

VITA NOSTRA REVUE

VÝTĚŽEK Z VINOHRADSKÉ TROJKY POPUTUJE DO ITIBA – FYZIOTERAPIE V KARLOVÝCH VARECH – VZPOMÍNKA
NA ZBYŇKA STRAKU – NA STÁŽI MEZI UPRCHLÍKY NA OSTOVĚ LESBOS – MEDICÍNA BEZ LIMITŮ? – VRÁNA
K VRÁŇĚ SEDÁ – DUET O DOMÁCÍCH PORODECH – SVOBODA PROJEVU VE VĚKU GOOGLU – SPINALONGA,
JEDNO Z POSLEDNÍCH LEPROSÁRIÍ V EVROPĚ – OD ROZŠTĚPU K ÚSMĚVU – CZECH NATURE PHOTO

Máte chuť na lehký oběd?

Chcete ochutnat espresso z jednodruhové arabiky připravené na stroji s hlavami Faema E61?

Potřebujete po práci nebo po škole chvíli odpočinku u Kácovského piva?

Přijďte do Malého Edenu,
rádi Vás uvidíme.

Kavárna a komunitní centrum Malý Eden,
Ruská 1211 (přímo přes ulici od 3.LF)

Otevřeno: po-čt 9-21
pá 9-15

Po domluvě možno déle

více informací:

MUDr. Ondřej Balík - 774 449 364



vesmír

Věda, příroda, člověk, společnost — Časopis s tradicí od r. 1871

časopis Vesmír
není jen o vesmíru

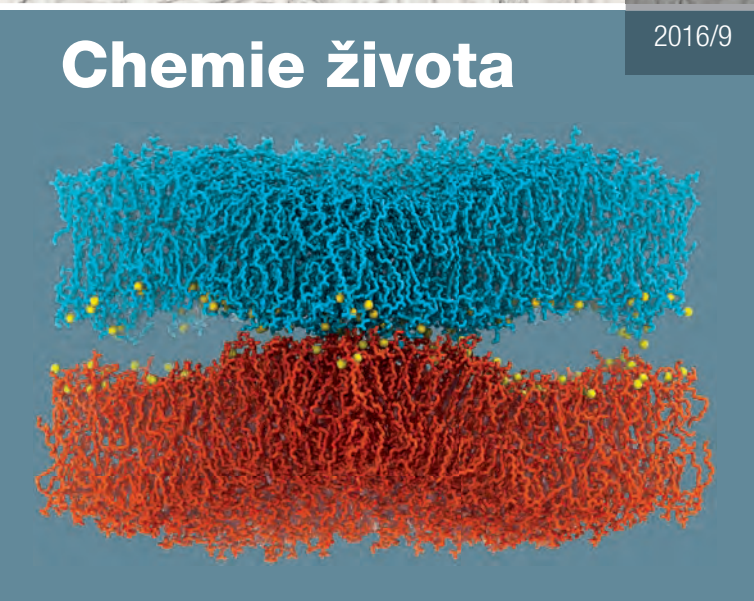
- Sledujeme stovky vědních oborů
- Věnujeme se i medicíně
- Články recenzujeme
- Čtete v tištěné i elektronické podobě

více informací na vesmir.cz/predplatne



Mozek v kostce

2017/10



Chemie života

2016/9



Hodiny v nás

2016/5



Hranice života a smrti

2016/11

| | | | |
|--|----|--|----|
| EDITORIAL | 2 | Antiprogram nevyhrává (Martin Zvěřina) | 54 |
| FACULTAS NOSTRA | | Proč je slovo „sociální“ tak nepopulární? (Ondřej Vaculík) | 55 |
| Výtěžek z Vinohradské trojky poputuje do Itiba (David Lauer, Petr Michenka, Jan Pidhorodecký) | 4 | Svoboda projevu ve věku Googlu (Jeronym Boháček). | 57 |
| Medici z celého světa v Tanzanii (Aneta Fridrichovská) | 7 | Země, která je „U EU“ (Tomáš Sedláček) | 60 |
| Malý Eden po prázdninách znovu otevřen (Diana Rochovanská). .10 | | Miloš Zeman, mistr bombastických banalit (Jan Fingerland)62 | |
| Divadlo pro nemocné děti (Viktor Šebo) | 12 | ORBIS PICTUS | |
| Rozšíření výuky oboru fyzioterapie do Karlových Varů (Kamila Řasová) | 13 | Spinalonga – jedno z posledních leprosárií v Evropě (Tomáš Vaněk). | 65 |
| Veselý a pozitivní člověk Zbyněk Straka (Petr Widimský) | 15 | I přes chudobu a hlad se lidé v Ugandě umějí radovat ze života (Adéla Kucharčíková) | 69 |
| Autíčko aneb lyžařská vzpomínka na profesora Straku (Tomáš Vaněk) | 18 | Nebojím se (Eliška Šplíchalová) | 71 |
| Život zasvětil aplikované statistice a informatice ... (Marek Malý, Eva Švandová, Viktor Hynčica, Ladislav Tomášek, Jan Kynčl). .20 | | VE FOTOGRAFIÍCH | |
| MEDICÍNA | | Výstava představuje životní příběhy lidí s rozštěpovými vadami (Jolana Boháčková) | 74 |
| Přes všechny tragické události, po vyčerpávajícím putováním vaše srdce stále bije (Anna Ouřadová) | 23 | Rozštěpy rtu, čelisti a patra (Michaela Večeřová, Andrej Sukop) . .84 | |
| Medicína bez limitů? (Jana Šeblová). | 26 | Pilotní ročník Czech Nature Photo vyhrál snímek probouzejících se kaloňů (Jolana Boháčková) | 86 |
| Vrána k vráně sedá (Jolana Boháčková). | 31 | POST SCRIPTUM | |
| Co se skrývá pod akronymem HBM4EU? (Milena Černá) | 34 | Podzim je tady aneb odvážlivci na létajících niti (Jaroslav Veis)94 | |
| 10. kongres České lékařské akademie (Richard Rokyta) | 36 | | |
| TEXT | | | |
| Duet o domácích porodech (Tomáš Sokol) | 39 | | |
| RES PUBLICA | | | |
| Mocenská hra Babiše a Zemana (Jaroslav Kmenta) | 51 | | |
| Volby vyhrál byznys (Jan Klesla) | 53 | | |

Editorial

Život nám přináší radostné události, ale také některé velmi smutné. Dovolte mi, abych začal těmi smutnými. V poslední době nás opustil vynikající člověk, přednosta Kardiochirurgické kliniky naší fakulty prof. Zbyněk Straka. Věnujeme mu dva příspěvky jeho spolupracovníků – prof. Widimského a prof. Vaňka. Vyjadřují to, co cítíme i my ostatní. Rád bych připomněl ještě jedno úmrtí, které se sice netýká přímo našeho zaměstnance, ale velmi zasahuje do naší fakulty. Je to nedávné úmrtí MUDr. Kateřiny Andělové, manželky našeho děkana prof. Anděla. Byla to skvělá lékařka a žena, která zasvětila celý svůj život medicíně a své rodině. Měl jsem k ní velmi osobní vztah, protože byla dcerou jednoho z mých nejlepších přátel prof. Jana Neuwirtha, DrSc. Vytvářela také prostředí svému manželovi, děkanu fakulty prof. Andělovi, aby mohl vykonávat svou širokou medicínskou praxi a organizační činnost jako děkan fakulty, proděkan a také jako člen mnoha spolků a medicínských organizací.

Rád bych upozornil na články našich studentů, kteří se velmi intenzivně zapojují do činnosti fakulty. Vynikající články o zahraničních stážích napsaly kolegyně Eliška Šplíchalová, Anna Kucharčíková a Anna Ouřadová. Texty stojí nejen za přečtení, ale mohou inspirovat jako příklad hodný následování. Dozvídáme se také o mnoha dobročinných aktivitách studentů a aktivitách v rámci IFMSA.

Pokračujeme zajímavým článkem o rozšíření výuky fyzioterapie do Karlových Varů od doc. Kamily Řasové. Možnost rozšířit výuku přímo tam, kde se fyzioterapie nejvíc používá, tedy do lázeňských zařízení, je skutečně výborný nápad.

Z vědecké činnosti bych se chtěl zmínit o článku prof. Mileny Černé z Ústavu obecné hygieny *Co se skrývá pod akronymem HBM4EU* o evropské iniciativně biomonitoringu člověka. Jsme velmi rádi, že se toho účastní i náš Ústav hygieny.

Šéfredaktorka našeho časopisu Jolana Boháčková diskutuje v rozhovoru s názvem *Vrána k vráně* sedá s MUDr. Zuzanou Štěřbovou z Národního ústavu duševního zdraví o výběru partnerů a participaci NÚDZ na výzkumu věnujícímu se této problematice. Opět nechybí článek MUDr. Šeblové, která se tentokrát zabývá limity v urgentní medicíně.

Velmi čtivý článek o historii posledního leprosária v Evropě napsal prof. Tomáš Vaněk. Zařazujeme také fotografie přední české fotografky Lenky Hatašové z výstavy *Od rozštěpu k úsměvu*, ke které doc. Sukop s kolegyně MUDr. Večeřovou připojují souhrn toho, co si pod zmíněnou vývojovou vadou představit. Mezi první lékaře, kteří se operacemi rozštěpů zabývali, patří zakladatel vinohradské plastické chirurgie prof. Burian.

Zajímavou filozofickou úvahu *Svoboda projevu ve věku Googlu*, kterou doporučuji k přečtení, dodal

Jeronym Boháček. Představuje určitou futurologii o tom, kam se dostávají moderní společnosti a zvláště v letošních volebních situacích a bojích, které někdy působí nedůstojně a mnohdy i směšně. Článek ukazuje, kdo vlastně ovládá veřejné mínění, a kdo může ovlivnit naši budoucnost. Popisuje úlohu médií a moderních komunikačních prostředků v současném světě.

Reagujeme také poznámkami k výsledkům voleb do Poslanecké sněmovny a neopomíjíme ani volbu nového děkana, který nastoupí do své funkce 1. února 2018.

Já jsem napsal o plánovaném 10. multidisciplinárním kongresu České lékařské akademie v Mariánských Lázních, na který vás tímto všechny srdečně zvu.

Přeji vám v podzimu hodně pracovních úspěchů. V tomto období už nemůžeme tolik pobíhat venku a můžeme se tedy víc věnovat literární činnosti.

Richard Rokyta

předseda redakční rady Vita Nostra Revue





Výtěžek z Vinohradské trojky poputuje do Itiba

David Lauer, Petr Michenka, Jan Pidhorodecký,
studenti 3. ročníku všeobecného lékařství a organizátoři Vinohradské Trojky

„Jestli chcete něco vyhrát, běžte 100 metrů. Jestli chcete něco zažít, běžte maraton,“ říkával Emil Zátopek. „No a pokud chcete současně vyhrát i něco zažít, běžte Vinohradskou Trojku,“ říkáme my. A jak si něco takového můžeme troufnout říci? Zkrátka ve Vinohradské Trojce je vítězem každý, kdo se postaví na start.

