teoretickou i praktickou činnost. Jak doc. Vrhel prohlásil, je pro nás George Bush symbolem zániku mnoha tíživých bariér, které rozdělávaly Evropu, symbolem konce studené války, pádu berlínské zdi a kolapsu sovětského expansionismu.

V odpovědi na laudatio G. Bush řekl: „Mít doktorát na jedné z nejváženějších univerzit, to zní opravdu dobře“. Současně poznamenal, že je to pro něj čest o to větší, protože se mu jí dostává ve dni, kdy Češi oslavují desáté výročí pádu komunismu. G. Bush se přítomným v Karolinu světil i s tím, jak nezapomenutelným zážitkem byla pro něj návštěva v Praze v roce 1990, v období, kdy byl ještě ve funkci prezidenta USA. Zvláště hluboce na něj zapůsobilo velké shromáždění na Václavském náměstí a chvíle, kdy se svou manželkou Barbarou stál v desetitisícovém davu, zpívajícím We shall overcome. Obdiv v něm vzbudil i Václav Havel: rok předtím byl ještě ve vězení a americkému prezidentovi ukázal, jak samozřejmou věcí může být víra v demokracii. G. Bush si vzpomněl též na Alexandra Dubček; jeho jménu přiřadil k jménům V. Havla a T. G. Masaryka a řekl, že to jsou osobnosti klíčového významu pro náš stát.

Dále G. Bush prohlásil: „Demokracie v České republice již zakořenila. Přestože studená válka skončila, existuje ve světě i u vás stále mnoho problémů, jejichž řešení si vyžádá mnoho námahy a práce. Spojené státy americké mají povinnost je řešit, stejně jako mají povinnost pomáhat svým věrným přátelům. Osobně jsem rád, že Česká republika mezi ně patří. Po 75 letech života vidím, jak daleko jsme došli ze světa, který byl rozdělen, ke světu, který je přeměněn. Bez ohledu na problémy, které před vámi ještě stojí, jsem pořád optimistou pokud jde o budoucnost České republiky i o budoucnost celého světa. Po

tomto nejkrvavějším století v historii, nemám pochyb o tom, že úspěšně ve vybudujeme nové století, ve kterém budeme žít v míru a prosperitě. Ať Bůh žehná vám všem!“

G. Bushovi se na slavnosti v Karolinu dostalo ještě jednoho ocenění, když mu prof. P. Zuna, rektor Českého vysokého učení technického v Praze, předal pamětní medaili ČVUT. Také on hovořil o 17. listopadu jako datu, které se dvakrát stalo významným předělem v dějinách našeho státu. Současně si povšiml i úzkých kontaktů a spolupráce ČVUT a UK. V další pasáži potom zdůraznil: „Naše společnost potřebuje kromě zkušených, charakterních politiků i novou mladou krev, mladé lidi, kterým dává univerzitní vzdělání do vínku kromě odbornosti i schopnost nenechat se zmanipulovat, vytvářet vlastní názor a ten hájit, i když je to nepopulární a často nebezpečné. Pravda totiž někdy představuje hrozbu pro moc, a ta se brání. Věřím, že naši studenti a absolventi, stejně jako jejich předchůdci, budou vždy bránit svobodu a demokracii a nedají se nikdy zastrašit. V jejich rukou je naše budoucnost.“

## **Z projevu rektora Univerzity Karlovy prof. Karla Malého Pokojná revoluce ještě zdaleka neskončila**

Před 60 lety to byli čeští studenti, kteří 15. listopadu vystoupili otevřeně proti nacistické okupaci Československa, proti brutalitě okupační moci, jejíž obětí se stal student naší univerzity Jan Opletal. Devět ze studentských vůdců bylo 17. listopadu zastřeleno, na 1200 studentů eskortováno do koncentračních táborů, vysoké školy do konce války byly zavřeny.

Před deseti lety opět studenti manifestačně vystoupili proti komunistickému režimu, který uvrhl náš národ do nesvobody, ve které přestaly platit zásady demokracie, kde i vysoké školy byly podrobeny ponižující poslušnosti vládnoucí ideologii a diktátu stranických sekretariátů, vystaveny mezinárodní izolaci.

Co spojuje tato výročí? V roce 1939 to byl vnější nepřítel, proti kterému se spojily demokratické síly celého světa a studenti pražských vysokých škol se stali jejich součástí a symbolem, když byl v Anglii prohlášen 17. listopad za den studentů.

V roce 1989 to byl naopak vnitřní, domácí nepřítel, žijící nejen z podpory Sovětského svazu. Nebyl mimo nás, byl v nás samých, a studenti tak dali signál k revoluci, která nejen národu, ale i vysokým školám přinesla svobodu, umožnila jejich přerod ve svobodné a autonomní, v prostředí akademických svobod, kde vládne síla argumentu a nemá místo společenská hierarchie.

Před šedesáti stejně jako před deseti lety vedla studenty do ulic nejen přirozená touha po svobodě, ale i vědomí odpovědnosti vycházející z přesvědčení, že lidská společnost nemůže trvale snášet nátlak nejen fyzický, ale i mravní, že nemůže žít v trvalém popření lidské důstojnosti.

Tento společný odkaz obou výročí pak vytváří i stále živou výzvu pro společnost příštího století a tisíciletí a zejména pak pro univerzity a pro úkoly, které na ně v budoucnu čekají.

Je příliš mnoho bezpráví, umírá příliš mnoho lidí na bojištích světa i bídou, hladem a nemocemi, je příliš mnoho důvodů k tomu, abychom pocítovali oprávněnou hořkost nad nenaplněnými nadějemi tohoto končícího dvacátého století, které mělo být stoletím pokroku a blaha lidstva.

Proto také naše naděje, se kterými vcházíme do nového milénia, jsou naděje a očekávání míru, prosperity, štěstí, naděje a víra v lepší bezpečnost a trvalý rozvoj lidských hodnot. Bylo nedávno řečeno na pražském Foru 2000, že zárukou naplnění těchto nadějí může být historická zkušenost lidstva ze století právě minulého – zkušenost 1. a 2. světové války, zkušenost genocid a holocaustů, zkušenost atomových zbraní, hrozná zkušenost více než 100 milionů mrtvých, kteří museli zahynout na bojištích či v důsledku válečných operací v tomto století. Stačí však sama lidská zkušenost? Můžeme se spolehnout tváří v tvář hrozbám a výzvám příštího věku jen na pochopení, že zlo rodí zlo a agrese agrese?

Globální zkušenost našeho světa přináší nejen možnosti dosud nevídaného ekonomického růstu, nové možnosti racionálního využití lidského potenciálu, ale přináší nové hrozby. Ruku v ruce s vědomím těchto hrozeb se musíme zabývat i tím, jak těmto hrozbám čelit: jak omezit ničení životního prostředí, které je nenahraditelným darem lidstva, jak zabránit nesmyslnému plýtvání energií a energetickými zdroji, jak zabránit tomu, aby lidstvo dneška žilo na účet příštích generací, generací našich dětí a vnuků. Musíme znovu a znovu zkoumat, jak čelit násilí a agrese jako projevům národnostní, rasové, náboženské či interkulturní nesnášenlivosti.

V této souvislosti bych rád připomněl slova pana prezidenta Bushe, který ve Federálním shromáždění ČSR 17. listopadu 1990 prohlásil: „Musíme uznat, že žádný národ, žádný kontinent, nemůže žít v bezpečí sám o sobě. Naše osudy, naše budoucnosti, jsou vzájemně spojené.“ Ano, vědomí této spojitosti, dnes díky informační revoluci tak podivuhodně malého světa, ve kterém již nikdo není sám a nemůže se cítit být sám, v nás vyvolává a musí vyvolat pocit odpovědnosti – nejen politiků, nejen států a světových organizací, ale odpovědnosti občanské a individuální odpovědnosti každého z nás, každého občana.

Tato naše vlastní odpovědnost vůči světu a budoucnosti je o to větší, čím hlubší a tíživější je historická zkušenost, kterou jsme zažili a prožili. Ještě dnes žijí mezi námi lidé, kteří se narodili v bývalé rakouské monarchii, kteří prožili léta předválečné ČSR, trpká léta války a poválečné totality. Je to také odpovědnost vůči těm, kdož v minulosti neváhali nasadit i obětovat životy na válečných polích 1. a 2. světové války i v domácím a zahraničním odboji i ve statečném boji s komunistickým útlakem.

Ve srovnání s minulými časy se jeví dnešní úkoly české společnosti a českého státu zdánlivě méně závažné. Avšak revoluce, pokojná a nekrvavá, kterou započali studenti před deseti lety, ještě ani zdaleka neskončila. Začali jsme historickou proměnu našeho nového svobodného života, stále ještě tvoříme a budujeme naši novou demokracii, fungující systém politických stran, právní stát, novou fungující a prosperující tržní ekonomiku, budujeme a tvoříme naši novou státní a národní identitu.



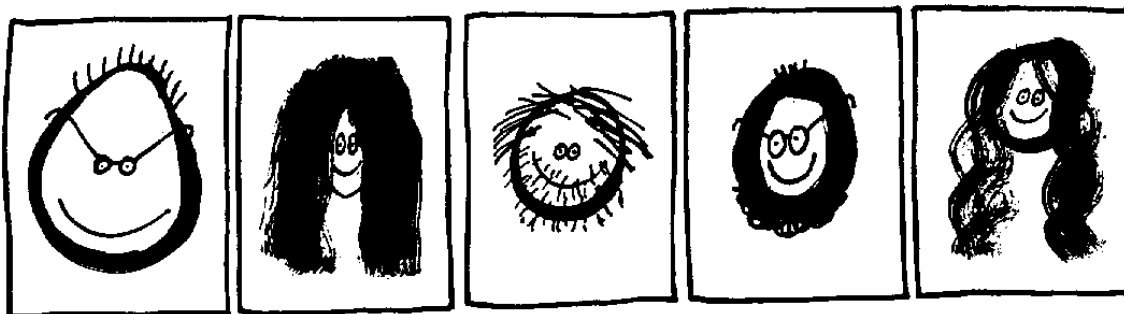
A zejména a především řešíme úkol vpravdě historický, který byl položen před naše národy již při vzniku Československé republiky a výslovně uveden v ústavě z r. 1920: „Chceme se přičleniti do společnosti národů jako člen vzdělaný, mírumilovný, demokratický a pokrokový“. A právě nyní – a možná, že jenom nyní – máme mimořádnou příležitost jej splnit, když usilujeme o naše začlenění do Evropské unie, o začlenění morální, ekonomické, právní i politické do svobodného světa.

Usilující o přípravu našeho vstupu bychom měli mít na paměti poselství pana prezidenta Bushe o čtyřech kamenech či sloupech, na kterých spočívá společenství svobodných národů.

Jsou to: víra v důstojnost člověka a lidská práva, přesvědčení, že spravedlivá vláda čerpá sílu z lidu, víra, že muži a ženy na kterémkoli místě světa musí být svobodni, přesvědčení, že chování národů se musí řídit zákonem práva.

Tato závažnost cílů – a nemluvím jen o naší univerzitě – by nás měla spojovat a sjednocovat v úsilí o jejich dosažení. Nemělo by nás mást ono tak obtížné hledání konsensu našich politiků, obtížné hledání cesty, jak naplnit úkoly se vstupem do EU spojené. Tím nejpodstatnějším je totiž vytvoření občanské jednoty a obecného přesvědčení o nezbytnosti dokončit nastoupenou cestu.

Univerzity mohou jen stěží být vydávány za model demokratické společnosti. Všichni víme velmi dobře, jak těžko se tu vytváří přesvědčení o nezbytnosti spojení k společnému cíli a dokonce jak obtížně se tyto cíle formulují. Univerzity jsou také skupením vědců, kteří dobře vědí, že o vědecké pravdě se nedá hlasovat, že často většina nemá pravdu nad pravdou jednotlivce. Avšak právě proto se univerzitní prostředí vyznačuje kritickým myšlením, otevřeností a tolerancí. A právě to dává univerzitám příležitost, aby mohly být využity jako inspirace, jako katalyzátor, iniciátor a kritický oponent dnešních procesů probíhajících ve světě. Je ve vlastním zájmu univerzit bojovat za svobodnou a tolerantní společnost příštího tisíciletí. Jestliže každodenně usedá do univerzitních poslucháren přes 160 milionů mladých lidí, aby byli připravováni na své budoucí povolání, aby byli vzděláváni, neměli bychom si nechat ujít příležitost je vzdělat právě v duchu tolerance jako záruky pokojné cesty lidstva. Neboť bez svobody není svobodná univerzita a není-li univerzita svobodná, není univerzitou vůbec.



## 17. listopadu odpoledne

# DĚKUJEME, ODEJDETE!!

### Prohlášení bývalých studentů k desátému výročí 17. listopadu 1989

Vážení spoluobčané!

sešli jsme se včera, tedy v předvečer 17. listopadu poblíž Národní třídy, abychom oslavili křest knihy Sto studentských revolucí. Dnes jsme sestavili toto prohlášení, které vám se vší naléhavostí předkládáme...

Jsmo šťastni, že žijeme v zemi v zásadě svobodné a demokratické! Oceňujeme změny a možnosti, které nám uplynulých deset let přineslo. Ale jsme hluboce zklamáni a pobouřeni způsobem, kterým současná politická reprezentace provádí výkon svěřené moci. Desáté výročí listopadu 1989 nás tak zastihuje v dosud největším marasmu – politickém i morálním!

Cítíme se oklamáni. Díváme se do tváře arogantní politické moci, která se neumí domluvit na funkčním vedení země a obviňuje z toho nás, občany, protože jsme prý špatně volili!

Současná vláda svým chováním hrubě zkresluje a poškozujee obraz naší země v zahraničí! A mezi domácím obyvatelstvem vyvolává smutek a beznaděj, což nás uzavírá do opětovné vnitřní emigrace, jak to pamatujeme z dob komunismu. Cítíme hlubokou účast s tímto stavem! Ptáme se sebe i vás: Co se stalo, že nám vládnou takoví lidé?

Jsmo dosud zatíženi dědictvím 40 let komunismu, ale většina dnešních problémů je už důsledkem NOVÝCH CHYB A NOVÝCH NEPRAVOSTÍ. Mezi státem a střední podnikatelskou třídou kupříkladu nepanuje spolupráce, ale boj, který prorůstá nedůvěra, zlodějna, neschopnost a korupce ze strany státních úředníků! Naši politici se chovají, jako by si neuvědomovali, že jsou odpovědni nejen za výkon svěřené moci, ale i za morální atmosféru ve společnosti, pro kterou se svými činy a postoji stávají nejviditelnějším vzorem!

Ve jménu generace naší i generací příštích kategoricky voláme po návratu slušnosti, morálky, politické korektnosti a humanistické orientace a žádáme vůdčí politiky hlavních politických stran, aby v zájmu této země Odstoupili! Oni už nedokáží této zemi pomoci, už nedokáží dostát výzvám nové sjednocující se Evropy, ani být spolehlivým členem pro nás životně důležitého uskupení NATO. Oni se přežili – a jejich neschopnost vzájemné domluvy je toho důkazem.

Žádáme prosté straníky i stranické sekretariáty hlavních politických stran, aby obnovili svou původní demokratickou identitu a našli představitele, kteří obstojí v dynamických podmínkách třetího tisíciletí. Naše země stojí před historickou šancí vrátit se mezi vyspělé státy Evropy. A my nemáme jinou šanci než to dokázat!

Chceme se stát opět normální zemí, kde slušnost a dodržování zákonů je platnou normou pro prosté občany stejně jako pro vedoucí politiky. Stávající situaceničí onu obrovskou sílu a tvořivost našich lidí, ve kterou věříme a kterou dokázal listopad 1989. Současní politici již nedokáží této síly využít, ale naopak se cítí jí být ohroženi.

Jsme společností s dědictvím Masaryka a Čapka – a tak trochu i Franze Kafky. Ale nejsme a nechceme být společností ztotožňovanou s garniturou současných sobeckých a omezených politiků, kteří svou zpupností a hluchotou už zemi pouze škodí.

Spoluobčané! Apelujeme na slušnost a normálnost! Věříme, že atmosféra, která zavládla v naší zemi, nám není vlastní, ale vyvěrá z arogance, cynismu a velikášství většiny současných politických vůdců. Část politiků v naší zemi se svým chováním dostala již téměř na úroveň bývalých komunistických vůdců! Už opět nastala situace, kdy musíme překročit ulity své nevíry a stísněnosti a podat si ruce. Toto je naše výzva. Výzva obsahující naději, že jsme stále ještě silná občanská společnost, ve které dřímá netušená síla a která se vypořádá s tím, co ji zalehlo a dusí.

Předpoklady morální a duchovní obrody naší společnosti jsou dva: je to slib vnitřní slušnosti každého z nás a je to odchod zprofanovaných politiků, kteří se v průběhu desetilet opotřebovali a neuvěřitelným způsobem proměnili své chování.

Zdravíme vás a děkujeme vám za to, že jste. Nestydíme se přihlásit k ideálům a radosti, kterou jsme téměř všichni prožívali před deseti lety, a uděláme všechno proto, abychom si v příštích volbách svobodně nezvolili novou cestu ke komunismu.

*Podpisy: (dle abecedního pořadí) Josef Brož, Igor Chaun, Vlastimil Ježek, Martin Mejstřík, Šimon Pánek Vráťa Řehák*

## **17. listopadu odpoledne: „Oslavné“ sportovní hrátky**

ÚTV 2. a 3. LF UK a VSK MEDIK využil možností sportovního areálu v Hostivaři a uspořádal florbalový a volejbalový turnaj, hodiny aerobiku a zdravotní výchovy, aerobiku, posilování, plavání, zdravotní tělesná výchova. Největším lákadlem ovšem byla velká premiéra VODNÍHO FOTBALU, sportu vpravdě neobvyklého. Kolem 13. hodiny skupina odborníků začala pokrývat část sportovní haly podložkou, na které postupně vyrostla hrací plocha – nafukovací „fotbalový bazén“ rozměru 25 x 13 metrů, ohraničený metrovým nafouklým válcem. Branky byly kompaktní s obvodem hřiště, také nafukovací. Celá plocha byla mírně pokropena vodou, což zajistilo její značnou kluzkost. Na tomto pak proběhlo klání osmi družstev.

Vavřín pro vítěze si odnesli „Bráchové“, ale o ty vavříny vlastně ani tak moc nešlo. Pořadatele potěšilo, kolik zájemců na sportovní hrátky přišlo; Caesar by se prý podívoval, kolik z nich ani netoužilo za každou cenu být první, stačilo jim ono olympijské, že není důležité vyhrát, ale zúčastnit se.

---

# **DESET LET POTÉ**

---

**EXMINISTŘI, EXPERTI**

## **MUDr. Martin Bojar myslí, že lékaři jsou v pasti Ve zdravotnictví a sociální péči si žijeme nad poměry**

*Dvakrát v životě, v rozmezí dvou desítek let – jste ze zapletl do politiky: kolem roku 1968 jste byl jako medik aktivní ve studentském hnutí, podruhé vás politika zasáhla při změnách v roce 1989. Napadlo vás přitom – třeba když jste ošetřoval zraněné demonstranty z Národní třídy, že byste mohl být ministrem zdravotnictví?*

Nepřemýšlel jsem o tom, nenapadlo mne to.

*A když jste se potom v roce 1990, sedm měsíců po revoluci, ministrem zdravotnictví stal, mělo ještě socialistickou podobu –*

Samozřejmě.

*Co a jak jste pokládal za důležité změnit?*

Ve skupině pro reformu, jejímž jsem byl členem, převládal pocit, že je třeba české, socialistickým státem spravované, zřizované, vlastněné zdravotnictví proměnit na zdravotnictví pluralitního typu, odpovídající zdravotním systémům většiny evropských států a navazující na tradici Československé republiky. Věděli jsme, že není možné jít zpátky, a tak byla před financováním ze státních fondů dávana přednost k návratu k pojišťovenskému systému. Proti tomu byla řada ekonomů a politiků, kteří chtěli udržet kontrolu alokace prostředků ve zdravotnictví. Protože ale doktoři uvěřili, že pojišťovna je zárukou dalšího rozvoje zdravotnictví, svobody a vzniku soukromých praxí, tak se stal pojišťovna jedním ze zaklínadel a k 1. 1. 1992, o rok dřív než původně plán chtěl, mohla pracovat Všeobecná zdravotní pojišťovna jako veřejnoprávní instituce. Pojišťovna s obligatorním pojištěním byl jedním z momentů, který doporučovali expertiz Rady Evropy a světové banky zachovat, neboť nás na jedné straně vyzývali, abychom zdravotnictví liberalizovali, nabídli pacientům svobodnou volbu, ale zároveň abychom zajistili dostupnost zdravotní péče, její kvalitu a kontrolu, aby se zlepšila orientace na pacienta. Varovali nás před tím, aby byl systém zdravotnictví postaven pouze na systému platby za výkon. Lékařům, kteří byli v té době politicky aktivní, se ale zdálo, že to je model konformní většině evropských kapitalistických zemí, který může přispět k velmi rychlému blahobytu. Takže s řadou výhrad se přistoupilo k systému plateb za výkony tím, že měl umožnit kalkulaci, kolik vlastně bude zdravotní péče stát. Od července 1990 do konce června 1992 se podařilo v řadě ohledů změnit primární zdravotní péči, začaly vznikat soukromé praxe lékařů, kteří již nebyli zaměstnanci státu, ale měly smluvní vztah s pojišťovnou. Když pak v červnu 1992 byl přijat nešťastně koncipovaný zákon o zaměstnaneckých pojišťovnách, existovalo vedle sebe existovaly množství nekonkurujících si nebo špatně si konkurujících všeobecně zdravotních pojišťoven – jedna velká monopolní a ostatní, které se marně pokoušely získat segmenty částitruhu. My jsme chtěli, aby vznikla nejprve jedna a postupně – jak doporučovali experti z RE – aby byl sektor uvolněn pro další dvě až tři, uvažovalo se i o regionálním principu a nezávisle na tom se uvažovalo, že vzniknou pojišťovny soukromé pro připojištění, umožňující diferenciaci

***Měla mít podle vašich představ VZP tak dominantní postavení, aby ona určovala zdravotní politiku státu?***

Od samého počátku bylo jasné, že ten, kdo alokuje prostředky, bude vládnout. Nikdy však jsme nechtěli, aby ve zdravotním systému měla dominantní roli pojišťovna. Tam bylo několik kontrolních mechanismů, které se podařilo poslancům buď z nevědomosti nebo z neprozřetelnosti odbourat, někteří se ani netajili tím, že chtějí zlikvidovat jakékoli možnosti kontrolních pravomocí ať už ministerstva zdravotnictví nebo ministerstva práce a sociálních věcí, což vycházelo z koncepce minimálního státu a z představy, že trh může řadu věcí napravit. Pravda je, že někteří pravicoví politici, jako pan ministr financí federální vlády V. Klaus, byli ostře proti pojišťovenskému systému, protože ho považovali za skrytý fondový systém a obávali se, že státu a ministerstvu financí nebude dopřáno kontroly. Takže tam vznikl konflikt.

***Jiný konflikt, jak si mnozí vzpomenu, vznikl kolem privatizací – zda má jít o privatizaci činnosti nebo majetku.***

To byl zase vědomě vyfabrikovaný velký konflikt a vyplývá z nepochopení, neboť se směřovaly dvě skutečnosti, v řadě případů mělo jít o odstátnění zdravotnických zařízení, z velké části měla být převedena na obce nebo veřejně prospěšná sdružení. Mělia mohli jsme jít cestou, která nám byla doporučována ze západní Evropy, ale převážil pocit (to už jsem nebyl ministr), že pouze to zařízení, které má majitele, zaručuje prosperitu. Vedlo to k tomu, že se mnoho lékařů a lékařek naprosto a absurdně zadlužilo, protože neměly vstupní kapitál a platili za prostředky, které byly po desetiletí budovány z obecních financí. Ukázalo se, že řada lékařů, lékařek a skupin lékařů není schopna splátky a splátkový kalendář dodržovat. Takže před představou, že řada zařízení odstátní a bude se privatizovat činnost, se dala přednost lákavému konceptu privatizace objektů, což ovšem bylo pastí pro spoustu lékařů. Privatizovat lze malá, jasně definovaná zdravotnická zařízení, která fungují pro menší výseče movitých pacientů nebo jsou napojená na programy, které pojišťovny dofinancují.

***Ted' se ukazuje, že tyto myšlenky začínají uznávat i někdejší vaši kritici. V časopise, který vydává místní úřad v Nových Butovicích, kde bydlíte, se vás dokonce ptali, zda byste nechtěl být znovu ministrem zdravotnictví, a vy jste řekl, že ne. Kdyby se tedy přihodilo, že byste byl ted' ministrem –***

Ale to se nestane –

***– co byste v první řadě ted' udělal vy?***

V situaci, jaká ted' je, nedokážu odpovědět, protože je pro mne nepřehledná. Soudím, že ten, kdo převezme vedení ministerstva zdravotnictví, bude muset rekonstruovat úřad v tom ohledu, že bude muset vytvořit tým spolupracovníků, kteří budou ochotni efektivně, korektně a velmi rychle napravovat řadu zmatků, ke kterým třebaš bona fide pod vedením pana ministra Davida došlo. Asi není možno vše dávat za vinu jenom jemu, ale ten jeho jak programový, tak akční tým se mu v posledních týdnech vinou subjektivních a objektivních faktorů začal vymykat zpod kontroly. Ta situace je velmi tíživá, jako tom svědčí i kontroverzní vyjádření premiéra Zemana. Takže odmítám mluvit o tom, co

bych dělal já, protože vím, že bych nedělal nic, ministrem nebudu ani nehodlám být. Ale nejprve je třeba rekonstruovat realizační tým, který utrpěl velké šrámy, pak je třeba pokusit se obnovit dohodu s jednotlivými skupinami zdravotníků – nejde jenom o lékaře, ale i o sestry a laboranty – a napravit pošramocenou pověst ministerstva, protože to mediálně zatím utrpělo největší šrámy od roku 1990. Neříkám, proč se to stalo, pouze to konstatuji. To znamená pokusit se obnovit koncept určité vyrovnanosti státní zdravotní správy. Neříkám, že se o to pan ministr David nesnažil, v posledních měsících ho – řeknu to hodně eufemisticky – pronásledovala neuvěřitelná smůla.

***Přesto se ptám, co je největším problémem zdravotnictví. Když odmyslíme úřad ministra – jsou to peníze?***

Problémem českého zdravotnictví je nepoměr mezi disponibilními prostředky, mezi tím, co je tato společnost schopna při nízké efektivitě hospodářství věnovat zdravotnické, ale také zdravotně-sociální péči, neboť v Čechách se velmi úzce prolíná zdravotní, diagnostická, kurativní péče s péčí zdravotně sociální. Je to nepoměr, co si tato země může dovolit, a co očekávají jak pacienti, tak zdravotníci v rámci bezplatného, stále ještě značně socializovaného zdravotního systému. Princip spoluúčasti se v České republice neprosadil, lidé stále mají pocit, že si na zdravotnictví platí dostatek v daních a zdravotním pojištění; nemají představu, kolik nové technologie, léky a nákladné procedury stojí. Další problém je, že je v ČR – a to se týká i školství, sociální sféry a vědy – po 40–50 let nedoceňován, nedoplácen lidský faktor.

***Jaké je na tom naše zdravotnictví po deseti letech – je lepší, nebo horší?***

Jako lékaři je mi obtížné se vyjadřovat, ale stačí, když se podíváme na výsledky průzkumů veřejného mínění, kde se neustále ukazuje spokojenost se zdravotnictvím. Zlepšila se dostupnost technologií, diagnostických metod, operačních postupů, invazivních metod v kardiologii, chirurgii, změnily se i naše léčebné možnosti. Problémem však je, kdo to zaplatí, z čeho to zaplatí, a jakým způsobem to rozdělit mezi jednotlivé skupiny společnosti – bohatí i chudí mají pocit, že mají nárok na stejný objem zdravotní péče, a to pokud možno bez jakékoliv spoluúčasti. Dostali jsme se do předpokoje EU, a nemáme na to, abychom zaplatili šatnu nebo permanentní vstupenku. Zdravotní péče je drahá po celé Evropě, a my se tváříme tak, že budeme jediným státem, který má patent na kvadraturu kruhu. V oblasti zdravotnictví a sociální péče si podle mého názoru velká část populace žije nad poměry. Ne že by na to neměli právo, ale na to právo a nárok se musí člověk podílet větším objemem, než je politikům a voličům v této chvíli přijatelné a příjemné připustit.

*Doc. MUDr. Martin Bojar, CSc., děkan II. LF UK, ministr zdravotnictví 1990-1992*

## **(Ex)ministr zdravotnictví Ivan David obviňuje poslance: Mají za cíl vydírat hrozbou chaosu**

*Co soudíte, pane ministře, o situaci českého zdravotnictví – změnila se za posledních deset let k lepšímu, nebo k horšímu?*

Hodně se zlepšila dostupnost přístrojové techniky, zahraničních léků, tím se samozřejmě také zvýšily náklady. Pokud se jedná o zdravotnictví, to znamená systém poskytování zdravotní péče, tak změny jsou, jak všichni vidí, rovněž zásadní. Na jedné straně zejména v době výkonového systému úhrad se zlepšil zájem o pacienta, na druhé straně rychle



rostly náklady, ale to zase limituje objem a kvalitu poskytované zdravotní péče. Čili zhruba tak před dvěma lety jsme dospěli do stadia, kdy další extenzivní růst poskytování zdravotní péče po stránce technické a po stránce poskytování léků již dále není možný, protože narazil na meze růstu výdajů na

zdravotnictví, které jsou omezeny úspěšností hospodářství České republiky. Neexistuje společná vůle dostatečného počtu zákonodárců o změnu zákonů, které by umožnily zvýšení výdajů na zdravotnictví, a tím další růst mezd, technického zlepšování péče, výdajů na léky a podobně. Daleko více než v minulosti bude třeba počítat s regulacemi, které umožní, aby zdravotní péče zůstala kvalitní a dostupná.

*Zdá se, že jste se ve své činnosti ministra zaměřil hlavně na finanční stránku; na kontrolu, jak se kde hospodaří, na úspory v nemocnicích. V poslední době se to ovšem vyvinulo ve spory, které možná odvádějí všeobecně pozornost od zásadních problémů, které by bylo zapotřebí ve zdravotnictví řešit. Nezdržují vás tyto spory a neodvádějí zbytečně pozornost –*

Nevím, co máte na mysli.

*Myslím konkrétně spory s ředitelkami nemocnic.*

Já žádné spory nemám. Provádím kontroly, ředitelka nemocnice protestuje, protože se jí nelíbí, že se přišlo na její pochybení. V tom nevidím žádný spor.

*Možná, že jsem se nevyjádřila dobře, ale vím, že právě těmto kauzám věnují média značnou pozornost na úkor problémů, které by bylo třeba řešit.*



Samozřejmě pozornost veřejnosti je sdělovacími prostředky trvale odváděna k různým uměle vyvolávaným sporům, konfliktům, aférám apod. Jestli začnu novinářům vykládat něco o připravovaných zákonech, jejich pozornost ihned poklesne, a nedělají si poznámky, nic nepublikují, čili veřejnost je dezinformována v tom smyslu, že podstatou činnosti ministerstva zdravotnictví jsou spory, konflikty a podobně, což vůbec neodpovídá skutečnosti. Veřejnost ale nemá nejmenší šanci dozvědět se cokoliv o práci ministerstva, pokud by ty informace byly pozitivní. Na ministerstvu se připravuje rekodifikace celého zdravotnického zákonodárství, v současné době jsou čtyři zákony kodexového typu v připomínkovém řízení, ve sněmovně je důležitý zákon o zdravotnických prostředcích, předložena byla rozsáhlá novela zákona o léčivu, která neprošla, protože jí byl během druhého čtení přičleněn pozměňovací návrh, který se týkal prodloužení účinnosti zákona o všeobecném zdravotním pojištění. Tím se stal tento návrh zákonarově neprůchodným. Zákon o zdravotním pojištění – nový – má být předložen v březnu vládě poté, co byl věcný záměr schválen v březnu letošního roku. Původní návrh zákona 48 musí být prodloužen, protože je to jediný zákon, který ukládá platit pojistné a který uvádí meze bezúplatného poskytování zdravotní péče. Část poslanců si zahrává s odmítnutím tohoto návrhu zákona tím, že od 1. ledna nastane chaos, což je zřejmě jejich cílem. Zákon o ochraně veřejného zdraví byl připravován šest let na ministerstvu zdravotnictví. Byl ale sněmovnou odmítnut, aniž by poslanci předložili konkrétní výhrady, které by nebyly v rozporu s požadavky EU. Jinak samozřejmě ministerstvo provádí rozsáhlou analytickou činnost a v rámci nelegislativního plánu činnosti předkládá vládě a sněmovně dokumenty o hospodaření pojišťoven, zdravotnických zařízení apod.

***To, že v parlamentě nenacházíte u poslanců pochopení, je ostatně znám o – alev čem vidíte příčinu? Proč se nemůžete shodnout? Mají tak zásadně odlišný názor na věc samu, nebo je v tom něco jiného?***

Již jsem řekl, že to je jednak záměr vyvolat chaos, protože oni dobře vědí, že neproloužením zákona 48 vznikne chaos, takže pokud uvažují o nepřijetí tohoto zákona, mají zřejmě za cíl chaos vyvolat nebo spíše vydírat hrozbou chaosu. A pokud se jedná o zákon o léčivu – ten neprošel kvůli tomu, že v jeho rámci měla být prodloužen účinnost zákona 48, čili je to jedno a totéž. Pokud se jedná o zákon o ochraně veřejného zdraví, je to v rozporu se zájmy České republiky, protože v tomto zákonu je asi 70 % směrnic o zdravotnictví, které musíme akceptovat, abychom mohli do EU. Tento zákon byl vrácen k přepracování, ačkoliv byl připravován šest let a prošel rozsáhlým připomínkovým řízením. A to bez uvedení podstatných důvodů k tomuto přepracování, anebo bylo řečeno, v jakém ohledu má být přepracován, až na detaily, které bylo možno upravit v druhém čtení. Byla to zřejmě záležitost spíše politicky účelová.

***Myslím, že funkce ministra zdravotnictví vám umožňuje sledovat tento resort trochu z nadhledu. Zdá se vám, po půldruhém roce v tomto úřadě, že je naše medicína a naše zdravotnictví na srovnatelné úrovni s Evropou, nebo tam musíme ještě mnoho dohnět?***

Naše medicína je na slušné evropské úrovni ve většině oborů a v některých oborech dokonce patří k evropské špičce. Pokud jde o zdravotnictví, pak nám právě chybí ty záko-

ny, které připravuje úřad teprve v posledním roce, a to proto, abychom se mohli přiblížit k Evropské unii.

***Nemělo by se také změnit financování zdravotnictví, aby čerpalo například z více zdrojů než z povinného pojištění a částečně i ze státního rozpočtu?***

Co je cílem? Je cílem, aby bylo více zdrojů?

***Aby bylo dost peněz –***

Dost peněz – z více zdrojů může být také méně peněz; podstatné je, aby ty zdroje byly dostatečné. Když bude více zdrojů, to nic nezaručuje. Nicméně k tomu by pochopitelně musela být obecná politická vůle, a to znamená, že takové návrhy by musely být přijatelné pro většinu politického spektra, a to zřejmě nejsou. Ale nevím, jakých více zdrojů máte konkrétně na mysli?

***Třeba částečnou úhradu nákladů na pobyt v nemocnici.***

To si ale musíme uvědomit, že i výběr těchto poplatků nese sebou určité náklady; musí být pracovníci, kteří je vybírají, evidují, sledují, vymáhají. Pak je otázka co s lidmi, kteří nezaplatili – ti snad nemají být přijati do nemocnice? Jaké budou sankce, jak jim to bude strháváno? To není jednoduchá záležitost, a tak myslím, že to má smysl pouze pro dlouhodobých hospitalizací, zejména v zařízeních typu léčeben – připravovaný zákon s tím počítá. A vyšší pojistné? Nesetkal jsem se s žádnou politickou stranou, která by souhlasila se zvýšením pojistného.

***Vím, že to navrhovali lékaři, jejich Lékařský odborový klub.***

LOK ale není politickou stranou. LOK má jistě právo obrátit se na kteréhokoliv poslance a každý poslanec má zákonodárnou iniciativu – když se domnívají, že jejich návrhy jsou tak přijatelné, pak nechápu, proč to dosud žádný poslanec nepředložil.

***Jak se vám vlastně spolupracuje s lékařskými organizacemi – třeba ČLK, LOK, se zdravotnickými odbory?***

Když hovoříte o zdravotnických organizacích, pak je třeba hovořit o zájmových organizacích. Pokud se jedná o lékařskou komoru, tak ta se myslím zabývá jinými problémy než těmi, které vyplývají ze zákona o komorách, spíše se chová jako odborová organizace. Pokud se jedná o odborové organizace, LOK a Odborový svaz zaměstnanců, tak ty se vzájemně výrazně nenávidí. Odborový svaz zdravotní a sociální péče se vyjadřuje většinou smysluplně v připomínkovém řízení k návrhům zákonů, takže je možné některé jejich připomínky akceptovat – s nimi je spolupráce možná.