Rok se s rokem sešel a 18. května se konal již druhý ročník našeho tříkilometrového charitativního běhu

Vinohradská Trojka, který přinesl mnoho novinek a zaznamenal významný nárůst v počtu startujících závodníků i ve vybraném charitativním výtěžku.

Nejdřív ale trochu zpátky v čase. Po loňském premiérovém roce jsme si popravdě nasadili laťku hodně vysokou, možná až tak vysokou, že jsme si před druhým ročníkem museli mnohokrát položit otázku, zda-li vůbec budeme schopni naplnit všechna očekávání. Nebyla

to jednoduchá výchozí situace, avšak na druhou stranu to bylo právě ono, co nás při samotné organizaci a vymýšlení různých inovací hnalo dopředu. O to více nás potom potěšilo, že se všechna očekávání podařilo naplnit, ba co víc, akce se v mnoha směrech posunula zase o krůček dál.

Tou nejpodstatnější změnou pro tento rok bylo příslibení charitativního výtěžku zdravotnickému zařízení Itibo v Keni, provozovanému humanitární organizací ADRA ČR. Nemocnice v Itibu spolupracuje již přes rok s naší fakultou a jednou za semestr nabízí malé skupince studentů možnost stáže. K rozhodnutí věnovat výtěžek Itibu nás vedly dva důvody. Především náš příspěvek takto pomůže v místě, kde je to opravdu potřeba, a současně zde bude mít kvůli vyšší kupní síle nejlepší využití. Je neuvěřitelné, že se nám nakonec povedlo vybrat trojnásobek částky loňské, tedy 62 491 korun. O využití vybraných peněz ještě jednáme s Alešem Bártou – managem projektu Itibo, kterému bychom tímto také chtěli moc poděkovat za všechnu podporu v rámci organizace letošního ročníku.

Nic by se však neuskutečnilo bez samotných běžců, kterých se letos postavilo na start více než 200! Jak jsme již řekli, vítězem je pro nás opravdu každý, kdo závodil a svým výkonem i dobrovolným finančním příspěvkem zajistil, že se nám

podařilo vybrat opravdu úctyhodnou částku. Moc si ceníme, že se na start postavili zkušení běžci i nováčci, lékaři, pedagogové i studenti a současně i zástupci široké veřejnosti, kteří pouze přišli podpořit dobrou věc. Podařilo se tak vytvořit opravdu nezapomenutelnou atmosféru a znovu se nám potvrdilo, jak běh sblízuje.

Další novinkou byla v letošním roce radikální úprava trasy, která tentokrát vedla od fakulty skrze Fakultní nemocnici Královské Vinohrady a následně nově přes Státní zdravotní ústav. Podařilo se nám tak symbolicky spojit tři významné instituce a jsme velmi rádi, že nás poctili svojí přítomností děkan fakulty prof. Michal Anděl, ředitel FNKV doc. Robert Grill a ředitelka SZÚ Ing. Jitka Sosnovcová. Současně se akce zúčastnili i někteří naši proděkani společně





s dalšími zástupci vedení fakulty. Všem za jejich podporu moc děkujeme.

No a tento rok jsme se na obměněné trase dočkali i nového rekordu závodu, který stanovil Vít Hlaváč z 1. ročníku všeobecného lékařství s časem 9:03. Nejrychlejší ženou byla Barbora Blahutová z 3. ročníku všeobecného lékařství, která trať dokončila v čase 10:20. Nově se běhu zúčastnili dva mladí chlapeci na vozíku díky charitativní organizaci *Running With Those That Can't*, která před lety vznikla právě na naší fakultě.

Celou akci provázelo bezvadné počasí, po závodě se v rámci doprovodného programu před fakultou grilovalo a za hudebního doprovodu bylo možné dopřát si náležitý oddech. Pro ty nejmladší byly letos dokonce připraveny v dětské sekci různé soutěže.

Vzhledem k tomu, že jde o čistě neziskovou akci bez nulového vstupního kapitálu, každý rok jsme odkázáni na podporu fakulty a sponzorské dary, bez kterých by se akce nemohla uskutečnit. Chtěli bychom tedy ještě jednou poděkovat naší fakultě za veškerou podporu a současně mockrát děkujeme společnosti Tesco, Red Bull, Bauer, Vinohradský pivovar, Pujcovna-stanu.cz, EUC, Mattoni, Kolbenka, Galén, Triton a Partyled. Také děkujeme Městské policii Prahy 10 za jejich výtečnou podporu v organizaci akce.

Na závěr bychom vás všechny rádi pozvali na nadcházející jubilejní třetí ročník Vinohradské Trojky, který se uskuteční v květnu 2018. Zatím nebudeme odhalovat všechno co vás čeká, ale věříme, že se máte opravdu na co těšit!





Medici z celého světa v Tanzanii

Aneta Fridrichovská, studentka 3. LF UK

IFMSA je organizace sdružující studenty medicíny po celém světě. Realizujeme a zprostředkováváme především stáže a projekty. Aby nám to šlo lépe od ruky, mohli jsme se inspirovat jinde, ale také se pochlubit tím, co se nám povedlo, koná se dvakrát do roka mezinárodní setkání všech členských organizací IFMSA. Já jsem tentokrát vyjela do Tanzanie z pozice NPO (National Public Health Officer), kterou jsem zastávala v roce 2016/2017.

Z Tanzanie mám tolik zážitků, že ani nevím, kde začít. Samotná konference se konala od 1. do 7. srpna poblíž Arushy, významné turistické metropole Tanzanie. Celkově to bylo již 66. valné shromáždění, na kterém se sešlo zatím největší množství členských organizací v historii. Dorazilo více než 800 studentů ze 102 zemí světa (celkově IFMSA zahrnuje 136 členských organizací ze 127 zemí). Začátky byly poněkud krušné, prvních

pár dní jsme se potýkali s nedostatkem jídla. Ale ani to nám náladu nepokazilo.

Celá akce se odehrávala v krásném hotelovém komplexu Ngurdoto Mountain Lodge. První večer se konal zahajovací ceremoniál, při němž jsme konferenci oficiálně zahájili a zároveň vyslechli inspirativní přednášky od několika zajímavých osobností, jako jsou prof. David Gordon (prezident World Federation for Medical Education), prof. Amanda Howe (prezident World Organisation of Family Doctors) a dr. Tana Wuliji (Technical Officer v WHO Health Workforce Department).

Program se obvykle skládá především ze dvou částí – plenární zasedání, kde se probírají záležitosti týkající se celé IFMSA (kandidatury, různá hlasování, reporty a volby), a paralelní zasedání, která probíhají v menším počtu lidí a řeší se konkrétní záležitosti jednotlivých sekcí organizace. Každý večer se samozřejmě koná společenský program a vše je doplněné dalšími akcemi a různými výcviky. Důležitou součástí je i takzvaná NMO hour, tedy čas, kdy se sejde celá národní delegace a probírají se každodenní záležitosti z různých sekcí, které jsme absolvovali, debatuje se o tom, jak budeme hlasovat, probírají se kandidatury a mnoho dalšího. Program je opravdu nabitý, často končí i po půlnoci.

Já jsem navštěvovala paralelní sekce SCOPH (Standing Committee on Public Health). První den jsme se všichni seznámili a řekli jsme si, čemu se budeme v průběhu celého týdne věnovat. Také jsme vyslechli reporty od takzvaného Liaison Officer, který má na starosti komunikaci s externími partnery, především s WHO (Světovou zdravotnickou organizací), a díky němuž máme



také možnost získat stáž v rámci WHO, a od Liaison Officer pro studentské organizace. Následovaly krátké přednášky o zajímavých projektech nebo problémech z různých částí světa.

Většinu dalších dní jsme rozebírali různé problémy veřejného zdraví (společenské vlivy na zdraví, obezita, kouření, duševní zdraví a podobně) a jak je řešit, dále různé organizační záležitosti. Z programu mě zaujala především část věnovaná oficiálně vydaným doporučením, v našem případě týkajícím se zdraví. Jednak jsme si demonstrovali proces tvorby oficiálních prohlášení ve WHO, ale také jsme probírali naše vlastní mezinárodní prohlášení IFMSA. Tentokrát jsme na valném shromáždění odhlasovali 12 nových. Je možné vydávat i národní prohlášení, česká IFMSA zatím žádné nevydala, ale začíná se na nich pracovat. Je to jedna z cest, jak můžeme společně ovlivnit dění kolem sebe. Důležitou součástí programu byla i plenární zasedání NPO, na kterém jsme se domluvili na dalším směřování SCOPH a odhlasovali plán na další rok. Proběhla i debata kandidátů na ředitele SCOPH, kterou vyhrála Nishwa Azeem.

Kromě toho bych z programu chtěla vyzdvihnout soutěž o cenu Rexe Crossleye, společná zasedání a takzvaný veletrh aktivit, kde jsme úspěšně prezentovali naše dva projekty – Světový den zdraví a Příběhy bláznovství.

Samozřejmě jsem si nemohla nechat ujít ani jedinečnou příležitost poznat Tanzanii jako zemi, a tak jsem tam strávila pár týdnů navíc. Tato výletová část byla pro mne velkou životní lekcí, setkali jsme se se vším možným – od neuvěřitelné pohostinnosti až po diskriminaci a lži. Naučili jsme se velmi rychle smlouvat, klasické obchody, jak je známe, tam v podstatě neexistují. Země se potýká se zcela jiným typem problémů než naše evropské společenství. Překvapilo nás, jak moc je pro turisty drahé cokoli vidět, ale setkání s nádhernou přírodou stojí opravdu za to. Zblízka jsme viděli mnoho zvířat, ať už na safari a nebo jen tak kolem silnic. Taky jsme ochutnali tu nejlepší rýži, co jsem kdy jedla. Její kouzlo spočívá v koření.



Závěrem bych chtěla říct, že mě výjezd skutečně hodně obohatil a všem bych doporučila vyjít v rámci IFMSA (nebo i mimo ni) co nejvíce. Je to jedinečná příležitost, jak povyrůst v profesním i osobním životě.





Malý Eden po prázdninách znovu otevřen

Diana Rochovanská, foto Barbora Bláhová, studentky 3. LF UK

Po úspěšném provizorním provozu na konci letního semestru se kavárna Malý Eden na léto zavřela. Děly se rekonstrukční práce, přestavovala se kuchyň.

Celá kavárenská místnost prošla funkčními úpravami, které bystré oko okamžitě postřehne. Vyráběl se nový nábytek, přibily bary, gauč a staré školní židle nahra-

dily ručně vyráběné dřevěné stolečky a lavice.

Otevírací akce se konala 2. října. Po úspěchu té minulé jsme se rozhodli pojmout to spíše komorněji a program jsme nechali volnější, ideální pro znovu sledování s kolegy po létě. Ve dvě hodiny vystoupilo duo studentek 3. lékařské fakulty TBeeGirls. Od šesti hodin se hrál ve spodní společenské místnosti EdenKvíz. Týmy po deseti členech po důkladných poradách odpovídaly na otázky promítané z projektoru. Okruhy se týkaly medicínských témat, všeobecného přehledu, ale objevily se i záludnosti. Například bylo potřeba poznat seriály podle půdorysů bytů, ve kterých se odehrávají. Vzhledem k úspěchu kvízu bychom rádi navázali pravidelným pořádáním takovýchto akcí.