*Poslanec MUDr. Ivan David, v době rozhovoru – 1. 11. 1999 – ministr zdravotnictví*



## PhDr. Slavomil Hubálek doufá: Jalovým slibům by už dnes tolik lidí nenaletělo

*Když jsme se před nedávnem setkali krátce po lékařské stávce, říkal jste, že z ní nejste nadšen. Při vašem vzdělání ovšem nepředpokládám, že byste byl nespokojen pouze jako úzkostný pacient, který trne hrůzou, že nebude ošetřen, ale nevím, jestli jste byl nespokojen jako renomovaný psycholog, anebo proto, že vidíte do zdravotnictví trochu hlouběji: sám jste přece působil v letech 90–*

*92 na ministerstvu zdravotnictví jako tiskový mluvčí Martina Bojara. Co teď máte za zlé lékařům, kteří stávkovali?*

Nemám jim nic za zlé, naopak, přemýšlím, kde se stala chyba, ale stávku nepovažuju za produktivní. Stále se mi honí v hlavě ten desetiletý příběh o transformaci zdravotnictví a často přemýšlím o tom, proč tolik lékařů nepochopilo správně – těmi desetiletí prověřený – koncept transformace Martina Bojara. Ono se to svým způsobem týká celé naší společnosti, proč po dobrém startu po převratu začala v letech 1992-93 podle mého soudu vítězit arogance a demagogie nad zdravým rozumem, cosi, co jsem už tenkrát označoval za „pravicový bolševismus a marxismus naruby“. Proč plané sliby ODS před volbami, např. že v roce 2000 budou dvojnásobné platy, že trh, privatizace a konkurence vyřeší zdravotnictví, oslovily tolik lidí. Zkrátka náš postoj od začátku byl ten, že sice privatizace a konkurence může výrazně zdravotnictví pomoci, ale že to není ten klíčový moment. My jsme tehdy takový moment spatřovali v jasně strukturovaných pravidlech, v právním rámci pro transformaci a privatizaci zdravotnictví a odmítali jsme to vnímat jako problém pravice či levice. Připomínám, že jsem šestnáct let pracoval ve zdravotnictví jako klinický psycholog – osm let v psychiatrické léčebně, osm let v sexuologickém ústavu v Praze, a tak se za zdravotníka považuji. Když takto zpětně uvažuji po desetiletích, tak moje první úvaha je, kde jsme udělali chybu my. Patrně v komunikaci s lékařskou veřejností, nebo s celou veřejností. Po pravdě řečeno ale v tom mě to moc nenapadá, protože jsem měl to štěstí, že jsem byl mluvčím Martina Bojara, kterého považuji opravdu za výjimečnou osobnost a jehož koncept dodnes považuji za správný, a vím, že s veřejností a lékařskou veřejností už potom nikdo jiný tak intenzivně a dobře nekomunikoval jako on. Řada lidí mi dnes říká, že se mu v duchu za tehdejší agrese omlouvá.

***Můžete svoje hodnocení konceptu ministra Bojara nějak doložit?***

To by bylo na dlouhý rozbor, Bojar chtěl více zdrojové financování, ale základní chybu vidím v tom, že Všeobecná zdravotní pojišťovna zahájila svou činnost díky poslancům ODS o rok dřív, než bylo plánováno, to znamená nedostatečně připravená, a že zákon umožnil vznik asi 26 dalších pojišťoven, což dodnes považuji za kardinální chybu. My jsme uvažovali o tom, že pojišťovna by měla být nejdříve jedna –

***Promiňte, že přerušuji, ale neměli jste strach, že bude mít monopolní postavení a že ho bude využívat tak, jak své dominance využívá VZP?***

Ne, postupně jich mělo být maximálně pět, dávno mělo již být připojištění a možnost přímých úhrad. Slyšel jsem, že v těch 26 pojišťovnách zmizelo zhruba sto miliard, což je téměř jeden roční rozpočet na zdravotnictví. Kdyby se to nestalo, pak by platy lékařů mohly být dávno trojnásobné, než jsou nyní.

***Takže tedy to není tak, že byste nepřál platy lékařům, ale že nechápete jejich jednání?***

Samozřejmě lékařům dobré platy přeji od počátku a dokonce vyšší než sami často požadují, protože jsem přesvědčen, že mají výjimečnou roli ve společnosti a že to je výjimečná profese vyžadující celoživotní nasazení. O tom jsem nikdy nepochyboval, ale chtěl bych připomenout, že ti, kteří pracují v soukromých praxích, tak solidní příjmy už mají.

***Ovšem ne všichni.***

Mnozí z těch, kteří pracují v soukromých praxích, a vím to od řady svých přátel. Ale ten základní konflikt, a já myslím, že zbytečný, se týkal privatizace majetku, a ne činnosti. Martin Bojar jednoznačně prosazoval privatizaci činnosti a upozorňoval na riziko, které je spojeno s privatizací majetku, tedy budov, zejména poliklinik. Proti němu stálo naduté demagogické tvrzení jeho odpůrců, které slibovalo majetky, tedy budovy, které slibovalo horentní zisky a v jakémsi kuloárovém podsvětí to bylo formulováno slovy „jděte už do prdele s tou vaší slušností“ a slibem „až my se dostaneme k moci, provedeme privatizaci metodou noci dlouhých skalpelů“. A jestli vůbec je něco možno generalizovat, a jestli někde je stín výčitky, pak bych to formuloval tak, že tolik inteligentních lidí takové hlouposti naletělo.

***V čem vidíte příčiny? Ted' se vás ptám jako psychologa.***

Kdybych se znovu narodil nebo kdybych znovu žil v situaci, kdy se bude něco privatizovat, tak je třeba si pamatovat, že mnohem důležitější než rady jsou pravidla a že v konfrontaci s příslibem majetku sebeinteligentnější rady selhávají.

***To je ovšem dost smutné zjištění.***

Mně je to také líto, ale z každé situace se musí člověk poučit, a tak bychom si to napříště měli pamatovat.

***Co dokáže vidina zbohatnutí vidíme konečně i na případech nájemných vrahů, jimž se jako soudní znalec zabýváte. Samozřejmě ovšem s nimi lékaře nesrovnávám.***

To jsem rád. To je opravdu o druhém extrému, ale také o našich spoluobčanech na pomyslné Gaussově křivce, která nám rozhodí společnost třeba na ty nejslušnější a na ty nejneslušnější. A i tam slyším argumenty, že stát přece povolil soukromé bezpečnostní agentury a zbrojní pasy téměř pro každého a že existuje neplacení mezi firmami, které stát toleruje. Co se prý divím, když žiji v zemi, kde není možno odlišit špinavé peníze od čistých! Jeden majitel nevěstince mi nedávno řekl, že ho k tomu podnikání donutil tento stát: když si dal žádost o úvěr na hotel, nedostal ho; když to přepsal na hodinový hotel,

dostal ho ještě tentýž den. Zločinci si vždycky najdou výmluvu, ale mě je hodně trapné, když mají možnost to svádět na vrcholné politiky.

***Jakou cestu k nápravě byste viděl? Co se stalo, odestát se nemůže, a teď už mnohé pojist'ovny zkrachovaly, jejich počet se omezil.***

Zaplat' pánbůh, že se to tak vlastně vrací k té původní myšlence. Ale peníze jsou v hájia zbohatlo z nich jenom několik stovek podvodníků, kteří si pojist'ovny nebo jejich vybavení rozebrali do soukromého vlastnictví. Jedinou legální cestu dnes vidím ve zvýšení pojistného, ale to je asi politicky neprůchodné.

Přesto je však třeba mít v stále na mysli, že se úroveň zdravotnictví za těch uplynulých deset let neuvěřitelně zlepšila, ve všech možných parametrech, a skutečně někdy na úkor zejména mladších nemocničních lékařů, kteří zdravotnictví určitým způsobem svými nízkými platy vlastně dotují. Patří jim čest a sláva. Na druhou stranu v analogické situaci jsou mladí učitelé, mladí vědečtí pracovníci, a řada mladých lidí, takže vytrhnout tuto jednu skupinu zaměstnanců z kontextu mi připadá přinejmenším morálně sporné. Tato situace kopíruje situaci v celé společnosti, a myslím, že nám může být jenom líto, že ten vývoj bude pomalejší než jsme předpokládali, ale nakonec to stejně dobře dopadne, protože špatně – špatně už bylo. Bude to trvat déle, ale přece jen se platy zvýšily a úroveň zdravotnictví je třeba jen v technologickém vybavení téměř zázračná. Některým lékařům by se dalo vytknout, že se nechají manipulovat nejrůznějšími farmaceutickými lobby, což je v úhrnu strašně krátkozraké, protože je to nepochopení rozdílu mezi sprintem a maratónem. Krátkodobě to může být příjemné dostat od farmaceutické firmy mikrovlnou troubu nebo počítač, dlouhodobě to ale okrádá úplně všechny.

***Myslím, že lékaři při poslední stávce svým požadavkem na plat 37 tisíc popudili hodně lidí, kteří mají platy nízké. Protože vystupují jako odborový klub, mohou prezentovat pouze platové požadavky, ale to jim podporu veřejnosti nezíská.***

Žádný platový požadavek podporu veřejnosti nezíská. Lékaři navíc často podléhají iluzi, že je veřejnost miluje, protože generalizují zkušenost z individuálního kontaktu s vděčným pacientem na celou veřejnost. Podobně si mnozí mysleli, že volebně mohou jako opinion-makers ovlivnit velkou část veřejnosti. Není to tak úplně pravda, protože ten vztah je komplikovanější a řada pacientů prožívá lékaře ambivalentně, ne tak jednoznačně, jak jim prezentují. My jako profesní skupina jsme na tom ještě hůř v tom smyslu, že generalizovat vděčnost jednoho pacienta na postoj veřejnosti k psychologům by byla naprostá bláhovost.

***Co vám osobně dalo nebo nedalo těch uplynulých deset let?***

Ten prožitek mluvčího ministra zdravotnictví byl pro mne jako pro psychologa a psychoterapeuta nesmírně zajímavý a důležitý, protože osm let na psychiatrii, osm let v sexuologickém ústavu a dva roky praxe státního úředníka plus moje zkušenost soudního znalce, který vyšetřuje zločince, je neuvěřitelně vzrušující prožitek sond donejrůznějších typů lidských osobností a jejich reakcí. Posílilo to moji celoživotní touhu po nezávislosti a mělo to i řadu vedlejších zisků; například to jednoznačně vyřešilo můj vztah

k léčitelům, neboť ministr Bojar ve své velkorysosti ustavil komisi alternativního léčitelství, a tak jsem se setkal s desítkami nejvýznačnějších českých léčitelů. Už předtím byl můj vztah k nim rezervovaný a dnes je jednoznačně negativní. Podobně bych mohl popsat svůj vztah k homeopatii. Další vývoj mě přesvědčil o tom, kudy cesta nevede. Jednal jsem s řadou profesorů-šéfů zdravotnických zařízení, kteří pro spolupráci s StBmuseli opustit funkce, a to je materiál na studii o neschopnosti reflektovat vlastní vinu. Byl jsem také účastníkem řady výběrových řízení na šéfy zdravotnických zařízení a teď je pro mne zajímavé sledovat, kdo z těch vybraných kandidátů obstál a kdo neobstál.

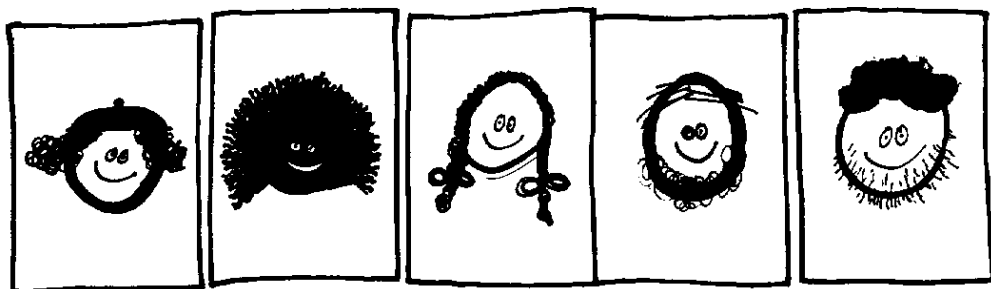
***Dá se nějak procentuálně vyjádřit poměr těch, kteří obstáli, a těch, kteří to nedokázali?***

Dá se říci, že tam, kde byl konkurs proveden korektně a dokonce za pomoci vnějšího pohledu psychologického vyšetření, tak je možno ta výběrová řízení označit za úspěšná. Tam, kde byla výběrová řízení nejrůznějším způsobem manipulována, nejrůznějšími tlakovými skupinami politickými nebo různými skupinami lékařů, tak to dopadlo skoro vždycky špatně. Také by stálo za to zanalyzovat všechna s.r.o. lékařů, která vznikla s cílem privatizovat nějaký objekt. Asi by se prokázalo, že ve většině případů se ti lidé tak rozhádali, že to vůbec nikam nevedlo. Že ty počáteční konflikty, jestli z prvního zisku opravit střechu, nebo nakoupit auta, jsou v nezralé společnosti asi tak bolestné, až se rozcházejí i staří kamarádi.

***Myslíte, že naše společnost je teď trochu zralejší? Jaký pokrok udělala za těch deset let? Dospěla, nebo je jenom našťvaná?***

Jsem přesvědčen, že i to našťvání je součástí zrání a že Viktoru Koženému a podobným jalovým slibům by už dnes tolik lidí nenaletělo. Je to zkušenost hodně hořká a stálo nás to nejenom hodně peněz, ale i mezinárodní prestiž – už nejsme premianti. Nicméně když to přijmeme jako hodně špatnou známku v pololetí, tak si myslím, že do konce roku máme dvě možnosti – buď se na všechno vykašlat a propadnout, anebo začít něco pořádného dělat a vysvědčení si zlepšit.

PhDr. Slavomil Hubálek, psycholog, ředitel ALEA – PSYCHOLOGIE, 1990 – 1992  
mluvčí ministra zdravotnictví





## **Prof. Pavel KLENER je rozčarován: Místo reformy narůstal postupně ve zdravotnictví chaos**

*V prosinci 1989, přesně před deseti lety, jste se stal prvním ministrem zdravotnictví v první nekomunistické vládě. Jak k tomu došlo, kdo a proč za vámi přišel ?*

To je i pro mne záhada, já jsem se stal ministrem přes noc. Byl jsem 3. prosince v Brně na kandidátských obhajobách a ještě na zpáteční cestě jsme s kolegy, kteří se té obhajoby také zúčastnili, diskutovali, kdo by mohl být příštím ministrem zdravotnictví. A když jsem se večer vrátil domů, měl jsem naléhavý vzkaz, že mám okamžitě volat jakési číslo.

K mému překvapení se ozval úřad vlády, že prý se mnou chce okamžitě mluvit pan premiér. V první chvíli mne napadlo, jestli nemám nějaký průšvih, ale ukázalo se, že mi bylo nabídnuto křeslo ministra zdravotnictví a sociálních věcí. Po hodinové diskusi jsem nabídku úspěšně odmítl a byl jsem propuštěn s tím, že jsou ještě tři další kandidáti. Doma jsme se pak náramně bavili, říkal jsem dětem „vidíte, mohli jste mít tatínka ministrem“. Leč kolem půlnoci byl opět telefonát, že OF nikoho z těch dalších tří kandidátů neschválilo a abych se na úřad znovu dostavil ráno. A tak jsem ráno znovu snášel argumenty, proč nemohu být ministrem a pak přišel tehdejší předseda české vlády pan Pitra: „O čem tady stále diskutujete? Jediné křeslo, které ještě nemáme obsazeno, je ministerstvo zdravotnictví, jediným kandidátem jste vy, tak se jděte domů převléknout a v jedenáct hodin jedem na Českou národní radu!“ Tak jsem se stal ministrem a dodnes se mi nepodařilo vypátrat, kdo dal na mne tip, nebo jakým způsobem se to vše odehrálo, ale zkrátka než se den se dnem sešel, seděl jsem v křesle ministra. A pak jsem přišel do budovy, ve které jsem dosud nikdy nebyl, rázem jsem měl pod sebou více než tři stálíci, z nichž jsem prakticky nikoho neznal, a měl jsem řídit činnosti, o nichž jsem skoro nic nevěděl. To nebyla záviděníhodná situace. Hned od prvního dne jsem byl postaven před řadu problémů vyžadujících okamžité řešení, přitom jsem se prakticky neměls kýmporadit. Bylo to hektické období, ale v nezapomenutelné atmosféře, naplněné radostnými nadějemi. Snad bych ještě dodal, že jak nestandardně a rychle jsem se ministrem stal, poněkud nestandardně a stejně rychle jsem jím přestal být. Ale to by bylo na delší povídání.

*Jistě jste musel mít nějakou představu, jak by zdravotnictví mělo vypadat...*

To jsem určitě měl. Hlavně jsem měl dost zkušeností z praxe, i když ne terénní, ale většinou z praxe nemocniční. A tak se hned v lednu začala připravovat nová koncepce zdravotnictví. Samozřejmě jsem to nemohl dělat sám. Jmenoval jsem proto poradní skupinu, která se jmenovala SKUPR (Skupina pro reformu), a z tohoto grémia vzešel návrh, který jsme ve dvou variantách rozeslali do terénu k připomínkám. Na základě došlých podnětů se pak formulovala definitivní verze návrhu reformy. Podotýkám, že jsem se v době svého působení na ministerstvu musel zabývat i problémy sociálními, neboť

přechod této problematiky do samostatného ministerstva sociálních věcí se začal připravovat až na sklonku mého funkčního období.

### *V čem vámi navržená reforma spočívala?*

Je velmi obtížné formulovat v několika větách zásady reformy, která byla zveřejněna na 30 stranách v publikaci nazvané „Návrh reformy péče o zdraví“ s podtitulem „Věnováno všem občanům naší země ke svobodným volbám 1990“. Návrh reflektoval požadavky zdravotnické veřejnosti, které jsme získali ze zmíněné ankety uspořádané v únoru a v březnu 1990. Počítalo se zde s privatizací, se zavedením pojišťovacího systému, s vícezdrojovým financováním zdravotnictví a s řadou dalších opatření. Návrh jsem osobně konsultoval s experty Světové zdravotnické organizace, kteří jej posoudili jako reálný a vhodný. Nicméně pro řadu radikálních reformátorů se jevil jako konzervativní, mimo jiné nejen pro pomalé tempo reform, ale též proto, že počítal se zachováním některých prvků předešlého systému, např. v oblasti preventivní medicíny. To byl patrně důvod, proč půlroční práce skončila nakonec v koši. Nastala doba radikálních reform. Pojišťovací systém byl spuštěn o 18 měsíců dříve, než počítal legislativní plán, nový zákon umožnil vznik více než 20 pojišťoven, které nabízely v podstatě stejné služby. Privatizovat se začalo zcela neuváženě a bez stanovených pravidel. Rozmělnily se pravomoci ministerstva zdravotnictví. Vše v souladu s výroky jednoho pana poslance, které mě utkvěly v paměti, že „socialistické zdravotnictví se nedá reformovat, musí se zničit“. Druhý výrok byl na adresu ministerstva zdravotnictví: „MZ necháme jen osvětu a zdravotnické školy“ (nakonec tam nezůstaly ani ty zdravotnické školy). V dalších letech se zdůrazňovala nutnost spoluúčasti nemocného, jako nový prvek. Mám ovšem doklady o tom, že již v březnu 1990 jsem navrhl poplatek 50 Kč za pohotovostní služby a zvýšení tehdejšího poplatku za recept z 1 Kč na 5 Kč. Návrh byl zamítnut.

Nemusím zdůrazňovat, že mě postupné a neuvážené kroky ve zdravotnictví značně zneklidňovaly. Snažil jsem se na ně upozorňovat, ale bezvýsledně. Mohl bych uvést celou řadu příkladů, kdy by řešení s použitím selského rozumu vedlo k pozitivním výsledkům. Bylo však vždy zvoleno řešení právě opačné. Jako příklad bych uvedl naplňování tzv. modrého pavilonu v Motole. Naplnění Motola mělo být provázeno zeštíhlením Všeobecné fakultní nemocnice a odstraněním duplicitních klinik na Karlově náměstí. S tím vedení 1. LF i VFN souhlasilo. Ve VFN existovaly totiž dvě kliniky gynekologické, dvě kliniky kožní a dvě kliniky oční. Přesto bylo rozhodnuto o přemístění kliniky krční, která byla v komplexu VFN jediná. V Motole se tak vytvořila duplicitní klinika a současně se narušila komplexnost VFN. Problematika fakultních nemocnic, jejich financování a jejich role v systému zdravotní péče bylo věnováno mnoho jednání a debat. Přesto se nepodařilo kompetentním činitelům vysvětlit, že role fakultních nemocnic je poněkud odlišná od ostatních zdravotnických zařízení, neboť zajišťují kromě komplexní a vysoce specializované péče též pregraduální i postgraduální výuku a jsou hlavními nositeli zdravotnického výzkumu. Dodnes se nepodařilo objasnit, že takových zařízení v ČR může být nejvýše tolik, kolik je lékařských fakult. Ani nový návrh zákona o zdravotní péči tyto skutečnosti nereflektuje, ačkoliv podle zákona o vysokých školách uvažujícího o zřízení univerzitních nemocnic se řešení tohoto problému očekávalo.

### *Jaké vidíte cesty k nápravě ?*



Cesty k nápravě budou značně nesnadné, ale myslím, že jde hlavně o dva problémy. Přestat s experimentováním a důsledně realizovat určitou dlouhodobou koncepcina jedné straně a na druhé straně zajistit pro zdravotnictví dostatečný přísun finančních prostředků, resp. hlavně zaručit, aby tyto finance byly smysluplně využívány. Současná ekonomická situace však není v tomto směru povzbudivá. Je ale s podivem, jak rozdílně se pohlíží na hospodaření ve zdravotnictví a v jiných sférách. Milionové schodky velkých nemocnic jsou téměř skandalizovány a široce medializovány, bez ohledu na to, zda byly způsobeny neschopným managementem, nebo zda jsou výsledkem vysoce kvalitní zdravotní péče. Naproti tomu miliardové ztráty bankovních domů jsou pohotově sanovány ze státního rozpočtu a managementy odpovědné za špatné hospodaření ještě dostávají milionové odstupné.

***Někdy se zdá, že z míst, kde se dá politicky rozhodovat nejenom o zdravotnictví, odešlo hodně odborníků a chytrých lidí. Mají se však vůbec intelektuálové starat o politiku?***

Myslím, že se o politiku starat musejí, ale druhá otázka je, jakou mají šanci v ní uspět. Většinou totiž nedovedou své názory prosazovat s takovou razantností a někdy až arogancí, takže v konfrontaci s různými stranickými okresními manažery prakticky nemají šanci. Kromě toho i když jsou příslušníky určité politické strany, nedívají se na problémy výhradně „stranickými očima“, ale často jim jde o řešení k obecnému prospěchu. Jestliže se pak náhodou jejich názor blíží stanovisku jiné, a nedej Bože dokonce opoziční strany, pak sebe racionálnější argumenty nejsou brány v úvahu. A proto se také většina intelektuálů z politiky stáhla, neboť viděli, že jejich slovo je sice slyšeno, ale nebere se v úvahu. Tím nechci říci, že intelektuálové mají patent na rozum, a že vědí všechno nejlíp, ale v řadě věcí by radit měli a mohli. Nemám však dojem, že by tomu tak vesku-tečnosti bylo. Naši vládní činitelé mají sice desítky poradců a náměstků, ale o jejich profesionalitě se čas od času můžeme přesvědčit z jejich vystoupení ve sdělovacích prostředcích. Řada politiků je často tak determinována doktrínou své strany, že není ochotna o jiném názoru ani diskutovat. Vzpomínám si, že jsem při jednom rozhovoru s bývalým ministrem zdravotnictví dr. Stráským upozorňoval na některé problémy, mimo jiné např. na ekonomickou i praktickou nevýhodu nákupu velkého počtu mimořádně nákladných přístrojů, jako jsou např. počítačové tomografy. Pan ministr mě ale odzbrojil: „Pane profesore, s tím si nedělejte starosti, to vyřeší trh!“ Ukázalo se, že to trh nevyřešil.

***Jak byste hodnotil uplynulých 10 let?***

Bez váhání mohu říci, že mimořádně kladně, a to jak obecně, tak ve svém osobním životě. Pro mne byla uplynulá dekáda neuvěřitelně pestrá. Byl jsem ministrem, poslancem, proděkanem, prorektorem a zastával jsem celou řadu dalších funkcí. Jsem rád, že jsem nezanedbal ani svou profesi. Napsal jsem v tomto období tři monografie a podílel jsem jako hlavní editor a spoluautor na dalších dvou monografiích a několika učebnicích. V obecné poloze oceňuji všechna pozitiva, která návrat demokracie přinesl. Jen nedovedu pochopit, že je spousta lidí nevnímá a přehlíží. Tím nechci říci, že jsem sesoučasnou situací spokojen. Problémů je mnoho, ale mnoho jich vzniklo zbytečně. Klíčový problém vidím v nedostacích naší legislativy, která umožnila zcela beztrestné plenění naší eko-

nomiky a která se podle mého soudu podepsala i na problémech našeho zdravotnictví. Počátkem r. 1990 jsem v několika svých veřejných vystoupeních vyslovil naději, že se v brzké době změní společenské postavení lékařů. Jsem trochu zklamán, že se tak dosud nestalo, ale naději, že se situace změní, jsem neztratil.

*Prof. MUDr. Pavel Klener, DrSc., prorektor UK, ministr zdravotnictví 1989 – 1990*

## **MUDr. Milan Kubek se zlobí na politiky a tvrdí: Jediní, kterým jde o pacienty, jsou lékaři**

*Když v listopadu 1989 „zahřmělo“, byl tehdejší medik ve 4. ročníku Milan Kubek stejně jako většina jeho kolegů prý hrozně nadšený a také trošičku zmatený, neměl představu, kam se to bude všechno ubírat – nejdřív si myslel, že „maximálně všeskončí nějakou výměnou v politbyru, že ti nejhorší odejdou a že se moci chopí nějakí mladší soudruzi a udělají jakousi perestrojku.“ Takové představy – nejen studentů – byly překonány, a tak se zaradoval, že může říkat co chce a že se otevřely hranice. Ted', když má za sebou sedm let praxe a dvě atestace, jako předseda Lékařského odborového klubu, odpovídá MUDr. Milan Kubek na otázku, co se za posledních desetposledních let ve zdravotnictví změnilo:*

Asi největší změna, ke které došlo, je ta, že medicína udělala obrovský skok: máme neonatální úmrtnost stejnou jako ve Švédsku, na počet obyvatel transplantujeme víc ledvin než v Německu, rozšířilo se spektrum kardiologických výkonů, dialýzu dostane v podstatě každý, kdo ji potřebuje, a není to tak, že když je někomu přes padesát necháho společnost umřít tak, jak to bylo za komunistů. Ale –

*Na to vaše „ale“ čekám, protože jste jeden z těch nespokojených lékařů –*

– protože zdravotnictví dosáhlo evropskou úroveň jako jedno z mála odvětví našeho hospodářství, nejsme schopni tu vysokou úroveň medicíny zaplatit. Na osobu se u nás ročně dává 350 dolarů, zatímco v USA se dávají 3000 a v Německu asi 2500 dolarů ročně. A řadu věcí – léky apod. – zdravotnictví kupuje za ceny světové nebo k nim se blíží. Co je ale nesvětové, to je cena práce zdravotníků, právě na jejich úkor je stávající úroveň medicíny udržována. Pro ilustraci: třeba osobní náklady v nemocnicích v Západní Evropě se pohybují mezi 60–70 %, zatímco u nás od 30–45 %, v průměru je to 38–40 %. Tady je vidět, na čem se šetří – jsou to naše mzdy. Dále se šetří i tím, že zdravotnictví žije z podstaty. Po boomu, kdy se nakupovaly nové přístroje často naprosto chaoticky, neúčelně, i tam, kde k tomu nebyl personál nebo návaznost naurčitá oddělení a záleželo jen na tom, kde který ředitel měl politické přátele, tak dnes nejsou peníze na nákup prakticky ničeho. Přístroje zastarávají, na nové není, úhrady od zdravotních pojišťoven nestačí ani na prostou reprodukci: na to, že je třeba opravit střechu nebo že by doktoři měli mít nové pláště – já v tomto svém chodím snad sedm let. Pak je tu ještě plíživé zhoršování péče – třeba nemocnice, které musí vyjít s paušály, nemohou pacientům poskytnout nejlepší léky. Máme přísně omezeno, co se smí, a co nesmí podat. Pacienti

enti to nevnímají, protože tomu nerozumí, ale posun k horšímu během posledních 3-4 let lékaři cítí.

***Přece jenom péče o pacienta je to primární, co by lékaři měli mít na srdci; proč tedy v prvé řadě křičíte, že chcete mít lepší platy, že chcete 35 tisíc měsíčně?***

Když já si myslím, že jediní, kteří mají na srdci právě pacienty, jsou ti lékaři. Politikům jsou pacienti naprosto lhostejní, potřebují je pouze jako voličskou masu, a jinak je vůbec nezajímají. Když máme málo peněz, pak je nutno ty prostředky alokovat do péče nezbytné, život zachraňující, jednoznačně účinné. A to se neděje. Stále se předepisují oxiphylliny, nit-rety, hepatoprotektiva a jiné léky, které jsou buď naprosto neúčinné nebo jejichž účinnost nikdo neprokázal. Dále se vyplývají peníze tím, že pacienti mají zadarmo jídlo v nemocnici. A potom když přijde do tuhého, kupříkladu padesátiletý muž dostane infarkt, najednou nejsou peníze na to, aby mu byla rychle udělána angioplastika, aby mohl dostat stent, který stojí 50 tisíc. A to je to důležité; já jako pacient chci až v momentě, když se vybourám v autě, abych dostal špičkovou péči, která mi zachrání život. Když dostanu infarkt, tak chci dostat stent, abych mohl ještě deset let pracovat, a nechci být léčen heparinem, abych buď umřel, nebo byl ze mne invalida. Ale to nemá nikdo z politiků odvalu občanům říci, že když je peněz málo, musí se investovat právě do těch drahých věcí, život zachraňujících, a že se nesmí utrácet za nesmysly, zarohlíky v nemocnicích a za léčení chřipky, protože tu si mohu léčit sám. A druhá věc – když jste se dotkla platů; od této otázky nechci utéct, ale často se argumentuje – a to vnímám jako falešné, že medicína je nějaké poslání. Kdybyste se ale zeptala na Západě, co to je medicína, tak vám odpoví, že to je byznys a tvrdá dřina, ale nikdo vám nebude nic říkat o poslání. Prostě doktor je profesionál, vyškolený v určitém oboru. Je v zájmu jeho i v zájmu společnosti, aby ve svém oboru byl co nejlepší profesionál, a aby mohl být profesionál, musí se medicíně věnovat naplno, musí studovat a to nemá nic společného s posláním. Léčitelé si myslí, že plní poslání. To je naprostý nesmysl. Lékaři jako profesionálové se svou prací musí živit. A je normální, že se za odpovědnou práci chtějí živit slušně. Mají právo, aby se jim roky studia vrátily, protože žádné povolání nemá tak náročnou jak pregraduální, tak postgraduální přípravu. Teď jsem dělal druhou atestaci z interny, a po sedmi letech praxe, v nejkratším možném termínu, co to šlo, v nejmladším věku, kdy je to možné, tedy ve 32 letech, jsem teprve plně kvalifikovaný lékař. Nyní očekávám, že se mi ta léta studia musí nějak finančně vrátit, protože vzdělání je investice. Na tom přece není nic špatného, že lékaři chtějí být zaplaceni, nehledě na to, že to je normální – všude jsou slušně zaplaceni, všude patří mezi střední třídu, stejně jako právníci, ekonomové, učitelé, kteří jsou na tom u nás také tak mizerně. A nikdo se nad tím nepozastavuje. Příjmy lékařů se v Západní Evropě pohybují mezi 2,5 až 5 násobkem průměrného platu, u nás mají lékaři 1,8 násobek, a to za 1,3 pracovního úvazku. U nás průměrný lékař pracuje za 95 Kč na hodinu.

***Je známo, že LOK má takové požadavky, méně se ví o důvodech. Říkáte tyto hlubší důvody také politikům a jakou máte možnost s nimi mluvit?***

To je takové zvláštní. Většina politiků žije jakoby dvojím životem. V jednom životě se s nimi bavíte jako s normálními lidmi, když vás nikdo neslyší, můžete se s nimi i domluvit. Uznávají, že peněz je málo, že je s nimi třeba šetřit. Většina z nich chápe, že

je nezbytná nějaká spoluúčast pacientů, že není možno, aby bylo všechno hrazené z pojištění a že se zdravotní péče zneužívá. Ale v momentě, jak promluví na veřejnosti ke svým potencionálním voličům, tak uvažují naprosto chladně, pragmaticky a cynicky. Spoléhají se, že lékařů je 35 tisíc, sester pak 150 tisíc a když je v zemi 10 milionů obyvatel, tak je ti lékaři a sestry vůbec nezajímají. Než by řekli občanům na rovinu určité nepříjemné pravdy, tak to raději lžou.

***Nemají ovšem pravdu, když říkají, že se nestaráte o zdravotní sestry a že se považujete za příliš výlučnou skupinu, která by chtěla mít privilegia?***

To není pravda. My jsme letos v únoru uspořádali summit zdravotnických odborů, kdy jsme vyzvali všechny odbory, působící ve zdravotnictví, abychom se shodli na některých požadavcích, které budeme společně prosazovat. Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče pana Schlangerera se k nám nepřipojil, ale se Svazem českých lékařů a s Profesní unií středních zdravotnických pracovníků, která sdružuje 14 tisíc zdravotních sester, jsme se dohodli. Společně požadujeme pro lékaře trojnásobek průměrné mzdy a pro zdravotní sestry 1,3 násobek průměrné mzdy; dnes mají sestry pouze 89 % celostátního průměru, a to je ostuda. LOK dal v lednu dohromady také návrh zákona o mzdě odborných zdravotnických pracovníků, který zahrnuje všechny skupiny zdravotníků, jak nižších – sanitáře, tak středních – zdravotní sestry, laboranty, a vyšších – lékaře. Myslím, že ten návrh je slušně propracovaný a mnohem spravedlivější než stávající zákon, protože více oceňuje odbornost a kvalifikaci a klade menší důraz na věk. Umožňuje tak managementu, aby toho, kdo pracuje lépe a více, mohl lépe odměnit a aby i v těch organizacích, kde lépe hospodaří, mohly být platy vyšší. Bohužel nemáme sílu, abychom takový návrh prosadili. Jsme tedy ochotni jednat o jakémkoliv způsobu, kterým by se mohly mzdy upravit tak, aby zdravotníci nebyli vykořisťováni.

***Tento zákon jste sice vystavili na Internetu, ale předložili jste ho na příslušná místa? Nezdá se, že by třeba pan ministr David o něm něco věděl.***

Ten návrh jsme mu předložili v lednu. Jednali jsme s ním dvakrát. Poprvé 18. února, kdy si pan ministr přál, aby to bylo neveřejné, že nebudeme zvat novináře. Přistoupili jsme na to, ale ukázalo se, že to byla chyba. Proto jsme o druhém jednání, které bylo 12. dubna, už novinářům řekli. Stejně tak jsme ten návrh předložili ministroví práce a sociálních věcí panu Špidlovi, jednali jsme o něm také s předsedou zdravotního výboru poslanecké sněmovny ing. Škromachem a poslanci všech politických parlamentních stran kromě komunistů.

***A odezva?***

Odezva žádná. Zdravotnictví funguje, občané jsou spokojeni, a proto je politikům osud zdravotnictví jaksi lhostejný. Většinou jen opakují známé fráze. Třeba sociální demokracie slibovala v předvolebním programu i v prohlášení vlády, že během dvou let stoupnou mzdy ve zdravotnictví o desítky procent – ty sliby splněny nebudou. Došlo jenom k navýšení tarifních mezd o 17 %, což znamenalo zvýšení celkových platů lékařů o 13 a zdravotních sester o 14 %. Na příští rok se žádné navýšení nechystá. Otom, jakpokud možno ihned aspoň částečně kompenzovat mzdový propad ve zdravotnictví, jsem

v těchto dnech napsal vicepremiéru Špidlovi, protože za stávajícího chaosu ve zdravotnictví vlastně nevíme, jestli máme ministra, nebo nemáme.

***Když jste na začátku října stávkovali a uspořádali shromáždění před budovou vlády, sepsali jste dopis nespokojených zdravotníků – co se vlastně s tím dopisem stalo?***

To je také taková zvláštní situace. Napsali jsme, s čím nesouhlasíme a že chceme jednat. Dopis jsme odevzdali, ale pan premiér řekl, že to je anonym. Tak jsme během tří týdnů sesbírali 6 tisíc podpisů – teď máme dalších několik tisíc – těch šest tisíc jsme odnesli na úřad vlády, a když jsme byli ohlášení, nepřišel dopis převzít nikdo jiný než nějaká paní z podatelny. Reakce pana premiéra byla zase nulová. Přitom nám jednání o zdravotnictví sliboval. Pan premiér nemluví pravdu v tom, že s námi nebude jednat v momentě, kdy vyhrožujeme, protože on s námi nejednal nikdy. Ví, že ve vládě, když jsme manifestovali, přišlo k roztržce mezi ministry, kdy část z nich namítala, že setakto přezíravě vláda ke zdravotníkům chovat nemůže, že to není rozumné, ale převážil názor, že zdravotníci jsou snad hnůj, se kterým se vláda bavit nemusí. Mně mrzí, že těch šest tisíc podpisů nestojí premiérovi ani za to, aby nějak reagoval. Požádali jsme ho 2. září o jednání na téma zdravotnictví, vylíčili jsme, že resortní ministr situaci nezvládá a že jednání s ním v podstatě skončila, nejsme schopni se na ničem dohodnout. Ministr nám neposílá žádné z návrhů, které předkládá do sněmovny. Nic s námi nekonzultuje, byť nám to bylo slibováno, a pan premiér k tomu mlčí. Vláda se tváří, že problémy zdravotnictví neexistují. Tahanice, jestli se ministr odvolá nebo neodvolá, jsou pak naprosto trapné. Hrozně poškozují celé zdravotnictví, protože občané to vnímají jako skandály ve zdravotnictví, a neuvědomují si, že jsou to pouze skandály pana Davida a vlády ČSSD. Zdravotnictví zatím funguje. Lékaři se snaží léčit dobře.