Kavárna teď funguje v pracovní dny od pondělí do čtvrtka od 9 do 21 hodin a v pátek do 15 hodin. Dát si zde můžete kvalitní kávu, pivo Hubertus (Kácov), víno nebo svařák. K zakousnutí obsluha ráda připraví sendvič, nabídne koláč a od listopadu snad i jedno teplé jídlo.





Divadlo pro nemocné děti

Viktor Šebo, student všeobecného lékařství na 3. LF UK

Na podzim roku 2014 vzešel z iniciativy nás, tehdejších studentů prvního ročníku všeobecného lékařství, nápad na studentský divadelní spolek. Idea se změnila ve skutečnost a s podporou fakulty vzniklo uskupení 3 MUŽI (Medici pro Umění, Život a Ideály). Hlavním posláním nového spolku bylo hrát pohádky pro malé pacienty na dětských oddělení pražských nemocnic.

S myšlenkou se ztotožnil i mladý literát z olomoucké univerzity, a tak se zrodila první hra „O ukradených dinosauřích vějcích“. S pohádkou jsme po dlouhém zkoušení premiérově vystoupili na Vinohradech a posléze i třeba

v Thomayerově nemocnici či v Motole. V dalších letech se přidávali další nadšení ochotníci a přibýly další dvě divadelní díla, která se zařadila do našeho repertoáru.

Nyní naše drobná divadelní společnost vstupuje do čtvrtého roku své existence a my jsme zvědaví, co toto období přinese nového. S rostoucím počtem herců se mění i organizační struktura a spolek zprvu nový se transformuje v zavedený. Obsazením se přesouvá z první původní generace k mladším studentům. Doufáme, že se divadlo do budoucna rozvine a bude fungovat lépe a pro více dětí.

Rozšíření výuky oboru fyzioterapie do Karlových Varů

Kamila Řasová, garant oboru fyzioterapie na 3. LF UK

V květnu 2017 schválil Akademický senát 3. LF UK rozšíření výuky oboru Fyzioterapie do Karlových Varů. Tým expertů pracuje na tom, aby mohla být výuka zahájena v akademickém roce 2018/2019. Studenti si tedy již v příštím roce budou moci podat přihlášku ke studiu do Prahy i do Karlových Varů.

Obsah studia, včetně státní závěrečné zkoušky a přijímacího řízení, bude stejný jako v sídle 3. LF UK. Personální zajištění výuky bude mít rovnocennou kvalifikační strukturu, stejně tak bude srovnatelné materiální, informační a technické zabezpečení. Náplň, obsah studia i personální zajištění, včetně garantování studijního oboru, zůstává v gesci 3. lékařské fakulty. Výuku základních předmětů (např. anatomie, fyziologie) zajistí dosavadní vyučující 3. LF UK a některé praktické předměty budou vyučovat pod vedením garantů předmětů 3. LF UK odborníci z Karlovarského kraje. V červnu 2017 se na Magistrátu města Karlovy Vary setkali potenciální vyučující praktických předmětů s garanty předmětů 3. LF UK. V příštím akademickém roce se bude pracovat na přípravě výukových materiálů, budou probíhat hospitace, vzdělávací kurzy a podobně. Statutární město Karlovy Vary připravuje budovu pro teoretickou výuku, smluvní partnery pro praktickou výuku, ubytování a stravování studentů i vyučujících a vybavení učeben a ostatních prostor.

Obor Fyzioterapie byl na 3. LF UK otevřen v roce již v roce 1992. Na koncepci výuky se významně podíleli prof. MUDr. Vladimír Janda, DrSc., prof. MUDr. Karel Lewit, DrSc., a doc. MUDr. František Véle, CSc. V současné době na jejím rozvoji pracují prof. MUDr. Marcela Grünerová Lippertová, Ph.D., doc. MUDr. Dobroslava Jandová, CSc., doc. PhDr. Kamila Řasová, Ph.D., MUDr. Jan Vacek, Ph.D. a další.

O studium je každoročně velký zájem a počet zájemců mnohonásobně převyšuje nabídku, proto fakulta uvítala možnost rozšíření výuky do krajského města, které si díky vysoké úrovni lázeňské péče získalo proslulost. Studentům fyzioterapie nabízí rozsáhlé možnosti kvalitní praxe. Díky společnému projektu bude moci 3. LF UK vychovat více erudovaných fyzioterapeutů, kteří by mohli najít uplatnění nejen v Karlovarském kraji.

Fyzioterapie

je část komplexivní (komplexní) rehabilitace, která se zabývá diagnostikou, léčbou a prevencí poruch pohybového systému organismu.

Ve 21. století zažívá velký rozkvět, protože:

- 1) 95 % populace má obtíže, které lze léčit pomocí fyzioterapie a rehabilitace, ať už jde o funkční poruchy hybného systému (projevující se bolestmi zad, hlavy, atd.) anebo závažnější onemocnění (například centrální koordinační porucha pohybového vývoje, dětská mozková obrna, cervní mozková*

příhoda, roztroušená skleróza mozkomíšní) a poúrazové či pooperační stavy.

- 2) Je kladen důraz na Evidence Based Medicine. Ukazuje se, že vhodná pohybová aktivita a specifická fyzioterapie mají velký vliv na klinické projevy řady onemocnění a zlepšují zdravotní postižení na všech úrovních (porucha funkce, omezení v běžném životě, kvalita života). Pozitivně ovlivňují subjektivní pocity nemocného a jeho postoj k nemoci.
- 3) Moderní vědecké metody umožňují porozumět mechanismům účinku fyzioterapie, například na úrovni centrálního nervového systému. Fyzioterapie má potenciál ovlivnit neuroplasticitu, protože je založena na principech učení. Opakování motorické dovednosti v různých podmínkách zesiluje spojení mezi engramy (skupinou neuronů, které mají tendenci během pohybu pálit v určitém vzorci, tzv. timingu), což zajišťuje dlouhodobou reorganizaci neuronálních struktur. Při krátkodobém a střednědobém opakování podnětů je paměťová stopa utvářena synaptickou plasticitou (dlouhodobá potenciace a presynaptická facilitace způsobují funkční změny přenosu informace) a synaptickými změnami (zvětšení množství dendritických trnů nebo vydávaného transmiteru, zvětšení citlivosti receptorů postsynaptické membrány, zvětšení velikosti efektivní plochy synapse, zvětšení počtu synapsí nebo počtu účinných synapsí na úkor synapsí nevyužitých). Při dlouhodobém opakování podnětů je paměťová stopa upevňována molekulárními mechanismy, které mění charakteristiky genetické informace.
- 4) Podle Světové zdravotnické organizace je kvalita úrovně rehabilitace kritériem kulturní úrovně společnosti. Na politické úrovni se řeší, aby byla kvalitní rehabilitace dostupná všem potřebným.



Nový děkan 3. LF UK

Novým děkanem 3. lékařské fakulty byl zvolen prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc., FESc., přednosta 3. interní kardiologické kliniky 3. LF UK a FNKV a proděkan 3. LF UK pro vědu a akademické postupy. Akademický senát fakulty volil 25. října 2017 mezi dvěma kandidáty – prof. Petrem Widimským a prof. Lucií Bankovskou-Motlovou, vedoucí oddělení lékařské psychologie Kliniky psychiatrie a lékařské psychologie 3. LF UK a proděkankou 3. LF UK pro vnější vztahy, rozvoj akademické obce a sociální záležitosti. Nový děkan do funkce nastoupí 1. února 2018. Rozhovor s ním připravujeme do dalšího čísla Vita Nostra Revue.

Veselý a pozitivní člověk Zbyněk Straka

Petr Widimský, přednosta 3. interní-kardiologické kliniky 3. LF UK a FNKV

Prof. MUDr. Zbyněk Straka, CSc., zakladatel a dlouholetý (22 let) přednosta Kardiologické kliniky Kardiocentra FNKV a 3. LF UK zemřel 12. srpna 2017 ve věku 56 let. Přestože jsem věděl o jeho vážném onemocnění, zpráva o jeho smrti mne zasáhla mnohem hlouběji, než jsem si uměl představit.

Když se v roce 1995 podařilo ve FNKV založit kardiologii, získala tehdejší ředitelka nemocnice MUDr. Zuzana Roithová, MBA, pro funkci primáře nového oddělení MUDr. Zbyňka Straku, CSc., čtyřiatřicetiletého kardiologa z IKEM. Nikdy nezapomenu na své první setkání se Zbyňkem: před oficiálním otevřením jsem si šel prohlédnout právě dokončené prostory kardiologie v pavilonu N a byl jsem málem vyhozen přísnou budoucí vrchní sestrou. Situaci zachránil Zbyněk a všichni tři jsme se tomu upřímně zasmáli. V té chvíli přeskočila jiskra a bylo jasné, že náš vzájemný vztah bude velmi přátelský.

V následujících týdnech bylo hlavním úkolem nás kardiologů připravit pro novou kardiologii vhodné pacienty. Měli jsme samozřejmě obavu, jaké bude mít zcela nový tým výsledky. Skutečnost však překonala veškerá naše očekávání a za první tři měsíce provozu nezemřel ani jediný operovaný pacient. Vzájemné sympatie tak dostaly i pevný punc profesní důvěry. Zbyněk se svým týmem rozjel novou kardiologii skutečně brilantně. Byl nejen skvělý chirurg, ale i velmi vzdělaný a invenční vědecký pracovník. Hlavně však byl velice přátelský a pozitivní člověk se smyslem pro humor.

Následujících 22 let vinohradské kardiologie pod Zbyňkovým vedením přineslo nesmírně plodné výsledky: tisíce uzdravených pacientů, dlouhou řadu vědeckých úspěchů i na mezinárodním poli, výchovu mnoha mladých kolegů, přeměnu oddělení na kliniku, přesun kliniky do nových prostor v pavilonu M a podobně. Za zmínku stojí prioritní výsledky studie operací bez mimotělního oběhu anebo randomizovaná studie hodnotící smysl MAZE procedury. Z kliniky



během těch 22 let pod Zbyňkovým vedením vzešly dvě úspěšné obhajoby habilitačních prací a dvě úspěšná jmenovací řízení profesorem, jedna obhajoba titulu CSc., čtyři obhajoby titulu Ph.D. a řada úspěšných atestací jak v kardiochirurgii tak i v anesteziologii. Zbyněk patří k pionýrům miniinvazivní kardiochirurgie – a to i v mezinárodním měřítku. Klinika si pod jeho vedením získala pevné místo v české kardiochirurgii.

Kromě nesmazatelné stopy, kterou se zapsal do české medicíny, se podílel též na rozvoji kardiochirurgie v Bulharsku a přednášel v mnoha zemích světa. Prožili jsme spolu mnoho hezkého nejen v nemocnici a na fakultě, ale i při občasných společných cestách po světě.



↑ Říjen 1995. Na historické fotografii uprostřed tehdy primář Zbyněk Straka s prvním pacientem vinohradské kardiochirurgie.