***To mi připomíná, že právě v těchto dnech studentští vůdci z roku 1989 vydali plamennou výzvu Děkujeme, odejděte. LOK se také choval podobně jako v roce 1989, protože se na říjnové demonstraci vyhrávalo a cinkalo klíči, ale přesto mi ta letošní demonstrace připadala mnohem skromnější, než byla třeba v březnu 1996 na Václavském náměstí. Tam bylo těch lidí mnohokrát víc; znamená to, že lékaři propadají beznaději a jsou pasivnější, nebo že už je část z nich spokojena? Přece jen se někde platy zvedly nebo se někomu už podařilo splatit dluhy a jeho situace se stabilizovala.***

Není rozhodující, kolik lidí se na nějaké demonstraci sejde, spíš jde o to, jestli mají pravdu, nebo nemají. I takto – protože tam bylo asi tisíc osob – jsme porušili to, co jsme měli uloženo obvodním úřadem, který nám povolil manifestaci pouze 30 lidí. Myslím, že zdravotníci nejsou spokojeni. Naopak jsem přesvědčen, že všichni jsou nespokojeni, a jenom se liší v míře té nespokojenosti. A v ochotě a odvaze to vyjádřit. Politikům se podařilo aplikovat staré římské *divide et impera*. Lékařský stav byl rozdroben na skupiny lékařů zaměstnanců, lékařů soukromých, ti na soukromé lékaře praktické a soukromé specialisty, stranou stojí zubaři, a tak na všech dohodovacích řízeních a cenách postupují pojišťovny nejjednodušší taktikou, když každé skupině říkají: Dobře, my vám rádi přidáme, ale ty peníze je třeba vzít ostatním. Tak vzniká psychóza, že se lékaři mají jako psi rvát o kost. To je hrozně škodlivé. Tyto skupinové zájmy může dobře vyrovnávat lékařská komora, protože sdružuje všechny lékaře. Myslím, že stávající vedení ČLK se o to snaží.



*Není divu, že chválíte komoru, protože jste v čele LOK vystřídal současného prezidenta ČLK doktora Ratha. Také jsem se v jednom spisku dočetla, že „Kubek je pokračováním Ratha jinými prostředky“. Považujete to za poklonu, nebo hanlivý výrok?*

Nevím, v čem by se ty prostředky měly lišit. Jednání LOK je dost konzistentní, od roku 1995 se chováme stejně: snažíme se poukazovat na tu hloupost ve zdravotnictví, na chyby v hospodaření nemocnic, stále opakujeme tytéž návrhy, jak uspořit a získat další prostředky pro to, abychom mohli zachovat zdravotní péči na světové úrovni a získat nějaké peníze na důstojné platy. Možnosti LOK jsou omezeny a limitovány

tím, a v tom je naše slabost, že nikdy nemůžeme a nebudeme stávkovat třeba jako železničáři, nikdy nemůžeme přestat poskytovat aspoň první pomoc. Politici to dobře vědí a zneužívají toho. Před každým protestem lékařům vyhrožují soudy, a když protest – kultivovaný – skončí, vysmívají se, že neumíme ani pořádně stávkovat.

***Pořád narážíte na to, že politici vám nerozumějí a kritizujete je. Myslíte, že někdy tady budou politici, které kritizovat nebudete?***

Asi se vždycky najde nějaký důvod ke kritice, ale já věřím, že se jednou urodí nějakí politici, kterým bude možno důvěřovat a že zase půjdu k volbám s radostí, a ne s pocitem, že si mezi zly vybírám jenom to nejmenší.

***Ale není to vlastně fajn, že si člověk může vybírat i mezi různými zly a nemusí jenom potvrzovat jedno jediné zlo?***

Je to fajn a zaplat'pánbůh za to, ale je to málo. Já chci volit dobře. Všem, kteří chovají stesk po předlistopadových poměrech, bych však přál, aby si prožili jeden reálněsocialistický den a pak by možná nadávali méně. To je ale obecné klišé. Celá transformace společnosti, ke které mělo dojít, se scvrkla na transformaci ekonomickou, a ani tu jsme pořádně nedokázali. O tom, že by se transformovala společnost, změnila se struktura hodnot a chování lidí, o tom se nám ani nezdá.

*MUDr. Milan Kubek, předseda Lékařského odborového klubu*

# Nespokojení zdravotníci napsali vládě otevřený dopis: Chceme stabilní podmínky, peníze a dialog

České zdravotnictví funguje ke spokojenosti pacientů pouze díky obětavé práci zdravotníků, kteří jsou nuceni dotovat špatný systém na úkor svých příjmů.

Ministr David nekomunikuje s odbornou veřejností a ministerstvo zdravotnictví pod jeho vedením nedokázalo připravit ani jeden návrh zákona tak, aby mohl být schválen poslancek sněmovnou.

Ve svém programovém prohlášení i v koncepci rozvoje resortu zdravotnictví slibovala vláda ČSSD zvýšení příjmů zdravotníků „během dvou let o desítky procent“. Lednová úprava mzdových tarifů však nepřinesla ani pouhé vyrovnání propadu reálných mezd, ke kterému došlo v uplynulých letech. Mzda v resortu zdravotnictví tvoří i nadále pouhých 94 % celostátního průměru. V žádném případě tedy nejde o narovnání mzdových relací, které požadujeme. Vzhledem k tomu, že s podstatným růstem mezd zdravotníků v příštím roce vláda nepočítá, je zřejmé, že slib nebude splněn. Zdravotníci se cítí být podvedeni, a proto:

1. Požadujeme okamžité zahájení dialogu mezi zdravotníky a vládou o zásadních změnách ve financování českého zdravotnictví, které umožní lepší ohodnocení práce všech zdravotníků.
2. Požadujeme, aby průměrný plat u lékařů zaměstnanců dosahoval trojnásobku a u středních zdravotnických pracovníků 1,3 násobku průměrné mzdy v ČR. Připomínáme, že lékaři odpracují v průměru 240 hodin oproti běžným 185 hodinám pracovního měsíce. Náš požadavek odpovídá hodinové mzdě lékaře 150 Kč. V zemích EU se příjem lékařů zaměstnanců pohybuje mezi 2,5 až 5 násobkem průměrné mzdy. Zvýšení mezd chceme zajistit samostatnou mzdovou normou nebo kolektivní smlouvou vyššího stupně pro resort zdravotnictví.
3. Protestujeme proti arogantnímu chování vlády, ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven vůči zdravotníkům.
4. Žádáme stabilizaci ekonomických podmínek pro soukromá, nestátní i státní zdravotnická zařízení. Nesouhlasíme s připravovanou likvidací soukromých praxí formou plošných výběrových řízení, jejichž důsledkem by bylo výrazné zhoršení dostupnosti lékařské péče.
5. Požadujeme vytvoření reálného ceníku zdravotnických služeb a odmítáme nekvalifikovaná rozhodnutí státu v oblasti cen, které zdravotníky poškozují.
6. Požadujeme urychlené vyřešení rozporu mezi objemem a kvalitou poskytované péče a mezi množstvím prostředků na tuto péči vynakládaných. Je povinností politiků sdělit občanům, že za české peníze nemohou očekávat péči na úrovni amerického zdravotnictví.

Čeští zdravotníci požadují, aby jejich zodpovědná práce byla společností ohodnocena tak, jak je tomu zvykem ve všech vyspělých demokratických zemích. Odmítáme se nechat nadále vydírat a jsme odhodláni pokračovat v protestech do té doby, dokud nebudou splněny naše oprávněné požadavky.

## Recept prezidenta ČLK MUDr. Davida Ratha: Drobná, usilovná a odpolitizovaná práce

*Ted' (26. 10. 1999) jsem byla na snídani s ministrem Davidem, kterépořádá pro zvané novináře, a tam hlavním tématem byl spor ministra zdravotnictví s ředitelkou Fakultní nemocnice Motol. Když sledujete tento případ anebo potíže VZP, necítíte přitom trochu uspokojení, že dochází na vaše slova? Patřil jste přece ke kritikům jak způsobů VZP, tak paní ředitelky Rögnerové za jejich hospodaření. Co při tom cítíte?*

Rozhodně necítím uspokojení, protože informace, které máme a měli jsme, hovořily jednoznačně; když se ale prokážou jako pravdivé, může mít člověk na jednu stranu radost, že má dobré zdroje informací, ale na druhou stranu je smutné vidět, s jakými potížemi se neustále potýkáme – a mám pocit, že to nemá tendenci se zlepšovat, stabilizovat. Bohužel ten spor mezi panem ministrem Davidem a ředitelkou Rögnerovou je toho příkladem – na jedné straně jsou velké pochybnosti o korektním přístupu u ministerstva zdravotnictví. Kdo četl knihu bývalého tiskového mluvčího, kde jsou uvedena jména včetně výše úplatku, tomu z toho naskakuje husí kůže při představě, že by to byla pravda. Pokud by byly pravdivé informace, které máme v obdobném, nebo trošku jiném rozměru o vedení nemocnice v Motole, pak by nám husí kůže naskakovala stejným způsobem i z jejich hospodaření. Ten spor na mne osobně dělá dojem, že to je spor dvou lidí, kteří se hádají, kdo dostane provizi a kdo nedostane provizi. Pokud by to takto bylo vnímáno společností, pak by to bylo strašně demoralizující, protože zjistíte, že asina žádná ze stran není pravda, a žádný nehájí čistý a správný postup, ale z toho by vyplývalo, že by každý hájil jen svoji osobní, individuální zájem, a to je strašně špatně.

*Já mám zase pocit, že se právě v těchto dvou případech – Motola a VZP – ukazují chyby, ke kterým došlo při transformaci zdravotnictví, když si odmyslím osobní spory a podezření z úplatků, že by k tomu nemuselo dojít, kdyby se všechno dělalo nějak jinak.*

Samozřejmě asi nelze říci, že není takový systém, kde by nebyly úplatky, ale máte systémy, které jsou prokorupční, a systémy, kde korupce je řídká nebo téměř nemožná. Že ke koroupci dochází všude na světě – to ano, ale jsou dramatické rozdíly mezi státy. Právě kvůli nedotažené transformaci má systém českého zdravotnictví opravdu vysokou míru možných zásahů, možné korupce, možných úplatků. Právě proto, že nebyla dotažena transformace, nebyly dotaženy podmínky, které jsou běžné v západních státech, ať jde o kontrolu hospodaření a zřizování nemocnic nebo pojišťoven, a to všechno přispívá k tzv. černé díře ve zdravotnictví, o které nikdo neví, jak je velká. Nemyslím, že by byla tak zásadní, ale rozhodně se v ní ročně pár miliard ztratí.

*Jak ale z toho ven?*

Uh – jednoduše se to řekne, ale hůř se to udělá, protože jsme propásli tu nejlepší dobu, která byla někde kolem roku 1993, kdy systém startoval. Místo toho, aby se dál kultivoval, tak se řada věcí nedala dotáhnout, řada věcí byla podceněna, chyby místo aby byly odstraněny, byly spíš zvětšeny, takže ten systém je rozhodně hodně nedotažený. Jediná cesta, kterou vidím, je v jakési usilovné, drobné práci – legislativní, jezdit do ciziny, ptát



se na zkušenosti, ty se snažit u nás aplikovat, převést je do vyhlášek, zákonů; všechno se snažit odpolitizovat, aby co nejméně do toho zasahovaly spory koalice, opozice, levice, pravice, horní, dolní a tak dále.

### ***Jak může pomoci Česká lékařská komora?***

Vybudovali jsme právní oddělení, které začíná fungovat, a už první výsledky jsou vidět. Máme na stole kompletní návrhy nových zákonů a na jejich podkladě vedeme neustále konzultace se všemi politickými silami, mimo komunistů, snažíme se komunikovat i s určitými etážemi ministerstva zdravotnictví, kde mají legislativu na starosti, takže vytváříme lobby v pozitivním smyslu. A protože řada našich návrhů vychází z norem Evropské unie, navázali jsme úzkou spolupráci s rakouskou lékařskou komorou, s německou Bundesärztekammer, kde jsme se nechali vybavit množstvím velmi důležitých, zajímavých a potřebných materiálů, které analyzujeme, abychom je mohli v našich návrzích použít. To je oblast, kde lékařská komora může pomoci. Víte, nejde to jednoduše, protože jsou tam nejrůznější politické zájmy, a expertizy je nemusí vždycky převýšit.

### ***Máte pocit, že se vám podaří zlepšit postavení lékařů?***

To je běh na dlouhou trať. Samozřejmě se postavení lékařů se příliš nelepší. Od roku 1990 se příjem lékaře zvýšil zhruba 3,8x, průměrný plat v celé společnosti se zvýšil asi 3,6x. Lékaři, kteří byli za komunismu nivelizovaní, si oproti společnosti příliš nepolepšili – u státních zástupců je ten nárůst 9x, soudců dokonce 12x, čili tady je vidět, že některé profese sledují osud svého národa. U lékařů mne to trápí, protože potřebujeme, aby to byli lidé, kteří se své profesi mohou plně věnovat. A je potřeba jim k tomu zajistit co nejlepší podmínky. Na druhou stranu – abych byl objektivní a spravedlivý – zatímco před rokem 1990 příjmy jednotlivých lékařů se příliš nelišily – byly kolem tři a půl až pěti tisíc – dnes jsou už skupiny lékařů, kteří mají splněno to, co bychom si představovali, aby měla podstatná část lékařů, tedy příjem, který jim zajistí dobrý profesní růst a klid k práci. Z tohoto pohledu by bylo nesprávné tvrdit, že všichni lékaři jsou na tom stejně špatně jako byli v roce 1990. Zaplať pánbůh aspoň za tu část, která si polepšila – pokud se podaří, aby se každý rok alespoň část lékařů se ekonomicky stabilizovala, pak to bude úspěch.

***Teprve necelý rok jste prezidentem všech lékařů, předtím – v LOK – jste zastupoval pouze zaměstnance. Teprve teď máte tedy větší přehled i o jiných odbornostech, o tom, jak se liší postavení lékařů privátních od zaměstnaných, i specialistů od lékařů praktických. Neprojevují se tyto rozdíly také ve stanoviscích lékařské komory a není mezi těmito skupinami nějaké pnutí?***

Byla by nepravda říkat, že to je idylka. Ale není nějaký ostrý řez mezi soukromými a zaměstnanci. Jakýsi lom je mezi profesemi a nemocnicemi, které jsou na tom špatně, a skupinami, které jsou na tom dobře. Já znám nemocnice, kde primáři, zástupci i kvalifikovaní lékaři jsou relativně nebo někde i docela slušně placeni. Takovým vzorem by třeba mohla být nemocnice Na Homolce, kde podle čísel zveřejněných panem ředitelem a podle mých informací je prakticky téměř splněn požadavek lékařů na trojnásobky průměrných platů, a přitom je to státní nemocnice. Vedle máte nemocnici, kde se to

propadá na hodnoty poloviční. Úplně stejné příklady najdeme i u soukromých lékařů— máte ordinace a máte odbornosti, které jsou na tom relativně slušně. A vedle toho stojí odbornosti, které jen taktak zaplatí nájem a sestru a a zbude jim pár tisíc, takže by na tom byli lépe, kdyby byli zaměstnanci, než jsou jako soukromí podnikatelé. Ten ekonomický lom nevede opravdu striktně mezi zaměstnanci a soukromými lékaři, vedeme mezi těmi, kteří buď to umí lépe nebo mají větší štěstí, lepší platby od pojišťoven, nižší nájem a kteří jsou proto na tom lépe, a mezi těmi, kteří jsou na tom hůř a tam je samozřejmě cítit napětí. K tomu ještě přispívá odvěká lékařská rivalita, že chirurg neřekne pěkné slovo o internistovi, internista o chirurgovi, nemocniční lékař často v sobě dusí pohled spatra na ambulantní sféru a zpochybňuje práci praktika, zatímco praktikové si zase myslí, že ti v nemocnicích se flákají. A od toho je také lékařská komora, aby se snažila hledat to, co lékaře spojuje, a potlačovala to, co je rozděluje.

***Tím jste mi připomněl heslo staré 10 let „V jednotě je síla“. Myslím, že právě jednotou by mohla být profesní organizace silná – ale jak toho dosáhnout? Můžete toho dosáhnout?***

Snažíme se toho dosáhnout. Ideálního stavu asi nedosáhneme, aby všech 40 tisíc lékařů promluvilo jedním hlasem, ale může se nám podařit sjednotit alespoň většinu, 60-70 %. Děláme to tak, že se stýkáme s představiteli partikulárních organizací, máme pravidelné schůzky, pravidelné konzultace, řešíme s nimi jak důležité, zásadní věci, tak sesnažíme tu jednotu najít. Zda budeme úspěšní nebo ne, to ukáže až čas.

***Neměli byste najít shodu nebo aspoň podobnou řeč s pacienty? Máte nějaké spojení s jejich organizacemi? Se Sdružením na ochranu pacientů, které sídlí na ministerstvu zdravotnictví, sice asi těžko společnou řeč najdete, ale jsou ještě jiné organizace, třeba zdravotně postižených...***

Pro sdružení tělesně postižených mám pochopení, protože se snaží svým členům vylepšit životní podmínky. Takové svazy jsou samozřejmě potřeba. Ovšem pan Olejář má asi sto členů, z toho aktivní jsou dva nebo tři, to druhé sdružení nemá snad ani těch sto členů, takže komunikovat musíte s někým, kdo reprezentuje někoho alespoň víc než sám sebe. Když si náhodně na ulici zastavím tři občany nebo jsem v nemocnici na vizitě, projdu třicetilůžkové oddělení a povídám si s těmi lidmi, tak myslím, že mám podstatně kvalitnější přehled o názorech lidí než kdybych se setkal s panem Olejářem.

***Nejsem lékař, jsem pacient, stýkám se s jinými pacienty, a ti dost často říkají, že ti lékaři se už vlastně mají dobře, už jsou za vodou, už si i nahrabali, a že berou třeba i úplatky. Z jiných stran zase jsem slyšela stížnosti, že se lékaři nechávají zkonumpovat od farmaceutických firem, když se od nich nechávají zvat a že potom za to předepisují jejich léky. Co říkáte těmto názorům?***

To víte, neposlouchá se mi to dobře, nicméně musím konstatovat, že v řadě případů je to pravda. Dochází k tomu, a relativně daleko častěji než třeba v Rakousku. Ale ono je třeba také se ptát na příčiny. Kdyby se lékaři měli skutečně dobře jako třeba kolegové v Rakousku, tak je přece nějaká stokoruna nevytrhne a nějaký chlebiček od farmaceutické firmy nezvedne ze židle. Nepochybně jsou lékaři, kteří nemají špatný příjem, a jsem přesvědčen, že v této skupině byste úplatky hledali daleko méně častěji než vesku-

pině, která vydělává 10, 12, 13 tisíc. Pro takového člověka je i 500 korun velké peníze, za které je ochoten něco udělat. Lékaři jsou přece také obyčejní lidé, kteří mají rodinu, manželka chce dovolenou, děti potřebují nové boty a věci do školy. Když je málo placen, pak je to úžasné prostředí pro úplatky, všimné, dary od firem. To je ale jedna stránka. Druhá stránka, na kterou si asi musíme zvyknout, je že farmaceutické firmy chtějí prodat léky a mezi jejich obchodní triky patří třeba to, že lékaři předplatí časopis, pošlou ho na kongres a zaplatí mu přednáškové turné. To my zase vidíme rádi, protože ikdyby se lékařům splnilo přání vydělávat 35 tisíc, asi by si těžko dopřáli sjezd ve Spojených státech, protože jen letenka tam a zpátky stojí dvacet tisíc, ubytování ho přičteno dalších dvacet, takže by i půlroční výdělek dal na svůj odborný růst. Takže bez farmaceutických firem, které jsou nesmírně bohaté, by se naši lékaři v podstatě na světové kongresy vůbec nedostali. Řada z nich by nemohla odebírat časopisy, a tím by trpěla jejich odborná úroveň. Ovšem je třeba stále zdůrazňovat, že i když firma lékaře na kongres pošle, on by si měl zachovat nadhled a po jejím preparátu sáhnout opravdu jen v okamžiku, kdy ho pacient stoprocentně potřebuje, a ne z vděčnosti za pobyt na odborném kongresu ve Spojených státech. Jsem přesvědčen, že v 90 % se tak činí.

***Zatím jsme mluvili většinou o penězích, ale jsou tady jiné věci, důležité k životu i k práci. Jak se změnil pracovní podmínky lékařů a jejich možnosti za posledních 10 let?***

Myslím, že lékaři si – i když ne ekonomicky a ne všichni – polepšili v možnosti cestovat. Otevřela se nám obrovská spektra odborných znalostí. Zatímco dřív časopisy chodily na jedno-dvě místa v republice, možná tři, tak dnes, když si seženete sponzora, tak můžete dostávat cokoli. Prudce stoupl počet lékařů, kteří jezdí na sjezdy, na konferenci, obrovsky se rozšířila technika, se kterou pracujeme, zatímco v roce 1989 bylo nás do deset CT, tak jich je k osmdesáti! Je jasné, že i kdyby tady byl minulý režim, tak by se situace lepšila, ale ne takto dramaticky. Máme nové metodiky, o kterých se nám nezdálo, máme nové dostupné léky, které tehdy dostupné nebyly, medicína udělala neskutčný skok dopředu. Z toho profitují především naši pacienti. Lékaři z toho profitují tím, že je práce baví a že mohou dělat s těmito novými technologiemi. Ale je nutno také říci, že se některé věci zhoršily. Zhoršil se třeba obecný pořádek v nemocnicích, stav úklidu; protože se investovalo hodně do přístrojů a do léků, méně se investovalo do oprav. Budovy chátrají. Leckterá nemocnice, do které se 10 let neinvestovalo, je na tom hůř než před deseti lety, okapy má rezivější a střechu rozpadlejší. Když to ale všechno sečteme a podtrhneme, všechna pozitiva a negativa, pak jsem přesvědčen, že za těch deset let naše medicína pokročila o mnoho dál, než by pokročila, kdyby tady zůstal bývalý režim.

*MUDr. David Rath, zakládající člen LOK a jeho první předseda, prezident ČLK od 1998*

## Senátorka MUDr. Zuzana Roithová soudí: Máme evropské zdravotnictví i evropské problémy

*Tak jako ve většině českých nemocnic i ve FNKV vzniklo záhy po 17. 11. 1989 Občanské fórum zdravotníků. Jednou z jeho mluvčích byla zvolena i MUDr. Zuzana Roithová, která posléze nemocnici zastupovala i v centru OFzdravotníků. Na otázku VNR, oč tehdy lékařům šlo, zda o platy nebo moderní způsoby léčby, styk se světem a odpolitizování, odpovídá:*



Kromě zásadních politických změn, které zdravotníci podporovali spolu s drtivou většinou občanů, se pozornost OF zdravotníků zaměřovala i na to, jak bude fungovat v nových podmínkách zdravotnictví. Z dnešního pohledu je třeba přiznat, že mnohé naše představy byly velmi naivní, poplatné naší tehdejší nezkušenosti a nedostatku informací. Hlavním motivem bylo opět zavést přímou vazbu pacient – lékař a snem byla svobodná volba lékaře. Jistěže platové podmínky byly tehdy jedním z hlavních zájmů zdravotníků, byla to ale také zejména změna systému financování zdravotnictví, privatizace zdravotnictví, otevřenost světu a samozřejmě odstranění ideologických kritérií například v personální práci či v povolování přístupu k vyšším atestacím lékařů i sester.

***Které vaše představy se od té doby naplnily a co se naopak nepodařilo?***

Za posledních deset let došlo k významnému posunu – například možnost mezinárodních kontaktů lékařů a zdravotníků vůbec, dostupnost moderních technologií ať už léčebných či diagnostických, dostupnost léčiv – to je velký posun v kvalitě. Došlo též k posílení pozice pacienta – přestože máme zatím nemalé rezervy, současné postavení pacientů je podstatně „evropštější“, než tomu bylo před rokem 1989. Zlepšila se také ošetrovatelská péče – to je výsledek snahy o humanizaci českého zdravotnictví. Co se nepodařilo? Spíš asi, co se mohlo podařit lépe. Jistě bylo pošetilé doufat v úplné odpolitizování zdravotnictví – například politický tlak vedl k zavedení systému zdravotního pojištění o rok dříve, čímž vznikla řada problémů z nedopracovaného systému, problémů, které jsou dnes obecně známy. Nezdařilo se zatím též legislativně ukotvit postavení veřejných nemocnic – fakultních, krajských i jiných tak, aby byly spravovány jako non-profitní instituce řízené nezávislou správní radou – státní ingerence do zdravotnictví je stále velmi silná a politizace státní správy při neexistenci zákona o státní službě vede mnohdy k nekvalifikovaným zásahům do činností nemocnic.

***Jak by tedy podle vašeho názoru měly být velké, fakultní nemocnice řízeny komu by měly patřit? Kdo by měl kontrolovat hospodaření s majetkem, aby nedocházelo k pochybnostem nebo také křivým nařčením, a jaké správní rady by měly mít?***

Základním posláním fakultní nemocnice je špičkově léčit a poskytovat pregraduální a postgraduální výuku. Jejich správní rady by tedy měly být tvořeny jednak zástupci obcí, jejichž občanům slouží, zástupci pacientů, zástupci lékařských fakult. Způsob činnosti správních a dozorčích rad je bezproblémově přenositelný ze zahraničí – problémem bohužel zůstává legislativa. Například u nás není standardně řešeno ani postavení zaměstnanců LF – odborných asistentů v klinických oborech. Přestože většina jejich aktivit je zdravotnických resp. zdravotnicko-pedagogických, mají u nemocnic jen zanedbatelné „vedlejší úvazky“ a pokud se najde bezskrupulózní ředitel nemocnice, může tento úvazek snadno vypovědět, a tak danému jedinci prakticky znemožnit výkon povolání. Pro příklad nemusíme chodit daleko – obětí iracionální nenávist stávajícího vedení FNKV se stala nejen vynikající lékařka MUDr. M. Horáčková z I. interní kliniky. K těmto případům by nemohlo docházet, pokud by zákon specifikoval povinnosti FN i jejich zaměstnanců. Není respektováno ani memorandum podepsané na jaře mnou a ministrem školství. Není respektována ani smlouva mezi 3. LF UK a FNKV, jež řeší postavení lékařů – asistentů v nemocnici.

***Když jste vyměnila křeslo ředitelky nemocnice za křeslo ministerské, mohla jste posuzovat problémy nemocnic v širším kontextu. Co po svých zkušenostech z ministerstva soudíte o řízení resortu a financování zdravotnictví?***

Zdravotnictví je oblast, která díky nesmírně rychlému rozvoji nových léčebných a diagnostických technologií představuje stále výraznější ekonomickou zátěž pro veškeré rozvinuté státy světa. Stárnoucí (a tedy nemocnější) populace, kvalitnější (a dražší) přístroje a léky a poučenější (a tedy sebevědomější) občané způsobují vrásky na čelech politiků evropských i mimoevropských. Možností jak reformovat zdravotnictví je konečný počet a jsou dostatečně známy z odborného tisku. Snahou každého státníka v čele zdravotnického resortu by mělo být poučeně a prozíravě rozhodovat, nebo alespoň vytvářet pro ono rozhodování nástroje. Ve funkci ministryně jsem byla šest měsíců. Přivedomí tak krátkého mandátu jsem se snažila alespoň nastartovat některé mechanismy – analytické práce v oblasti financování resortu, práci na standardech zdravotní péče, optimalizaci struktury zdravotnických zařízení, které by mohly být využity pro další reformní kroky. Je třeba říci, že Tošovského vláda jako první deklarovala, že v resortu zdravotnictví se prostředků nedostává a že se tento dluh bude dále prohlubovat, nebudou-li přijaty korektivy – například rozdělení péče, sociálně únosná forma omezení struktury zdravotnických zařízení i zavedení sociálně únosné finanční spoluúčasti pacientů.

***Ted' už rok jste senátorkou a v Senátu Parlamentu České republiky působíte ve Výboru pro evropskou integraci. Jak je na tom české zdravotnictví v porovnání se světem?***

V oblasti kvality technologií, léků i lidských zdrojů máme evropské zdravotnictví. Nedostatky jsou v oblasti postavení pacient – lékař a (jak výše uvedeno) v přetrvávajícím státním direktivismu v resortu. Evropské jsou i naše problémy – zejména stárnutí populace a nedostatek zdrojů.

*MUDr. Zuzana Roithová, bývalá ředitelka FNKV, senátorka Senátu PČR, ministryně zdravotnictví 1998*

## MUDr. Luděk Rubáš se pro VNR ohlíží za desetiletím transformace českého zdravotnictví

Rozsah, radikálnost a charakter změn v českém zdravotnictví souvisí s aktuální politickou konstelací víc, než by se na první pohled zdálo. Dalo by se říci, že jednotlivé zdravotně-transformační kroky charakterizují společenskou situaci lépe než politologické exkursy tuzemských i zahraničních glosátorů uplynulého desetiletí. Role jednotlivých ministrů zdravotnictví, jakkoliv jim bývá médií a veřejností věnována velká pozornost, je spíš okrajová.

**1990 – 1992. Vznik veřejnoprávních a stavovských institucí ve zdravotnictví.** Vládnoucí garnitura neměla chuť ani sílu nahradit státní zdravotnictví ve větší míře zdravotnictvím soukromým a kolektivismus individuální odpovědností.

Soustředila se na budování veřejnoprávní zdravotní pojišťovny a stavovských organizací – komor. Jakkoli jsou tyto instituce od té doby prakticky trvale zdrojem nejružnějších konfliktů, jsou viditelnou hranicí a bariérou před návratem k socialistickému zdravotnictví. Vytvořily nezbytnou podmínku k budoucí privatizaci výkonu práce zdravotníka i zdravotnických zařízení. Chybou tohoto období bylo přijetí špatného zákona o zaměstnaneckých pojišťovnách v létě 1992.

**1993 – 1995. Období privatizace.** Klausova vláda plná povolebního entusiasmů přijala pravidla privatizace ve zdravotnictví a začala převádět první lékárny, zdravotnické praxe a zařízení do soukromých rukou. Systém platby za zdravotní výkony spolu se svobodnou volbou lékaře zahájil bitvu o pacienty, která teprve postupně – vlivem emancipace kontrolních systémů zdravotních pojišťoven – dostávala jakási pravidla. V rámci celkové liberalizace byly odstartovány první pokusy o převedení části rozhodování na jednotlivé zdravotnické subjekty na jedné straně a na samotného pacienta na straně druhé. Některé výkony byly vyřazeny z úhrady zdravotními pojišťovnami. Na konci tohoto období vznikl první generický seznam léků. Podařilo se zčásti získat zpět kontrolu nad některými špatně fungujícími zdravotními pojišťovnami. Byla zahájena restrukturalizace lůžkového fondu nemocnic.

**1996 – 1997. Období zklidnění.** Horečnou a místy chaotickou aktivitu z předcházejícího období vystřídalo období ztráty tempa. Privatizace se zastavila, systém platby za zdravotní výkony byl nahrazen rozpočtovým hospodařením a různými paušály. To prakticky zafixovalo dosažený stav. Pochopitelně to vedlo u aktivnějších ke ztrátě motivace a u pasivních k pocitu zadostiučinění. Těžiště rozhodování se postupně přesunulo do centra, kde v té době vznikla sofistikovaná restrukturalizační rozhodnutí a byly zahájeny práce na systému standardů, kontroly kvality a akreditací.

**1998 – 1999. Pokus o návrat k socialismu ve zdravotnictví.** Zkrachoval naštěstí naneodstatku řídicích schopností. Chod ministerstva byl v důsledku destruktivní personální politiky prakticky paralyzován, odborné týmy byly rozmetány. Na Všeobecnou zdravot-



ní pojišťovnu byla podána ministerstvem žaloba, byly zpochybněny její orgány a dosavadní rozhodnutí a bezmála uvržena nucená správa. Privatizace byla oficiálně zastavena. Restrukturalizační rozhodnutí byla zčásti zrušena. Zadlužené a neefektivní nemocnice byly posíleny dotacemi.

Zde tento příběh končí. Pro uklidnění je třeba dodat, že dosažená úroveň změn oproti předlistopadovému systému prakticky neumožňuje návrat zpět. To však neznamená, že se o to už nikdo nebude pokoušet. Každopádně i zastavení času a přešlapování namíste tam, kde by se mělo jít energicky dopředu, je demoralizující.

### **Červen 1993 – listopad 1995 na ministerstvu zdravotnictví**

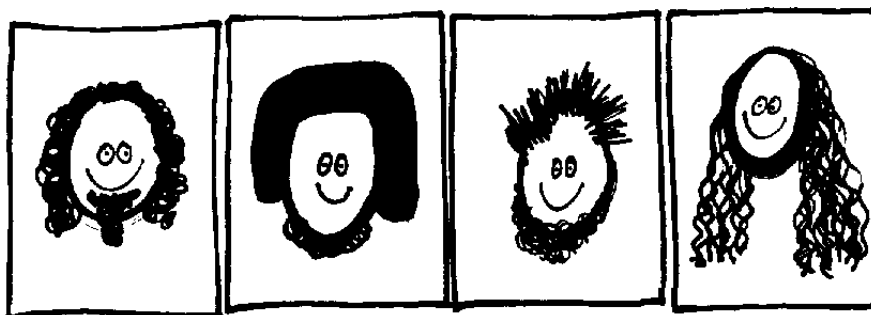
Své působení hodnotím kriticky a prohlašuji, že se mi na ministerstvu nepodařilo prosadit téměř nic z toho, co jsem spolu se svým týmem považoval za nutné. Mluvě o týmu – podařilo se mi dát dohromady odborníky s pravicovým světovým názorem, kteří naše představy o transformaci v mírných modifikacích vtiskli práci ministerstva i po mém odchodu. Zda je stručný přehled toho, co se nám **podařilo**:

1. Praktické zahájení privatizace zdravotnických zařízení s výsledkem: zhruba 90 % ambulantní a lékárenské péče přešlo do privátních rukou.
2. Prosazení novel zákonů o zdravotních pojišťovnách a zdravotním pojištění (březen 1995). Do té doby byly zdravotní pojišťovny nezrušitelné a prakticky nekontrolovatelné instituce. Teprve novely umožnily rušení, nucené správy a fúze pojišťoven po posouzení jejich pojistných plánů Poslaneckou sněmovnou Parlamentu. Současně se těmito novelami zavedla možnost úhrady jiným než bodovým systémem.
3. Zveřejnění diskutovaného koncepčního materiálu Záměry státu ve zdravotnictví.
4. Schválení programu restrukturalizace nemocnic (snížení počtu akutních lůžek) vládou. Bylo zahájeno jednání na úrovni jednotlivých okresů.
5. Projevil se efekt několikanásobné kategorizace léků (rozdělení na hrazené a nehrazené) ve snížení trendu nákladů. Byl přijat generický seznam léků.
6. Byly vydány standardy léčebné péče pro oblast antibiotik, radiodiagnostiky a hemodialyzační léčby.
7. Parlamentu byl předložen restriktivní Generel pražského zdravotnictví. Po malé úpravě se postupně realizuje.
8. Byly vydány čtyři korekce Seznamu výkonů a rozdělena zdravotní péče na hrazenou, částečně hrazenou a nehrazenou. Došlo k vyjmutí řady položek z úhrady ze zdravotního pojištění. Nikdy později již nedošlo k významnějšímu posílení individuálních výdajů na úkor solidárních plateb.
9. Jednotlivým koaličním stranám byl předložen návrh na úhradu hotelových služeb v nemocnici pacientem (tehdy šlo o 55,- Kč denně).
10. Byla schválena a dohodovacím řízením přijata metodika kapitační platby v ambulantní péči.

**Co se nepodařilo:**

1. Nepodařilo se ve větší míře prosadit individualizaci odpovědnosti účastníků systému, a tak zabránit jejich perverznímu chování.
2. Zejména se nepodařilo významným způsobem reálně zvýšit roli a rozhodovací prostor pro občana – pacienta (zejména formou spoluúčasti na úhradě zdravotní péče) a do rozhodování tak vnést vědomí ceny při čerpání zdravotní péče.
3. Nepodařilo se účinnějšími opatřeními v oblasti způsobu úhrady a ceny dosáhnout (z hlediska dosažení zdravotního výsledku) efektivnějšího chování poskytovatelů.
4. V lůžkové sféře se nepodařilo dosáhnout podobně výhodné struktury poskytovatelů podle vlastnictví jako v péči ambulantní, lázeňské a v lékárenství – to způsobuje chybění konkurenčního prostředí, přetrvávání extenzní struktury a malou produktivitu práce – a s tím spojené nízké platy – v nemocnicích.
5. Nepodařilo se pro odpor ekonomických ministrů vhodným způsobem podpořit stabilizaci a rozvoj privátního zdravotnictví (stanovením nízké ceny privatizovaných subjektů nebo prodloužením splátkového kalendáře) analogicky jiným, obtížně se transformujícím resortům.
6. Přes zbytečně aktivní mediální politiku se veřejnosti nepodařilo vysvětlit fungování systému, založeného na zdravotním pojištění a odpovědnost či kompetence jeho jednotlivých účastníků včetně ministerstva zdravotnictví.
7. Nepodařilo se dosáhnout vyšší podpory transformačních kroků v ODS, ve Výboru pro sociální péči a zdravotnictví poslanecké sněmovny a zejména na straně lékařů a jejich organizací. To poslední se ovšem později nepodařilo ani ministrům kompromisním, středovým či levicovým.

*MUDr. Luděk Rubáš, ředitel Medicentra, ministr zdravotnictví 1993 – 1995*





## **MUDr. Milan Šilhan: Zdravotnictví funguje kupodivu dobře, ale jeho systém je nevykvašený**

*Na jaké úrovni bylo naše zdravotnictví za minulého režimu: co bylo třeba změnit a co ponechat? Jaké byly první porevoluční představy a naděje?*

Úroveň českého (československého) zdravotnictví za minulého režimu byla poměrně dobrá. Bezpečně dosahovala parametrů slabších evropských zemí (Řecko, Portugalsko). Bylo střídavě s Maďarskem a NDR na „špicí“ zemí tábora socialismu. Bylo organizováno do podoby „státně exekutivního zdravotnictví“, kterážto forma byla schopna pomocí politiky cukru a biče a zákona č. 20/1966 Sb. z něho vyždímat prakticky maximum. Ještě v letech 60. bylo československé zdravotnictví „západoevropských parametrů“, pak začalo zvolna odcházet směrem mezi země lido-demo v důsledku vědeckého a technického zaostávání izolovaného bloku. V totalitním socialismu se toho mnoho změnit nedalo, zejména v důsledku ekonomického zaostávání a kádrové politiky.

Porevoluční naděje byly veliké. Ztělesněny byly ve velké skupině odborníků i amatérů zvané „SKUPR“, skupina pro reformu zdravotnictví. Skupina vytýčila 13 bodů reformy, mezi které patřila reorganizace, decentralizace, všeobecné zdravotní pojištění a privatizace, ale také „demokratizace“. Tato poslední zásada byla pochopena jako co největší privatizace, nikoliv jako způsob rozhodování a řízení v prvé řadě těmi, co to platí, a nikoliv deformované těmi, co se tím živí, nebo těmi, co se z toho živí obchodně. Naděje většiny lidí, kteří musí využívat služeb českého zdravotnictví, se splnily: funguje to kupodivu navzdory všemu sýčkování velmi dobře a objektivně se posouváme v charakteristice „zdraví“ národa mezi západoevropské země.

*Mnohé se tedy uskutečnit podařilo – vybavení, nové metody, kontakty se světem. Co se naopak nepovedlo?*

České zdravotnictví se podařilo nejen technicky vybavit, ale také spojit s ostatním světem a rychle převzít medicínské znalosti a poměrně náročnou technologii. Bylo to výsledkem jak vládních záměrů a ducha reformy, tak i výsledkem veliké snahy lékařů a ostatních zdravotníků. Socialistický pacient v celé řadě anket pocíťoval změny ve zdravotnictví kladně. Je velkým omylem se domnívat, že pacienti nevědí, co jejich léčení stojí a mnozí chápou tento charakter zdravotního zabezpečení prostřednictvím zdravotního pojištění jako významnou část „kvality života“ a sociální stability. Původní zákon o všeobecném zdravotním pojištění a všeobecné zdravotní pojišťovně (550 a 551/91 Sb.) plně stačil pokrýt potřebu zdravotního zabezpečení solidárního typu, dokonce zcela univerzálního. Ostatní rovněž „všeobecné zdravotní pojišťovny“ jsou nesystémovým prvkem. Nikoliv pouze proto, že zvyšují režii systému, ale že ho destabilizují (viz likvidování a fúze resortních, podnikových a jiných pojišťoven). Privatizace se dělala v oparu nadějí, že to je ta pravá cesta ke zlepšení zdravotních služeb a zejména ke zlepšení finančních poměrů poskytovatelů. Vznikl velký zmatek při směšování „privatizace činnosti“ a „majetku“. Namnoze byli zejména ambulantní lékaři a praktici nuceni privatizovat a namnoze zejména polikliniky privatizovaly různé nezdravotnické ziskové společnosti. U nemocnic se ukázalo, že privatizace majetku i činností již není tak jednodu-

chá, zejména privatizace „obecných nemocnic“, i když soukromé nemocnice jsou na tom lépe než „státní příspěvkovo-rozpočtovky“, o kterých až dosud přetrvává představa, že jde o „obchodní nebo výrobní státní podniky“ (také jsou podle toho zralé na revitalizaci). Evropským hospodářským modelem všeobecných nemocnic (jedno jakého typu) jsou NPO – neziskové organizace s volenou občanskou samosprávou.

***Náklady na zdravotnictví jsou stále vyšší. Někdy se říká, že to je kvůli drahým lékům, jiní zase tvrdí, že máme mnoho zdravotnických zařízení, mnoho pojišťoven a mnoho lékařů.***

Úroveň zdravotní péče samozřejmě souběžně s rozvojem medicíny stále stoupá a s tím rovněž fixní a pohyblivé náklady. Namnoze se vybavování novou technikou tak rozšířilo v důsledku privatizace (budeme si konkurovat, a protože jsme technologičtější, budeme mít víc pacientů – tržní princip), že tato vnesená technika buď je nevyužívána (což je lepší), nebo je využívána zbytečně (což je horší). Náklady na léky rostou rovněž nejen v důsledku nových léčebných metod, ale i v důsledku tlaku farmaceutického průmyslu a nejasné cenové politiky. Jestli máme „mnoho zdravotnických zařízení“, nato můžeme odpovědět, až budeme mít zpracovanou síť služeb v souladu s vypočítanou potřebností. Na otázku, zda máme zdravotních pojišťoven mnoho, jsou dvě odpovědi: Evropské solidární veřejnoprávní (bismarckovské) pojišťovny (šlo v podstatě vždy o komplexní sociální pojišťovny nebo fondy – zdravotní-nemocenské-dávkové a důchodové) se vyvíjely z profesních spolků s různými odlišnými riziky, což stále ještě zůstává v německém systému. Kdybychom poměřovali potřeby zdravotních pojišťoven u nás, pak můžeme říci, že: nepotřebujeme pojišťovny pro osoby zaměstnané v ozbrojených sborech (adokonce ani ne ve státních službách), nepotřebujeme vlastně ani pojišťovny pro pracovníky z bank a pojišťoven, kteří pro „vysoké“ příjmy nejsou v SRN povinně zahrnuti do solidarity. Což platí i pro OSVČ s vysokými příjmy. Naopak do pojištění je v Evropě vždy buď samostatně nebo spolu zahrnuto pojištění úrazové a nemocí z povolání včetně všech nákladů na prevenci. Spíše než mnoho pojišťoven máme zmatený systém. Zda máme lékařů mnoho či málo, uvidíme, až se budeme podrobně a poctivě zabývat stanovováním sítě primárních a odborných ambulantních a lůžkových služeb a analýzou zaměstnanosti lékařů.

***Jaká systémová východiska byste viděl – dávat více peněz, nebo méně a levnější péče? A kdo by měl mít rozhodující slovo: ministerstvo, nebo pojišťovna, respektive VZP?***

Pokud se budeme bavit o systémových východiscích, z nichž jedním je síť služeb, tak druhým musí být podrobná analýza skutečně potřebných nákladů ve smyslu charakteristiky zdravotní péče, která musí být: dostupná, hospodárná a odborná, čímž se myslí efektivita jak pro pacienta, tak pro poskytovatele i celou společnost. Teprve pak se ukáže, zda je peněz dost či málo, a hlavně se ukáže, kde je jich moc a kde nedostatek. Je s podivem, že demokratické vlády až dosud nepotřebovaly a nevyužívaly analytické práce orientované na kvalitu a efektivitu poskytování zdravotní péče. Za tím byl hlavní zájem „o ceny“. V Evropě se nehovoří o „levnější péči“ nebo „minimální péči“, ale o standardní péči (v tom je ona proklamovaná občanská rovnost). Rozhodující slovo ve zdravotnictví musí mít „lid“ – občané, plátcí. Ti určují „zdravotní politiku“. Ti také určují způsoby financování. Zdravotníci naplňují tuto zdravotní politiku věcným

čují způsoby financování. Zdravotníci naplňují tuto zdravotní politiku věcným obsahem a její směřování odborně (věcně) usměrňují. Exekutiva je nástrojem určeným k tomu, aby to fungovalo, a tak musí být nastavena. Odpovědnost za správný chod věcí neseme ministerstvo zdravotnictví. Není zde pro to, aby vše obstarávalo a administrovalo, ale proto, aby stanovovalo koncepci odvozenou od stavu zdraví jednotlivců i společnosti. K tomu připravuje potřebné instituce a připravuje řídicí směrnice (zákony, regulace), které kontroluje a vynucuje jejich plnění. Pokud ministerstvo tyto základní úkoly neplní, pak se jich ujímají sekundární instituce a samy dělají „zdravotní politiku i exekutivu“, kupř. zdravotní pojišťovny, zdravotnické komory, asociace nemocnic. To je ovšem pokřivená demokracie a pokřivená transformace. Každý musí mít v systému takové slovo (kompetence), které mu přísluší.

### ***Neměli by si lidé přece jenom připlácet?***

Co se „příplácení týče“, musíme nejprve vědět, co to znamená. Je vyzkoušeno, že pouze některá příplácení mají „kontrolující efekt“. Většina příplatků jsou pouze prostředky navyšující pojistné či režii zařízení poskytujícího zdravotní služby. Jsme-li schopni uplatnit historicky model sociální klausule, pak tak řečená spoluúčast je možná (my jí máme bez sociální klausule kupř. v léčích). Je to ovšem věc „lidu“, tj. vlády a parlamentu, nikoliv poskytovatelů. Při sociální klausuli je solidarita zachována, není se čeho bát, bude-li se ze solidarity vycházet.

### ***Co říci nespokojeným a znepokojeným lékařům? A co medikům – jaké mají vyhlídky?***

Je třeba vědět, že lékaři nejsou nespokojeni pouze s výší příjmů. Zejména však s existenční nejistotou a nevykvašeností systému českého zdravotnictví. Ten se musí nejdříve vyvinout a bude potřeba vrátit se na začátek transformace a znovu ji rozběhnout, pojmenovat všechny činitele systému, jejich poslání a vzájemné vazby. Jakmile je stanoven rámec vzájemných interakcí a kompetencí, začne se zdravotnictví a zdravotní pojištění postupně stabilizovat. Až po velmi pečlivé ekonomické analýze je možno stabilizovat systém jako vyrovnaný a pak je možno hovořit o postupném narovnávání v oblasti odměňování jinými rozpočtovými pravidly.

To platí in spe i pro mediky, pro něž jsme zatím nepřipravili odpovídající startovací režim do odborného vzdělání a praxe s ohledem i na sociální potřeby vzdělaného vysokoškoláka. Budou-li mít medicí zájem o to, aby se stali vzdělanými a zkušenými lékaři, pak mají vyhlídky dobré. Vyhlídky na porsche nebo jaguára jsou dlouhodobé a méně jisté.

*MUDr. Milan Šilhan, poradce MPSV, náměstek ministra zdravotnictví 1990 – 1992*

*Rozhovory v této kapitole vedla Marie Fleissigová v průběhu října a listopadu. Vycházejí abecedně seřazeny podle jmen oslovených.*

---

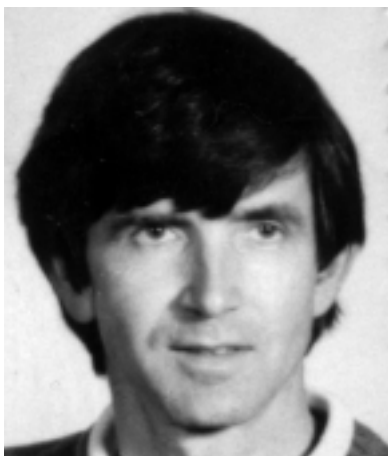
# **ZDRAVOTNICTVÍ**

---

**TRANSFORMACE Z NADHLEDU**

# Reforma českého zdravotnictví po osmi letech

## Martin Bojar



*„Slyším-li někoho hovořit o svobodném trhu či trhu bez regulací, mám za to, že je takováto osoba vhodným případem pro psychiatra.“*

*John Maynard, britský ekonom zabývající se ekonomikou zdravotnictví*

Při diskusích odborníků se v různé podobě vrací otázka, zda a v jakém rozsahu se proměnilo české zdravotnictví oproti stavu z roku 1989. Zda rámcový program reformy českého zdravotnictví, obsažený v Návrhu nového zdravotního systému, který byl zveřejněn v květnu roku 1990 skupinou pro reformu vedenou PhDr. Potůčkem a který byl v prosinci 1990 schválen vládou ČR, byl:

- polovičatým, kosmetickým pokusem, nebo skutečně transformačním návrhem, směřujícím k vytvoření pluralitního zdravotnictví. Kombinace soukromého a veřejného sektoru měla přinést lepší dostupnost, vyšší kvalitu zdravotní péče, též však větší svobodu a současně i odpovědnost pacientů i poskytovatelů zdravotní péče;
- fatální chybou, protože umožnil vznik pojišťovnického systému s platbou za výkon či kapitální platbou a počítal s vícezdrojovým financováním zdravotnictví;
- prospěšný pro pacienty, nebo naopak ohrožoval jejich i celospolečenské zájmy;
- pohromou, která přivedla české zdravotnictví do krize;
- slučitelný s vývojem zdravotnictví v zemích Evropské unie a odpovídal evropským a zámořským zkušenostem.

Ve starobylé oxfordské King's College se na počátku ledna 1998 diskutovalo o nepřilíš uspokojivém vývoji zdravotnictví ve světě na sklonku druhého tisíciletí. Reformám zdravotnictví se nedaří ani v bohatých státech EU, ani v chudých státech střední a východní Evropy. Pozornosti neuniklo ani směřování patrně nereformovatelného severoamerického zdravotnictví. To se vyznačuje nejvyšším podílem HDP vynakládaného na nejdokonalejší systém péče o zdraví, který je však více méně nedostupný více než 40 milionům nepojištěných občanů.

Téma symposia, které se konalo v zemi s fungující, přesto však kritizovanou Národní zdravotní službou – Zdraví a trh – obráželo díky D. Callahanovi, hostiteli a spiritus agens tohoto i předchozích mezinárodních symposií věnovaných cílům medicíny, jak severoamerickou, britskou a západoevropskou, tak českou zkušenost uplynulého desetiletí.

Nevím, zda má zcela pravdu prof. Maynard se svým britským odsudkem neoliberálních teoretiků. Bylo však zřejmé, že jeho výhrady vůči aplikaci tržních mechanismů ve zdravotnictví vyvolávaly souhlasné projevy zámořských účastníků symposia, kteří nepo-

chybně o trhu a jeho rizicích vědí své. Vylučuje, že by samotný trh mohl přispět k nápravě nedostatků zdravotnických systémů v bohatých i chudých evropských zemích. O tom, že by snad trh oživil neúspěšnou reformu severoamerického zdravotnictví, která zhavarovala pod patronací manželky prezidenta Clintona, si nedělal iluze nikdo. Právě tak se neuvažovalo o tom, že by se trhu ve zdravotnictví nedostávalo státům EU. Převládala však shoda v tom, že zdravotnictví v řadě západoevropských států EU představuje nákladný rudiment společnosti dostatku, která v Evropě ztratila jak své opodstatnění, tak i většinu svých zastánců.

V Oxfordu se uvažovalo také o tom, jak se vyrovnat s podněty z evropských zemí, jež bývaly uváděny jako možné inspirace i pro dýchavičnou českou zdravotnickou reformu. Asijské vlády kombinují nejrůznější přístupy a modely často s významným podílem státním či veřejnoprávním. Ten bývá doplněn vysokou spoluúčástí nebo plnou úhradou v řadě oblastí zdravotní péče, jak bylo doloženo na jihokorejském nebo singapurském příkladu. Spoluúčástí s plnou platbou v řadě oblastí primární péče se pak vyznačují zdravotní systémy v chudších asijských zemích.

Rektor Vysoké školy ekonomické ze Santiaga zaujal příspěvkem o možnostech zhospodárnění a zkvalitnění veřejnoprávního a soukromého zdravotnictví na základě chilských zkušeností. Jeho vystoupení nevyznělo jako obhajoba postupů doporučených experty ze Světové banky. Oxfordské setkání nabídlo též zajímavý pohled na vývoj zdravotnictví v SRN, zejména pak v těch spolkových zemích, kde vzniklo pluralitní zdravotnictví na troskách zdravotního systému bývalé NDR. Vystoupení německých ekonomů vyběžela ke srovnání s vývojem zdravotnictví v České republice. Zmínili se o tom, že narození od německého transformačního procesu bylo v České republice „vše dovoleno“, i když na „vše“ nebyl dostatek finančních prostředků.

Z oxfordské perspektivy bylo zřejmé, že v České republice

- byla po roce 1998 zahájena zásadní proměna zdravotního systému. Do roku 1998 došlo k významným změnám v oblasti financování struktury českého zdravotnictví. Jednalo se o překotnou a oproti původním záměrům nedostatečně řízenou transformaci centralizovaného, původně zcela postátněného zdravotnictví.
- tento transformační pokus, vycházející z evropských zkušeností, byl zatížen řadou chyb a nedůsledností. Vývoj odpovídal tehdejší společenské poptávce. Nelíšil se od přístupu, který se prosadil v dalších oblastech české společnosti.

V letech 1991 až 1994 došlo v České republice ke

- zřízení systému všeobecného zdravotního pojištění a pokusu o zavedení vícezdrojového financování ve zdravotnictví. O proveditelnosti a racionalitě takového záměru pochybovala většina zahraničních odborníků. Varovali před nákladností pojišťovnického systému zejména v souvislosti se systémem platby za výkon a riziky podmíněnými v té době teprve vznikajícím informačním systémem. Za riskantní považovali také rozhodnutí o zřízení vysokého počtu zdravotních pojišťoven působících v oblasti všeobecného pojištění. Závažným nedostatkem bylo i chybění zdravotních pojišťoven působících v sekundárním, individuálním pojištění;

- změně systému financování zdravotnictví z rozpočtového na pojišťovnický systém – se všemi klady i zápory známými ze států EU. Nepodařilo se však zavést důležitý prvek takového systému – dostatečně účinný kontrolní systém pro oblast zdravotního pojištění. Nebyly přijaty standardy vymezující rozsah, povahu a kvalitu základních diagnostických a léčebných postupů. Kontrola kvality a hospodárnosti byla zprvu opomíjena státní správou, pojišťovnami i profesními organizacemi;
- vzniku velkého počtu soukromých praxí v oblasti primární péče i praxí specialistů. Počet nestátních zdravotnických zařízení se velmi zvýšil a byl provázen rychlým růstem nabídky značně diferencovaných, ale též nákladnějších zdravotnických služeb. Stalo se tak po zrušení krajských a okresních ústavů národního zdraví a často překotným „rozpuštěním“ poliklinik. Pohled z Kamy, Nových Hradů nebo Staré Říše na transformaci českého zdravotnictví je nevyhnutelně poznamenán osobní i místní zkušeností, zisky a ztrátami. Je často ovlivněn – obdobně jako hodnocení polistopadového vývoje celé české společnosti – i deziluzí. Ta byla do značné míry způsobena nepřiměřeně velkým očekáváním, pokulhávajícím za šedivou skutečností. Přitěžujena růstající nouze některých vrstev společnosti umocňovaná nezdarů v řadě oblastí.

Při posuzování povahy a rozsahu proměny českého zdravotnictví je nutné znát též názory pacientů na proměnu systému péče o zdraví. Jak vidí výsledky oněch rozporuplně hodnocených osmi let česká veřejnost? Významné je samozřejmě i mínění těch, kdo péči o zdraví zajišťují. Názory poskytovatelů zdravotní péče nelze pominout, chceme-li se vyhnout tendenční jednostrannosti.

Platí po osmi letech v ČR ono paradoxní zjištění, že:

- se spokojenost českých pacientů v průběhu neúspěšné reformy značně zvýšila,
- zatímco deklarovaná spokojenost mnoha poskytovatelů zdravotní péče se významně zhoršila?

Výsledky průzkumu veřejného mínění jsou jednoznačné.

Na počátku roku 1998

- u více než 80 % dotázaných převládal pocit spokojenosti nebo spíše spokojenosti.

Reální i potencionální pacienti si v průběhu „nevydařené“ transformace zdravotnictví v řadě parametrů polepšili. Vyjadřovali svou spokojenost s „vlídnějším a na pacienta víc orientovaným zdravotním systémem“, s přátelštějším přístupem většiny lékařů i s dostupností diagnostických i léčebných postupů. To nepřímo potvrzují i opakované průzkumy prestiže řady povolání, v nichž i dnes stojí v čele lékaři pracující v primární péči, pak lékaři pracující ve zdravotnických zařízeních a za nimi vysokoškolští učitelé.

Zlepšení v oblasti zdravotnictví se projevilo podle názorů širší odborné veřejnosti v

- dostupnosti zdravotní péče, ve vyšší nabídce zejména nových diagnostických i léčebných metod,
- řadě oborů medicíny, v nichž došlo k nárůstu kvality – díky zavedení nových, dokonalých technologií a dostupnosti moderních léčebných metod,

- zvýšení zájmu o spokojenost pacientů ze strany zdravotnického personálu.

Oproti příznivému hodnocení ze strany pacientů jsou čeští lékaři, zdravotní sestry a rehabilitační pracovníci – tedy nejrůznější skupiny poskytovatelů péče o zdraví – v různém rozsahu nespokojeni, rozčarováni nad vývojem českého zdravotnictví.

Platí to zejména pro velmi početnou skupinu zaměstnanců převážně státních nemocnic, případně jiných lůžkových zařízení. Ti často poukazují na to, že v nich od roku 1990 nedošlo k významnějším strukturálním nebo ekonomickým změnám, které by představovaly jasný obrat k lepšímu. Otázkou však zůstává, zda nespokojenost početné skupiny poskytovatelů zdravotní a zdravotně-sociální péče, působící převážně ve státních nebo veřejných zdravotnických zařízeních, nemá příčiny zejména ve stále velmi nízkých platách.

***Lze vůbec dokázat, že se v klíčových oblastech péče o zdraví změnilo něco k lepšímu?***

Nebo jde jen, jak někteří kritici tvrdí, o zbožná přání nebo triky politiků, pracovníků státní zdravotní správy, případně představitelů zdravotních pojišťoven? Ti poslední jsou dnes označováni za skutečné tvůrce zdravotní politiky, která se uskutečňuje na nově vymezeném prostoru českého zdravotnictví. Řadu oblastí tvorby zdravotní politiky totiž dobrovolně nebo jaksi mimoděk(?) v posledních letech z větší části opustily orgány zdravotní správy.

I pro zdravotnictví platí, že

- kdo alokuje finanční prostředky,
- sbírá a třídí informace o efektivitě jejich využití ve zdravotním systému,
- ten řídí zdravotní a následně rozhoduje o reálné podobě systému péče o zdraví.

Jak tedy interpretovat výsledky již zmíněných posledních průzkumů veřejného mínění? Ty ukazují, že přes onu 80% spokojenost s úrovní zdravotní péče dochází zdánlivě paradoxně i ke změně v názorech české veřejnosti na přítomnost a budoucnost českého zdravotnictví.

Poprvé za více než sedm let považuje 7 % dotázaných občanů české zdravotnictví za vysoce problémovou oblast. Ekonomické, legislativní i strukturální potíže neúplně transformovaného českého zdravotnictví, jimž věnují značnou pozornost sdělovací prostředky, vnímá česká veřejnost s narůstajícím znepokojením.

Prosazuje se názor, že nesnáze českého zdravotnictví vyžadují celospolečenské a kvalifikované řešení, které bude přihlížet k vývoji zdravotnictví ve státech EU.

Mohou být zmíněné výsledky interpretovány jako

- projev utilitárně pragmatického postoje české veřejnosti,
- doklad o tom, že mnoho občanů v podstatě dává přednost zachování statu quo i ve zdravotnictví,
- postoj pramenící z obav, spíše předtuchy českých občanů, budoucích i současných pacientů, že ***ani českému zdravotnictví se v blízké budoucnosti nevyhne druhá a závažnější transformace?***



V českém, strukturálně, makro- i mikroekonomicky změněném zdravotnictví (aspoň co se způsobu financování týče) **musí dojít k zásadně důležitému, a zatím odsouvanému procesu**, který bude podobně jako v jiných oblastech národního hospodářství vynucen dalším „otevřením se Evropě“. Je nutno počítat s dalším růstem vlivu evropského trhu v oblasti farmaceutických výrobků a zdravotnických technologií. Po vstupu do EU čeká Českou republiku nepochybně zásadní proměna i v oblasti „pracovní síly“, podmíněná i novou mobilitou kvalifikovaných pracovníků.

Předtím však dojde i v našem zdravotnictví v závislosti na zvyšování cen energií a dalších vstupů k

- „**narovnávání cen**“ a postupné korekci dlouhodobě neudržitelných cenových a mzdových relací v oblasti zdravotnictví,
- **redukci kapacity a kvalitativní proměně některých lůžkových zdravotnických zařízení**, poskytujících standardní zdravotní péči. Nezbytná je jejich proměna na zařízení poskytující péči následnou, dlouhodobou, případně i sociální,
- **zhoršení dostupnosti** některých typů zdravotní i zdravotně-sociální péče podmíněné sníženou nabídkou nebo vyšší spoluúčastí, tj. zhoršenou finanční dostupností dnes tak hojných zdravotnických služeb. Ty byly posud v převážné míře hrazeny ze zdrojů solidárního, povinného pojištění. To však z nejrůznějších důvodů nepokrývá náklady v celém rozsahu poskytované zdravotní péče, jejíž rozsah a „přepis“ není posud znám.

Výběrová řízení přispějí k mapování stavu strukturální a hospodářsko-provozní základny českého zdravotnictví. Představují pokus o popis stavu českého zdravotnictví. Mohou následovat strukturální a racionalizační zásahy do českého zdravotnictví, usilující o hospodárnější využívání limitovaných finančních zdrojů a formování hospodárnější sítě zdravotnických zařízení.

Jde o první průklest příliš košaté a přerostlé koruny českého zdravotnictví. Zkušenosti zahradníci dobře vědí, že je důležité dodržet vhodný termín a přiměřenou radikalitu takévéto omlazovací kůry.

Pohádka o ukončené transformaci našeho hospodářství, kýženém povolení nepřilížitelných opasků a blahobytu skoro pro každého neměla dlouhého trvání. Převládá pocit, že jsme byli před koncem druhého tisíciletí ošizeni, nebo dokonce podvedeni. Pro českou společnost, a právě tak pro české zdravotnictví, však platí, že při naslouchání pohádkám, při čtení bájí a pověstí je na dospělých, aby neztráceli soudnost. Máme užít svůj rozum, zkušenost a oči, abychom postřehli, kdy je císař polonahý. Aby nám neuniklo, co horšího ještě hrozí. Neviňme pohádkáře, báječe, spisovatele a novináře.

**Čeká nás druhé dějství transformace české společnosti**, kterou prožijeme

- naostro a bez nadšení první a druhé vlny
- s reálnou, ne již virtuální nezaměstnaností
- s nejrůznějšími neduhy a nedostatky hmotnými i duchovními.

Česká veřejnost konečně musí zjistit, že nejde trvale a celonárodně

- vyhýbat se důsledkům nízké produktivity našeho hospodářství, která podmiňuje mnohonásobně hrubý domácí produkt oproti zemím EU,

- odkládat zdražování elektrické energie, pohonných hmot, jízdného a nájemného,
- denně jezdit metrem načerno, a pak zaplatit jednou za pět let symbolickou pokutu.

Je tedy zřejmé, že českou veřejnost čeká spíše dříve než později diskuse o tom, jak bude

- poskytována v rámci solidárního pojištění péče o zdraví
- zajišťována zdravotně-sociální péče
- financováno české školství.

Lze nepochybně deklarovat, a je to bohužel, právo

- na bezplatnou péči o zdraví,
- na bezplatné vzdělávání,
- právo na šťastné a bezstarostné stáří.

Není však zřejmé, jak tato práva naplnit. Jak je v požadované kvalitě a objemu všem potřebným zajistit a zaplatit. Nedokážou to totiž ani podstatně bohatší a společensky i hospodářsky stabilnější, prosperující státy EU i státy mimo EU.

Pro Českou republiku platí, že nelze s financováním zdravotnického systému, která až posud bylo ve značném rozsahu ovlivněno konceptem široce chápané solidarity, donekonečna „čarovat“. Nelze dlouhodobě předpokládat, že budeme i nadále platit jiné než odpovídající, tj. evropské ceny za vzácná antibiotika, cytostatika nebo léky protikardiovaskulárním chorobám, za totální náhradu kolenního či kyčelního kloubu, ozařování nebo za transplantaci kostní dřevě.

Dospívá tedy před koncem tisíciletí česká společnost konečně k nepopulárnímu poznání, že si v České republice v současnosti

- přes všechny oprávněné výhrady vůči chybám, k nimž došlo v průběhu transformace zdravotnického systému, přes všechnu deklarovanou spokojenost i nespokojenost

### ***žijeme také v oblasti zdravotní péče „nad poměry“?***

Uvědomuje si méně početná část informované a občansky motivované české veřejnosti, že

- snaha o zlepšení přístrojového vybavení zaostalých zdravotnických zařízení
- nabídka dříve nedostupných zdravotnických technologií a léků
- ohromný nárůst počtu soukromých praxí a dalších zdravotnických zařízení spolu s rozšířením nabídky kvalitnějších a nákladnějších zdravotnických služeb

***přinášejí své „ovoce“? Jak sladké, tak i poněkud trpčí plody. Takové povědomí posud u nás nezdomácnělo.***

Při pohledu z Oxfordu nebo z Kodaně je zřejmé, že se podařilo od roku 1990 významně zmenšit zaostávání českého zdravotnictví v dostupnosti diagnostických i léčebných technologií. Zlepšila se dostupnost důležitých a velmi drahých léků, řady kompenzačních pomůcek i zdravotně-sociálních služeb včetně služeb pečovatelských. V poslední zmíněné oblasti však velké množství problémů a nedostatků zůstalo. Péče o zdravotně nebo mentálně postižené občany je nadále v mnoha oblastech neuspokojivě zajištěna. Nepostačuje kapacita takovéto péči sloužících zařízení a není dostatek finančních pro-

středků k úhradě nákladů spojených s touto péčí. Přitom potřeba sociálně-zdravotní péče při rychlém stárnutí české populace je vysoká a dále poroste, což je celoevropský trend. O to naléhavěji vystupuje v ČR do popředí otázka, která znepokojuje ministry zdravotnictví a financí spolu s řediteli pojišťoven ve všech zemích střední a východní Evropy. Z čeho a jak hradit rychle rostoucí náklady na zčásti „poevropštěnou“ zdravotní péči? Jak zpomalit růst nákladů v českém zdravotnictví a nezhoršit přitom dramaticky a neúprosně

- dostupnost,
- kvalitu,
- všeobecný ráz péče o zdraví, plnění preventivně zaměřených celonárodních programů,
- preventivní zaměření důležitých oblastí veřejné medicíny?

Představitelům nátlakových a zájmových skupin různých profesí zaměstnaných ve zdravotnictví je nepochybně známo, že v oblasti zdravotnictví musí být respektováno pravidlo o nevyhnutelnosti co nejchopárnějšího rozdělování dostupných finančních prostředků. Jedná se zejména o zdravotní péči hrazenou z prostředků veřejnoprávního (všeobecného) zdravotního pojištění. Význam vícezdrojového financování je však nutno nadále zdůrazňovat. Je třeba usilovat o naplnění takového modelu.

Je nutno přihlížet k názorům zasvěcených kritiků vývoje českého zdravotnictví a k názorům odborníků na ekonomiku zdravotních systémů, kteří poukazovali již dříve na banální, o to však nepopulárnější skutečnost, že i pro české zdravotnictví platí, že *si stát, národní hospodářství, plátcí daní a pojistného, tedy spotřebitelé zdravotní péče mohou dovolit hradit z veřejných prostředků jen takový rozsah zdravotní péče, na který tyto „veřejné“ finanční zdroje postačují.*

Absolutní objem finančních zdrojů věnovaných na zdravotní péči, získaných z daní a z plateb zdravotního pojištění, které v ČR odpovídá do značné míry účelové dani, je ve srovnání se zemí Evropské unie velmi nízký. A to navzdory tomu, že procentní podíl z HDP vydávaný na zdravotnictví je srovnatelný s některými státy EU. V roce 1996 činil 340 USD, které byly vynaloženy na zajištění zdravotní péče pro jednoho občana. Jedná se o částku zhruba šestkrát až osmkrát nižší, než věnovaly na zajištění zdravotní péče bohaté evropské státy – počínaje Švýcarskem, Rakouskem a Belgií konče. Část těchto prostředků, určených na úhradu nákladů spojených s poskytováním zdravotní péče, je věnována na financování rozsáhlého systému institucí, které se přímo na poskytování zdravotní péče nepodílejí. Zdravotní pojišťovny zajišťují správu fondů zdravotního pojištění a další nezbytné administrativní činnosti, dříve vykonávané orgány státní správy. Bezprostřední a právě tak i střednědobý přínos pro dostupnost, kvalitu a hospodárnost zdravotní péče je často diskutován a kritizován. Přitom však bez těchto institucí se v současnosti české zdravotnictví neobejde.

Pro Českou republiku vyznívají povzbudivě ve srovnání s jinými státy střední a východní Evropy údaje o počtu nových dokonalých přístrojů, o lepší dostupnosti náročných diagnostických a léčebných metod. Je však nutno ihned dodat banální, často však opomíjenou skutečnost, že někdo musí za tyto vítané změny k lepšímu, které jsou významné pro zdraví jedince a často celé populace, zaplatit.

***Za dostupnost, rychlost, vlídnost i kvalitu odvedené práce se obvykle v tržním hospodářství platí. Předpokládat, že naše zdravotnictví zůstane trvale jednou z anomálií, by bylo neodůvodněné. Dlouhodobě a opakovaně není nic zadarmo.***

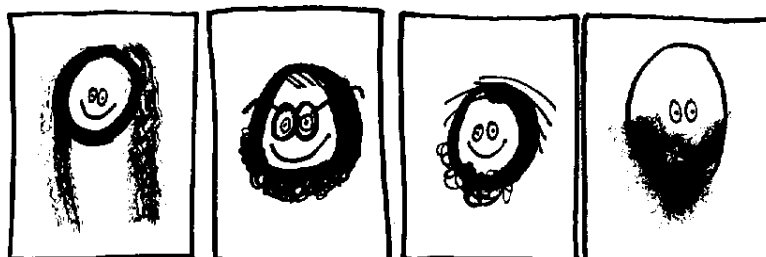
V případě českého zdravotnictví se uvedené skutečnosti neprosazovaly donedávna natolik naléhavě a jednoznačně, aby je česká veřejnost brala na vědomí a považovala je za velmi závažné. Proto jsou stále tak rozšířeny představy o „bezplatnosti“ a nárokovosti neobyčejně široce založené péče o zdraví hrazené výlučně/převážně z prostředků všeobecného pojištění.

Přesto bylo z King' College, ležící nedaleko louky, z níž vyjížděla na své podivuhodné vyjížděky Alenka, zřejmé, že osm let trvající, zprvu nedokonale řízená a později dokonale neřízená proměna struktury, financování i fungování českého zdravotnictví vedla k zatím nedokončené transformaci československého socialistického zdravotnictví.