Zákeřná nemoc u něj propukla před dvěma roky – krátce poté, co jeho klinika a s ní i celé Kardiocentrum oslavilo 20 let od svého vzniku. I během těchto posledních dvou let se projevila jeho nesmírná osobní síla – až do poslední chvíle pracoval, ve volném čase cestoval, žil naplno i v té pro něj tak těžké době.

V profesoru Strakovi ztrácí česká medicína brilantního chirurga i skvělého kriticky přemýšlejícího vědce. Ztrácíme však i skvělého pozitivního člověka, který měl úžasný smysl pro humor a který žil krásným a plným životem. Čest jeho památce!



↑ Červen 2009. Předání úsměvného daru společnému známému – na darovaném obraze asistuje profesor kardiochirurgie (Zbyněk Straka v pozadí) třem intervenčním kardiologům při katetrizačním výkonu. V té době něco naprosto směšného a nepředstavitelného. Netušili jsme, že jen o pár let později rozvoj hybridních výkonů učiní podobnou situaci (a naopak asistenci intervenčních kardiologů kardiochirurgům) vcelku běžnou a tudíž již nikterak humornou.



↑ Březen 2014. Profesor Straka krájí cukrové srdce společně s předsedou České společnosti kardiologické chirurgie doc. Petrem Němcem.



↑ Listopad 2015, krátce před začátkem vážného onemocnění. Pohoda a dobrá nálada na slavnostním odpoledni v Karolinu u příležitosti 20. výročí založení Kardiocentra FNKV a 3.LF UK.



↑ Červen 2017, šest týdnů před smrtí. Usměvavý šéf se svými spolupracovníky z Kardiologické kliniky odchází se semináře Kardiocentra v pavilonu S.

Autíčko aneb lyžařská vzpomínka na profesora Straku

Tomáš Vaněk, Kardiochirurgická klinika

Dovolte mi podělit se s vámi o pro mne milou osobní vzpomínku, která možná přiblíží Zbyňka Straku z civilnějšího mimopracovního pohledu.

Profesor Straka měl rád hory a byl vynikajícím lyžařem. Již zdaleka ne v jinošském věku se naučil dobře ovládat snowboard a tak rád střídal oba způsoby, jakými mohl pokořit sjezdovky v Evropě i jinde ve světě. V době, kdy jsme oba měli malé děti (on dceru Kateřinu – začínající školačku, já syna Jakuba – předškoláka) jsme jezdili užívat si zimních sportů do severní Itálie, kde jsme si oblíbili lyžařské středisko Civetta. Toto místo nás lákalo nejenom výbornými sjezdovými terény a většinou i slunným počasím, ale též jednou gastronomickou zvláštností: prostor před horskou chatou pod vrcholem Civetty totiž ovládal postarší muž s výrazně červeným nosem, který zde vždy na improvizovaný pult vyložil snad třicet, snad čtyřicet zavařovacích sklenic obsahujících nejrůznější byliny, ovoce a oříšky naložené v alkoholu. Za mírný poplatek padesáti eurocentů pak muž uchopil naběračku a nechal zájemce svoje dílo ochutnat. Bývaly to příjemné závěry lyžařských dnů.

Při jednom zdejším pobytu však začala být Zbyňku Strakovi Civetta příliš známá a malá, a počal tedy naléhat, abychom jeli prozkoumat světoznámé a populární středisko zimních sportů Cortinu d'Ampezzo,

kde se v roce 1956 konaly olympijské hry. Pro tento lyžařský výlet si však nevybral dobrý den – z ocelově šedé oblohy chvílemi hustě sněžilo, také mrzlo a vál ledový vítr. Již si nepamatuji, který areál z několika možných jsme vybrali, ale po jízdě visutou lanovkou a několika vleky jsme se sami, pouze s oběma dětmi, ocitli před



výstražnou tabulí, na které bylo napsáno „ATTENZIONE – SOLO PER ESPERTI.“ Pro zdůraznění naléhavosti výstrahy byl ještě na vedlejší, menší ceduli překlad nápisu v jazyce polském. Pokračování nesmírně prudké černé sjezdovky se po několika metrech ztrácelo ve sněhové vánici a v mlze, úniku však z místa nebylo. Zbyněk se na mne podíval a suše pravil: „Dobré na tom je, že nás nevidí naše manželky.“ Zkrátím vyprávění. Nějak se nám podařilo dostat obě děti dolů, bez nehody a bez úrazu. Navíc se počasí trochu zlepšilo a my jsme si počali lyžování i vychutnávat. Ne tak můj malý syn. Přeci jenom ho předchozí výkon trochu unavil, a proto se mu nadále zdály terény příliš prudké a počasí nedobré. Zbyněk se na něho obrátil: „Hele, Kubo, netrhej partu. Nám se tady docela líbí, tak přestaň remcat a pořádně lyžuj. A něco ti slíbím. Když to tady s námi vydržíš, tak navečer po lyžování, než pojedeme domů, zajdeme do města a koupíme ti autíčko. Jaké si vybereš.“ Jakub se na Zbyňka důvěřivě zahleděl a odpověděl mu: „Strejdo, tak jo. Když mi slíbíš to autíčko, tak tady zůstanu.“ Tím byla jasně uzavřena chlapská dohoda, avšak Zbyněk vůbec netušil, jak obtížné ji bude splnit.

Podvečerní monděnní lyžařské středisko Cortina d'Ampezzo je pro nákupy velmi vhodné místo. Není problém obstarat zde nor-

kový kožích, perlový náhrdelník, drahé hodinky či sjezdové lyže v ceně několika desítek až stovek tisíc korun, ale obyčejné autíčko pro malého kluka tu prostě nemají. Jednou z dobrých vlastností Zbyňka Straky však bylo, že co slíbil, to dodržel, nebo se o to alespoň s maximálním úsilím pokusil. Po více než hodině shánění autíčka jsme toho měli všichni dost – mimo Zbyňka. Čekala nás poměrně dlouhá cesta domů, těšili jsme se na večeri, a tak jsme navrhovali, že autíčko koupíme někde jinde, třeba až zítra. Zbyněk však, jak bylo jeho zvykem, vytrval. Nakonec objevil kdesi na periferii města malé hračkářství a tak mohl konečně naplnit svůj slib. A udělat tím radost malému Kubovi a snad i sobě.

Zbyňku Strako, byl jsi i dobrým kamarádem. Riposi In Pace.



Život zasvětil aplikované statistice a informatice ...

**Marek Malý, Eva Švandová,
Viktor Hynčica, Ladislav Tomášek,
Jan Kynčl, pracovníci SZÚ**

Ve čtvrtek 17. srpna zemřel po dlouhé nemoci ve věku 64 let doc. RNDr. Bohumír Procházka, CSc. Celý profesní život zasvětil aplikované statistice a informatice.

V letech 1972 až 1977 vystudoval matematickou statistiku na Matematicko-fyzikální fakultě University Karlovy v Praze a studium zakončil diplomovou prací *Použití metod nelineární regrese ve farmakokinetice*. Po ukončení studia nastoupil do zaměstnání na oddělení matematické statistiky a programování Institutu hygieny a epidemiologie, dnešního Státního zdravotního ústavu (SZÚ), kde setrval s výjimkou velmi krátkého přerušení po celou čtyřicetiletou profesní kariéru. Doktorské studium absolvoval externě na katedře pravděpodobnosti a matematické statistiky MFF UK, kde pod vedením školitelky prof. RNDr. J. Jurečkové, DrSc., připravil a v roce 1993 obhájil disertační práci *Useknuté odhady v modelu nelineární regrese*.

V roce 1990 byl na krátkém studijním pobytu na universitě v Göteborgu. V roce 1993 obdržel stipendium Evropského společenství na tříměsíční studijní pobyt v St Thomas' Hospital v Londýně a tam se zapojil především do evropského projektu Avoidable deaths, antropometrických studií růstu dětí a studia epidemiologie u prof. W.W. Hollanda.



Ve Státním zdravotním ústavu se zabýval především hodnocením časových trendů týdenních počtů onemocnění, detekcí epidemií, modelováním výskytu chřipky a akutních respiračních onemocnění a podílel se na vytváření a provozu zdravotnických informačních systémů celostátního významu v oblasti hygienické služby. Od roku 1996 vedl oddělení biostatistiky a informatiky v SZÚ, od roku 2003 byl členem vědecké rady SZÚ.

Souběžně s hlavním zaměstnáním působil v letech 1982 až 1984 jako statistik v Ústavu vědeckých

lékařských informací a v letech 1987 až 1990 ve Státním ústavu pro kontrolu léčiv, kde se mimo jiné podílel na překladu statistické části evropského lékopisu do češtiny a aplikacích statistických metod ve farmakologických testech. Později spolupracoval s Institutem pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů na rozsáhlém výzkumu zdravotního vývoje dětské populace a s Ústavem hematologie a krevní transfuze.

Jako statistik s rozsáhlou konzultační činností spolupracoval na řadě grantů, klinických projektů a epidemiologických studií. Celkově se jako hlavní autor či spoluautor podílel na zhruba 200 odborných publikacích. Po dlouhá léta se účastnil národních i mezinárodních statistických konferencí (ROBUST, Compstat).

Paralelně se statistikou rozvíjel doc. Procházka své aktivity v oblasti informatiky. Byl zdatným programátorem a působil v celé řadě odborných komisí a pracovních skupin, zejména v poradním sboru hlavního hygienika ČR pro informatiku a v softwarové skupině pro celostátní systém sledování infekčních onemocnění EpiDat. Podílel se na tvorbě celostátního registru akutních respiračních onemocnění, registru pandemie a registru kategorizace práce, působil jako národní představitel pro oblast IT v evropském systému hlášení infekčních nemocí, kde zajišťoval komunikaci mezi národním a evropským systémem.

Není možné opominout pedagogickou činnost doc. Procházky. Od roku 1996 se po dvacet let věnoval s plným nasazením výuce biostatistiky v pregraduálním studiu na 3. lékařské fakultě UK. V rámci této činnosti připravil nejprve v roce 1999 skriptu Biostatistika pro lékaře a posléze zpracoval pro nakladatelství Karolinum v roce 2015 dvě učebnice (Biostatistika pro lékaře: Principy základních metod a jejich interpretace s vyu-

žitím statistického systému R a Stručná biostatistika pro lékaře). V roce 2016 se habilitoval pro obor lékařská informatika na 1. LF UK na základě práce *Metody stanovení epidemického prahu* a k 1. srpnu 2016 byl jmenován docentem.

Byl dlouhá léta členem Jednoty českých matematiků a fyziků, České statistické společnosti a Mezinárodní společnosti pro klinickou biostatistiku v České republice. Byl členem redakční rady časopisu *Central European Journal of Public Health*.

Mirek byl znám svou houževnatostí a precizností, s jakou bral všechny úkoly, nejen pracovní, ale i volnočasové, obdivovali jsme jeho neobyčejnou zručnost a zálibu pro práci se dřevem a nadšení pro lyžování. Především děti spolupracovníků si ho spolu s jeho manželkou stále pamatují jako zkušené a inspirativní instruktory lyžařských kurzů.

V Mirkovi ztrácíme význačného odborníka v oboru statistických aplikací v klinické medicíně a epidemiologii, laskavého člověka a přítele.



MEDICINA

NO BORDERS
NO NATIONS

Přes všechny tragické události, po vyčerpávajícím putováním vaše srdce stále bije

Zkušenosti ze zdravotnického zařízení v uprchlickém táboře na ostrově Lesbos

Anna Ouřadová, studentka 3. LF UK

Držím se v houfu se svými kolegy. Klinika je od severní brány, kde se musí každý z nás při vstupu legitimovat, jen pár desítek metrů. Obloha je azurově modrá a předvídá krásný horký zářijový den na ostrově Lesbos. Za rohem už vidím na betonové podlaze podél obytných kontejnerů ležet na dekách nebo igelitách skupinky lidí, nejspíš celé rodiny. Jiní postávají nebo posedávají na několika dřevěných lavicích, běhají tu děti. Lidé mají rozprostřené deky i přede dveřmi „kliniky“. Rozuměj přede dveřmi do samostatného obytného kontejneru, ve kterém jsou tři ordinace a malá předsíňka. Ne všichni tu jsou proto, že chtějí ještě dnes navštívit lékaře, jen neměli, kde si jinde ustlat. Vypadá to, že za víkend muselo na ostrov připlout zase několik desítek nových uprchlíků. Přepočteno na místní jednotky – několik autobusů.

Uprchlický tábor a detenční zařízení Moria na ostrově Lesbos je první záchytnou stanicí pro všechny imigranty. Sem je sváží noční policejní autobusy z pobřeží, kam (pokud měli dostatek štěstí) připluli během noci na svých člunech (pro představu - jeden člun čítá obsazenost asi čtyřicet až padesát míst). Za měsíc září dorazilo na dva tisíce nových osob! Nejnovější zprávy včetně aktuálních počtů pravidelně uvádí facebooková stránka *Are you serious?*, v současnosti v podstatě jediné médium, které migrační krizi sleduje kontinuálně

od roku 2015. Tam se lze také dočíst, že tábor Moria s kapacitou dva tisíce pět set míst právě obývá přes pět tisíc osob, bohužel včetně starých lidí, hendikepovaných a rodin s dětmi.

S příchodem zdravotníků se většina lidí zvedá a vyklízí prostor. Za asi patnáct minut začíná první směna nového týdne. Nezisková organizace, která mě na dva týdny přijala jako dobrovolnici, zajišťuje v tomto táboře již pátý měsíc provoz denní kliniky. Ordinuje se oficiálně každý den od pondělí do soboty od 8 do 16 hodin, v praxi to ale bývá i o dvě hodiny déle. Dnes dorazili na směnu celkem čtyři lékaři a lékařky, dvě zdravotní sestry, dva překladatelé a já. Stálý řecký „senior doctor“ – střídají se tu celkem dva – přijíždí většinou jako poslední. Přednostně bude ošetřeno prvních čtyřicet lidí, kteří se shromáždili před klinikou mezi sedmou a osmou hodinou ranní. Nehledě na to, jak urgentní je jejich stav, každý z nich bude mít možnost „dostat se do ordinace“ a bude vyšetřen lékařem. Všichni další přichozí během dne dostanou pořadové číslo jiné barvy. Na ty čeká nejprve triáž, a pokud je sestra označí za urgentní případ, vmezeří se podle závažnosti do standardního denního programu.

Sečteno podtrženo ošetří klinika denně na šedesát a více osob. Provoz se dynamicky obměňuje podle

toho, jak se mění podmínky v táboře (což je v podstatě jen eufemismus pro stále se zvyšující počet zaregistrovaných), ale i podle toho, jaké jsou aktuální personální možnosti. Někdy bývá nedostatek zdravotnického personálu, mnohem častěji ale chybí některý z překladatelů. Málodky se sejde celá nabídka jazyků: arabština, perština (farsi), kurdština a francouzština.

Pacienti nejčastěji přicházejí s celou řadou běžných potíží, jako jsou virové respirační infekce, virové průjmy nebo infekce močových cest. Jen tak na okraj musím přiznat, že realita hygienických podmínek v táboře byla i pro mě za hranicí představitelnosti. Často tedy přichází k lékaři celé rodiny, zhruba třetinu všech pacientů tvoří děti. Velká část pacientů potřebuje řešit své dlouhodobé zdravotní problémy, jako jsou astma, diabetes, hypertenze, revmatoidní artritida nebo vážnější dlouhodobé urogenitální infekce, sexuálně přenosné choroby a další. Vykládají na stůl prázdné krabičky a plata od léků. Někteří měli svou poslední dávku třeba i před pár měsíci. A nakonec se několikrát za směnu vyskytnou závažnější až skutečně urgentní případy: křeče, silné bolesti, epileptické záchvaty, poruchy vědomí, komplikace během těhotenství nebo úrazy (i ze sebepoškozování). V takovém případě opustí jeden z lékařů svoji ordinaci a vyrazí se záchranářským zavazadlem do útrob tábora.

„Epidemie“ duševních poruch

Pokud ale v táboře panuje nějaká „epidemie“, pak je to epidemie duševních poruch: silné bolesti hlavy, deprese, úzkosti, insomnie, noční děsy, panické ataky nebo posttraumatická stresová choroba. Na klinice není až takovou výjimkou, že pacienti úpí k nezastavení, svíjejí se bolestí, klepou se nebo padají do mdlob.

I mě tento fakt nejprve překvapil, záhy jsem ale pochopila, že to je v podstatě logický stav věcí. Šrámy i na těle, ale především na duši. Následky mučení, znásilnění, ponižování, následky ztráty blízkých nebo „jednoduše“ strach o život. Problém je, že klinika má v tomto směru značně omezené možnosti. A tak se hlavním terapeutickým prostředkem stává především vlídné slovo a dostatek „pain killers“. Jediným poskytovatelem specializované psychiatrické péče pro lidi z tábora je v současnosti pobočka Lékařů bez hranic. Torzo původního lékařského týmu, který se organizace rozhodla z ostrova Lesbos stáhnout po uzavření dohody Evropské unie s Tureckem. Lékaři bez hranic tedy na ostrově od roku 2016 poskytují výhradně psychologickou a psychiatrickou pomoc, ovšem s čekací dobou několika měsíců, spíš půl roku.

Nedostatek všeho

Zdravotníci v Morii si musí vystačit s běžným zázemím ordinace praktického lékaře. Gró diagnostiky tvoří fyzikální vyšetření a pár „vymožeností“ jako jsou testovací proužky na moč, fetální doppler a přenosné EKG. Pochopitelně stejně omezené jsou i možnosti toho, co mohou lékaři svým klientům poskytnout, ať už se jedná o léky nebo o berle a jiné pomůcky. Veškeré fungování neziskové organizace, a tedy i provoz kliniky jsou přitom zcela hrazeny ze soukromých zdrojů. Zdravotní situaci v táboře navíc komplikuje stav samotného řeckého zdravotnictví. Neměla jsem možnost zavítat do lesboské nemocnice, zprostředkované zprávy ale mluví o plošném nedostatku všeho: nedostatku personálu, přístrojů, léků, vakcín nebo například krevních konzerv. Lékaři z tábora mohou v krajních případech napsat doporučení na vyšetření

v nemocnici nebo poliklinice. Sami zástupci nemocnic se ale hrouť z toho, že tolik termínů pro všechny potřebné kapacitně jednoduše nepojmou. A tak se opět udělují termíny na několik měsíců dopředu, pokud vůbec... Nemluvě o tom, že nemocnice nedisponuje žádnými překladateli.

V posledním roce jsem se intenzivněji zajímala o možnosti a dostupnost zdravotní péče pro lidi bez domova v České republice. Ale situace v „náravních zónách“, třeba na řeckých hranicích, není cizí, je možná stejně tak „naše“, jsou to přece hranice naší Evropské unie?! Očitá svědectví jsou mnohdy jediným zdrojem (kromě již zmíněné stránky *Are you serious?*) konkrétních informací o dění v táboře. A tak jsem se rozhodla vycestovat. Uprchlíky tábor a detenční zařízení Moria každého při vstupu velmi pečlivě legituje. V celém táboře je přísně zakázáno fotografovat nebo natáčet, a to jak pro zaměstnance, tak pro všechny obyvatele tábora. I postoj neziskových organizací je takový: než prát špinavé prádlo na veřejnosti, všichni se raději aktivně snaží o zlepšení situace zevnitř. A tak i oni pečlivě hlídají své ovečky, aby nevynášeli podrobnosti prostřednictvím svých profilů na sociálních sítích. Také já jsem svým podpisem stvrdila, že podrobnosti, které jsem se dozvěděla v souvislosti se svou prací na klinice Moria, nebudu nikde veřejně prezentovat. Dost možná je tedy i tento nevinný příspěvek na hraně...

Za svůj pobyt na ostrově jsem si vyslechla příběhy, které nikdy nezapomenu a potkala lidi, se kterými se – pevně doufám – v životě ještě setkám, ale posledních pár řádků chci věnovat momentům důležitým především z perspektivy studia medicíny. Protože pokud jsou mezi našimi spolužáky tací, kteří ještě váhají...

Škola lékařské etiky a komunikace

V první řadě pro mne byli zejména lékaři a lékařky z Velké Británie a USA velkou školou v lékařské komunikaci. Každý z nich se vždy představoval svým křestním jménem, pokaždé podal přichozímu ruku. Na takové věci byl vždycky čas! Jedna lékařka, když dokončovala poslech srdce, ptala se pacientů, zda měli někdy dřív možnost poslechnout si tlukot vlastního srdce? Půjčila jim svůj fonendoskop, aby se ujistili, že jejich srdce pracuje, že přes všechny často tragické události, po dlouhém vyčerpávajícím putování bez ustání bije. Na vlastní oči jsem viděla, že tohle její gesto bylo někdy tím nejlepším lékem, jaký měla klinika k dispozici. Můj pobyt na ostrově také považuji za nejlepší kurz lékařské etiky v praxi. Pacienti samozřejmě potřebovali v první řadě medikaci, několikařádkové doporučení od lékaře ale mohlo přispět k tomu, že dotyčný dostane o jednu deku navíc, o jedno hlavní jídlo navíc, že poskočí o pár míst na čekací listině na místa v lepším táboře, v chráněném bydlení na ostrově nebo třeba i v Aténách... A nakonec z ryze praktického hlediska pro mne byla zkušenost v mezinárodním týmu perfektním výcvikem v lékařské angličtině i s jejím nekonečným množstvím medicínských zkratk.

Myslím, že se na závěr se sluší připomenout, že všichni dobrovolníci včetně zdravotníků přicházejí do Řecka v době své dovolené a kromě ubytování si veškeré výdaje hradí sami. Samozřejmě bez nároku na odměnu. Ve fakultní nemocnici v Praze se občas zdá jako neřešitelný problém, kam „uplacírovat“ asistující mediky. Tady mě jako studentku uvítali ve větším obytném kontejneru, kde se denně ošetřovalo několik desítek lidí, a to za přítomnosti vyhrocených emocí a jazykových i kulturních bariér... A za to jim patří můj velký dík!

Medicína bez limitů?