***V jejím průběhu vznikly základy pluralitního a značně liberálního zdravotnického systému financovaného převážně prostřednictvím zdravotních pojišťoven, který se blíží hlavními rysy jiným zdravotnickým systémům v zemích Evropské unie.***

Tento systém již dnes zajišťuje – byť s řadou problémů a výhrad podmíněných zejména vysokou nákladovostí a nehospodárností (obdobné výhrady jsou běžné i ve státech EU) – ***zdravotní péči v České republice, která se v řadě parametrů přibližuje poměrům ve stabilizovaných a podstatně lépe prosperujících státech Evropské unie.***

*(Martin Potůček, Česká transformace na konci tisíciletí, Karolinum, Praha, 1999)*



# Několik poznámek k transformaci českého zdravotnictví z pohledu sociologie\*

PhDr. Eva Křížová, Ústav lékařské etiky 3. LF UK Praha

Problematika českého zdravotnictví se stala předmětem úvah velice záhy po 17. listopadu 1989. Situace pro zahájení diskuse byla nažhavená a půda připravená mj. díky velice kritickým prognózám zdravotního stavu populace ČSSR z let 1985 a 1987, vypracovaným tehdejšími Ústavem sociálního lékařství a organizace zdravotnictví, které seneformálními cestami šířily mezi odbornou veřejností. V r. 1990 se tak české zdravotnictví ocitlo na křižovatce, na níž se rozhodovalo, kterou cestou se vydá při řešení problematiky zdravotní péče o populaci. Přestože se na přelomu 80. a 90. let objevovaly i krajně liberální názory, že lékař má podnikat úplně stejným způsobem jako kdokoli jiný, tj. za zcela volných cenových podmínek, v seriózní úvahu mohly připadat pouze dva modely reformy. První cestou bylo ponechání státem řízeného zdravotnictví a jeho kultivace do podoby Národní zdravotní služby britského typu. Pozitivem by byl spíše pozvolný přechod prostřednictvím reform realizovaných po krocích, možnost kontrolovat výdaje ve zdravotnictví a ovlivňovat alokaci zdrojů, zachovaná všeobecná dostupnost zdravotní péče podle zdravotních potřeb, jednodušší administrativa a do jisté míry zachovaný systém řízení a správního rozdělení. Problémem, na který tento návrh u nás narazil, bylo zcela odlišné pojetí práce praktických lékařů (u nás mnohem užší), přítomnost specialistů v ambulantních službách na poliklinikách a relativně volný přístup ke specializované péči. Rovněž zachování víceúrovňové státní správy (krajské, okresní) bez reformování na principu samosprávy se nezdálo být slučitelné s demokracií. Svou roli při odmítnutí této cesty sehrály historické okolnosti celkové společensko-politické transformace české společnosti – snaha měnit za každou cenu, stejně jako odpor k regulaci jakéhokoliv typu, snaha nasycit potřebu svobody a podnikání a fetišizace trhu.

Druhou možnou cestou byla formální změna systému od státního modelu k víceplurálnímu (korporativnímu) a decentralizovanému všeobecnému zdravotnímu pojištění. Argumenty, které mluvily pro, byly částečně racionální, částečně ovlivněné prožíváním událostí roku 1989 a emocionálním očekáváním. Výborná tradice pojišťovacího systému z první republiky vzbuzovala dojem, že se i ve zdravotnictví snadno obnoví kontinuita s jedním z historicky nejsvětějších období českého národa. Společně sdílený byl kolektivní pocit, že se dostává šance začít „znovu“, bez zatížení minulostí. Všeobecně revoluční atmosféra a „hlad“ po podnikání vedly k přesvědčení, že konkurence lékařů zvýší zájem o pacienta a snahu si jej udržet, přispěje ke spravedlivému ohodnocení jejich práce podle výkonu a že privatizace primární i sekundární sféry povede k šetření a efektivnějšímu nakládání se zdroji. Myšlenka privatizace byla sice jedním z konceptů nového návrhu systému zdravotní péče, nebyla však jediným ani izolovaným prvkem, naopak byla integrována do procesu široce pojatých komplexních změn. S měnícím se rozložením politických sil a výraznou dominancí pravice po r. 1992 však nabývala víc a víc na významu a postupem času byla transformace zdravotnictví redukována pouze na privatizaci. Zahraniční odborníci upozorňovali na rizika, spjatá s rychlou privatizací zdravotnictví a výkonovým systémem odměňování, který všude na světě vedl k inflaci

nadprodukcí zdravotnických služeb. Přes různé námitky zahraničních konzultantů byla zvolena cesta druhá, a sice celková změna systému na všeobecné zdravotní pojištění, jež průběh byl navíc v r. 1991 přes protesty mnohých administrativně urychlen. Podle M. Bojara „pro tento revoluční skok chyběly i další legislativní a ekonomické nástroje, bez nichž se zdálo, že úspěšné provedení této zásadní transformační operace nebude možné“. Nebyla to tedy neznalost, která vedla k politickým chybám, ale spíše ignorance vůči kritickým hlasům.

Reflektujeme-li zpětně počátky transformace českého zdravotnictví, musíme přiznat, že byla nastartována za poněkud nepříznivých výchozích okolností, díky kterým je možné současnou podobu zdravotnictví považovat za vnitřně nekonzistentní, nedůslednou realizaci modelu národního zdravotního pojištění. Prvním nedostatkem je, že zdravotní pojištění nebylo integrováno do širšího rámce komplexního sociálního zabezpečení. Druhá námitka je eticko-politického rázu. Model zdravotního pojištění je kompromisní variantou, která chce spojit výhody kolektivní ochrany, jak to činí státní zdravotnictví, s dostatečným prostorem pro svobodu, jak je to praktikováno v tržním zdravotnictví. Právě proto není povinnost zdravotního pojištění ze zákona absolutní a nevztahuje se na příjmově nadstandardní skupiny<sup>2</sup>. Povinné veřejnoprávní zdravotní pojištění je tak doplněno pojištěním volitelným, dobrovolným (nejčastěji soukromým) a různými schématy soukromého připojištění. V ČR však existuje absolutní povinnost pro všechny ekonomicky aktivní osoby účastnit se zákonného zdravotního pojištění bez výjimky, pouze výše odvodů je u osob samostatně výdělečně činných limitována maximálním vyměřovacím základem. Ze stejného morálního důvodu se v tomto modelu zdravotnictví doplňuje majoritní závazek společnosti vůči jejím členům jistým symbolickým závazkem, který přebírá jedinec sám za sebe, nejčastěji v podobě finanční spoluúčasti v momentu aktuální spotřeby. Smyslem finanční spoluúčasti nemá být potřeba doplnit nedostatečně naplněné veřejné fondy ze soukromých kapes, a již vůbec ne od těch, pro něž by platby znamenaly sníženou dostupnost zdravotní péče (důchodci, děti apod.). Jejím smyslem z pohledu morálky je upozornit na cenu zdravotní péče v momentu spotřeby a rehabilitovat úlohu individua a jeho volby, byť značně omezené, pokud se jedná o zdraví. Téma finanční spoluúčasti bylo u nás dlouho tabuizováno a mnohá opatření, jako např. hospitalizační taxa, zůstala nerealizována, přestože podklady pro ni byly několikrát předloženy vládě. Zavedení národního zdravotního pojištění znamená ale ve svém důsledku pro občany přihlášení se k tomuto závazku jisté participace na nákladech v mezích sociální únosnosti, s nímž ale česká veřejnost nebyla předem seznámena. Později, kdy již bylo zřejmé, že se veřejnost, hlavně starší občané, těchto opatření obávají, bylo od nich pro nedostatek politické vůle upuštěno. **Jedním z relikvů je tedy zachované rovnostářské zdravotnictví v podmínkách hluboké příjmové a jiné sociální diferenciace společnosti.** Rizikem takového zdravotnictví je vnitřní nerovnost zprostředkovaná neformálním (černým) trhem. V podmínkách rozpočtování, omezování časové dostupnosti péče a kontroly lékových a materiálových nákladů se zde otevírá široké pole pro netransparentní procesy, ukryté pod formálně deklarovaným rovným přístupem k péči ze zákona. Finanční spoluúčast na léčích a nadstandardních úkonech není diferencována podle žádné sociální klauzule a neodlišuje příjmově silnější od slabších skupin. V posledních dvou letech,

obzvláště však v r. 1997, jsou patrné silné tendence, které některé základní kameny pojišťovacího systému erodují. Konkurence pojišťoven byla zákonem č. 60/1995 Sb. de facto zrušena, ne však proto, že v pojištění nemá místo. Zcela naopak, je přirespektování určitých podmínek (např. přerozdělování mezi zákonnými pojišťovnami) systémovým prvkem, který byl však zaveden překotně bez zpětné vazby a tudíž byl pro systém za daných nekontrolovaných podmínek destruktivní. **System národního zdravotního pojištění ještě předtím, než byl dotvořen ve funkční mechanismus, začal být pro vážné nedostatky, způsobené nedůslednou implementací, oklešťován a jeho současná tvář je karikatura státního i pojišťovacího systému s nevýhodami obou.** Podle některých odborníků „vše vede k úrovni péče jako v socialismu s tím, že rozdíly v kvalitě poskytované péče jsou ještě větší, stejného rozsahu služeb je docilováno většími náklady, šedá ekonomika dosahuje většího rozměru“<sup>3</sup>.

Mezi vnější nepříznivé vlivy, za nichž byla transformace spuštěna, patří nepochybně jistá emocionální atmosféra, spjatá s listopadovými událostmi, a snaha provést jakoukoli změnu za každou cenu, jako by se změnou bylo možné negovat minulost, zbavit se jí a začít znovu na nepopsaném listu papíru. Celková hluboká společenská proměna, která sebou přinesla destabilizaci ekonomiky a obrovskou společenskou mobilitu, zahájila procesy, jejichž důsledky nebyly předem známy. Do pohybu se dostalo mnoho procesů najednou, s navzájem spjatými řetězci příčin a následků. Např. privatizace primární sféry mohla proběhnout pouze za asistence bankovních domů, které na hypotéku poskytly prostředky pro vybavení ordinací a spuštění privátní praxe. Zadlužení lékařů však nyní vyžaduje, aby jejich příjmy nebyly v současnosti zhoršeny nebo přerušeny. Navíc mnoho lékařů nedostatečně seriózně provádí ekonomickou rozvahu při odhadu svých finančních potřeb (nadhodnocení) a nechce chápat, že splácením vybavení ordinace z prostředků veřejného pojištění postupně nabývají nezanedbatelných materiálních hodnot v osobním vlastnictví, jež mohou následně zpeněžit při likvidaci ordinace a že splátky musejí tedy odvádět na úkor svých čistých příjmů, a ne při zachování jejich vlastní představy o tom, jak by jejich příjmy měly i po odečtení splátek vypadat.

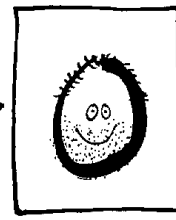
Zcela nepochybným a dodnes diskutovaným faktorem bylo historické okouzlení trhem bezmezná důvěra, že trh vše vyřeší. Panickou hrůzu z regulace jakéhokoli typu můžeme vyčíst z oficiálních návrhů nového systému. V článku „Nový systém financování zdravotní péče“ autoři Fondánová, Pasternak, jedni z důležitých ideových autorů pojišťovacího systému u nás, píší: „Přechod ke všeobecnému zdravotnímu pojištění vyžaduje vytvoření nové specializované instituce, která: ... musí být kontrolovatelná ve svém řízení a dosahování svých cílů (to neznamená vládní, či jakoukoli přímou kontrolu, ale to, že budou jasné cíle i způsoby měření jejich dosažení)“<sup>4</sup>. Takto kontradiktorně chápaná možnost kontroly vyústila v totální neschopnost státu mít přístup k finančním a jiným operacím pojišťoven. Teprve novelizace zákonem č. 60/Sb. z května 1995 formulovala mj. povinnost veřejných zdravotních pojišťoven předkládat své výroční zprávy ministerstvu zdravotnictví a nechat schvalovat pojistné plány Parlamentem ČR. Až do r. 1995 (tedy celé tři roky činnosti pojišťoven) veřejná kontrola činnosti veřejnoprávních pojišťoven nebyla podle zákona možná, i když všichni chápali, že je navýsost žádoucí.

Liberální pojetí úlohy státu, reprezentované ODS, jež v období 1990-1995 měla důvěru společnosti, se negativně promítlo jako naprosté selhání vládních zásahů v oblasti zdravotnictví. Vláda rétoricky obhajovala pozice politického individualismu, odpovědnostia odpor k regulacím, současně však nebyla schopna realizovat zavedení finanční spoluúčasti pacientů, s výjimkou lékové spoluúčasti a úzkého rozsahu nadstandardní péče, ani prosadit reformu státní správy, vedoucí k regionálnímu uspořádání ČR. Zůstane pro nás dnes již těžko pochopitelnou skutečností, že v době, kdy byla spuštěna transformace a zahájeny s ní spjaté mnohé procesy, bylo zrušeno jediné pracoviště, jež se otázkou organizace a financování zdravotnictví zabývalo (Ústav sociálního lékařství a organizace ve zdravotnictví, zrušený v r. 1993 ministrem Lomem). Mnoho výhrad vůči transformaci zdravotnictví se soustřeďuje právě na nedostatek základní koncepce zdravotnictví, podcenění normativní stránky a ne odbornost, způsobenou rozhodováním bez dostatečných podkladů. Nový systém, který se teprve vyvíjel, zlikvidoval všechny možnosti, jak reflektovat případné nedostatky a jak se z nich učit. Nedostávalo se mu žádné zpětné vazby dříve, než nastaly vážné problémy s finančním deficitem.

Soustředěná pozornost na jedince, absolutizace hodnot svobody a trhu, zcela vytlačily problematiku veřejného zájmu, společných (či společenských) hledisek a „obecného dobra“. Zapomnělo se, že vlastní zájem, individuální či skupinový, je vždy relativizován zájmy druhých a zájmy celku. „Vlastní zájem, odpovědnost za sebe sama a hospodářskou svobodu musíme posuzovat z hlediska kritéria relationality – ..- a ne je prostě ztožnit s egoismem“<sup>5</sup>. S odstupem času se může jevit, že v momentu, kdy nebyl dostatečně definován (právně kodifikován a morálně respektován) veřejný zájem a naopak byl hypertrofován zájem soukromý, nebylo správné urychleně privatizovat zdravotnictví<sup>6</sup>. Privatizace činnosti tak mylně vzbudila představu, že se při poskytování zdravotní péče může jednat o lukrativní oblast podnikání. Směšování soukromé a veřejné sféry a neschopnost dostatečně vymezit pravidla chování, platná a povolená v obou sférách, vedla k prolínání obou oblastí, a to samozřejmě není bolest jenom zdravotnictví. Již v r. 1991 vydal ministr Bojar příkaz č. 5/91<sup>7</sup>, jímž se snažil zabezpečit správný postup úředníků ministerstva ve vztahu k podnikatelské sféře, opět však bez přesně stanovených sankcí při porušení tohoto příkazu. Přestože si i na nejvyšších místech dobře uvědomil nebezpečí lobbyismu, došlo v následujících letech k mnohým projevům zaměňování veřejného a soukromého zájmu, k soukromému využívání informací, získaných ve spojitosti s výkonem veřejné funkce a k preferování řešení ne v zájmu věci, ale v zájmu určité skupiny. Veřejná a sociální politika, která by dokázala zhodnotit a formulovat veřejný zájem bez ohledu na stranické priority, nebyla dostatečně etablována anebo nebyla politickými reprezentanty akceptována. Podle M. Potůčka je komunikace a spolupráce mezi legislativou a exekutivou na jedné straně a odbornou veřejností na straně druhé zcela nedostatečná. „Mnoho politiků, kteří teprve nedávno vstoupili do politické arény, si ještě



*vš je to každý*





nestačilo uvědomit, jak je odborná expertíza důležitá pro objektivizaci jejich rozhodování o věcech veřejného zájmu. Mnoho odborníků je disgustováno marným úsilím nabídnout své znalosti těm, kteří rozhodují<sup>98</sup>.

Zcela opomenuta zůstala sociální dimenze a sociální funkce soukromého podnikání a odpovědnost podnikajících subjektů vůči společnosti, přestože i v Listině základních práv a svobod se v čl. 11 odst. 3 praví, že „vlastnictví zavazuje“ a nesmí být zneužito na újmu práv druhých anebo v rozporu se zákonem chráněnými obecnými zájmy. Morální závazky vůči společnosti, či jen druhým lidem, sociální funkce privatizace a širší kontext tržního podnikání byly interpretovány jako redundantní přívlastky trhu. Teprve rok 1997 přinesl záplavu etických témat v odborných publikacích a reflexi morálního selhání soukromého podnikání v mnoha velmi závažných oblastech, jež vyvrcholilo krizí ODS, ODA a koaliční vlády. Aplikujeme-li základní sociologické paradigma na problematiku soukromého podnikání, pak nemůžeme vidět tržní podnikání izolovaně, abstrahovaně od dalších oblastí lidské činnosti. Všechny procesy ve společnosti jsou reálně navzájem spjaty a odvislé jeden od druhého, zasazeny do širšího rámce „společenských konfigurací“<sup>99</sup>. Má-li sociální systém (subsystem) úspěšně dosáhnout svých formulovaných cílů, pak tento skupinový cíl nesmí kolidovat se zájmy jedinců či podskupin, a naopak dosahování skupinového cíle musí znamenat rovněž uspokojování individuálních potřeb. **Úkolem individuální svobody ve fungujícím sociálním systému tedy není sabotovat dosahování skupinového cíle**, nýbrž zcela naopak svobodně a dle vlastních možností a potřeb se na dosahování skupinového cíle podílet. A pokud se jedná o vztah mezi veřejným a soukromým prospěchem, je pravděpodobné, že „soukromé vlastnictví, svoboda smluvní, individuální průbojnost a iniciativa jsou jen tehdy sociálně prospěšné, zaručí-li takový typ chování, který slouží obecnému blahu“<sup>100</sup>. Hlavním úkolem privatizace tedy zřejmě není pouze zlepšení ekonomické situace poskytovatelů (dodavatelů, plátců), nýbrž vytvoření lepších podmínek pro realizaci hlavního cíle zdravotnictví. U nás byla privatizace interpretována hlavně jako přechod veřejně spravovaných zdravotnických zařízení na statut ziskových subjektů, s evidentním nepochopením a nedoceněním privátního neziskového sektoru ve zdravotnictví, který se významně podílí na síti poskytovatelů v USA i v západní Evropě. Tato bezradnost se projevila nezakrytě v otázce privatizace nemocnic, která byla v podstatě zastavena pro vážné obavy z neblahých důsledků privatizace, pojímané jako podnikatelské výzvy. Kořeny těchto našich problémů je možno hledat v tradovaných modelech morálky „všedního dne“, která se v mnoha směrech liší od toho, co je proklamováno v etických kodexech a co je formálně považováno za správné, tedy ve vážném **rozporu mezi hlásanou, oficiální, a každodenní, praktikovanou morálkou**. Naprostá většina společenského života se odvíjí jako dobrovolná interakce, jejímž základem je vnitřní souhlas, spontánní ochota a kooperace každého jedince, zprostředkovaná právě morálními normami. To je možné hlavně za předpokladu, že jedinec svých vlastních cílů dosahuje snáze ve skupině než sám a že skupinové cíle nejsou kontradiktorní individuálním. Protože však parciální zájmy kolidují leckdy se zájmy celku, vyvíjí každá společnost systém sociální kontroly. Společnost se tedy může bránit odchýlnému jednání svých členů a musí trestat ty, kteří se proviňují proti společně přijatým zásadám, nezbytným pro dosažení skupinového cíle, ale sankce, byť naprosto nepostradatelné, nejsou základním regulativem lidského

chování. Tím je v demokratickém společenství pouze a jedině internalizace morálních a sociálních norem ve vědomí a svědomí každého jedince, tedy sebekontrola. Stejnětak, jako je důležité mít a skutečně uplatňovat systém negativních postihů – trestů, je rovněž nezbytné mít a uplatňovat systém pozitivních zpětných vazeb – odměn, jimiž skupina oceňuje chování, které je pro její zachování a reprodukci dobré. Chybí-li systém odměn a trestů, nebo není-li důsledně uplatňován, je tím otevřen prostor pro odchylné, nestandardní chování, jež se nápodobou šíří ve skupině a je pro skupinu destruktivní ve svých důsledcích. **Situace, kdy chovat se mravně není odměněno a chovat se nemravně není potrestáno, je velice nebezpečným precedensem.** Stane-li se „obcházení norem“ sociálně schváleným způsobem chování, vypovídá to o nedostatečných vazbách mezi společností a jedinci či skupinami a nízké míře identifikace s abstraktním sociálním cílem, ideou společnosti. Přestože potrestání působí jako důležitá informace pro další členy skupiny o vztahu mezi chováním jedince, reakcí společností a důsledky této reakce pro daného jedince, konformního chování není možné dosáhnout pouze a výhradně trestáním.

Na straně druhé sociální kontrola je sebezáchovným prvkem každého sociálního uskupení a nedostatečná schopnost zavázat chování jedinců či skupin způsobem, který je v souladu s plněním hlavního cíle, ohrožuje reprodukci systému a dosahování tohoto cíle. Řečeno opět slovy I. A. Bláhy „...**blaho všech je podmíněno kooperací všech**“<sup>11</sup>. Tento nepříznivý trend je u nás asi umocněn historicky odůvodněnou nedůvěrou k organizované moci a autoritě vůbec, jakýmsi odcizením mezi těmi, kdo pravidla utvářejí, a těmi, jichž se také týkají, z čehož vyplývá nižší připravenost tato pravidla respektovat. Značně rozšířeným způsobem přežití se pak stává zdánlivá poslušnost vůči autoritě, ve skutečnosti však spíše snaha prosazovat svůj individuální či skupinový zájem na úkor ostatních, neboť zcela absentuje vědomí, že všichni jedinci a podskupiny dohromady tvoří celek, jehož podoba je spoluutvářena také individuálním a skupinovým chováním, že se tedy všichni podílíme na tom, v jakých podmínkách žijeme a budeme dále žít.

Přerušení krátkého období demokratického vývoje v Československu v r. 1939 a definitivně v r. 1948 mělo obrovské důsledky pro mezilidské vztahy nejen z pohledu morálky, ale také z pohledu vzájemné komunikace. Autoritativní způsob rozhodování, nedostatek zkušeností s partnerským, demokratickým vyjednáváním, neschopnost rozumět kritickým podnětům a snaha je potlačovat se ukázaly být překážkami i v oblasti zdravotnictví, kde se v prvních letech transformace projevily nerovnováhou hlasů jednotlivých subjektů a přílišným akcentem na potřeby poskytovatelů. Byly to především požadavky reprezentantů lékařské profese, které vedly k úpravám původního schématu transformace, např. k zavedení výkonového odměňování v primární sféře a výraznému urychlení procesu transformace<sup>12</sup>. Je možné říci, že jedním z neformulovaných, latentních cílů transformace bylo zlepšit finanční situaci lékařů a postupně vyrovnat příjmy lékařů s příjmy nejlépe odměňovaných skupin, jako jsou právníci, poslanci, pracovníci managementu a bankovníctví, podnikatelé. Slabé patientské hnutí bez dostatečné institucionalizace a ohlasu ve veřejnosti nedokáže konstruktivně formulovat a hájit zájmy a potřeby populace, a to ani v případě vážných podezření na zanedbání péče a nenaplň-

ní zákonných podmínek. V současné době naopak narůstá role plátců, na nichž jsou poskytovatelé, ať již jako nemocniční zaměstnanci či zadlužení soukromí lékaři, existenčně závislí, a chování pojišťoven, především VZP, někdy svědčí o dobrém sebevědomí těch, kdo drží peníze. Systém s takto asymetrickými prvky je pak nutně nerovnovážený, nedemokratický, neschopný hledat a najít společenský konsensus, a tudíž nestabilní.

Nedostatečná propracovanost zdravotnické legislativy, vágnost a ambivalentnost norem, dělaných často „za pochodu“ a reagujících na problémy spíše zpětně než prospektivně („záplatování“), snaha interpretovat zdravotnictví jako lukrativní oblast, na níž někdo může vydělat, úzkost z regulace a dlouho nevyjasněná dělba práce mezi jednotlivými úrovněmi řízení – takové a jiné jsou bolesti transformace českého zdravotnictví. V důsledku selhání nových pravidel, nebo v důsledku setrvačnosti, dochází k tomu, že i v nových podmínkách uplatňují účastníci zažitá, stereotypní způsoby chování, jež však v kombinaci s novými činiteli mohou nabývat zesílené až zkarikované podoby, číjejichž negativní důsledky jsou mnohem závažnější. Zachování v podstatě neomezeného bezplatného přístupu ke zdravotní péči v podmínkách svobodné volby a konkurence lékařů způsobily, že alespoň v oblastech s hustou nabídkou poskytovatelských zařízení docházelo k obcházení poskytovatelů a k simultánnímu, duplicitnímu využívání zdravotnických služeb při jednom zdravotním problému. **Morální hazard, přežívající ze státního zdravotnictví, byl umocněn konzumerismem, větší nabídkou zdravotní péče, nulovou regulací poptávky finanční spoluúčastí a výkonovým způsobem odměňování.** Jak pacienti, tak lékaři byli motivováni pro to, aby spotřeba zdravotní péče byla co největší. Je zajímavé, že přes několik pokusů zavést poplatek při neindikované návštěvě specialisty se jej nikdy nepodařilo převést do praxe. Lékaři se jeji raději vzdali, než aby přišli o pacienty a s nimi spjaté příjmy. Stejně tak znovuzavedení rozpočtování v hospodaření nemocnic jako způsob regulace nákladů v době, kdy jsou poskytovatelé zadlužení a je deklarována svobodná volba zařízení, může vést k šetření na pacientech, selekci pacientů, a tedy až k zvýšenému systémovému selhávání při plnění zákonem stanovené povinnosti poskytovat potřebnou zdravotní péči podle zdravotních potřeb<sup>13</sup>. Je-li objem peněz opět garantován předem, na pacientovi a jeho spokojenosti již opět tolik nezáleží. Jestliže byl zvolen výkonový systém, aby lépe motivoval poskytovatele a aby s pacientem přicházel konkrétní objem peněz, pak prospektivní způsoby rozpočtového financování pacienta vypouštějí zehry. V momentu, kdy panuje všeobecná frustrace lékařského stavu a patientské hnutí není emancipováno, aby dokázalo formulovat své nepopiratelné zájmy a potřeby, může systém vést k závažným chybám, a to také z toho důvodu, že nemocnice si své mimospádové pacienty smějí do jisté míry vybírat. Problém nadbytečné nabídky z prvního období transformace je dnes kombinován s problémem nedostatečné péče (hlavně určitých typů specializované péče).

Celková změna systému zdravotní péče je vždy velkou zátěží s mnoha riziky, obzvlášť probíhá-li v kontextu s globální společenskou proměnou. Proto se dnes v oblasti zdravotnictví uznává, že realizovat velké změny v krátkém časovém údobí je méně vhodné. V dokumentech Světové zdravotnické organizace je spíše doporučováno, aby žádoucí reformy postupovaly po dílčích krocích a maximálně respektovaly národní specifika. Většina zemí, které v posledních desetiletích reformovaly zdravotnictví změnou systé-

mu, se potýká s tím, že v něm fungují nekontrolovaně, neprůhledně a tedy neovlivnitelně zažité mechanismy z minulého systému. Např. Řecko, které zavedlo v polovině 80. let Národní zdravotní službu a nahradilo jí národní pojištění, nemůže zvládnout problém černých plateb a úplatků, jimiž si pacienti zajišťují běžný standard péče. Soukromé platby jsou povětšinou ilegální, ale probíhají za mlčenlivého souhlasu vlády, která není schopna jiným způsobem garantovat zvýšení příjmů lékařů podle jejich představ a zajistit standardní kvalitu péče. Naprosto stejné riziko hrozí ve zdravotnictví českém v současném období.

V současnosti se nachází ČR na podobné křižovatce jako v r. 1990, pouze stojí na její druhé straně. Pro další vývoj zdravotnictví je naprosto nezbytné, aby došlo k jasnému vyjádření veřejnosti, jakému modelu zdravotnictví dává přednost – zda bezplatné, všeobecně dostupné, přidělované péči s rizikem černého trhu, „milosrdných matematik“, přerozdělovacích vzorců a nízkého standardu, nebo průhlednější verzi důsledně kultivovaného zdravotního pojištění, které v dostatečné šíři kryje zdravotní potřeby na bázi solidarity a rovnosti a současně umožňuje větší variabilitu, kvalitu i časovou dostupnost péče při sociálně ušlechtlé a akceptované finanční participaci.

Stejně tak, jako v r. 1990, se i dnes rýsují možnosti dvě. První je zdokonalování nyní částečně zavedeného systému zdravotního pojištění a implementace prvků, které jsou pro jeho činnost nezbytné (např. řízená konkurence mezi veřejnoprávními pojišťovnami, diferenciací na péči základní a nadstandardní, vznik neziskových soukromých nemocnic, zavedení volitelného soukromého pojištění pro příjmově silné skupiny či připojištění pro nadstandardní služby, rozšíření sociálně diferencované finanční participace, vznik institucí, umožňujících dohled nad procesy a dohodování apod.). Tento systém bude ale vždy nejen finančně nákladnější a administrativně složitější, nýbrž bude vyžadovat i aktivní spolupráci veřejnosti a ochotu na zdravotní péči přispívat i mimo pojištění.

Druhou cestou je „oprášení“ konceptu státního zdravotnictví a jeho přizpůsobení potřebám budoucnosti např. podle reformy britské Národní zdravotní služby či severských zemí. K takovému vývoji bychom spěli, kdyby pluralita veřejnoprávních pojišťoven ztratila na smysluplnosti při monopolním postavení VZP<sup>14</sup>. Ani v takovém případě bychom se nevyhnuli konfrontaci s trhem, který se v určité míře jako komplementární mechanismus do zdravotnictví prosazuje. Ve všech státních zdravotnictvích dnes soukromý sektor je otevřen a legitimně vyplňuje prostor, který zůstává státem financovaným a organizovaným systémem nenaplněný. V obou případech musí být veřejnost důkladně seznámena s důsledky volby, což se evidentně při zavádění systému zdravotního pojištění v letech 1990-91 nestalo. Veřejnost nebyla v iniciační fázi upozorněna na to, k čemu dává mandát, nebyla seznámena s tím, že v modelu národního zdravotního pojištění se závazek společnosti, kolektivní ochrana, snoubí se závazkem jedince vůči sobě samému, který se projevuje v různých podobách finanční spoluúčasti. V tomto bodě politici nenaplnili svou povinnost a následně zjištění, že veřejnost se k platbám staví negativně, strach ze ztráty voličů, zřejmě způsobily přešlapování na místě. Budoucí podoba českého zdravotnictví závisí na preferencích veřejnosti a na politické volbě. Jak již víme z naší zkušenosti z r. 1991-7, změna systému je patrně náročnějším a složitějším proce-

sem, než úprava stávajícího a napravování jeho chyb v dílčích krocích. Bylo by dobré se z naší vlastní transformace v tomto smyslu poučit.

\*) Tento článek je nepatrně upraveným a zkráceným textem stejnojmenné kapitoly ze studie Křížová E.: „Rovnost (ekvita) v transformovaném zdravotnictví ČR“, vydané nadací J. Hlávky v roce 1998

- 
- 1 Bojar M.: Čekání na (tržního) Hippokrata – etika transformace zdravotnictví. Listy XXV, č. 8, 1995, s. 23
  - 2 V Německu neplatí pojišťovací povinnost pro osoby s příjmem nad 6300,-DM měsíčně (v nových spolkových zemích 5250,-DM měs.)
  - 3 Müller A.: Systémový přístup k analýze a tvorbě zdravotnictví. Studie Národohospodářského ústavu J. Hlávky 4/97, Praha, 1997, s. 11
  - 4 Fontánová Z., Pasternak P.: Nový systém financování zdravotní péče. Bulletin MZ ČR 9/91, s. 6
  - 5 Rich A.: Etika hospodářství sv. II. Oikúmené, Praha, 1994, s. 210
  - 6 V některých zemích střední a východní Evropy privatizují po částech v průběhu 5-10 let.
  - 7 Příkaz ministra č. 5/91 k zabezpečení správného postupu pracovníků MZ při jednáních s podnikatelskou sférou. Bulletin MZ ČR 9/91, s. 11
  - 8 Potůček M., Purkrábek M., Háva P.: Analýza událostí veřejné politiky v České republice I. díl, Fakulta sociálních věd UK Praha, 1994, s. 26
  - 9 Bauman Z.: Myslet sociologicky, SLON, Praha, 1997, s. 13
  - 10 Bláha I. A.: Sociologie, Academia, Praha, 1968, s. 382
  - 11 Bláha I. A.: dtto
  - 12 Bojar M.: Čekání na (tržního) Hippokrata – etika transformace zdravotnictví. Listy XXV, č. 8, 1995, s. 21, 23
  - 13 Podle J. Němce poklesl objem péče v nemocnicích po zavedení rozpočtů na podzim 1997 na 80 % in: Jistota 2/98, s. 6
  - 14 Záměr centralizovat financování zdravotní péče vyjádřila ČSSD s podporou levicových stran, od července 1999 platí, že % provozních nákladů zdravotních pojišťoven nesmí překročit 4 % jejich rozpočtu.

---

# **DEKÁDA BADATELŮ**

---

**MOŽNOSTI**

# Co lze zvládnout během deseti let

Motto: *“If a man will begin with certainties, he shall end in doubts; but if he will be content to begin with doubts, he shall end in certainties.”*

*Francis Bacon*

## Deset let je dlouhá doba

Představuje polovinu života u dvacetiletého, třetinu u třicetiletého. A abych také hovořil o sobě, čtvrtinu u čtyřicetiletého. Podobných zlomků by bylo možno vytvořit celou řadu. Kdesi bylo napsáno, že staří Řekové svým moudrým tesali na náhrobní kámen nápis: „A života jeho bylo devět set let...“ Chtěli tím vyjádřit, že normální smrtelník by ke stejnému dílu potřeboval alespoň těch devět set let. Při obvyklé délce života v antice deset let mohlo znamenat vytvoření rozsáhlého díla.

Shodou okolností v roce 1989 jsem poprvé opublikoval článek v zahraničním odborném časopise. Za deset let se v životě může zvládnout spousta věcí. Děti vyrostou. Člověk najde několik přátel a jiní ho opustí. Několikrát se přestěhuje. Zůstává spousta nedodělků. Uvědomuje si, co všechno by udělal jinak, kdyby... To jsou ti Bychové ze známého rčení: „Pozdě bycha honiti...“ Miroslav Horníček v Hovorech H, které jako dítě docela dobře pamatuji, kdysi prohlásil, že Bycha si představuje jakou svou kopii a vidí, že před ním běží již celá stáda bychů. Ti první jsou na hony daleko, u těch posledních se zdá, že stačí jen natáhnout ruku a člověk je chytí – ale marně. Dovedete si představit, co bychů člověk nagenereje za deset let? A k tomu nám řadu bychů vytváří naše okolí – třeba možnostmi, které by nastat sice mohly, reakce je připravena, ale ony nikdy nenastanou. A už Bych utíká. I když, přiznejme si, za většinu bychů si odpovídáme sami. Dokonce se odvážím tvrdit, že naši personální bychové tvoří podstatnou část naší osobnosti. Mohu-li myšlenku pana Horníčka trochu rozvést, pak máme bychy viditelné, veřejné – to jsou ti, o kterých nám přítel nebo náhodný pocestný řekne „kdybys tehdy udělal-neudělal-přišel-nepřišel...“ A pak jsou bychové neveřejní, intimní, o kterých vědí jen naši nejbližší, a někdy jen my sami. V každém případě je deset let doba dlouhá natolik, abychom se ze všech možností využitých i nevyužitých (bychů) mohli dostatečně těšit. A možná bychom se z bychů měli radovat. Nevíme totiž, který bude poslední...

Ve společnosti může být deset let dlouhá doba. Kdo by si na začátku roku 1989 pomyslel, že ještě v témže roce začne proces vedoucí k **demokracii**. Dnes, po deseti letech, většina studentů, kteří přicházejí do prvního ročníku na 3. LF UK, má jen mizivou osobní zkušenost s nedemokratickým systémem předchozích let. Kdo by si byl v českém vědeckém světě pomyslel, že Státní plán základního výzkumu bude nahrazen **grantovým systémem** s relativně objektivním hodnocením. Že **AV ČR** projde silným okleštěním a **transformací** ku prospěchu svému a svého okolí, že lékařské fakulty budou moci nabídnout **alternativní curricula**. Že naši doktorandi budou moci získat špičkové **postdoktorální vzdělání na vedoucích světových pracovištích**. To je z hlediska mého relativně krátkého, leč poměrně rychlého života (můj přítel Doug Garant mi jednou řekl: „Remember, each of us has only a certain number of heartbeats!“) něco naprosto neuvěřitelného a potěšitelného. V těchto oblastech se musíme snažit, aby bychů ne-

soucích špatná rozhodnutí bylo co nejméně. Za deset let se dá zahájit, a někdy dokonce také ukončit, několik výzkumných projektů. V roce 1989 bylo vyhlášeno **Desetiletí výzkumu mozku**. Přineslo ohromný rozmach neurověd od základního výzkumu až po vědy užité jako jsou neurochirurgie a psychiatrie. V oblasti mého dosahu došlo k nahromadění nadkritických množství poznatků o excitačních aminokyselinách a jejich receptorech, úloze systémů druhých posílů, intracelulárních zásob kalcia, NO jako neuromediátoru, posilování a oslabování informační stopy v synaptických systémech, a to vše za použití nejrozmanitější škály metodik – od molekulární biologie přes celulární a systémovou elektrofyziologii až k metodikám behaviorálním. Jedním z nejvíce fascinujících zjištění v poslední době byl alespoň pro mne objev, že i v dospělém mozku člověka dochází k neurogenezi. Až do roku 1998 vládlo totiž přesvědčení na základě pokusů, které prováděl Pasko Rakic na opicích, že u primátů po narození neurogeneze není možná. Kombinovaná švédsko-americká skupina (Fred Gage a spol.) prokázala, že u člověka neurogeneze v poměrně pokročilém věku může stále probíhat. Je to sice jen první krok, ale přece jen je to krok na cestě regenerační terapie neurodegenerativních onemocnění. Co víc chcete dosáhnout za deset let?