Jana Šeblová

Dnes bych si dovolila zamyslet se nad otázkou zdrojů – nejen finančních, ale i materiálních a lidských. Nejsem ekonom a na řešení oné kvadratury kruhu, jak pořídit tu nejkvalitnější zdravotní péči co nejlevněji, nemám žádný recept, po celém světě si s tím lámou hlavy osoby manažersky i ekonomicky mnohem povolanější. Následující řádky jsou spíše úvahou člověka, který vidí tento problém zdola, z pohledu dlouholetého poskytovatele péče pro všechny, kdo se ocitnou v nějaké akutní zdravotní krizi.

Mnozí lidé žijí v přesvědčení, že medicína je všemocná, a v Čechách navíc vládne neochvějná jistota, utužovaná rétorikou politiků i novinářů, že je časově i místně neomezeně dostupná. Mít lékaře k dispozici kdekoliv a kdykoliv je u nás vnímáno jako nárokovatelná součást lidské existence. Jsme schopni zrelativizovat všechna Boží přikázání i Listinu základních práv a svobod, ale vyslovit, že prostřený švédský stůl našeho zdravotnictví má limity, je kacířství hodné upálení (alespoň virtuálního).

Jak je to tedy s dostupností zdravotní péče a čím je podmíněna?

Globální hledisko

V dosažitelnosti zdravotní péče je celosvětově diametrální nerovnoměrnost – ostatně se tím zabývají celé studijní programy světových univerzit a bývá to součástí přednáškových bloků na mezinárodních kongresech. To, že se dostupnost a rozsah garantované zdravotní péče odvíjí od hrubého domácího produktu (HDP) dané

země, je vcelku logické. Mortalita, morbidita i ovlivnění preventabilních příčin smrti jsou na ekonomických ukazatelích přímo závislé. V oboru urgentní medicíny, kterým se žívím, na HDP závisí sama existence či neexistence, případně vyspělost systémů urgentní péče. Ty nejchudší země – většinou se to týká států jižní polokoule s výjimkou Austrálie a Nového Zélandu – tedy nemají systém žádný a v případě akutního onemocnění či úrazu se pacienti ke zdravotní péči dostávají nejrozumnějším způsobem, pokud tedy nějaký další článek zdravotnictví existuje. Mezi uváděnými transportními prostředky jsem ve studiích a článcích našla nejen taxíky, motocykly a terénní vozy, ale i osly či rikši. Mobilní telefony mají miliardy lidí po celém světě, včetně obyvatel ghatt, slumů či táborů pro uprchlíky, avšak 80 % světové populace se v případě akutní zdravotní krize nemá kam dovolat – v jejich oblasti či zemi neexistuje operační středisko záchranné služby ani služba samotná.

Dalším zásadním prvkem jakékoliv péče jsou kvalifikovaní zdravotníci – Světová zdravotnická organizace (WHO) například vytvořila a podporuje zavádění základního týdenního kurzu pro péči o úrazy, díky němuž se místní obyvatelé v některé z extrémně chudých zemi učí, jak zajistit alespoň základní zdravotnickou pomoc – tento kurz trvá týden! V některých státech se zdravotnická pomoc ze zahraničí objeví v souvislosti s nějakou přírodní či humanitární katastrofou a bývá časově omezená a většinou vázaná na bezprostřední fázi po krizi, po odeznění akutní fáze zdravotnické týmy mizí a péče s nimi.

A na posledním místě jsou materiální prostředky pro poskytování zdravotní péče – všechno, cokoli si vzpomenete: od obvazů, léků, nástrojů, až po nejmodernější přístroje na diagnostiku, léčbu či dokonce náhradu životních funkcí. Vloni uváděl norský kolega na konferenci v Kodani dvě kazuistiky s totožným začátkem a obzazením: v obou šlo o malého syrského chlapce, který se topil a byl nějakou dobu pod vodou. Jeden však měl tu smůlu, že se příhoda stala v přeplněném uprchlickém táboře na řeckém pobřeží a přes základní resuscitaci a transport do blízké středně vybavené nemocnice chlapec zemřel. Druhý byl již s rodinou v Norsku, kde i přes stejné nepříznivé parametry, umocněné tonutím v poměrně chladné vodě, přežil, neboť v jeho případě byl dosažitelný celý sofistikovaný systém péče: aktivace first-respondera se základním vybavením a automatickým externím defibrilátorem, následný dolet vrtulníku s týmem vedeným lékařem-specialistou, transport do specializovaného centra za kontinuální kardiopulmonální resuscitace za letu a následné připojení na extrakorporální membránovou oxygenaci chlapci nejen zachránilo život, ale vyvázl z tonutí bez neurologického deficitu. Rozdíl mezi smrtí a životem: funkční systém bez improvizací, počet zúčastněných profesionálů, dosažitelnost nejvyspělejších technologií a – samozřejmě cena.

Vyspělé státy

Na nerovnosti v globálním hledisku se shodneme – ale jak jsou na tom vyspělé státy, k nimž se počítáme? Zkuste se zeptat průměrného Brita na jejich NHS (National Health Service) – asi ztratí svůj britský humor. A sebekritičtí Američané (není jich, pravda, mnoho) vám řeknou, že mají nejhorší zdravotnictví za nejdražší peníze – na zdravotnictví jde v USA zhruba

18 % jejich HDP a přesto je mnoho Američanů bez zdravotního pojištění. Tvzení o „nejhorší péči“ je samozřejmě značnou nadsázkou, neboť leckteré americké univerzity a jejich nemocnice jsou skutečně na špičce v péči i ve výzkumu, avšak zdravotní péče včetně primární není zdaleka dostupná všem. Pro srovnání: v USA jsou výdaje na zdravotnictví zhruba oněch výše zmíněných 18 % HDP, průměr v EU je kolem 10 % a v ČR 7 – 7,5 % (čísla se mírně liší podle Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistiky). Na druhé straně tohoto žebříčku je například Indie s výdaji kolem 1 %. A samozřejmě musíme vzít v úvahu i co znamenají procenta HDP v absolutních číslech.

Systémy urgentní péče bývají jakousi záchrannou sítí, ať již pro pojištěné (Evropa) nebo nepojištěné (USA). „Overcrowding ED“ neboli zahlcení urgentních příjmů je tématem výzkumných projektů i bloků na oborových kongresech. Když jsem byla na stáži v USA v roce 2003, říkali mi paramedici, se kterými jsem v Chicagu trávila směnu na zdravotnické záchranné službě (ZZS), že v případě neakutních obtíží čekají pacienti třeba i 24 hodin. Systémy hledají různá řešení, jak se s problémem vypořádat – existuje například profese „physician assistant“, což je o něco více studovaná a tudíž většími kompetencemi vybavená sestra, která část diagnostické a zdravotní péče včetně preskripce určitých léků zvládá za nedostatkové či přetížené lékaře. „Walk-in-clinic“ odpovídají našim ambulancím lékařské služby první pomoci a pracují zde převážně sestry, které jen v případě závažného nebo nejasného stavu předají pacienta lékaři. Stejně tak vznikají různá doškolení paramediků tak, aby byli schopni ošetřit a ponechat pacienta na místě a ulevit tak přetíženým nemocnicím. A na vstupu do nemocnice se při tak dlouhých čekacích dobách stává

zcela klíčovou role zdravotníka (většinou zdravotní sestry), který provádí „triage“, tedy zařazení pacienta podle jednoduchých kritérií a na základě zhodnocení anamnézy a kratičkého klinického vyšetření do stupně závažnosti. Podle tohoto zařazení se určuje, do jaké doby musí pacienta vidět lékař – ihned, do 20 minut, do hodiny. Podhodnocení stavu pak může znamenat poškození pacienta. Avšak ani nadhodnocení není bez rizika – systém se zahltí a stane se neprůchodným, a opět se riziko chyby zvyšuje.

Celé toto povídání je de facto o nedostatku té základní komodity – kvalifikovaného lékaře – v jinak dobře satureovaných systémech zdravotnictví. Vidíme tedy, že nerovnováha v přístupu existuje i ve velmi vyspělých státech s dostupnými materiálními zdroji.

A co u nás?

Doby, kdy nárok na dialýzu neměl nikdo nad 50 let pokud nebyl členem KSČ, jsou doufejme definitivně na smetišti dějin. Všeobecné zdravotní pojištění, síť zdravotnických zařízení, důraz na primární péči i na prevenci tvoří dobrý základ pro dostupnost péče, i zdravotnických zařízení je dostatek, možná až nadbytek. Přesto mohou nastat situace, kdy se nárazové nároky na péči převyšují aktuální kapacity. Občas s trochou černého humoru přebírám směnu na urgentním příjmu otázkou: „Tak co, zase jsme s volnými lůžky v záporných hodnotách?“ Každý lékař zná služby, které strávil s telefonem u ucha a sháněl pro svého pacienta volné místo, ať již na JIP nebo na standardním oddělení, zatímco pacient na nepohodlném lůžku někde v příjmové ambulanci nechápal, proč to všechno tak dlouho trvá, vždyť v novinách stále čte o tom, jak máme volných lůžek nadbytek.

Jsou i situace, kdy lékař musí rozhodnout, kdo z pacientů, které ošetřuje, půjde na intenzivní lůžko, a kdo zvládne příjem na standardní oddělení. Pokud je jeden pacient s nestabilními či dokonce selhávajícími vitálními funkcemi, zatímco druhý je stabilizovaný, pak je rozhodování jednoduché. Pokud selhávají oba, tak v zásadě též – oba musí na JIP, jde jen o to místa sehnat. Pokud máte na příjmu pacienta zaintubovaného či s akutním infarktem myokardu, jsou to natolik jasné medicínské argumenty, že nakonec uspějete; i ten nejnavěnější a nejnerudnější kolega ve službě chápe, že s ventilátorem pacient domů jít nemůže. Problém však nastane, když máte dva pacienty, u nichž by ke zhoršení stavu MOHLO dojít a pobyt na JIPu by pro ně byl jednoznačně bezpečnější (a vy byste měli doma po službě klidný spánek), avšak místo prostě není. Máte mladé děvče po pokusu o sebevraždu léky, je při vědomí, dávka, kterou udává, by měla být bezpečná, ale řekla vám vše? Nedojde během noci na standardním oddělení ke zhoršení? Nebo pacient, který má prvně v životě typické stenokardie, pro infarkt nesvědčí ani EKG, ani laboratoř, ale pacient je rizikový a koronární jednotka beznadějně plná, bez možnosti kohokoliv přesunout. Vám se hlavou honí všechny možné (i nemožné) komplikace, které by mohly nastat, a stejně nezbyvá než pacienta umístit na standardní oddělení.