## Deset let je krátká doba

Z hlediska vesmíru, z hlediska geologických epoch, z hlediska vývoje civilizace. My přece také přispíváme k vývoji civilizace. Alespoň daty, která tu po nás zůstanou. Nejtrvalejší podobu daleko přesahující limit deseti let budou mít data tištěná. Na papíře, klasicky. Data digitální jsou závislá na nosičích, a ty se papíru zdaleka nevyrovnají. Magnetická páska vydrží cca 10 let, u kompaktního disku se životnost odhaduje maximálně na 50 let. Data na harddisku mohou mít ještě daleko kratší trvání, jak potvrdila moje mladší dcera, když se jí mimoděk podařilo zneprovoznit druhý harddisk počítače, na kterém právě píšu, takovým způsobem, že mě to stálo dva víkendy práce, přes \$100 a mnohem, mnohem více štěstí, abych zrevitalizoval alespoň ty soubory, které obsahovaly reálná data, články a kopie daňových přiznání.

Ve společnosti za deset let pochopitelně **demokracii** nelze vybudovat (jedině zlikvidovat – a to i za kratší dobu). Podstatná je cesta a směr. Antické demokracie byly vyvíjeny po staletí, a nebyly úplné. Americká demokracie trvá něco přes 200 let, ale ve všeobjímající podobě tak asi třicet let. Cesta je to dlouhá, trnitá, ale nezbytná. **Grantový systém**, tak jak je prezentován, má samozřejmě celou řadu neduhů. Některé jsou tak závažné, že se dokonce v poslední době objevují významné hlasy volající po jeho likvidaci či okleštění ve prospěch institucionalizovaného financování vědy. Grantový systém je projevem demokracie ve vědě a stejně jako demokracie ve společnosti potřebuje ujít ještě značný kus cesty, aby dosáhl úspěšnosti amerického grantového systému, který dokonalý zdaleka není! Institucionální složka financování je také významná, ale především v oblasti podpůrných systémů, jako jsou knihovní zázemí, počítačové sítě, centrální zařízení s nákladnými přístroji (core facilities). Nedávno jsem na webu četl plán na vytvoření tuším Národních center výzkumu (nejméně 20 VŠ s úvazky >50 %, polovina pod 35 let, do 2 let osamostatnění center od mateřských institucí). Myšlenka bezesporu dobrá a užitečná v celkovém kontextu budování vědy. Nicméně, Centra budou krásnou reálnou sebereflexí stavu vědy v ČR. Stanou se přívažky stávajících institucí a zdrojem nedostá-



vajících se finančních prostředků? Stanou se únikovým prostorem pro vědce duševnějiž v penzijním věku? Stanou se totemem prestiže bez důsledných publikačních výstupů? Bude skutečně splněna podmínka jejich osamostatnění jako v podstatě nezávislých entit? Do jaké míry bude jejich kontrola *res publica*? Kde najdou schopné mladé pracovníky s dostatečnou publikační aktivitou, když ti se převážně nevracejí ze zahraničních pobytů (viz zpráva prof. Rokyty ve VNS č. 37 o služební cestě na Society for Neuroscience Meeting 1999 v Miami Beach a jeho rozhovor pro minulou Vita Nostra Revue). Odpovědět na tyto otázky je záležitostí více než deseti let. **Transformace AV ČR**, ač rychlá a bolestná, nedošla do konce. Tedy došla, vedla k celkové úspoře prostředků, ale to byl bod, ve kterém se rozcházel pojetí vlády ČR a AV. AV ČR předpokládala okleštění, restrukturalizaci a restrukturalizaci v podstatě nekrácených, nebo pouze inflací krácených prostředků. Rozpočet byl snížen zhruba o okleštěné zdroje pracovních sil (které sice k ničemu nebyly, ale prostředky na ně vynakládané byly bolestně potřeba jinde). Trošku mi ta situace připomenula české přísloví „Pro dobrotu na žebrotu“. Navíc se ukazuje, že AV ČR dokonce uspořené mzdový fond přelévá do prostředků na výzkum (viz příspěvek rektora Masarykovy Univerzity v Brně do časopisu EURO č. 44/99; <http://www.euro.cz/99/46/clanky/06.html>). To není cesta, jak přitáhnout mladé pracovníky; dokonce to není ani cesta jejich zachování. Z těchto důvodů netřeba divit neochotě ostatních institucí zabývajících se výzkumem (VŠ) k evaluaci výkonu – anebo k provedení jakýchkoliv závěrů z evaluace vyplývajících. Přesto některé lékařské fakulty vstoupily na neprozkoumanou půdu a rozhodly se přestavět klasické **curriculum výuky na alternativní**, např. problémově orientované. Rozhodnutí pravděpodobně správné, povětšinou nepřipravené, ale pravděpodobně konkurenceschopné. I když je těžké se vyjádřit ke konkurenceschopnosti v prostředí, kde neexistují standardní a preexistující licenční testy. Pak by bylo možno opřít se o konkrétní data úspěšnosti. V současnosti lze operovat pouze s daty o oblíbě alternativního versus klasického curricula, anebo s předpoklady. VŠ včetně lékařských fakult jsou krom pregraduálního nositeli i **postgraduálního vzdělávání**. Možnost volného pohybu úspěšných doktorandů na zahraniční pracoviště pro postdoktorální vzdělání je naprosto nezbytná, a přitom zlatem nevyvažitelná. Otázka je, jak vyškolené postdoky vrátit zase zpět na vědecká pracoviště do ČR. Především asi nejprve budou muset dynamická vědecká pracoviště v ČR existovat. Pak tato pracoviště budou muset mít vybudovaný systém podpůrných služeb. Musí-li se postdok hypotetického Ústavu výzkumu mozku objednat pětkrát Brain Research z depozitáře SLK, místo aby ho měl založený na polici a přes počítač online přístup na nejnovější čísla, musí-li se o každou objednávku chemikálií a elektrod prát s ústavní byrokracií, která mu nakonec nepovolenou, ale nezbytnou digestoř nechá zaplatit z vlastní kapsy, pak se dozajista začne záhy věnovat méně vzrušující a přitom výnosnější práci barového vyvažovače. Moudřejší postdok si prodlouží pobyt v zahraničí *ad infinitum*. S koncepcí státní vědecké politiky by spíše místo výběru směrů, kam se výzkum bude ubírat, a jejich rozdělení institucím – aby na každého něco vyšlo (oživení Státního plánu ???) – měl souviset program renaturalizace mladých, dejme tomu zase do 35 let. Něco podobného provedla v poslední době Čína. Nevím, co konkrétně nabízeli, ale podle životopisných údajů jsem nabyl dojmu, že dokonce byly celé rozsáhlé laboratoře s personálem zakládány *de novo*, aby poté pracovaly pod vedením navrátivších se mladých vědců. A není pochyby, že nabízeno bylo dost, když se mladí vědci na tato místa do Číny vraceli z pozic

v USA. Jedině tak dostane výzkum v ČR dynamiku a konkurenceschopný publikační výstup. Výzkum mozku přisun zdrojů určitě potřebuje. Po Dekádě výzkumu mozku jsme pojetí jeho činnosti o mnoho blíže než před ní. Jsem osobně přesvědčen, že historicky mnohem dříve dekódujeme lidský genetický kód, než pochopíme fungování mozku. Už proto, že molekulární biologové spotřebovávají velkou část prostředků, které bychom jinak mohli využít na mozek (just kidding!). Co víc byste chtěli dosáhnout za deset let?

*Dr. Libor Velíšek, AECOM*

## Vědecká konference studentů PGS

Na České a slovenské studentské vědecké konferenci, která se konala 5. listopadu 1999 v Brně, získal v postgraduální sekci nejvyšší ocenění zástupce 3. lékařské fakulty UK, MUDr. Rashed z Laboratoře genové exprese. Představil svou práci „Vliv cytokinu TGFbeta1 na proliferaci maligních lymfocytů“ (viz VNR 3/99), na níž se podle jeho vlastního vyjádření významně podíleli také Ing. Daniel Tvrdlík, RNDr. Ing. Julius Müller a vedoucí laboratoře prof. RNDr. Ivan Raška, DrSc.

## Na stáži v Anglii

O letošních prázdninách jsem měl možnost strávit osm týdnů ve Velké Británii, v Queen Elizabeth Hospital, Birmingham.

V průběhu roku přijíždí do nemocnice na několikátýdenní stáž formou „elective study“ kolem dvou set studentů, převážně z Evropy a Asie. Díky společnému ubytování jsem měl možnost porovnat, samozřejmě pouze zprostředkovaně, studium medicíny mezi mnoha zeměmi. Jsem přesvědčen, že naše školy nám umožňují dosáhnout výborného vzdělání, přestože k němu přidávají vedení k disciplíně, jehož obdobu jsem našel jen v tureckém systému. Také některými našimi profesory často zmiňovaná aktivita západoevropských studentů může pramenit z neuvěřitelně jednoduchého přístupu k počítačům, do knihoven a studijního oddělení....

Nastoupil jsem na jednotku hepatobiliární chirurgie, která patří mezi jedno z největších světových transplantačních center, věnujících se transplantacím jater. K mé radosti tamní chirurgové starali o játra a pankreas také z interního pohledu, a proto byla velmi zajímavá jak práce na sálech, tak na oddělení.

Měl jsem štěstí a po několika dnech mě lékaři začali brát jako kolegu s možností zapojit se do činností, které jsou mnohdy studentům těžko dostupné. Jednou z nejzajímavějších byla účast na odběrech orgánů pro transplantace. Byla to pro mne zcela nová, poprvé velmi emocionálně rozporuplná, zkušenost. Odebraná játra jsem ráno následoval nasály a přihlížel operaci; všem odpůrcům darování orgánů bych přál vidět nejen smrt, ale i nový život.

Noční cesty po nemocnicích Anglie, Walesu a Severního Irska, zajímavé pro „mladého chirurga“, sebou jako vedlejší produkt přinesly časté cestování, možnost porovnání vý-

bavy desítky chirurgických sálů a spolupráce s několika lékařskými týmy. Mám pocit, že vybavení pracovišť, která jsem navštívil, je srovnatelné s našimi nemocnicemi.

Mezi neodborné zážitky, o kterých bych se chtěl zmínit, patřila výměna mladých lékařů – „house officers“. Začínající lékaři, kteří na oddělení sloužili šest měsíců, se v jeden den z celé nemocnice odstěhovali do jiných nemocnic a měst, a druhý den na jejich místa nastoupili převážně absolventi. Protože „house officers“ dělají na odděleních naprostou většinu práce, nastalo komické bezvládné umocněné rozsáhlým výpadkem elektřiny. Ale na obranu absolventů nutno dodat, že se velmi rychle rozkoukali. Po týdnu byli opravdu samostatní, a to vzhledem k pětiletému pregraduálnímu studiu v Anglii jsou ekvivalentem našich šestáků!

Pobyt v Birminghamu dalece předčil má očekávání. Potěšila mě vstřícnost, se kterou jsem se během pobytu setkával. Navíc jsem viděl operovat jednoho z nejuznávanějších britských hepatobiliárních chirurgů. Všem odborným a technickým stránkám chirurgie bych ale mohl přihlížet i u nás; odborná péče našeho i britského zdravotnictví, ve své podstatě obou socialistických, je srovnatelná. O to více si cením u anglických lékařů lidského přístupu k medicíně a chování se k pacientovi, kterému bych se u nás zatím učil hůře a ve kterém mě starší kolegové asi nebudou tolik kontrolovat.

*Hynek Mergental*

## **Dopis z Birminghamu:**

*... Mr. Mergental obviously very knowledgeable about the subject which I suspect is due to significant background reading and study on his part. He certainly was more knowledgeable about liver and pancreatic problems than our own under graduates here in Birmingham. He has a charming nature and readily made friends with the staff working on the Liver Unit. His spoken English and understanding of English was excellent and this obviously enabled him to benefit from his time with us. Overall we were very impressed with Mr. Mergental and it is no exaggeration to say that he is the best overseas elective student we have ever had.*

*M. J. A. C. Buckels MD, FRCS, University Hospital Birmingham*

## **Uznání z USA**

Bývalá asistentka Ústavu normální, patologické a klinické fyziologie 3. LF UK MUDr. Jana Velíšková, CSc., která nyní pracuje v USA v New Yorku v Albert Einstein College of Medicine, Neurology and Neuroscience, získala významné ocenění Americké společnosti epilepsie: výroční cenu pro mladé výzkumníky. Je mezi osmnácti takto vyznamenanými z celých Spojených států a toto ocenění představuje významné uznání její vědecké práce.

*Prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc., přednosta ústavu*



342 North Main Street  
West Hartford, CT 06117-2507  
(860) 586-7505  
Fax: (860) 586-7550  
E-mail: info@aesnet.org  
Home page: www.aesnet.org

**BOARD OF DIRECTORS**

**PRESIDENT**

**Robert S. Fisher, M.D., Ph.D.**  
Phoenix, Arizona

**FIRST VICE PRESIDENT**

**Susan Spencer, M.D.**  
New Haven, Connecticut

**SECOND VICE PRESIDENT**

**Selomon L. Moshé, M.D.**  
Bronx, New York

**TREASURER**

**Orrin Devinsky, M.D.**  
New York, New York

**PAST PRESIDENT**

**Robert L. MacDonald, M.D., Ph.D.**  
Ann Arbor, Michigan

**Gregory K. Bergey, M.D.**

Baltimore, Maryland

**Bruce Hermann, Ph.D.**

Madison, Wisconsin

**Greg Holmes, M.D.**

Boston, Massachusetts

**Thomas P. Surtula, M.D., Ph.D.**

Madison, Wisconsin

**John W. Swann, Ph.D.**

Houston, Texas

**Elaine Wyllie, M.D.**

Cleveland, Ohio

**EX OFFICIO**

**Cesare T. Lombroso, M.D., Ph.D.**

Boston, Massachusetts

**Daniel H. Lowenstein, M.D.**

San Francisco, California

**Timothy A. Pedley, M.D.**

New York, New York

**EXECUTIVE OFFICE**

**M. Suzanne C. Berry, CAE**

Executive Director

**Sandra L. Pizzoferrato**

Associate Director

**Steven J. Rugens**

Meeting Services

**Karan Murray**

Membership Services



September 2, 1999

Jana Veliskova, M.D.  
Albert Einstein College of Medicine  
Neurology and Neuroscience  
1410 Pelham Parkway South, K 312  
Bronx, NY 10461

Dear Dr. Veliskova:

I am very pleased to inform you that the American Epilepsy Society has selected you to be one of eighteen Young Investigator Awardees at this year's Annual Meeting. These awards have been generously supported with a grant from GlaxoWellcome.

Our Executive Office will mail you a check in the amount of \$1,200 approximately two months prior to the 1999 Annual Meeting in Orlando. In order to process this check, kindly fill out the top portion of our Travel Expense Request form and return it in the enclosed return envelope or you may fax it to (860) 586-7550 by September 15, 1999.

This is the fourth year that this award is being given. Recipients of this award will be recognized in the conference program book. In addition, there will be a breakfast given by GlaxoWellcome in your honor. Details on this breakfast will follow.

Congratulations and I look forward to seeing you in Orlando.

Sincerely,

Steven Schachter, M.D.  
Chair, Scientific Program Committee

Enclosure

K70827NA-AES\CONF\ABSTRACT

## Měsíc v řecké Ioannině

*Vše začalo nenápadně někdy kolem 28. června, kdy jsem se dosti náhodně rozhodla pro měsíční stáž na ARO v Řecku. Pochopitelně, že jsem nemohla tušit, jaká překvapení na mne čekají, ale už od přiletu do Atén (4. července) se to vyvíjelo poněkud zajímavě...*

*Čekám, čekám ve dvě hodiny ráno na letišti u pásu se zavazadly a vyhlížím ten svůj batůžek, vtom najednou ke mně přišel mladý muž, slušně pozdravil, představil se a potom dodal, že chodíme do stejné školy v Praze, že mne viděl v letadle, a tak mi prý chce říct jen Hallo! ...Bohužel v těch brzkých ranních hodinách jsem si jméno nestihla zapamatovat (po pravdě řečeno, když jsem si ho nepoznačila, tak bylo jasné, že si ho ani nezapamatuji) – velice se mu tímto omlouvám. Ale bylo to úžasné přivítání v Řecku.*

*Další noční bloudění po Aténách ponechám stranou, asi to nebylo moc bezpečné. V samotné Ioannině jsem nakonec skončila na anesteziologii (myslela jsem, že ARO by bylo lepší, ale nějak to nešlo). Myslím, že ať už samotná anesteziologie nebo resuscitační oddělení byla dobrá volba (ačkoliv to není můj vysněný obor), protože řeckyneumím, a jiné obory přece jenom potřebují značně větší kontakt s pacienty. Štěstí mně nepouštělo ani na krok. Potkala jsem skvělou anestezioložku, která velice ráda všechno vysvětlovala a myslím si, že i sama měla z toho radost. Je ovšem pravda, že kromě medicínských záležitostí jsme probrali i spoustu jiných věcí, částečně také mythologii: např. proč jsou roční období, proč stříkačka je anglicky syringe, co znamená slovo Philadelphie a Dimitra, proč se říká panická hrůza atd. Ano, něco si člověk pamatuje, něco už někde slyšel a četl, něco se prostě obecně ví, ale ještě zbývá mnoho toho, co neví.*

*Myslím, že anestezioložka Sofie mi chtěla ukázat řeckou mentalitu, způsob života a způsob vnímání světa. Ted' už se vůbec nedivím, proč „naši“ Řekové jsou trochu hlučnější a často chodí později – ba naopak mne udivuje, že jsou jen tak trochu hluční a že přijdou i včas. Kromě společenských událostí, jako byla např. společná večer s anesteziologickým týmem, řecké tance s jinými studenty a setkání s muslimy koleji, kde jsem bydlela, jsem si v nemocnici mohla procvičit intubaci, kanylky atd. Zajímavé věci jsem viděla i na druhé straně zelené roušky – největší dojem na mne neudělaly neurooperace, trochu lepší to bylo na kardiochirurgii (vidět fibrilaci síní přímo na srdci nebo extrakorporální oběh mi asi v životě bude k ničemu, ale zážitek to byl značný). Nejzajímavější operace v Ioannině byly na ortopedii, a to asi proto, že ioanninská ortopedie je nejlepší v Řecku, jak mi aspoň bylo prezentováno. Určitě nezapomenu třeba na operaci skoliosy s wake up testem.*

*Na stáži v Řecku mi bylo dobře a doufám, že některé lidi, které jsem tam poznala ještě uvidím. Aha, skoro jsem zapomněla dodat, že jsem tam byla s Czemsic'em.*

*Bogna Godulová*

---

# **MEDICINA**

---

## **TRAUMATOLOGIE**

# Úrazy a přelom tisíciletí

## Petr Zelníček

Při proměně data se všichni zamýšlíme, co nás čeká do budoucna a někteří lidé se domnívají, že se změnou data se mnohé změní. Je však dobré vyjít z toho, co je. A současná bilance úrazovosti není právě povzbuzující, nakonec statistiky to zobrazují zcela přesvědčivě. Realitou je, že úrazy, zejména z dopravních nehod, budou dále, a to, co se dá změnit, je jejich množství, následky a naše možnosti něco s tím dělat. Asi nejlepší je prevence, tedy opatření, která rizika úrazů eliminují. To ale většinou stojí peníze, které nejsou a také to nikoho moc nezajímá. Ještě tak nejjednodušší jsou legislativní úpravy, které však většinou nejsou respektovány, a represe – tedy vybírání pokut, což také moc nefunguje.

Úrazy tedy budeme mít dále, patrně jejich počet ještě poroste a potom je na zdravotnících, aby léčili a minimalizovali následky. Více než 200 000 dopravních nehod vyprodukuje asi 6500 těžce zraněných, léčení těchto stavů stojí obrovské úsilí zdravotníků, ale také velké množství finančních prostředků. Průměrné náklady na léčení mnohočetněporaněného stojí něco mezi 1-2 mil. korun.

Aby léčení těchto těžkých úrazových stavů bylo úspěšné, je třeba mít dobře pracující přednemocniční péči – záchranou službu, a tu nám může kdekdo závidět. Ústavní léčení by potom mělo být zajištěno specializovanými centry, kde spolupracují multidisciplinární týmy. Tato pracoviště musí být vybavena velmi drahou moderní technikou a udržována v nepřetržité pohotovosti, což není právě laciná záležitost. Proto byla připravena a částečně již do života uvedena tzv. koncepce traumatologické péče.

## Koncepce úrazové chirurgie

**MUDr. Petr Zelníček, CSc., MUDr. Vladimír Pokorný, CSc.**  
**Česká společnost pro úrazovou chirurgii**

### I.

Úrazy a jejich následky přinášejí závažné problémy nejen zdravotní, ale též sociální a ve svých důsledcích ekonomické. U dětí a mladistvých jsou jednou z hlavních příčin úmrtí a rovněž u dospělých se ve vyspělých státech dostává úmrtnost na úrazy na 4. místo nejčastějších příčin. Úrazy starých lidí mají svou specifickou problematiku, která přináší zvýšené nároky na kapacitu zdravotnických a sociálních zařízení.

Moderní traumatologie sebou nese finanční náklady, ale ty jsou rentabilní a vysoce návratné, protože prognóza většiny úrazů je v podstatě příznivá a lze ji ovlivnit důslednou a kvalifikovanou léčebnou péčí.

## II.

Nezbytnou součástí traumatologie je činnost preventivní. Základem prevence je soustavná a neformální zdravotní výchova obyvatelstva a to již od věku školního. Zde je nutno interesovat ministerstvo školství a dětské zájmové organizace.

Dosavadní bezpečnostní předpisy, platné pro předcházení pracovních úrazů podnikových a zemědělských je třeba revidovat a legislativně upravit pro podmínky soukromých firem.

Dopravní nehodovost představuje jednu z nejzávažnějších příčin těžkých úrazů a preventivní činnost na tomto úseku je nutno prohloubit. Tato problematika je podrobně rozpracována v zahraničí. Bezpečnost dopravy má své prvky pasivní i aktivní (konstrukce motorových vozidel, výstavba a údržba komunikací, výchova chodců i řidičů, výchova dozorců a represivní činnosti policie).

Prevence úrazů sportovních musí být zaměřena nejen na sport vrcholový a výkonnostní, ale musí se týkat i sportovní činnosti rekreační (např. bezpečnost lyžařských tratí sjezdových i běžeckých, koupališť, tělocvičen atd.).

Nejobtížnější bude prevence úrazů domácích, protože do této kategorie spadá celá řada laických řemeslnických prací, které jsou prováděny bez ohledu na jakékoliv bezpečnostní předpisy. Vedle zdravotní výchovy by se zde měl uplatnit i zájem orgánů pojišťovny (odškodňování těchto úrazů).

Samostatnou kapitolou v prevenci úrazů jsou úrazy kriminální, úrazy, které jsou ovlivněny alkoholem a mezilidskou agresivitou.

## III.

Ošetřování těžkých úrazů jednoznačně vyžaduje nadstavbovou specializaci na základní erudici v obecné chirurgii. Náplně atestačních zkoušek z traumatologie jsou dané a lze je doplňovat. Ortopedové řeší otázky končetinových poranění v těsné součinnosti s traumatology. Důsledkem této spolupráce by měly být konkrétní metodické pokyny pro ošetřování jednotlivých úrazů, které by byly dle potřeby novelizovány.

Odborné zájmy oboru sleduje Česká společnost úrazové chirurgie, která umožňuje těsnou spolupráci všech odborných lékařů, kteří se na ošetřování úrazů podílejí.

Komentář: Ošetřování úrazů je nedílnou součástí pracovní náplně chirurga. Řeší poranění dutinová i končetinová. Ošetřování poranění lokomočního aparátu je rovněž součástí pracovní náplně ortopeda. Mezi oběma obory je v úrazové chirurgii nutná těsná spolupráce. Pokroky současné traumatologie jsou dány prohloubením teoretických poznatků o patofyziologii úrazové odezvy a o biomechanice pohybového aparátu. Stále častěji se uplatňují náročné operační techniky, které vyžadují precizní práci s implantáty a instrumentáři. Ve svých důsledcích tato skutečnost vede k tomu, že ošetřování úrazu na potřebné profesionální úrovni jde cestou užší specializace, ať už chirurga či ortopeda. Těmto požadavkům odpovídá nástavbová atestace traumatologická, která vychází z erudice ortopeda.



O ošetřování úrazů se tedy stará chirurg-traumatolog a odborný ortoped ve vzájemné spolupráci tak, aby se raněnému dostalo bez ohledu na prestiž oboru nejlepší kvalifikované péče. V současné době je otázka kompetence k ošetřování úrazů v jednotlivých zdravotnických zařízeních řešena domluvou příslušných primářů. Pokud by taková dohoda nebyla reálná, musí danou situaci řešit případ od případu odborná společnost traumatologická a ortopedická.

Ošetřování mnohočetných poranění a polytraumat vyžaduje týmovou spolupráci účastí odborných lékařů dalších oborů (anesteziolog, lékař RZP, neurolog, neurochirurg, hrudní chirurg, cévní chirurg, plastik, ORL, oční lékař, rehabilitant a další). Problematiku mezioborové spolupráce v úrazové chirurgii zajišťuje traumatologická společnost.

## IV.

Úrazy je třeba klasifikovat co do jejich závažnosti na:

1. lehké
2. těžké – a) monotraumata  
b) mnohočetná poranění  
c) polytraumata  
d) sdružená poranění

Dále je třeba úrazy klasifikovat dle výskytu na úrazy jednotlivé, hromadné a katastrofy.

Hromadný úraz může organizačně vyřešit:

- a) jedno odborné pracoviště se službu konajícím personálem,
- b) jedno odborné pracoviště s nouzovým přivoláním dalšího personálu,
- c) odborné pracoviště s akutně reprofilizovanými lůžky jedné nemocnice a nouzovou mobilizací pracovníků této nemocnice.

Výskyt většího počtu úrazů, které již nemůže vyřešit jedna nemocnice, nutno pokládat za katastrofu, a to katastrofu I. stupně, pokud může být řešena v součinnosti jedné až dvou sousedních nemocnic, II. stupně, pokud je třeba součinnosti celostátní a III. stupně, pokud je třeba součinnosti zahraniční.

Pro organizační zajištění hromadných úrazů a katastrof musí každé oddělení zabývající se ošetřováním raněných vypracovat konkrétní mobilizační plán. V plánu musí být uveden způsob svolávání personálu, způsob uvolnění zásob zdravotnického materiálu a techniky, mobilizace rezervních dopravních prostředků mimozdravotnických.

## V.

Přednemocniční fáze ošetřování úrazů:

- a) svépomoc,
- b) laická pomoc,
- c) první zdravotnická pomoc,
- d) přednemocniční odborná pomoc.

Pomoc na místě nehody není jen věcí zdravotníků, ale musí být v daleko širší míře než dosud uplatněna rychlá pomoc technická – vyprošťovací, a to v součinnosti hasičů a policie.

Přednemocniční pomoc zdravotnická a technická vyžaduje plnou profesionální kvalifikaci personálu podloženou moderním materiálně-technickým vybavením včetně příslušných dopravních prostředků pozemních i vzdušných. Legislativně je třeba formulovat profesi paramedika či záchranáře, stanovit požadavky na jeho erudici a stanovit rozsah ošetrovatelských výkonů, k nimž je oprávněn. (Nutno stanovit i platové zařazení.)

Úkolem přednemocničního ošetření je vyproštění zraněného, zajištění jeho vitálních funkcí a bezpečný transport do nejbližšího odborně kompetentního zařízení. Znamená to, že příprava transportu a transport sám musí umožnit dopravu ne do nejbližší nemocnice, ale do nemocnice, která je schopna zajistit raněnému definitivní péči na kvalifikované mezioborové úrovni.

## VI.

Léčebnou péči o úrazy je třeba organizovat především s ohledem na úrazy těžké, tj. s ohledem na závažná, život ohrožující monotraumata, dále na úrazy mnohočetné a na polytraumata. Z tohoto pohledu je nezbytné budování sítě traumatologických center, která v nepřetržitém pracovním cyklu poskytnou úplnou mezioborovou odbornou péči. Mnohočetná poranění a polytraumata vyžadují týmovou spolupráci, přičemž vedoucím týmu, který je zodpovědný za aktivní akutní diagnostiku a stanovení léčebné taktiky, je odborný traumatolog. Vzhledem k tomu, že charakter poranění zahrnuje nejen poranění končetinová, ale též poranění dutinová, je nezbytné, aby tento traumatolog erudičně vycházel z odbornosti chirurga. Traumatologie je tedy koncipována jako nadstavbový obor chirurgie. V traumatologickém týmu mají pak dle charakteru poranění uplatnění odborní lékaři všech oborů: anesteziolog, ortoped, neurolog, neurochirurg, hrudní chirurg, cévní chirurg, plastik, stomatochirurg, ORL atd.

Úrazové centrum musí mít připravené příjmové oddělení se sálkem umožňujícím plynulé a bezprostřední navázání péče nemocniční na přednemocniční. Je zde tedy nutno zajistit definitivně umělou ventilaci, monitorovat činnost srdeční, umožnit kontrolovanou náhradu krevního oběhu, drenovat močové cesty a účelně fixovat poraněné končetiny. Příjmové oddělení musí mít bezprostřední návaznost na diagnostický komplex, tedy dobře vybavené rtg oddělení, sonografii, CT, laboratoř hematologickou, biochemickou a plynovou.

Centrum musí mít nepřetržitě otevřené operační sály pro končetinovou i dutinovou traumatologii. Nezbytnou součástí je specializované anesteziologicko-resuscitační oddělení, zaměřené na hrazení krevních ztrát, péči o bezvědomé a o poranění hrudníku.

Součástí úrazového centra musí být rehabilitační oddělení, které již v časných fázích ošetřování traumatu zajistí potřebnou funkční léčbu poraněných.

Úrazové centrum bude mnohdy přijímat i takové nemocné, u kterých se v průběhu hospitalizace zjistí, že úzce specializovanou péči nevyžadují, a bude třeba mít smluvně zajištěnou možnost sekundárního plánovaného transferu na lůžková oddělení nižšího typu.

Úrazová centra by měla být dvoustupňová. Vyšší typ (Brno, Praha) by kromě činnosti léčebné měl být zaměřen i na erudici traumatologů a dalších odborníků a měl by tedy splňovat požadavky na akreditované výukové pracoviště. Výsledky léčení by měly být kontinuálně sledovány a vyhodnocovány tak, aby mohly být zpracovány v rámci klinického výzkumu. Lze předpokládat, že během činnosti těchto center vznikne konkrétní potřeba experimentálního ověření některých dílčích otázek traumatologie, které budou vyžadovat výzkum základní. Tento základní výzkum by měl být realizován v spolupráci s lékařskými fakultami. Součinnost s fakultami by se měla odrazit i ve výchově pregraduální. Úrazová centra nižšího typu by měla být zaměřena převážně klinicky, přičemž by při řešení určitých výzkumných úkolů vytvářela klinickou bázi pro centra vyššího typu.

Budování úrazových center by mělo zajímat útvary VZP, protože budou mít lepší konečné léčebné výsledky a budou tedy ekonomicky efektivnější. Jejich bezprostřední činnost však bude spojena s vyššími finančními náklady a tyto náklady by neměly být tříštěny do nemocnic nespécializovaných. Specializované zařízení může velmi efektivně využít nákladnou moderní zdravotnickou techniku. Při výstavbě sítě traumatologických center bude užitečné, jestliže se vyjde z některých již zavedených oddělení a přihlédne se přitom k potřebám terénní praxe, tedy k průmyslovým a městským aglomeracím, dopravním tahům a rekreačním oblastem. Bez spolupráce s VZP by prosazování úrazových center a jejich ekonomické zabezpečení pravděpodobně naráželo na řadu těžkostí.

V současné době funguje toto centrum v Brně a v některých městech je lze velmi rychle ustavit: Praha, Ústí n/L, Liberec, Most, Hradec Králové, Pardubice, České Budějovice, Plzeň, Olomouc, Ostrava, Zlín. Tuto dosavadní síť bude ještě vhodné doplnit.

Specifický charakter úrazů páteře a míchy a dále úrazů termických si vyžaduje pro tyto pacienty soustředění do specializovaných útvarů (center-stanic-jednotek) a je účelné, aby tato specializovaná zařízení byla budována při shora uvedených centrálách anebo aby s těmito centry měla těsný pracovní kontakt.

Zvláštní pozornost zasluhuje organizace replantačního programu u ztrátových poranění končetin a zde je třeba zajistit bezprostřední a pohotovou spolupráci plastika, který ovládá mikroskopickou operační techniku, s traumatologem.

## VII.

Je třeba revidovat a novelizovat dosud platné vyhlášky pro odškodňování úrazů, protože v mnoha bodech již nesledují pokroky a současný stav úrazové chirurgie.

## VIII.

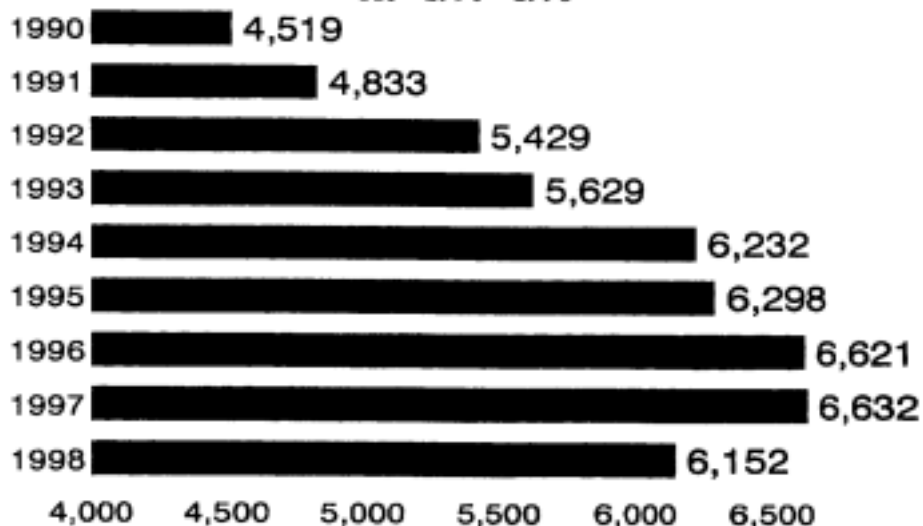
Domníváme se, že pro ekonomické zajištění traumatologické péče by bylo velmi výhodné, aby v systému všeobecného zdravotního pojištění bylo vyčleněno samostatné pojištění úrazové, což by ovšem předpokládalo legislativní konstrukci daňového systému.

V Rakousku a patrně i v jiných zemích jsou náklady na úrazovost daleko přehlednější než u nás, protože jsou spojeny dávky nemocenského s následnými dávkami sociálními.

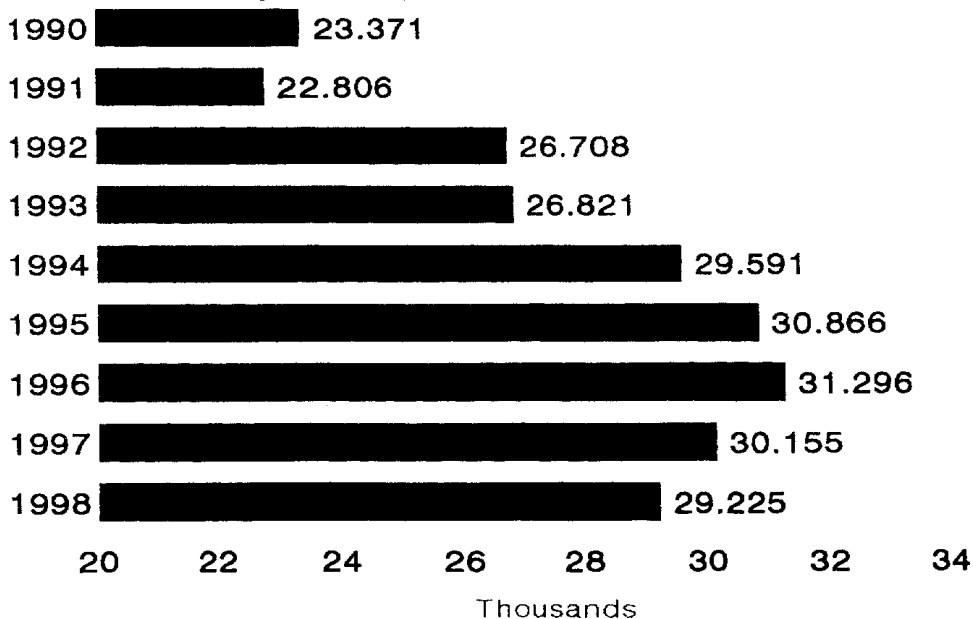
Lze tak velmi jednoduše sledovat úroveň odborné péče v jednotlivých zařízeních. Doporučujeme, aby se obdobný postup zavedl i v České republice.