Zajistit, aby podobná dilemata lékař nemusel řešit, nelze. Žádný systém na světě nemůže zaručit absolutní dostupnost a takový nadbytek sil a prostředků, aby k podobným situacím nedocházelo, jednou za čas tyto situace nastanou. Pokud by k nim docházelo pravidelně, znamenalo by to skutečně poddimenzovanou síť a nutnost řešení. Na druhé straně předimenzovaná síť je nesmírně nákladná a nevytížení zdravotníci pak mohou ztrácet své dovednosti a erudici. Vzpomínám na vášnivé debaty,

kteře provázely vznik Zákona 374/2011 Sb. o ZZS – na rozdíl od předchozí vyhlášky, v níž byla zmíněna doba dojezdu 15 minut, je v zákoně stanovena hustota sítě stanovišť ve dvacetiminutové dojezdové vzdálenosti. Novináři a s nimi veřejnost to chápali tak, že se dostupnost záchranné sítě zhorší a občané budou umírat (od doby platnosti zákona přibýlo i bez snížení časové hranice 25 stanovišť ZZS a 65 týmů ve službě, protože kraje jednak plnily plán plošného pokrytí, a jednak ZZS reagují na rostoucí počty tísňových výzev). Co by tehdy znamenalo mít ze zákona stanoviště maximálně 15 minut od sebe navzájem? Nárůst stanovišť v prakticky neobydlených lokalitách, obrovské investiční náklady (koupit, pronajmout nebo postavit budovy, nakoupit sanitky a vybavit je) a obrovské provozní náklady (zaplatit kvalifikovaný personál v režimu 24/7/365, což není levná záležitost). Teoreticky by se zlepšila dostupnost pro zhruba 3 % obyvatel při nákladech asi dvě miliardy, a v hustěji obydlených sídlech by se pravděpodobně dostupnost zhoršila, protože tam, kde je více posádek ve větších městech, neboť je tam i více tísňových výzev, by organizace či zřizovatelé samozřejmě reagovali přesunutím posádek tak, aby vyhověly oněm hypotetickým 15 minutám.

Typickým příkladem nerovnováhy potřeb a prostředků pak je situace mimořádné události – velká dopravní či průmyslová havárie, živelná katastrofa, případně teroristický útok (který se nám zatím naštěstí vyhýbal). Reakce záchranného systému je okamžitá, ale při větším počtu zasažených osob je vždy nějaký časový interval, kdy použitelné prostředky nepostačují – sanitky i zdravotníků je méně, než zraněných. V takových situacích se přechází do jiného modu činnosti – zahajuje se třídění do kategorií podle závažnosti (podle podobných principů, jak bylo zmíněno výše) a s cílem

zajistit přežití co nejvyššímu počtu potenciálně zachránitelných pacientů. Veřejnost, a často i odborná, však většinou předpokládá, že se na místo mimořádné události „nějak“ dostane tolik zdravotníků, že každý bude mít svůj kompletní ošetřující tým.

V roce 2001 jsem našla v *Annals of Emergency Medicine* v článku o rozhodovacích procesech při mimořádných událostech tyto věty: „Nejprve musíme dosáhnout širokého konsensu a tato rozhodnutí (o omezených prostředcích, pozn.) musí přesáhnout hranice urgentních příjmů. Podobné kritické situace nemohou být ponechány na rozhodování případ od případu. Lékaři by nikdy neměli být postaveni do pozice, kdy by sami za sebe museli rozhodovat o neposkytnutí péče, aniž by k tomu měli vodítka obecně přijímaného postupu nebo doporučení.“ (autoři Pesik, Keim, Iserson). Kromě vděku, že někdo chápe ono závaží odpovědnosti, které leží na lékaři, který musí čelit podobným kritickým situacím, je zde přesně vyjádřena jedna klíčová věc: právě veřejnost je tou množinou osob, které by se měly shodnout na zadání pro nás, lékaře a zdravotníky postavené před tuto zodpovědnost.

Avšak veřejnost musí být pravdivě informovaná o reálných možnostech, variantách a ceně jednotlivých řešení – a to jak pro poskytování běžné zdravotní péče, tak pro situace mimořádných událostí. Neboť, jak pravil britský ekonom Maynard, zaměřený na zdravotnictví: „Neefektivní znamená neetické.“

Autorka textu, MUDr. Jana Šeblová, Ph.D. je vědeckým sekretářem EuSEM a předsedkyní Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP, zároveň je členkou redakční rady Vita Nostra Revue.



Vrána k vráně sedá

Jolana Boháčková

Hledají si lidé své protějšky na základě podobnosti nebo naopak odlišnosti? Chtějí partnery, kteří mají podobnou osobnost jako oni sami, a nacházejí si takové partnery i ve skutečnosti? Na tyto a další otázky se pokusily odpovědět studie, na jejichž realizaci se podílela také Zuzana Štěrbová z Národního ústavu duševního zdraví. Podle ní ne vždy musejí být preference a skutečný výběr partnera ve shodě. „Při výběru partnera hraje roli mnoho faktorů, lidé v mnohých z nich dělají menší či větší kompromisy. A nás zajímalo, jak je to v případě homogamie (tedy sobě podobnosti) v osobnosti,“ říká Zuzana Štěrbová.

Jak výzkum probíhal a kdo vlastně byli respondenti?

Výzkum probíhal on-line pomocí dotazníků a zúčastnili se ho heterosexuální a homosexuální respondenti v České republice a Brazílii. Valná většina předchozích výzkumů se zaměřovala výhradně na heterosexuály a to povětšinou z USA. My jsme si tedy mohli položit otázku, jakou roli hraje v případě homogamie sexuální orientace a kultura.

Proč zrovna Brazílie?

To je tak trochu náhoda. Moje školitelka se vdala do Brazílie a přesunula se tak z Karlovy univerzity na univerzitu v São Paulu, čímž jsme získali velice přirozenou cestou možnost zkoumat brazilskou populaci. První studie se zúčastnilo celkem 522 mužů (homosexuálů i heterosexuálů) z obou zemí a druhé 89 dlouhodobých párů (heterosexuálních i homosexuálních) z České republiky.

Jak se liší preference heterosexuálů a homosexuálů?

Naše studie žádné zásadní rozdíly neukázala. Ačkoli

je důležité upozornit, že jsme testovali preference pro sobě podobnost a nikoli preference pro jednotlivé rysy. Jinými slovy jsme se nezaměřovali na otázku, zda chtějí homosexuálové např. extrovertnější partnery než heterosexuálové, ale testovali jsme, zda chtějí partnery, kteří budou v extraverci podobní jim samotným či nikoli. Jelikož jsme zjistili, že respondenti preferovali partnery podobné ve všech charakteristikách Big Five (extraverze, svědomitost, přívětivost, otevřenost novým zkušenostem) kromě neuroticismu, zdá se, že preference pro homogamii by mohly být poměrně univerzálním mechanismem nezávislým na sexuální orientaci. Zajímavé je, že jsme nenašli ani žádné zásadní rozdíly mezi Čechy a Brazilci, což opět ukazuje, že preference pro homogamii nejsou nikterak významně formovány ani kulturou.

Takže si lidé vybírají spíš partnery sobě podobné? Neplatí, že „opaky se přitahují“?

Dosavadní studie spíše potvrzují, že „vrána k vráně sedá“, tedy že si lidé vybírají partnery sobě podobné. Většinou

se to ukazuje v socio-demografických charakteristikách, jako je věk, vzdělání a podobně. V případě fyzických a psychických charakteristik už ty výsledky tak jednoznačné a přesvědčivé nejsou. Stejně tak my jsme zjistili, že se partneři podobají v extraverci, zatímco v ostatních charakteristikách podobnost nalezena nebyla. Zajímavé je, že nepodobnost (jinými slovy, že protiklady se přitahují) nebyla nalezena v žádné z charakteristik.

Je rozdíl mezi tím, jakého si lidé partnera přejí mít a jakého reálně mají?

Lidé při výběru partnera dělají kompromisy, což se ukázalo i u nás. Zatímco respondenti uváděli, že by chtěli sobě podobného partnera, jejich skuteční partneři jim byli podobní jen velice málo. To může být způsobeno tím, že jsme zkoumali osobnost. Předchozí studie totiž ukazují, že podobnost mezi partnery v osobnosti nemá na spokojenost v partnerství takřka žádný vliv. Co hraje důležitou roli, jsou „absolutní“ charakteristiky obou partnerů. Abych to vysvětlila – když je jedinec neurotický, bude udávat nižší partnerskou spokojenost, a to neohledně na to, zda si jsou v neuroticismu s partnerkou podobní či nikoli. Zajímavé je, že ačkoli se preference homosexuálů a heterosexuálů nelišily, v reálném výběru už jsme rozdíl našli. Zatímco u heterosexuálů jsme našli podobnost skutečných partnerů v extraverci, u homosexuálů jsme našli de facto žádnou. To bychom mohli vysvětlit např. menším „partnerským trhem“ homosexuálních jedinců, díky čemuž pro ně může být náročnější nalézt si preferovaného partnera.

Potvrdil výzkum vaše předpoklady nebo vás jeho výsledky naopak překvapily?

Jako nejzajímavější závěr osobně vnímám, že jsme

nenalezli takřka žádné rozdíly mezi heterosexuály a homosexuály, ani mezi Čechy a Brazilci. Tyto výsledky ukazují, že preference pro homogamii by mohly být poměrně univerzální, přičemž do skutečného výběru se preference pro sobě podobnost promítá jen v určitých charakteristikách. Podobnost v osobnosti nehraje v partnerské spokojenosti příliš významnou roli, a tudíž lze předpokládat, že se partneři v osobnosti podobat nemusejí – a to se skutečně ukázalo i u nás. Ovšem jiné charakteristiky, jako podobnost ve vzdělání, na spokojenost vliv mít mohou (partneři např. mohou mít více společných témat, zájmů apod.), a tudíž bychom mohli očekávat, že partneři budou mít podobné vzdělání. A přesně to ukazují jiné studie. Ačkoli mohou být preference pro homogamii hluboce zakořeněné, nemusí se do skutečného výběru promítat ve všech charakteristikách, ale jen tehdy, kdy podobnost mezi partnery pozitivně ovlivňuje spokojenost a stabilitu vztahu.

Platí, že si ženy vybírají muže podle svého otce?

Podobnost mezi otcem a partnerem ženy byla nalezena např. v obličejových rysech, barvě očí a vlasů, osobnostních charakteristikách, etnicitě a podobně. Zdaleka ne všechny studie však podobnost mezi partnerem a rodičem našly. Zdá se, že důležitou roli hraje kvalita vztahu s rodičem během dětství. Zjednodušeně se dá říci, že lidé si hledají partnery podobné rodičům tehdy, když vztah s nimi během dětství hodnotí pozitivně. Neměli bychom ale zapomínat, že děti si jsou se svými rodiči do značné míry podobné, a proto je leckdy nemožné odlišit, zda si jedinec vybral partnera na základě sobě podobnosti nebo podobnosti s rodičem.

Rodiče mohou výběr partnera ovlivňovat buď aktivně nebo pasivně. Aktivně např. tak, že o partne-

rovi určitým způsobem mluví, zda podporují schůzky atd. V případě pasivního vlivu mluvíme o tzv. efektu podobnému imprintingu, kdy se děti pravděpodobně během dětství učí charakteristiky svých rodičů, které později preferují u potenciálních partnerů.

Mají na výběr partnera vliv i sourozenci?

Ano, v nedávné studii jsme skutečně zjistili, že ženy si vybírají partnery podobné svým bratrům. Když jsme se ovšem na výsledky podívali blíže, vliv otce se ukázal jako silnější. I tak je ale důležité si uvědomit, že výběr partnera mohou bezesporu ovlivňovat i další blízké osoby, nejenom rodiče.