*Úrazová nemocnice v Brně, jejímž ředitelem je MUDr. Petr Zelniček, oslavila letos 65 let své existence. Vůbec první dvě úrazové nemocnice v Evropě vybudovaly německé odborové svazy v roce 1893 v Bochumi a v Halle.*

### POČET TĚŽKÝCH PORANĚNÍ PŘI DOPRAVNÍCH NEHODÁCH ČR - 1990 - 1998



### POČET LEHKÝCH ZRANĚNÍ PŘI DOPRAVNÍCH NEHODÁCH ČESKÁ REPUBLIKA 1990 - 1998



## KAR 3. LF a FNKV od projektu po dnešek

**Anesteziologicko resuscitační klinika zprovoznila dostavbu pavilonu H ve Vinohradské nemocnici 26. října 1998.** Již před tím však došlo k přestěhování lékařů a sester do komplementu kliniky ve 3. podlaží pavilonu. Ještě v posledních dnech provádělo vedení kliniky ve spolupráci s vedením nemocnice kalkulaci ekonomiky provozu, pracovalo na provozním řádu a realizovalo poměrně zásadní kroky týkající se hygienicko-epidemiologického režimu. V původních plánech měly být v komplementu kliniky prostory k zajištění pobytu školících se lékařů, místnost pro posluchače fakulty atd. Z tohoto záměru však nakonec bylo třeba ustoupit s ohledem na potřeby provozu. Ukázalo se totiž, že **příznivá ekonomika celé dostavby je vázána na navýšení počtu provozovaných lůžek na 21 – 23.** Navýšením počtu lůžek na urgentním příjmu o 6 se podařilo tento důležitý ekonomický aspekt realizovat. Řádově v týdnech před zprovozněním se intenzivně pracovalo na informačním systému a způsobu dokumentace pacientů, způsobu výkaznictví, postupně se dokončovalo vybavování nábytkem, zdravotnickými technologiemi. K uvolnění finančních prostředků na přísun léků a spotřebního materiálu však došlo až těsně před zprovozněním, kdy již byla potvrzena efektivnost provozu a smlouva s pojišťovny. **Ve fakultní nemocnici tak vzniklo největší resuscitační oddělení v republice. Pro 3. LF potom jedinečná základna pro pregraduální výuku,** která zatím nemá v rámci republiky pravděpodobně pracoviště srovnatelné. Domnívám se, že i v rámci evropského kontinentu bychom našli pouze několik pracovišť tohoto typu. V čem je tedy výjimečnost? Uvedením počtu lůžek bychom určitě nikoho nepřekvapili. **Jde především o koncepci,** která v relativně nevýhodné konfiguraci pavilónového systému FNKV dovoluje realizovat kvalitní neodkladnou péči jak pro nemocné extramurální, tak nemocné zevnitř zdravotnického zařízení. **Propojení oddělení na přednemocniční neodkladnou péči je dáno architektonikou urgentního příjmu** s bezprahovým vstupem na příjmové místo vybavené rentgenologickou technikou, anesteziologickým přístrojem, ventilátorem, monitorem vitálních funkcí. Lůžková část je umístěna ve dvou propojených halách. Nedílnou součástí oddělení je místnost pro zajištění očisty nemocných, radiodiagnostický provoz vybavený spirální počítačovou tomografií a operační sál. Provozní nevýhodu představuje malé zázemí skladovacích prostorů a místností pro personál. Propojení do pavilonu H je v úrovni komplementu chirurgické kliniky, urologické ambulance a jedné z jednotek chirurgické intenzivní péče. **Druhá část lůžkového fondu kliniky** je umístěna ve druhém podlaží dostavby. Přístup do tohoto oddělení je přímo z pavilonu H. Toto oddělení není architektonicky propojeno na přednemocniční péči a z tohoto pohledu **tvoří s oddělením urgentního příjmu nedělitelný celek** využívající stejný komplex zdravotnických technologií, informatiku, lékařský a v případě potřeby i středně zdravotnický personál. Oddělení v druhém podlaží je **stavebně koncipováno boxovým způsobem** a zajišťuje v konfiguraci dvou třílůžkových, tří jednolůžkových a jednoho dvoulůžkového boxu péči o jedenáct pacientů. Umožňuje izolaci pacientů s postiženou imunitou a naopak i nemocných s multirezistentní nozokomiální flórou či infekčně nemocných. Oddělení je vybaveno malým zákrokovým operačním sálem. Pokud jde o profil zdravotnických technologií, kladlo vedení kliniky a vedení nemocnice důraz na **jednotné vybavení všech lůžek,** a to zvláště u

monitorovacího systému, ventilátorů, dávkovačů a infúzních pump. Tento záměr se podařil. Vybavení dalšími přístroji bylo vázáno na finální rozpočet, potřeby provozu a bezesporu i suprakonziliárním postavením pracoviště v budoucnosti. V současné době můžeme říci, že díky stabilitě české koruny se podařilo v roce 1998 vybavit lůžkovou část KAR metabolickým monitorem, přístroji k zajištění nekonvenční ventilace včetně oscilačního ventilátoru, dávkovači oxidu dusnatého, přístroji k zajištění eliminačních metod a některými speciálními monitory hemodynamických funkcí. Na obou odděleních jsou samostatně umístěny analyzátoři krevních plynů, acidobazické rovnováhy a elektrolytů. Je třeba však zmínit i vybavení operačních sálů, které sehrálo důležitou roli v realizaci traumatologického programu. Částka vložená do tohoto vybavení nebyla zanedbatelná. Musím říci, že vedení kliniky i vedení nemocnice si v této době uvědomovalo obrovskou zodpovědnost za zprovoznění a funkci celého komplexu tak, aby byl splněn anotovaný záměr – tedy **podstatné zlepšení dostupnosti resuscitačních lůžek v Praze, vytvoření odpovídající klinické základny pro 3. LF** v oblasti neodkladné péče a nabídka nadstandardních suprakonziliárních činností včetně zajištění péče o závažná traumata v celém spektru problematiky.

**Jak bude investice 340 milionů zúčtována, byla otázka, na kterou jsme měli odpovědět v období po zahájení provozu.** To samotné představovalo velký zásah do běhu řady klinických oddělení, technické správy i oddělení komplementu. Funkčnost oddělení s předpokládanými náklady přesahujícími hladinu 100 milionů ročně mohla pozitivně i negativně ovlivnit celou ekonomiku nemocnice. V neposlední řadě efektivita lůžkového provozu měla potvrdit legitimitu iniciační argumentace, která vedla k rozhodnutí parlamentu a potom ke krokům následným.

Co můžeme říci dnes po ročním provozu:

**Zprovoznění oddělení bylo na náročnost úkolu velmi rychlé a tlak na volná resuscitační lůžka již v prvních měsících potvrdil správnost záměru.** V této době jsme však nedisponovali dostatečným počtem především středně zdravotnického personálu, abychom mohli v celém profilu lůžkového fondu zajistit léčebně-preventivní péči odpovídající úrovni univerzitní nemocnice. Od okamžiku otevření se doladřoval systém plynulosti zásobování spotřebním materiálem a léky, dále potom algoritmy spolupráce s ostatními obory, postavení oddělení v rámci traumacentra, spolupráce se ZS Praha, zaváděli jsme nové léčebné metody. Klinika zahájila výuku neodkladné péče pro posluchače 3. LF v nových podmínkách.

**Z pohledu realizace výuky posluchačů fakulty je třeba udělat ještě hodně práce.** Je třeba připravit učební texty a vybavit pracoviště tak, aby i naše učitelská práce byla efektivní a pro studenty stimulující. Stabilizace provozu byla však logickou podmínkou kvalitní výuky. Klinika se konečně dočkala odpovídajícího výukového prostoru, kterým je zasedací místnost umístěná v komplementu, samozřejmě potom i část lůžková.

Po ročním provozu je zřejmé, že pracoviště má již dnes pevné postavení v koncepci pražské neodkladné péče a v některých aspektech má celorepublikový význam. Na celostátním kongresu České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

byla naše činnost reprezentována dvaceti příspěvky a pracoviště dominovalo svým zastoupením.

Správnost koncepce a význam pracoviště byl zvláště potvrzen v poslední době, kdy rozhodnutím o omezení provozu na polovinu lůžek se stalo lůžkové oddělení v podstatě neprůchodným pro oblast přednemocniční neodkladné péče. Dopad na tuto oblast byl dle mého soudu jednoznačně negativní. Významně se omezily i možnosti poskytování resuscitační péče v samotné nemocnici. Bylo zcela jasné, že pokud se provoz oddělení nevrátí do úrovně plného provozu, bude obtížné plnit úkoly kliniky i v oblasti výukové. Vedení kliniky proto s radostí a potěšením přijalo zprávu vedení fakultní nemocnice o pozitivním přístupu VZP již v prvním týdnu omezení provozu. Finální výsledek byl nepochybně podpořen výsledky naší práce, která v globále představovala **zajištění péče více než šesti stům kriticky nemocných**, a specializovanými profily léčby. Zvláště potom péčí o hematologicky nemocné, neurotraumata, polytraumata, intoxikace, závažné stavy pooperační a o pacienty z oblasti interních oborů indikovaných k podpoře vitálních funkcí.

Obor anesteziologie a resuscitace, byť je řazen historicky k oborům chirurgickým, představuje v současné době pojitko mezi chirurgickými a interními obory a takto je respektován, podle mého soudu, i v koncepci celosvětové. Oborová společnost se stala garantem intenzivní medicíny v České republice. Domnívám se, že lůžková část kliniky představuje v současné době, moderní koncepci lůžkových oddělení resuscitační a urgentní medicíny pro další století, která vyhovuje historicky oborové koncepci a pojetí oborové intenzivní péče ve stredoevropském regionu. Svým multidisciplinárním zaměřením se může stát KAR 3. LF a FNKV skutečně páteří akutní péče v nemocnici a faktickým pojitkem mezioborovým. Jsme si vědomi toho, že pro fakultní nemocnici je nedávné zprovoznění tohoto oborového pracoviště závažnou provozní a organizační změnou. Vzhledem k tomu, že **tato oborová klinika AR svým zaměřením stojí mezi chirurgickými a interními obory, měla by být vnímána jako pracoviště, které obě uvedená klinická spektra posiluje a vytváří jim zázemí a podmínky pro rozvoj oborové intenzivní medicíny. Totéž platí i pro oblast výuky.**

Otázkou zůstává, kam se bude oborová intenzivní medicína v dalších letech ubírat, jaké si stanoví limity oborové léčebně-preventivní péče. Toto je však závažný úkol, který stojí před organizátory zdravotnictví a stejně tak i zdravotnického školství. V případě, že bude rozhodnuto o systémových změnách v této oblasti, musí jim jednoznačně předcházet odpovídající změny v postgraduálním vzdělávání lékařů.

*Doc. MUDr Jan Pachel, Csc., přednosta KAR, UK, 3.LF*

# AKUPUNKTURA A JEJÍ MOŽNOSTI V MODERNÍ MEDICÍNĚ

## MUDr. Ing. Petr FIALA, Kabinet akupunktury, pro VNR

### I. Úvodní poznámky

Když byla akupunktura v listopadu 1996 přijata vědeckou radou ČLK jako „řádná funkční specializace“ do rodiny oficiální medicíny, znamenalo to dozajista přelom v chápání a postavení této téměř 10 tisíc let staré lékařské disciplíny v naší medicíně. Mimo jiné tak vědecká rada potvrdila, že akupunktura je **jednou z mnoha řádných metod našeho lékařství** a pokud je někdy chápána jako součást tzv. „alternativní medicíny“, je to již spíše relikv minulosti. Anebo jinak řečeno: její postavení lze pojímat také jako „**řádnou alternativu**“ k jiným metodám, podobně jako je v ostatních lékařských disciplínách k sobě paralelně řazeno více metod. Tak kupříkladu k elektrokoagulaci při operaci hemoroidů je jistě vhodnou alternativou kryokoagulace. Nebo v oblasti psychiatrie jsou psychoanalýza a behaviorální postupy také jistou použitelnou alternativou ke klasickým psychiatrickým metodám.



Tento počín má své historické kořeny a je logickým vyústěním bouřlivého vývoje avýzkumu, který akupunktura prodělala v posledních 25 letech. Nutno ovšem říci, že senejedná o počín přespříliš heroický, neboť obdobný vývoj je zaznamenán nejen ve vždy pragmatické Americe, nýbrž dnes již prakticky ve všech zemích Evropské unie (např. Francie, Německo aj.). Všude tam je akupunktura uznávána jako „lege artis“ metoda, což se mj. stále více odráží i ve způsobu její úhrady z titulu zdravotního pojištění. Tento stav si vynutil její důkladnější zkoumání, což opět vyústilo v nutnost zabývat se jí nejen povrchně a přezíravě, jak bylo zvykem ještě v nedávné minulosti, ale velmi důkladně, jako v ostatních lékařských disciplínách. To ve svém důsledku vedlo k tomu, že akupunktura po zásluze pronikla na univerzitní půdu, a to nejen na liberální univerzity, jako jsou lékařské fakulty ve Vídni, Berlíně či v Záhřebu, ale i do takové bašty klasické medicíny, jako je např. Žüriich, a po r. 1989 i do Prahy.

Končí tak doba jednoho mýtu, že totiž akupunktura patří pouze do Asie, kde se zrodila a kde její výsledky bývají zhusta vysvětlovány odlišnou mentalitou tamního obyvatelstva, přičemž u nás jsou obdobné účinky odkazovány profesionálními skeptiky do říše snů, placebo efektu nebo v lepším případě svedeny na sugesci či hypnózu.

Chceme si ukázat, že tomu tak není a že podobné výsledky má akupunktura nejen u každého tvora z rodu „homo sapiens“, ať je jakékoliv rasy, filozofického či náboženského přesvědčení, ale dokonce i u řady dalších savců. To se týká nejen laboratorních zvířat (myši, krysy, králíci), ale i o něco větších psů a koček právě tak jako hospodářských zvířat krav či koní. Jinými slovy, akupunktura se dnes pozvolna stává také **součástí veterinární medicíny**.



## II. Některé mechanismy účinku

Soustředěným úsilím řady vědeckých pracovišť (např. Švédsko, Kanada, Čína) v základním výzkumu se od počátku 70. let podařilo některé **mechanismy účinku akupunktury** poměrně jasně a objektivně zdokumentovat. Lví podíl na tom má řada dnes už zvučných jmen. Patří k nim bezesporu **profesoři Bruce Pomeranz** z katedry zoologie na Universitě v Torontu, farmakolog **Lars Terenius** ze švédské Uppsaly anebo **Han-ji-šen**, neurofyziolog z Pekingu.

Je dnes dostatečně jasně zdokumentováno a prokázáno, že akupunkturamůže působit na autonomní i periferní nervový systém a také na náš CNS. Známe je její působení na trávicí trakt, dýchání a kardiovaskulární systém. Ale může ovlivnit i složky krve (bílé i červené krevní řady), rychlost její sedimentace či koagulace, částečně i glykémii, kalcémii apod. Zajímavá je možnost působení na lidskou psyché. Nicméně **ze všeho nejdál dospěl výzkum v objasnění, ovlivňování a blokování bolesti** prakticky na všech částech našeho nervového systému.

**Analgetický efekt** se uplatňuje na periférii i centrálně. Děje se tak aktivací vrátkového systému (i v oblasti akupunktury to prokázali prof. Melzack a Wall, autořitzv. „vrátkové teorie“), dále cestou presynaptické inhibice (Pomeranz, Terenius a další) a podobně v ascendentním i descendentním inhibičním systému CNS (Takešita a spol.). Nepochybně působí i v oblasti limbického systému a cortexu, i když zde je třeba k podrobnějšímu zdokumentování vykonat ještě kus práce.

Pro psychiatry není bez zajímavosti **efekt zklidňující**. Pravděpodobným místem zásahu je v tomto případě zejména ascendentní část retikulární formace. Tohoto mechanismuse v akupunktuře využívá u léčby nespavostí, stavů úzkosti, u poruch chování, manických stavů a někdy i u epilepsie. Stává se, že někteří pacienti usínají už během vlastního zásahu. Nejedná se přitom o spánek hypnotický. Zatímco hypnózu lze provádět jen u určitých vnímavých lidí, akupunktura působí i u lidí předpojatých a dokonce i u zvířat. Sugesce tedy není předpokladem pro působení akupunktury, jak zmíníme později.

Nezávisle na tomto sedativním účinku působí akupunktura **psychicko-regulačně**. Jž dříve řada vědců uvažovala o biochemických změnách v metabolismu mozkové tkáně při akupunkturní stimulaci. Týkalo se to vzestupu hladiny některých neurotransmitterů, jako serotoninu při léčení depresivních stavů nebo dopaminu při ovlivňování parkinsonismu. Kromě retikulární formace se zde uplatňují i jiná místa a struktury. Dnes je možno pozorovat metabolismus měkkých tkání přímo při akupunktuře in vivo pomocí PET (pozitronová emisní tomografie), a to jak u zvířat, tak u lidí. První pokusy v tomto směru byly provedeny na Univerzitě New York a na McGillově Univerzitě v Montrealu.

Dále jsou zde **vyrovnávající a regenerační účinky** na autonomní nervový systém. Jedním z nejdůležitějších předpokladů správné funkce vitálně důležitých orgánů je bezpochyby rovnováha mezi sympatikem a parasympatikem. Vidíme to při regulaci dýchání, činnosti kardiovaskulárního systému, motility střev, diurézy, krevního tlaku atd. Účinky akupunktury jsou zde mimořádně dobře zdokumentovány v mnoha klinických studiích. Pozoruhodné je, že u řady poruch tak antagonistických funkcí, jako jsou průjem nebo

zácpa, vysoký či nízký krevní tlak apod., se mohou v mnoha případech napichovat stejné body. Zdá se, že akupunktura je tedy skutečně jakousi **vyrovnávající a harmonizující** („normalizující“) **terapií**, působící směrem k normě, a tedy k dynamické rovnováze všech dějů, které v organismu probíhají (homeostáza, homeokináza). V oblasti praktického použití se tyto mechanismy uplatňují u bolestí hlavy a migrén, zejména vaskulárního původu, u neuróz a v podobných situacích.

Výrazné účinky má akupunktura u léčení **motorických poruch hybnosti**. Dnes již není žádných pochyb o účincích akupunktury u léčení paréz, a to jak centrálního, tak i periferního původu. Uplatňuje se zejména tam, kde léze (např. nervů facialis, medianus, peroneus atd.) vzdorují dosavadní terapii. Předpokládá se antidromní stimulace buněk předních rohů míšních, které probíhají přes Renshawovy a Cajalovy buňky v míše a uvažuje se i o dalších mechanismech. Řada postupů v **rehabilitačním lékařství** využívá akupunkturních bodů snad i nevědomky. Je to např. cvičení podle Vojty, facilitační metody prof. Tardieua aj. Převážná většina „triggerů“ (trigger points – spouštěcí body) a motorických bodů jsou vlastně staré, tisíce let známé akupunkturní body. Významnou studii na ovlivňování periferních lézí provedl právě prof. Pomeranz v Torontu na třech skupinách krys, kterým přeřal n. ischiadicus. Prokázal, že ve skupině krys, u nichž prováděl stimulaci elektroakupunkturou, došlo k regeneraci ischiadiku výrazně dříve než v ostatních skupinách, kde se akupunktura buď vůbec neprováděla, anebo se prováděla punktura ne-akupunkturních bodů (tzv. falešná akupunktura).

Pro naše věčně nemocné jeslové, školkové i školní děti má jistě mimořádný význam **efekt imunostimulační**. Nezanedbatelný je i u lidí alergických či rezistentních na antibiotika a za zvážení stojí jeho použití i u transplantací a imunodeficiencí. Po akupunktuře byl prokázán vzestup leukocytů a protilátek, změny krevního obrazu. Velmi pravděpodobná cesta účinku je v tomto případě aktivace retikulo-endotelového systému (RES). Účast psychické složky u alergiků a dalších chronických onemocnění je dávno známa.

Na tomto místě považuji za vhodné učinit zmínku o **akupunkturním bodu** samotném. Před lety u nás kolovaly severokorejské histologické preparáty (prof. Kim-Bong-Hang) údajných akupunkturních bodů. Ukázalo se však, že to není nic jiného než struktury nervově-cévního svazku. Byla z toho ostuda. Je třeba říci, že s největší pravděpodobností neexistuje žádná specifická morfologická struktura, kterou by bylo možno označit za akupunkturní bod. Přitom však tyto body vykazují řadu zvláštností, které jinde nenalzáme. Je tu řada odlišností histologických, fyziologických a klinických a teprve **průnik všech těchto množin** představuje akupunkturní bod. Dnes, v éře informatiky, hovoříme často i o odlišnostech biokybernetických, kdy AB je patrně jednou z fylogeneticky nejstarších bran vstupu informací do organismu.

Ten podle novějších výzkumů reaguje i na teplo, světlo, elektromagnetické vlnění a další podněty a zdá se, že je přinejmenším stejně významným informačním kanálem pro náš organismus jako zrak nebo sluch. Není proto divu, že i zdánlivě nepatrné podněty, jako například změna počasí, tlaku, stres, ale i pohoda a dobrá nálada, dokáží vyvolat v organismu rozsáhlé změny. Jsou ponejvíce zprostředkovány autonomním nervovým systémem, na který my opět dokážeme působit z periferie stimulací akupunkturních bo-

dů. Tím se zdá být vysvětlen podklad mimořádného působení akupunktury u řady psychosomatických onemocnění.

### III. Moderní výzkum

Uppsalský profesor farmakologie Terenius se původně zabýval biochemickými parametry chronické bolesti. Tím dospěl až ke zkoumání účinků přenašečů bolestivých signálů a jejich antagonistů. Později se mu podařilo prokázat, že tyto neurotransmitery se uvolňují při akupunkturní stimulaci, že mají podobné složení jako opiáty morfinového typu, že však jsou syntetizovány v CNS lidského organismu. Vžil se pro ně název „*endogenní opioidní polypeptidy*“ neboli krátce „*endogenní opiáty*“. Popsal jejich strukturu a místa jejich největší koncentrace. Dále prokázal, že tyto jednoduché peptidy se uvolňují akupunkturní stimulací, váží se na opiátové receptory na presynaptické straně nervového spojení, tím inhibují vyplavení konvenčních přenašečů, a tak blokují přenos bolestivého signálu. Tvoří je sekvence pěti aminokyselin: Tyrosin-glycin-glycin-fenylalanin-methionin (leucin). Jeden z nejvýznamnějších akupunkturních objevů byl na světě!

Dnes díky pekingskému Han-ji-šenovi známe i jejich příbuzné – až 700x silnější – dynorfiny, které se také uvolňují akupunkturní stimulací a jsou již složitější sekvencí 18 aminokyselin. Silná koncentrace obou skupin endogenních opiátů byla zjištěna zejména v oblasti nucleus raphé, nucleus ruber, amygdala, periaqueductální šed' a na dalších místech.

Spolu s kolegyní Sjölundovou z Uppssaly popsal Terenius další, velmi zajímavý efekt. Zjistili, že lidé trpící chronickými bolestmi mají zpravidla nižší koncentraci těchto substancí. Stimulací příslušných akupunkturních bodů se jejich koncentrace zvýšila, s čímž koreloval i ústup bolesti. Jako vedlejší efekt obvykle přicházela i zlepšená psychická pohoda. Aby se nepletla příčina s následkem, ve zkoumání pokračovali. Výsledek je dnes známý a obecně přijímaný: ví se, že lidé „od přírody“ optimističtí, radostní a veselí trpí méně bolestmi a méně stůňou. A když už stůňou, zpravidla se lépe a rychleji uzdravují. Pozorování ukazuje, že přesně naopak je tomu s pesimisty a lidmi naladěnými na smutno: obvykle více bolesti, více nemocí a jejich horší průběh. Ukazuje se, jak oprávněné je anglické doporučení: „Keep smiling“ (Vždy s úsměvem) anebo biblické „Bez přestání se radujte“. Jak bylo prokázáno akupunktura umí tyto endogenní působky uvolňovat se všemi jejich účinky na somatické i psychické obtíže.

Jiní autoři (Mayer a spol., Virginie, USA) zkoumali **účinky hypnózy a sugesce** a srovnávali je s efektem akupunktury. Podařilo se jim prokázat, že účinek jehlové akupunktury (neboli tzv. nízkofrekvenční stimulace) se zrušil antidotem naloxonem, zatímco efekt hypnózy nikoliv. Pracovali se skupinou dobrovolníků a jako zdroj bolesti použili dráždění zubní pulpy. U první skupiny (hypnóza) dosáhli signifikantního zvýšení práhu bolestivosti. Druhá skupina byla ošetřena akupunkturou a i zde se práh bolestivosti zvýšil o 28 %. Pak oběma skupinám injikovali naloxon. U hypnotizované skupiny se nezměnilo nic, ale u druhé skupiny (akupunktura) se během několika minut práh bolestivosti přiblížil znovu výchozím hodnotám. Bylo tedy jasné, že **u každé metody účinkuje jiný mechanismus.**

Hypnózu lze zpravidla uplatňovat jen u určitých vnímavých lidí, akupunkturní analgezie je možná prakticky u kohokoliv, i u zvířat. Nástup akupunkturního účinku i u oponentů akupunktury a předpojatých osob však v tomto případě hypnotické působení vylučuje. Skupina pacientů, kteří na hypnózu reagovali jen mírně anebo vůbec ne, se v odpovědi na akupunkturní dráždění nijak nelišila od skupiny těch, kdo na hypnózu reagovali velmi silně. To znamená, že sugesce není předpokladem pro úspěch akupunktury. Navíc použití hypnotické hypalgezie až analgezie obvykle vyžaduje delší cvičení pacienta, zatímco akupunkturní analgezie vůbec žádné. Pozorováním byly popsány rozdíly mezi skupinou hypnotizovaných a stimulovaných akupunkturou v mimice, gestikulaci a v dalších reakcích.

Mezimozek má těsný vztah k fenoménu bolesti. Během snímání EEG jsou při aplikaci akupunktury patrné změny a jejich průběh je zcela odlišný od hypnózy. Prof. Saletu z Missouri prokázal, že při akupunktuře je na EEG patrné přibývání aktivit alfa i beta. Při hypnóze nikoliv.

Bangha a spol. z LF v Bratislavě sledovali účinky akupunktury u plicních chorob. Prokázali účinek akupunkturní stimulace na zvýšení vitální kapacity plic (17. bodtzv. dráhy močového měchýře v oblasti zad v segmentu Th 7). Svou klinickou studii ověřili na kontrolní skupině a o signifikantních změnách referovali na kongresu ve Vídni už v roce 1983.

Tak lze vysvětlit i výborné výsledky akupunktury u dalších plicních onemocnění jako je bronchiální astma, chronické bronchitidy atp. S tím patrně souvisejí i dobré výsledky akupunktury u řady alergických onemocnění, ať už se projevují jako senná rýma, anebo jako onemocnění plicní, střevní či kožní. U řady z nich hraje důležitou roli psychická složka. U vředové choroby dnes převládá názor, že jejím původcem je *helicobacter pylori* (*campylobacter*). Nicméně vliv stresu, depresí a dalších psychických vlivů není zpochybňován jako další spolurozhodující a mnohdy dominantní faktor jejího vzniku. Z tohoto důvodu celá tato rozsáhlá oblast tvoří mimořádné pole působnosti akupunktury.

Řada zajímavých klinických studií byla provedena i v oblasti gynekologie u amenorey, dysmenorey či klimakterického syndromu. Kolega Kothbauer z Vídně dokonce publikoval práci o **zlepšení ovariálních funkcí u krav!** Jak již bylo řečeno na začátku, velké pole působnosti akupunktury představují i onemocnění psychická, jako jsou poruchy chování, neurózy apod. Jejich léčení však vyžaduje znalosti jak akupunktury, tak i psychiatrie a patří tedy do rukou nepříliš početného okruhu znalců obou disciplín.

#### IV. Závěr

Mým cílem byly zhruba tři věci: Tou první byla snaha podat těm, kdo o akupunktuře zatím mnoho nevědí, základní informace. Současně jsem chtěl nabídnout i dnešní pohleda moderní výklad jejích mechanismů, jak to odpovídá současným poznatkům. Za druhé jsem chtěl nastínit její možnosti použití v oblasti praktické klinické medicíny, které se týkají již přímo většiny lékařů. A za třetí bych chtěl všechny zájemce povzbudit, aby se o této staronové metodě co možná nejvíc dověděli – přinejmenším v zájmu svých pacientů – a pokud možno se jí naučili. Dostane se jim tak do rukou metoda, která lidský or-

ganismus nezatěžuje žádnými cizorodými látkami, ale využívá pouze autonomních regulačních mechanismů. Akupunktura je zkrátka vhodná metoda, jejíž pomocí je možno **řadu chorob ovlivnit, řadě předejít a řadu vyléčit**. V každém případě je dobré o ní vědět.

#### Základní použitá literatura:

1. B. Pomeranz, G. Stux – *Scientific Bases of Acupuncture*, Springer, Berlin-London-Paris-New-York-Tokio, 1989.
2. Zhang Xiangtong a spol. – *Research on Acupuncture, Moxibustion, and Acupuncture Anesthesia*, Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York, Tokio, 1986.
3. L. Terenius, B. Sjölund, M. Eriksson – *Increased Cerebrospinal Fluid Levels of Endorphins after Electro-Acupuncture*, *Acta physiol. Scand.* 1977.
4. B. Pomeranz – *Neural Mechanism of Acupuncture*, *Symposium Düsseldorf*, 1987
5. B. Pomeranz, D. Chiu – *Naloxone blockade of acupuncture analgesia*, *Life Sci.*, 1976.
6. *JAMA* 2/1999 – *Národní konsensus USA o akupunkturu*, 1999.
7. K. Richter, H. Becke – *Akupunktur, Tradition-Theorie-Praxis*, Ullstein Verlag, Berlin–Wiesbaden, 1995
8. R. Umlauf – *Mechanismy působení akupunktury a aurikuloterapie*, Univerzita J.E. Purkyně–Lékařská fakulta, Brno 1988.
9. Šmirala a kol. – *Praktická akupunktúra*, Osveta Bratislava, 1991.
10. Vrána J. – *Stručné základy klasické akupunktury*, OÚNZ Česká Lípa, 1983.
11. Fiala P. – *Fenomén akupunktury ve světle moderního výzkumu*, *Medica revue* 7-8/97, *Medicina X/97*, *Regulační medicína* 4/98.
12. *Kongresy společnosti vědecké akupunktury ICMART 1983 – 1996 (Videň, Řím, Praha, Brno, Kodaň a další) – přednášky, postery, příspěvky, sborníky*.
13. *Symposia, semináře, konference, články a osobní sdělení, časopis Acupunctura Bohemo-Slovaca, 1980 – 1996 a další*.

## Rokování pneumologů a praktických lékařů

Ve dnech 23. – 24. října se v Hradci Králové konala konference Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, upořádaná ve spolupráci s výborem České pneumologické a ftizeologické společnosti ČLS JEP. Odborná část konference byla věnována především problematice plicních onemocnění a přednášející se s posluchači podělili o dojmy z předcházejícího zasedání Evropské respirační společnosti v Madridu. Nejdůležitější a nejčerstvější informace zněla: je vyhlášena iniciativa GIOLD – globální doporučení pro péči o nemocné s CHOPN. Hlavním problémem CHOPN je nedostatečná diagnostika, nedostatečná terapie, zbytečný léčebný nihilismus. V současné době se nastiňuje možnost rozšíření terapeutického spektra o kortikoidy – zkusmo 14 dní v perorální formě, při dobrém efektu (ten se bude týkat jen cca 10-15 % nemocných, kteří mají CHOPN i astma bronchiale) se má pokračovat inhalačními kortikoidy. Teofilinové preparáty (retardované!) stojí v léčbě CHOPN až na 3. místě za anticholinergiky a beta<sub>2</sub>mimetiky.

Teoretické přednášky specialistů o všech zásadních pneumologických tématech: astmatu, TBC, sarkoidoze, infekcích, syndromu spánkové apnoe atd. doplňovali pozorováním

z vlastní praxe praktičtí lékaři. Tak například na téma „Viróza s letálním průběhem“ měla příspěvek MUDr. Zuzana Miškovská z Prahy:

*„Paní doktorko, výjezd,“ budí mne zdravotní sestra. Rychle se orientuji: jsem na LSPP, je neděle 3.00 ráno, vánoční prázdniny. Toto je můj dvaadevadesátý pacient. Zatím asi čtyřicet zkažených žaludků a žlučníků, asi čtyřicet nachlazení a viróz. Chřipková epidemie ještě není. Sestra mne informuje: žena, 35 let, bolesti v pravém podžebří, bez teplot. Pozor, pozor, říká můj vnitřní hlas, když slyším příjmení shodné s příjmením konfliktního pacienta. Pozor, pozor, říká mi dále, když se mi únavou zavírají oči.*

*U lůžka nemocné zjišťuji: RA – bezvýznamná, OA též, AA: 0, FA: 0, EA: 0, GA: cyklus pravidelný, těhotná není. Subjektivně udává mírnou bolest v pravém podžebří, únavu, bez teplot, bez zimnice a třasavky. Objektivně: afebrilní, eupnoe, 0 ikterus, kardiopulmonálně komp., na břicho jen palp. citlivost pravého nadbřišku. Příznává vánoční večírek s dietní chybou. „Dyspepsie v.s. po dietní chybě, pozor na žlučník a žloutenku“, uzavírám případ. Doporučuji klid, dietu, No-spu, dovyšetření u obvodního lékaře, při zhoršení kontaktovat LSPP nebo nemocnici ihned. V bytě je několik dospělých schopných ji ošetřit, telefon mají, pokynům rozumějí.*

*Byt opouštím asi ve čtyři hodiny. V deset hodin, tedy šest hodin poté, mladá žena umírá. Účelem sdělení je vyvolat širokou diskusi k diferenční diagnostice těchto obtíží a též k možnostem praktického lékaře v návštěvní službě. Další praktici hovořili na konferenci o zhodnocení efektu očkování proti chřipce v ordinaci praktického lékaře, respiračních onemocněních v praxi závodního lékaře na dole nebo o CHOPN jako častém problému v ordinaci. Příští konference Společnosti všeobecného lékařství se bude konat v listopadu 2000 v Brně.*

*(Podle materiálů Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP)*

## **Psychiatrický papež Norman Sartorius na televizní plovárně: Proč nám to jde lépe, a cítíme se hůře**

V televizním pořadu Na plovárně, který pravidelně vysílá ČT 1, zasedl 30. září u stolu s Markem Ebenem prof. Norman Sartorius. Jeho hostitel jej představil jako jednoho z nejznámějších světových psychiatrů, a řekl, že to je vlastně „takový psychiatrický papež“. Uvedl také, že nedávno získal čestný doktorát Univerzity Karlovy (pozn. řed. – na návrh 3. LF UK, viz VNR 2/99). První část rozhovoru se týkala životních osudů a dětství stejně jako motivace věnovat se právě psychiatrii.

**SARTORIUS:** Moje matka byla známou dětskou lékařkou, tak jsem si řekl, že pro syna známé lékařky je to to pravé povolání. Jako všichni mladí studenti jsem měl nejdříve touhu po operativních profesích, vzít nůž a zachránit život. To mě poměrně brzy přešlo. Nejhezčí část mé lékařské praxe byla, když jsem pracoval jako všeobecný lékař – všeobecné lékařství je strašně uspokojující činnost, protože máte hrozně vysoké procento úspěšnosti vyléčení, pacienti přijdou, dáte jim radu a oni se zlepší. Všeobecné lékařství má spoustu nevýhod, ale je to krásná profese.

**EBEN:** Vy jste publikoval stovky článků, jste autorem 37 knih, prezidentem Světové psychiatrické asociace, učíte v Ženevě, jste hostujícím profesorem v Londýně

a v Lublani, ve Švédsku, jste profesorem v Pekingu, mluvíte anglicky, francouzsky, německy, španělsky, chorvatsky, rusky – jak eto vozmožno?

**SARTORIUS:** Narodil jsem se v dost malé zemi na to, abych mi bylo jasné, že nevystačím s jedním jazykem. A když jednou sáhnete po cizím jazyku, zjistíte, že ty ostatní jsou dost dobrou překážkou, aby se překonala. Mrzí mne, že jsem se nemohl naučit jazyky z jiných kmenů, například čínštinu, japonštinu, arabštinu, které se liší od evropských jazyků, protože když se nějaké řeči naučíte, odmění vás to obrovským bohatstvím myšlenek, které jsou v té kultuře přítomny. Ten evropský kontinent je takový, že se podobají nejenom negativa, ale také kultury, v Evropě je více podobností než rozdílností. Takže opravdu jako cizinec si připadáte, když přijedete do Asie nebo do Afriky – a zjistíte, že by bylo mnohem, mnohem jednodušší, kdybyste znal ten jazyk. Ale nebyl čas se tomu učit..

**EBEN:** Je nějaká řeč, kterou byste považovat za mateřskou?

**SARTORIUS:** Není. Někdy jsem uvažoval o tom, že vlastně žádná mateřská řeč neexistuje, že jazyk, kterým mluvíte jako první, je jazyk, kterým mluví ti kolem vás. Když pak žijete na různých místech, zjistíte, že jazyk spojujete s určitou situací, že nejlepší je mluvit jazykem, kterým mluví ti okolo vás. Mateřský jazyk je ten, se kterým mluvíte s lidmi, které máte rád, takže potom znáte všechny podtóny v tom jazyce a cítíte se dobře. A pak přijedete na jiné místo, a tam jsou jiní lidé, které máte rád.

**EBEN:** Teď zase jako psychiatr – nemáte pocit, že technická revoluce přináší víc psychických poruch?

**SARTORIUS:** Ne, to bych neřekl. Jsou jiné věci, které výskyt těch chorob zvyšují. Tak například tím, že se zlepšila celková zdravotní péče, prodloužily se životy lidí a jejich vyhlídky na každém stupni věku. To znamená, že máme víc lidí, kteří přijdou do puberty, a to zvyšuje počet chorob, typických pro tento věk. Totéž platí i pro střední věk i pro stáří. Lidé s mentálními chorobami mají vyšší šanci na přežití, protože se dožijí vyššího věku. Přitom vyhlídky na delší věk lidí, kteří jsou nemocní, se zlepšují mnohem rychleji než vyhlídky lidí zdravých, takže vliv těch nemocných, kteří ve společnosti aktivně pracují, vzrůstá. To souvisí se zlepšováním zdravotní péče – a čím lepší máme péči, tím víc za to musíme platit. Máme víc postižených, máme víc lidí, kteří nejsou úplně soběstační. Je to dobré i špatné, ale je to nevyhnutelný důsledek zlepšování zdravotnictví. Pak jsou jiné důvody, proč nám přibývá počet psychicky nemocných lidí ve společnosti, ale to, co se považuje za hlavní příčinu, asi hlavní příčinou není. Říká se, že kvůli stresům v životě dnes máme víc duševně nemocných, ale stresy byly vždycky a všude. Dnes se bojíte člověka, který olupuje, ale před tisíci lety jste se bál lvů, a to je stejný strach, který vás užírá. Teď ale rozhodně nejsme schopni odkládat úkoly, protože existuje neustálý tlak – nemáme chvíličku, abychom si povolili struny, takže se dostaneme rychleji na hranici vyčerpání, a to jsou věci, které dřív nebyly.

**EBEN:** Nemáte pocit, že lidé dnes dostávají příliš mnoho prášků a příliš málo lidského porozumění?

**SARTORIUS:** Většina lidí na světě dostává málo lidského porozumění a duševně nemocní lidé zvláště. Je to tím, že psychická choroba je takové stigma v dnešní době, je to břímě. A lidé si zvykli, že to nejrychlejší, jak se vypořádat s chorobou, je vzít si prášek. A také jak se zbavit pacienta. Když někdo řekne, že má problémy se ženou, a vymudrate prášek, trvá to minutu. Když mu ale máte naslouchat, trvá to déle, a proto si nacelem světě pacienti stěžují, že péče je horší. Kdosi napsal před lety krásnou stat' „Jde nám to lépe, a cítíme se hůře“. Všeho máme víc, máme víc peněz ve zdravotnictví, máme lepší přístroje, máme lepší prášky, lepší péči, a pacienti i lékaři se cítí hůř, než se cítili dříve. Stěžují si, že medicína je odlidštěná, že jim nikdo nenaslouchá, že necítí teplo podpory od lékaře. Lidé to velmi často řeší tak, že takzvaně volí nohou – odmítnou lékaře, který je vyškolený, a jdou k léčiteli. Ať už je to bylinkář nebo astrolog nebo pokladač rukou nebo magnetizér, chiropraktik nebo jiná profese, pak mají taktiku, že vám naslouchají, posadí si vás, mluví a nechají vás říct, co vás trápí, a pak vám dají nějakou radu. Aprávě ten fakt, že pacient smí mluvit, je strašně důležitý. Ale u té moderní medicíny, vědecké, tam se to tak často nenajde, a to je velice nebezpečný trend, to zrušení lidského přístupu a pouhý výdej prášků. Je to takové lahůdkové lékařství.

**EBEN:** Myslíte, že náboženství může být nápomocné při léčení psychických chorob?

**SARTORIUS:** Náboženství pomáhá těm, kteří věří. Lidé, kteří mají hlubokou víru, čerpají z ní samozřejmě další pocity, které jim pomáhají vypořádat se s problémy života. Problém je v tom, že málokterí jsou opravdoví věřící. Ne náhodou se mluví o daru víry; je to dar věřit tak silně, že najdete bezpečí, útěchu a mír. Zřídka se to vyskytuje. A pak jsou ještě ti, kteří náboženství praktikují – je spousta kněží, kteří jsou hodně nápomocní lidem, dají jim stravu, přístřeší, radu, ale to nemá nic společného s náboženstvím; prostě zaslíbili svůj život pomoci jiným.

**EBEN:** Představte si situaci, že se narodí dítě, které je velice vážně mentálně poškozeno; slyšel jsem spoustu otázek o smyslu žití takového člověka. Uvažoval jste o tom někdy?

**SARTORIUS:** Pokud si vzpomínáte, tak Dostojevskij v jednom svém románu popsal tuto situaci. A pojal to tak: když mám zahubit dítě, abych zachránil celé lidstvo, mám právo to udělat? A tady ta odpověď je širší, jsou dvě odpovědi. První odpověď je společnosti jako celku – co považuje společnost za důležité? Co jsou ta etická pravidla, kterými se řídí? A pak je tu ještě druhý atribut, a to je váš vlastní život, ochota vzít na sebe hříchy a problémy jiných. Když zkombinujete tyto dva přístupy, uvidíte, že se lidé trošičku liší v tom, co dělají, i když se neliší v tom, co říkají, že by se dělat mělo. Protože přísluší ke dvěma světům – ke světu individuálnímu a ke světu etické morálky společnosti. Když se stanete lékařem, přísaháte, že nikdy nezmaříte život. Někdo může říct: „Ale když tohle dítě eliminujete, tak třeba zachráníte jiné životy“, a to vy prostě nesmíte udělat. Můžete třeba udělat potrat, můžete třeba vědomě spáchat zločin, ale to z vás ne-sejme odpovědnost za to, co děláte.

**EBEN:** Vím, že jste expertem v epidemiologii – odpusťte mi ten laický názor, ale znamená to, že mohou být psychické choroby nakažlivé?

**SARTORIUS:** Ne, epi – jako třeba episkop – znamená, že se díváte na něco seshora. A demos je lid. Takže zkoumáte projevy nemoci ve společnosti. Tak můžete zkoumat ja-



koukoliv nemoc, třeba kardiovaskulární, jaterní, a vy zkoumáte, jak často se ta nemoc vyskytuje, jestli u chudých nebo u bohatých, jestli u mladých nebo u starých, jestli je to ve vesnicích nebo ve městech, zkoumáte sociální a životní kontext, ve kterém se ta choroba vyskytuje. To je ta epidemiologická metoda.

**EBEN:** Když se podíváte na to, co se děje v Kosovu a Srbsku, nemáte pocit, že je to něco jako „epidemie zla“?

**SARTORIUS:** Nemyslím, že výraz „epidemie zla“ je správný, ale je to zajímavý způsob, jak o tom hovořit. Samozřejmě zlo se šíří, lidé se jím nakazí, a spousta lidí udělá hrozné věci, které by jindy neudělali. Je to zvláštní, jak rychle se lidé nechají morálně zkorumpovat. A jsou ochotni akceptovat své jednání, aniž by měli jakoukoliv kontrolu.

**EBEN:** Když mě rozbolí zub, tak jdu k zubaři, on mi ho vytrhne, a může říct „Jste zdravý“. Může si být psychiatr vůbec někdy jist, že pacient je vyléčen?

**SARTORIUS:** Ne každý zub, který vás bolí, vám hned vytrhnou. Někdy ho bolestivě vyvrtají, protože to stačí, a nějakou chvíli to vystačí. A zase jindy ho spraví – třeba správně i úplně. A to je podobné i s psychiatrií. V některých případech vám může pomoci hned, a navždy, dokonce i u takových nemocí, jako je schizofrenie, jedna třetina případů, když pacient přijde a má jasné symptomy, je léčena a už se nikdy nevrátí, nikdy. Jedna třetina – to je víc než u kardiovaskulárních nemocí – bude mít určitá období, kdy přijde k doktorovi třeba jako s tím zubem, a někteří se budou muset spolehnout na průběžnou sociální lékařskou pomoc. Nemoci se liší ve své formě, ve své vážnosti a také v naší schopnosti pomáhat.

**EBEN:** My jsme se k vám moc dobře nezachovali, byl jste prohlášen za nežádoucí osobu, byl vám k nám zakázán přístup. Proč jste se vrátil?

**SARTORIUS:** Praha i váš stát má ohromný potenciál a byl jsem potěšen, že jsem dostal tu příležitost přijít zpátky a pracovat tady. Měl jsem příležitost pracovat s celou řadou lidí, s panem profesorem Höschlem, setkat se s prof. Rabochem, s mnoha dalšími lidmi a viděl jsem, že tito kolegové a lidé kolem nich měli velice těžký úkol, kterého se dobře zhostili; zasloužili si pomoc, abych jim věnoval svůj čas a energii.

**EBEN:** Jaký byl váš první dojem, když jste se po těch letech vrátil zpátky?

**SARTORIUS:** Bylo to jako počínající jaro, když je země ještě pod sněhem a tu a tam už vylézají některé květiny, takže když jim odhrnete sních, budou moci lépe růst.

**EBEN:** Jste čerstvý čestný doktor UK, znamená to pro vás něco zvláštního?

**SARTORIUS:** Mám hrozně rád tuto zemi a tyto lidi, těším se z toho a doufám, že budu moci Karlově univerzitě sloužit co nejlépe.

*Pořad zaznamenala a upravila Marie Fleissigová*

---

# **TEXTY**

---

**NEJEN SEDMNÁCTÉHO**

## Zdeněk Pousta

### 17. listopad 1939

Šedesát let. Údobí téměř dvou generací. Kolik událostí proběhlo kolem nás, jakých závažných rozhodnutí a skutečností jsme byli svědky, co všechno jsme museli osobně řešit! Zmatek světa se malé zemi ve středu Evropy rozhodně nevyhýbal. Banaopak, dokonce se zde v jistých časových etapách koncentroval vzhledem k zeměpisné poloze mezi východem a západem Evropy, a my Češi a Slováci jsme se až příliš často ocitali na dějinných křižovatkách. Některé životní situace nám mnohdy připadají, jako bychom je prožívali už tak dávno, snad před sto lety, ale současně se nám zdá, jako by to bylo včera.

Doss Alto, Zborov, Bachmač, Artois u Arrasu, místa bojů u Terronu a Vouzier, jež bývala nazývána Zborovem francouzských legií, ale i Bajkal a trasa Sibiřské magistrály jsou svědky zápasu československých dobrovolníků za národní svrchovanost. Z českých a slovenských předválečných emigrantů, hlavně však z válečných zajatců a vojenských přeběhlíků se formovalo na francouzské, italské a ruské frontě samostatné československé vojsko. Vojáci těchto legií byli nejspolehlivějšími a nejudatnějšími bojovníky války, jejich společným rysem byla bezpříkladná chrabrost a bezmezná hrdinství. Do války a nových bojů šli smrti vstříc dobrovolně, s odhodláním přispět k porážce rakousko-uherské monarchie a k utvoření samostatného československého státu, jak jej v zahraničí proklamoval T. G. Masaryk se skupinou spolupracovníků Edvardem Benešem a Milanem Rastislavem Štefánikem. Podle výkazů Kanceláře československých legií bylo v roce 1932 evidováno 88 701 legionářů (ruských 60 109, francouzských 9 367, italských 19 225). Spolu se sokolý a s vlasteneckým učitelstvem vytvářeli tradici samostatného státu. Ostatně pád monarchie a vznik Československé republiky Češi s nadšením přivítali. Masarykovy ideály demokracie a humanismu jim nebyly cizí. Nový stát musel budovat správní aparát, zakládal nové školy včetně vysokých, jakož i zdravotní zařízení. Republikánské úřady se učily spravovat zemi a snažily se, aby se Československo stalo pro své občany skutečným domovem. Přirozená aktivita a hrdé vlastenectví všech vrstev společnosti byly tak spontánní, že na ně můžeme jen s nostalgií vzpomínat ve srovnání se stavem společnosti dnešní, kdy se oslava zrodu samostatné republiky omezí na jednorázové udílení řádů a medailí na Pražském hradě.

Přes všechny peripetie vývoje republika odolávala odstředivým tendencím a byla v době nástupu fašismu oázou demokracie a azylem politické emigrace z Německa a Rakouska. Stejně jak ochotně přijala na počátku dvacátých let uprchlíky z bývalého Ruska, našli zde útočiště před nacismem uprchlíci všech politických směrů a Praha se stala dočasně významným místem německé antifašistické a židovské kultury. V září 1938 mnichovský diktát osud dvacetiletého státu naplnil. Československo bylo svým anglickým a francouzským spojencem nejen opuštěno, ale dokonce bezostyšně přinuceno vydat se Hitlerovu Německu na milost a nemilost. Nelze se divit depresi a zklamání lidí po osudném verdiktu čtyř, podepsaném v Mnichově. Druhá republika neměla dlouhého trvání a na demokratický charakter československého státu dávala rychle zapomenout. Separatistické tendence na Slovensku a Podkarpatské Rusi dosáhly svého cíle. Po přechodném období tamějších autonomních vlád (v říjnu 10. a 11. 1938) došlo k definitivnímu rozbití Československa. Dne 15. března 1939 vstoupila německá vojska na jeho okleštěné území

a Hitlerem vyhlášený Protektorát Čechy a Morava byl začleněn do nacistické Velkoněmecké říše. Slovenští separatisté dosáhli svého cíle utvořením samostatného státu a území Podkarpatské Rusi bylo připojeno k Maďarsku.

Češi chápali protektorát jako pro ně nedůstojný a nepřijatelný způsob koloniálního područí. Nastolenou správní formu – státního prezidenta a protektorátní vládu podřízenou říšskému protektoru – česká společnost v drtivé většině odmítala. Duch statečných legionářů a skutečnosti, že Češi se s republikou ztotožnili a byli na ni hrdí, vedly k aktivizaci domácího odboje od samého počátku okupace. Ten po celou dobu války udržoval spojení s odbojem zahraničním, tvořeným politiky a vojáky, kteří za tím účelem domov opustili. Bylo totiž jasné, že jedině válka může zvrátit nepříznivý stav. Proto napadení Polska německou brannou mocí a vypuknutí druhé světové války uvítal domácí odboj i československá emigrace. Politická situace se pod vlivem nových nadějí v českých zemích silně protinacisticky radikalizovala. Proti ponížení mnichovským diktátem protestovali lidé po roce, 30. září, tichou úspěšnou demonstrací, která se projevila bojkotem denního tisku, biografů, zábavních podniků a městských elektrických drah v Praze i v Brně.

Nesouhlas s německou okupací vyvrcholil pražskými masovými demonstracemi 28. října 1939. Toho dne v pravidelném pořadu BBC Volá Londýn nabádal Jan Masaryk spoluobčany v protektorátě: „Nedejte se vyprovokovat, nedejte se vehnat do akcí, které by mohly ztížit vaši situaci a oslabit vás.“

Den zrodu československé samostatnosti si lidé připomínali opět tichým protestem – svátečním ustrojením s černou kravatou, trikolorou v národních barvách, jak je k tomu vyzývala ilegální politická kampaň. Letáky vyzývající k manifestační účasti vydávala i řada odbojových studentských skupin. Protinacistické texty, které psalo víkendech na školním cyklostylu u rodičů na Lounsku, množil Lubor Zink, kolportoval po Praze kromě Čenka Adamce také místopředseda studentské samosprávy Hlávkových studentských kolejí, medik Jan Opletal.

Oslavě památného dne zrodu republiky nezabránila ani předběžná jednání na Presidiu zemského úřadu v Praze, na kterých se ke spolupráci při preventivních opatřeních zavazovaly pozvané deputace od České obce sokolské až po Národní souručenství. Ministr školství a národní osvěty ve svém oběžníku upozorňoval „pány rektory vysokých škol, děkany samostatných fakult, ředitele veškerých ostatních škol a ústavů osvětových, jakož i profesorské a učitelské sbory všech těchto škol a ústavů s největší vážností nato, že den 28. říjen byl vládním nařízením ze dne 18. září 1939 jako státní svátek zrušen a stal se obyčejným dnem se všemi z toho plynoucími důsledky“. Protektorátní aparát se obracel na jednotlivé farnosti s upozorněním, aby 28. října upustily od konání slavnostních bohoslužeb a aby upravily i pořad písní v říjnových dnech, „aby nemohlo v nich být spatřováno nic demonstračního“.

Němci demonstrace v tento den očekávali, ale tak cílené protiněmecké vystoupení Pražanů a pracujících z okolních míst bylo pro ně ohromující. Zpočátku vše probíhalo v důstojném klidu. Když však občané německé národnosti, ponějvíce němečtí studenti, začali provokovat a strhávat lidem národní odznaky a trikolory z klop oděvu a čepic, docházelo k bouřlivým střetům, provolávání hesel Pryč s Němci!, My chceme svobodu!, Ať žije Beneš!, Pryč s Hitlerem!, Chceme právo!

Lidé zpívali národní hymnu Kde domov můj i se zapovězenou slovenskou částí Nad tatrou sa blýska a všeslovanskou píseň Hej, Slované. Protektorátní policie zjednávala klid pomocí pendreků a vytláčování demonstrujících z Václavského náměstí do postranních ulic. Současně se však na Václavském náměstí a v pražských ulicích objevili členové německé tajné policie, příslušníci SS a SA a zatýkali demonstranty dle vlastního uvážení. Němci provokovali i manifestací své síly – vyzývacím pochodem elitní jednotky tělesné standarty SS od Národního muzea Václavským náměstím na Můstek, za kterou jeli ještě na automobilech vojáci. Ohniska demonstrací se přesouvala z Václavského náměstí do Jindřišské ulice, na Příkopy, do Jungmannovy ulice, na Karlovo náměstí k budově techniky. Demonstrace probíhaly také na Smíchově, na Vinohradech, na Novém městě v Ječné a Žitné ulici. Všude pak skandování protiněmeckých hesel a volání, jež vzpomínala Masaryka a Beneše. Kolikrát znělo v tento den bojovné My chceme zase svoji republiku!, kolikrát zněla Praha hymna Kde domov můj a Hej, Slované, doplňované sokolskými písněmi a pochody!

V odpoledních hodinách tlumočil K. H. Frank prezidentu Háchovi a ministerskému předsedovi Eliášovi Hitlerovy hrozby, že v případě pokračujících demonstrací zruší „protektorátní autonomii“. Poté došlo kolem šesté večerní hodiny k vyklizení Václavského náměstí. Akcí Němců se účastnil i státní tajemník K. H. Frank a s nebývalou vervou osobně zasahoval. Docházelo i ke střelbě a zraněním. Lehce zraněných bylo několik set. Nejvíce těžce zraněných bylo v Žitné ulici (5), v Melantrichově (3), na Karlově náměstí (3). Dvaadvacetiletý dělník Václav Sedláček byl střelen v Žitné ulici a při převozu do nemocnice zemřel. V Žitné ulici byl také těžce zraněn medik Jan Opletal a operován byl na klinice prof. Arnolda Jiráska. 4. listopadu večer se Janův zdravotní stav začal náhle zhoršovat; 11. listopadu v 11 hodin 45 minut v posledním životním zápase podlehl.

Zpráva o Janově smrti hluboce zapůsobila na studenty, kteří patřili mezi nejaktivnější demonstranty. Studentská samospráva Hlávkových kolejí v čele s jejím předsedou, Janovým fakultním kolegou Maxmilianem Martischnigem a ředitelem koleje Václavem Weiserem počala s okamžitou přípravou a organizací pohřbu, který stanovila na 15. listopad. Nervozita nejvyšších vládních představitelů sinic nezadala s tou, jaká zachvátila policejní úředníky, obávající se nových protiněmeckých demonstrací. Studenti byli úředně odpovědní za průběh rozloučení a tisíce studentů se tedy loučily se svým druhem v posvátném tichu, plném vzdoru. Jen rytmus kroků studentů Hlávkovy koleje, nesoucích Albertovum rakev a množství věnců, odměřoval vteřiny tíhy a zármutku.

Při ukládání rakve do pohřebního vozu se spontánně rozezněla hymna Kde domov můj i se slovenskou částí. Namísto toho, aby se dav po velkolepém rozloučení rozešel, daly se zástupy do pohybu. Policejní oddíly se je snažily rozptýlit do několika směrů již na křižovatce ulic Vyšehradské, Benátské a Trojické. Praha prožívala 28. říjen znovu. Často znějící píseň Hej, Slované přerušovala hesla požadující nejen svobodu, samostatné Československo a návrat prezidenta Beneše, ale ozývalo se i Pryč s Hitlerem!, Němci ven! Policie rozháněla studenty obušky, lidé ze stojících tramvají mávali studentům na pozdrav. V odpoledních hodinách byl již v Praze klid. Večer však policie musela pomocí obušků rozehnat ještě české fašisty ve Štěpánské ulici, kteří se dožadovali vstupu do Lucerny na zakázané proněmecké shromáždění. Relativní klid byl i následujícího dne. Přednášky na fakultách začaly jako obvykle.

V českém vysokém školství spatřovali představitelé nacistického Německa nebezpečnou překážku pro ovládnutí země. V souladu s tím rozhodl Hitler 16. listopadu o drastickém úderu proti českým studentům a českým vysokým školám. Ostatně vycházel z dlouhodobých záměrů, vyjádřených Heydrichovým výrokem, že „Čech v tomto prostoru nemá koneckonců co pohledávat“. Sonderaktion 17. November 1939 začala v časných ranních hodinách brutálním přepadením studentských kolejí a zabráním fakultních budov a ústavů. Pražští studenti byli svezeni do kasáren v Ruzyni a za neustálého bití nahnáni do jízdního vozu. Druhého dne ráno se dozvěděli o popravě devíti svých druhů, o uzavření českých vysokých škol a byli deportováni do koncentračního tábora. Stejný osud a cesta do Sachsenhausenu stihl vysokoškoláky z brněnských Kounicových a Sušilových kolejí. Později je následovali i studenti příbramské Vysoké školy báňské. Jako političtí vězni byli nuceni sdílet několik let peklo nacistických koncentráků. Pomáhalo jim je přežít jejich mládí a síla kolektivu, jež dala vzklíčit celoživotním přátelstvím. Většina byla v roce 1942 propuštěna, poslední se dostal domů v lednu 1943. Ne všichni se však vrátili. Obětina ži-votech a zdraví přinesli i vysokoškolští učitelé.

Jiné trnité cesty studentů vedly přes nepřátelská území do československých zahraničních jednotek, studenti se účastnili rovněž protifašistického boje v partyzánských jednotkách. Z pocitu povinnosti mluvit za umlčené a pronásledované kolegy doma a nedat světu zapomenout na nacistické barbarství 17. listopadu 1939 vzešel popud studentů-vojáků čs. obrněné brigády v Anglii k obnově Ústředního svazu československého studentstva. Formálně došlo k jeho ustanovení 17. listopadu 1940 a jeho hlavním úkolem bylo organizovat příští výročí listopadu na mezinárodní bázi. To se také našim studentům-vojákům za pomoci anglických přátel podařilo. 17. listopad byl v londýnské Caxton Hall 16. listopadu 1941 prohlášen Mezinárodním dnem studentstva. Sálem tehdy znělo: „My, kteří dnes s ostatní mládeží tvoříme jednotu, ucelenou frontu proti všem druhům fašismu a nesvobody, bez rozdílu politických, národnostních a náboženských, kteří se zbraní v ruce bojujeme na všech bojištích za svobodu svého lidu, skláníme se před oběťmi barbarského násilí, posílení jejich příkladem vybojovat budoucím generacím lepší a spravedlnější budoucnost. 17. listopad bude pro nás navždy dnem, kdy studentstvo celého světa uctí na svých školách nejen památku popravených československých kolegů, ale i dnem, kdy si znovu a znovu připomeneme ideály, za které tito hrdinové padli.“ Text a vyhlášení Mezinárodního dne studentstva přečetl ve ztichlém sále, naplněném atmosférou slavnostního historického okamžiku, Lubor Zink. Ten byl také autorem brožury *The Stormy November*, prvního svědectví, které přispělo podstatným způsobem k mezinárodnímu světovému ohlasu. Zahájilo řadu publikací od *Persekuce českého studentstva za okupace*, vydané v roce 1945, přes shrnující práce Pasákovy až po znamenité knihy (*Ráno přišla noc*, Praha, Mladá fronta 1989, *A den se vrátil*, Bratislava, Astra 1993) Jozefa Leikerta.

Vzpomínáme-li dnes s úctou na vysokoškolské oběti fašismu a války, na události před šedesáti lety, na studenty 17. listopadu 1939, kteří byli prvními, byť bezbrannými vojáky zhanobené republiky, pak je třeba připomenout, že tradice 17. listopadu byla živá a inspi-rující.

Po padesáti letech se stal tento osudový den historickým mementem a jeho vzpomínková slavnost na Albertově signálem pro revoluční aktivitu celého národa, který už nechtěl trpět čtyřicetiletého totalitního komunistického. Studentům, kteří před deseti lety vyšli proti ozbro-

jené moci s plamenem svíčky a květinou jako předvoj následného vzepětí celé společnosti, patří na této starobylé akademické půdě uznání a díky nás všech stejně, jako generaci jejich dědů v onom tragickém roce devětatřicátém.

*PhDr. Zdeněk Poustka, Ústav dějin UK, přednáška, Karolinum, 16. 11. 1999*

## **Jiří Dienstbier**

### **Proč špinili první československou velvyslankyni?**

Před únorovou prezidentskou návštěvou (V. Havla v USA 1990 – pozn. red.) se ujal své funkce ve Washingtonu nová československá velvyslankyně Rita Klímová, která si hned získala všeobecné sympatie v amerických politických, vědeckých a kulturních kruzích. Měla k tomu všechny předpoklady.

Za druhé světové války byl její otec Stanislav Budín redaktorem československého válečného deníku v New Yorku a Rita chodila do školy na Manhattanu. Četní její spolužáci a přátelé z dětství zastávali v době jejího příchodu významné pozice v Kongresu, na univerzitách i v literárním světě. Pražský byt Budínových a Rity Klímové byl od šedesátých let jakýmsi soukromým československo-americkým střediskem. Scházeli se tu novináři, spisovatelé, politici a další návštěvníci z Ameriky, kteří dostali v New Yorku tuto adresu, s představiteli pražské inteligence. Zejména v letech po roce 1968 až do listopadu 1989 byl tento salon nezastupitelným místem kontaktů. Díky Ritě Klímové jsme měli jako topičia myči okem pravidelně k dispozici International Herald Tribune, Time, New York Review of Books a významná díla americké politické i krásné literatury. Rita nezištně překládala do angličtiny texty Václava Havla, moje a dalších chartistů a nezávislých autorů, které pak vycházely ve světovém tisku. Ekonomka, vyhozená po roce 1968 z univerzity proto, že už v Pražském jaru patřila k zásadním stoupencům tržní ekonomiky, po založení samizdatových Lidových novin v lednu 1988 vedla jejich ekonomickou rubriku. Svoje texty podepisovala pseudonymem Adam Kovář, tedy překladem jména Adama Smitha. Chtěla tím spíše naznačit své ekonomické smýšlení než tajit autorství. Nejen Státní bezpečnost, ale téměř všichni záměci věděli o Kovářovi své. Pro spolupráci získávala pracovníky tehdejších oficiálních institucí, ekonomického a prognostického ústavu. Pod pseudonymy psali do Lidových novin například Václav Klaus a Tomáš Ježek. Je a jejich kolegy pak přivedla v listopadových dnech do sklepa Laterny Magiky. Vedla tam skupinu, která se několik týdnů čtyřicet hodin denně starala o stovky zahraničních novinářů a jiných návštěvníků z ciziny.

Po jejím jmenování do Washingtonu se ozvaly otázky, proč na jeden z nejvýznamnějších diplomatických postů jmenují „ženskou“. V životě mi nenapadlo při hodnocení profesionálních kvalit rozlišovat lidi podle pohlaví. Teprve teď mi došlo, že ještě nikdy od roku 1918 nebyla ve funkci šéfa československého zastupitelského úřadu žena. Jmenování Rity Klímové byl tedy bezděky další revoluční čin. I poté jsem jmenoval několik velvyslankyň a všechny patřily ke špičkám našeho diplomatického sboru.



OF 1989, Rita Klímová s Václavem Havlem

Někdo poznamenal, že je to zvláště pro Ameriku s narůstajícím feminismem kvalifikace navíc. Z Rity, která neměla sklony k feminismu, jsem si proto dělal legraci. Bral to s humorem, k němuž jsme měli zvláštní důvod. Kdysi mě totiž z legrace ve slangu amerických feministek označila za „male shovivist pig“. Když potom přeložila moje Snění o Evropě do angličtiny, americký recenzent tvrdě napadl „sexistickou“ terminologii její američtiny. Dovolila si překládat například „lidstvo“ jako „mankind“ místo ve feministické novořeči povinného „humankind“.

Rita Klímová byla ve Washingtonu jako ryba ve vodě. Zнала se osobně s povinnou senátory, mimo jiné i proto, že při jejich návštěvách v Praze obětavě tlumočila na jejich setkání s chartisty a jinými disidenty, z nichž mnozí neuměli anglicky. Patřila k těm málo vyvoleným velvyslancům, kterým stačí zvednout telefon, aby je přijal první náměstek ministra Larry Eagleburger nebo další vysocí představitelé vládnoucích republikánů. K jejím nejbližším přátelům patřila Madeleine Albrightová a další přední činitelé demokratů. Pro rozšiřování jejích styků byla významná pomoc Medy Mládkové, vdovy po Janu Mládkovi, který byl před únorem 1948 československým zástupcem v Mezinárodním měnovém fondu, zůstal v něm pracovat i poté a nakonec se stal jeho viceprezidentem. Paní Meda už od šedesátých let získávala stipendia Fordovy nadace pro mnohé naše malíře a sochaře, a zasloužila se tak o stálý kontakt našich výtvarníků se světem.

Rita Klímová si získala také sympatie amerického tisku a veřejnosti. Byla ve Spojených státech vyhlášena nejlepším zahraničním diplomatem roku. Sympatie se projeví zejména při jejím onemocnění leukémií, kdy se lidé chtěli skládat na její léčení a nemocnice v Baltimoru jí poskytla náročnou léčbu bezplatně.



Rita si získávala autoritu nikoli podbízením, ale otevřenými a důslednými postoji, s jakými hájila naše zájmy i ve zdánlivých drobnostech. Svědčí o tom např. zápis z prvního rozhovoru, který měla 13. března s náměstkem státního tajemníka Raymondem Seitzem. Konstatovala, že i když návštěva prezidenta Havla otevřela cestu, „ve vzájemných vztazích je stále ještě hodně setrvačnosti a brzd jak na naší, tak na americké straně, jako tom svědčí i zpřísněná opatření pro československé diplomaty z ledna tohoto roku“. Pokud jde o evropskou bezpečnost a roli Spojených států, kde podle Seitzemáme v podstatě shodné názory, ale každý je vyjadřujeme jinak, velvyslankyně odpověděla, že američtí novináři často chápou naše stanoviska lépe než vládní místa USA. Požadovala, aby slíbená pomoc na organizaci volební kampaně, nákup počítačů, a vybavení volebních místností atd. nebyla byrokraticky blokována. Při rozloučení náměstek Seitz řekl, že i „dnešní setkání svědčí o výrazném rozdílu v atmosféře vzájemných vztahů. Tak upřímné jednání s československým velvyslancem jsme dosud nikdy neměli“.

Získala si také dost nepřátel. Nikoli v Americe, ale doma. Hájila totiž státní zájem i vůči kdejakému návštěvníkovi, který se domníval, že velvyslanectví je v cizině proto, aby se právě o něho postaralo, nakrmilo ho a napojilo whisky. Pomluvy neznaly mezí. Dr. Sládek ji obvinil, že ukradla dvacet tisíc dolarů, protože byla prostředníkem převodu amerického daru na konto Občanského fóra, na které tuto sumu skutečně vložila. Jiní si troufli na její nezkušenost, jako by kdokoli z nových politiků nějaké zkušenosti ze státních funkcí měl. Jiní ji odmítali za její poválečné komunistické mládežnictví. Zvláště odporné bylo obvinění, že léčba této „nové prominentky“ prý stála statisíce dolarů. Na Slovensku byl zkreslen její výrok a byla napadena, že označila Slováky za antisemity. Útoky se stupňovaly natolik, že jsem vydal prohlášení, které jsem po zhodnocení její činnosti ukončil takto:

„Paní velvyslankyně tedy nemá zkušenost a dost prostředků. Má však kvalifikaci, je výraznou představitelkou ekonomické reformy, s komunistickými zločiny nemá nic společného. Marně přemýšlím, proč byla právě ona vybrána k dalšímu rozvracení nově se vytvářející státní správy. Protože je žena? Nebo proto, že je Židovka? Necht' mi někdo nabídně méně odporné vysvětlení.“

Dnes už by takové špinění málokoho překvapilo. Stalo se rychle dostiběžnou součástí politické kultury-nekultury. V roce 1990 jsme však ještě žili v iluzích, že takové metody, které byly typické pro dezinformační oddělení tajné policie, jsou s pádem komunismu za námi.

*Jiří Dienstbier (1989–1992 ministr zahraničí): Od snění k realitě, Nakladatelství Lidové noviny, Praha, 1999*

# Jiří Müller

## Moje dcera a francouzský prezident

Když jsem se dozvěděl, že zemřel Francois Mitterand, mou první reakcí byla myšlenka, že už mu moje dcera Ruth nenapiše dopis, který si připravovala. Samozřejmě vám možná připadá divné, proč by měla má dcera psát francouzskému prezidentovi. Ona totiž ví, co se traduje v rodině, že se narodila díky němu, a chtěla mu za to vyjádřit vděčnost. K napsání dopisu už bohužel nedošlo.

Jak to tedy bylo. V roce 1981 jsem byl zatčen v souvislosti s kamionem, který přivážel ze zahraničí literaturu pro československou opozici. Řídili ho francouzští řidiči a potom, co byli na hranicích zadrženi, následovalo poměrně velké zatýkání – zatčen byl také Jan Ruml, Eva Kantůrková, Jiřina Šiklová a jiní. Zůstali ve vězení skoro rok. Můj první dopis z vězení – byl jsem rok a půl ženatý – byl na téma, že očekávám, že se vrátím za sedm let. Vrátil jsme se ale už po 14 dnech a jak jsem dodatečně zjistil, byli propuštěni právě ti dva francouzští občané, potom já a na Slovensku Miro Kusý. Ti, kteří mne propouštěli, říkali, že to dělají proti své vůli, na příkaz z Prahy. Když jsem se snažil interpretovat proč, dospěl jsem k jedinému závěru: tehdy byl prezidentem Francie zvolen Francois Mitterand, a protože byl zvolen silami levice, byl jako levicový prezident také vnímán. Propuštění nás čtyř mohlo být součástí jakéhosi pokusu naladit ho příznivě, jakéhosi očekávání komunistických režimů. Jinak jsem si své propuštění nedovedl představit – a dodnes jsem o tom přesvědčen.

Propuštěn jsem byl 21. května a 23. května jsem panu prezidentovi napsal. Blahopřál jsem mu ke zvolení a poděkoval za solidaritu s politickými vězni, kterou projevuje. Zhruba za měsíc jsem od něj dostal dopis, vlastně jen jednu větu.

Pro mne, člověka, který byl každodenně konfrontován se Státní bezpečností, bylo podstatné, že jsem dostal dopis od prezidenta Francie, který byl psán vlastní rukou a vlastnoručně podepsán. To, že nutně prošel sítí STB a že informace o tom byla podána, znamenalo přinejmenším to, že se vzalo na vědomí, že tady existuje nějaký opozičník, kterému píše francouzský prezident. A to je důvod pro to, aby ho nemohl kdejaký estébák sebrat jen tak, že si umane, a že je tedy třeba o postihu takového člověka rozhodnout na vyšších úrovních. V tomto smyslu mi tedy dopis francouzského prezidenta po zbyvajících léta poskytoval určitou ochranu.

A moje dcera se narodila za devět měsíců po mém propuštění. Nebýt francouzským prezidentem Francois Mitterand, byla o hodně mladší – nebo nebyla vůbec.

*Zitřek, 2/1996, Svobodní demokraté – Liberální strana národně sociální, Praha*

*Ing. Jiří Müller, 1976, stál společně s Lubošem Holečkem (zahynul při autohavárii) v čele studentského hnutí druhé poloviny šedesátých let. požadovalo vytvořit právo vysokoškolské organizace na opozici vůči KSČ. Za normalizace vězněn pět let. 1990 ředitel Úřadu FMV pro ochranu ústavy a demokracie.*

**VITA NOSTRA REVUE.** Časopis Univerzity Karlovy v Praze, 3. lékařské fakulty.  
Vychází 4x ročně. Vydává 3. lékařská fakulta, Ruská 87, Praha 10.  
Tel. 02/67102105, fax 02/67311812, e-mail: marie.fleissigova@lf3.cuni.cz.  
Plnotextově vystaveno na www stránkách 3.LF (<http://www.lf3.cuni.cz>).  
Grafický návrh obálky Jana Potočková. Grafická úprava SPRINTER, spol. s.r.o. Tiskne  
PBtisk Příbram.

Příspěvky dodávejte na disketách 3,5'' nebo e-mailem jako attached file v editoru MS-WORD (nejlépe ve formátu RTF), jiný způsob projednejte předem na čísle 67102105. Redakce neodpovídá za obsah mimoredakčních příspěvků. Publikované texty nemusejí vyjadřovat názory redakce. Redakce si vyhrazuje právo na odmítnutí, krácení a jazykové úpravy příspěvků.

ISSN 1212-5083