Dalo by se říci, jaký aspekt nejvíc ovlivňuje rozhodování člověka při výběru partnera?

Toto je nesmírně důležitá a zajímavá otázka. Většina studií se ovšem bohužel zaměřuje pouze na jednotlivé charakteristiky, a tudíž se nedá s naprostou jistotou říci, které z nich jsou nejdůležitější. Navíc důležitost, která je při výběru partnera na jednotlivé charakteristiky kladena, se může u každého jedince lišit. Velice zjednodušeně se dá říci, že důležitou roli hrají charakteristiky, jako je vzhled, sociální status, zdraví, vitalita, stabilita....

Chystáte nějaké další studie na toto téma?

Ano, v současné chvíli na Přírodovědecké fakultě začínáme velkou studii zaměřenou právě na vliv rodičů na výběr partnera. Na rozdíl od ostatních výzkumů se budeme zaměřovat na více charakteristik, konkrétně na tělesnou vůni, obličejové rysy, hlas a osobnost. V kontextu vlivu rodičů se dosud žádná studie na tělesnou vůni ani hlas nezaměřila.

Pokud bych tedy závěrem mohla, ráda bych vyzvala potenciální zájemce o účast ve studii, aby se nám ozvali na e-mail: partnerske.vztahy@etologiecloveka.cz a my jim pošleme bližší informace. Vzhledem k tomu, že se studie neúčastní pouze žena, ale i její partner a otec, očekáváme, že nábor respondentů nebude zrovna snadný úkol. Ze zkušenosti totiž mohu říci, že heterosexuální muži se našich studií účastní o poznání méně ochotně než ženy, ale i než homosexuální muži. Proto pokud by studie někoho ze čtenářů zaujala, potenciální zájem velmi uvítáme.

Možná ještě mohu stručně nastínit podmínky účasti: zúčastnit se mohou ženy ve věku 18 až 35 let, které vyrůstaly s biologickým otcem minimálně do 12 let a v současnosti mají dlouhodobý vztah, tj. trvající minimálně šest měsíců. Partnerovi by mělo být mezi 18 a 45 lety a otci maximálně 65 let. Nikdo ze zúčastněných by neměl kouřit, ani mít nemoci ovlivňující tělesnou vůni.

Co se skrývá pod akronymem HBM4EU?

Milena Černá, Ústav obecné hygieny 3. LF UK

Jedná se o evropskou iniciativu biomonitoringu člověka (European Human Biomonitoring Initiative), která byla zahájena v prosinci 2016 za spolupráce 26 evropských zemí (včetně České republiky), Evropské agentury pro životní prostředí a Evropské komise. Na projektu se spolupodílí i Karlova Univerzita prostřednictvím plzeňské lékařské fakulty a 3. lékařské fakulty. Doposud kvůli různým metodickým postupům při biomonitoringu v jednotlivých evropských zemích nebylo možné srovnávat jejich výsledky. To by však měla iniciativa změnit.

Biomonitoring člověka představuje sledování expozice běžné populace chemickým látkám ze všech složek prostředí prostřednictvím jejich detekce a kvantifikace v tělních tekutinách a tkáních člověka. Výsledky poskytují důkaz, že sledovaná škodlivá látka překonala zevní bariéry, vstoupila do organismu a má šanci působit nežádoucím způsobem v jeho cílových místech. Tento přístup znamená významný posun poznání od expozice chemickým látkám k jejich nežádoucím účinkům a upřesňuje tak odhad expozice a účinku; je tedy nezbytný pro hodnocení zdravotních rizik pro populaci a pro řízení zdravotních rizik.

Biomonitoring se tradičně používá v pracovním lékařství jako tzv. biologické expoziční testy (BET). Jeho využití pro odhad expozice běžné, profesně neexponované populace se v některých státech (USA, Německo) rozšířilo koncem 80. let minulého století. V Česku je biomonitoring od roku 1994 součástí Celostátního systému monitorování zdravotního stavu obyvatel ve vztahu k prostředí, který garantuje Státní zdravotní ústav. Ne-

výhodou současného způsobu aplikace biomonitoringu na národní či lokální úrovni je, že koncentrace chemických látek či jejich metabolitů v tělních tekutinách jsou obvykle velice nízké a tak i malé odlišnosti v metodických postupech používaných v jednotlivých státech mohou vést k problémům s interpretací. Srovnatelnost výsledků mezi státy je přitom pro interpretaci získaných dat a tvorbu evropské politiky v této oblasti zásadní.

Jedním z důležitých cílů HBM4EU je proto harmonizace postupů a nástrojů přinejmenším na evropské úrovni, což umožní vzájemné porovnání výsledků, odhad referenčních hodnot sledovaných škodlivin pro celou evropskou populaci a využití těchto dat pro formulaci a směřování evropské politiky v oblasti rizika chemických látek v prostředí (úprava legislativy, zákazy, snížení limitních hodnot, intervence, doporučení, zdravotní výchova apod.) jednotným způsobem. Poznatky získané v tomto projektu tak představují přemostění mezi vědou a politikou, výsledky budou využity pro argumentaci politiků a jejich rozhodování.

Dalším cílem je provázanost a upřesnění vztahů mezi zevní expozicí (přítomnost chemických látek ve složkách prostředí – ovzduší, voda, potraviny, výrobky a předměty běžné spotřeby) a interní expozicí zjišťovanou biomonitoringem, což umožňuje lépe se zaměřit na expoziční zdroje, expoziční cesty a jejich regulaci s přihlédnutím k zvýšeně vnímavým populačním skupinám.

Vzhledem k tomu, že přibývá nově syntetizovaných a v praxi stále víc používaných chemických látek (tzv.

emergentní látky jako různé deriváty ftalátů, blokátory hoření, perfluorované sloučeniny apod.) je dalším cílem vyvíjet nové citlivé metody stopové analýzy, které umožní detekci těchto kontaminantů v lidském organismu na úrovni nano- či dokonce femtogramů, a sledovat expozici populace, její časový vývoj, rozdíly mezi státy a dopad realizovaných preventivních opatření. Velký a stále nevyřešený problém současné doby představuje multifaktoriální expozice komplexním směsím, tzv. koktejlům chemických látek, které se ve složkách prostředí vyskytují simultánně a jejichž nežádoucí zdravotní účinek se zákonitě liší od účinku jednotlivých chemických látek, a je tak obtížně odhadnutelný.

Výstupy tohoto projektu budou využity politiky pro upřesnění odhadu zdravotních rizik a pro řízení rizika na úrovni poznatků založených na vědeckém důkazu a stanou se tak základem pro tvorbu evropských politik v oblasti prostředí a zdraví a zlepšení chemické bezpečnosti.

Čím se na projektu podílí Ústav hygieny?

Naše role je malou, ale důležitou součástí složitého, ale, zdá se, fungujícího soukolí mnohonárodního pětiletého projektu. V současné době se podílíme na přípravě základního univerzálního dotazníku, který je zaměřen na okruhy chování člověka, způsob života a zvyklostí s možnou souvislostí s expozicí, stravování, vzdělání, socioekonomický stav i pracovní expozici. Informace o zdravotním stavu propojené se znalostí expozice chemickým látkám pomůže upřesnit vztah mezi expozicí chemickým látkám a rizikem incidence chronických neinfekčních onemocnění s hromadným výskytem (metabolický syndrom, nádorová onemocnění, poruchy štítné žlázy či problémy imunity).

Gratulujeme jubilantům narozeným v červenci, srpnu, září a říjnu!

80. narozeniny oslavil

Prof. MUDr. Pavel Mareš, DrSc. (*13. 7. 1937)
bývalý přednosta Ústavu normální, patologické a klinické fyziologie 3. LF UK

75. narozeniny oslavila

Doc. MUDr. Daniela Janovská, CSc. (*29. 9. 1942)
Ústav epidemiologie a biostatistiky 3. LF UK

70. narozeniny oslavili

Doc. MUDr. Rodomil Kostka, CSc. (*1. 7. 1947)
Chirurgická klinika 3. LF UK a FNKV

Prof. MUDr. Pavel Kuchynka, CSc. (*20. 7. 1947)
bývalý přednosta Oftalmologické kliniky 3. LF UK a FNKV

Doc. MUDr. Petr Čechák, CSc. (*26. 8. 1947)
bývalý přednosta Ústavu biochemie a patobiochemie 3. LF UK

PhDr. Alena Herbenová (*1. 9. 1947)
Klinika rehabilitačního lékařství 3. LF UK a FNKV

65. narozeniny oslavili

MUDr. Oldřich Vojtíšek (*3. 8. 1952)
Chirurgická klinika 3. LF UK a FNKV

MUDr. Blanka Cieslarová (*26. 9. 1952)
I. interní klinika 3. LF UK a FNKV

10. kongres České lékařské akademie

Richard Rokyta, prezident ČLA

Ve dnech 30. listopadu až 2. prosince proběhne v Mariánských Lázních již 10. kongres České lékařské akademie. Kongresy bývají multidisciplinárně zaměřené, zúčastňují se jich odborníci z různých oborů medicíny. Posluchači jsou velice diverzifikovaní, převážnou většinu z nich tvoří praktičtí lékaři, dále pak zástupci různých odborností – internisté, psychiatři, neurologové, dermatologové a další. Každý rok se snažíme zasedání vtisknout nějaké základní téma. Každý rok také vychází kniha zkrácených referátů.

V letošním roce jsme připravili téma *Nejnovější inovace v medicíně*, které má přinést přehled toho, co je v medicíně skutečně nové, co posouvá medicínu dopředu a co může zajímat ostatní obory. Paleta našich přednášek je velice široká. Nechybí přednášky z interních oborů – kardiologie a kardiochirurgie, obezitologie a diabetologie. Za zmínku stojí také zástupci v oboru onkologické inovace, dermatologie, onkologie a algeziologie. Některé příspěvky se budou věnovat obecně nádorovým onemocněním a jejich patogenezi, včetně karcinomu pankreatu. Velmi si ceníme bloku lékařů, kteří upínají své snažení do budoucna praktické medicíny a zabývají se otázkami resuscitační medicíny, otázkami zdravotnictví, telemedicíny a nespecifické prevence.

Jako lákadlo můžeme uvést například prof. Pavelku, který se svými spolupracovníky posluchače zasvětil do biologické léčby v oblasti revmatologie. Na molekulárně biologické téma pohovoří i děkan 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy prof. Šedý s přednáškou

„Profesionálně melouchařící molekuly“. Hned první den prof. Rektorová, nová členka ČLA, pohovoří o neinvazivní stimulaci u degenerativních onemocnění mozku. Kongres doplňuje i zajímavá kazuistika ředitele nemocnice v Mariánských Lázních. Každý rok následují po přednáškách bohaté diskuze a snad nebudou chybět ani letos.

Program začínáme všeobecnějšími přednáškami, které přesahují oblast medicíny. Letos pozvání přijal prof. Novotný z Jihočeské univerzity, známý badatel mezi etniky v oblasti Papua Nová Guinea. Bude mluvit o rozdílech v technologiích společností v moderní době. Dále bude přednášet ředitel Orientálního ústavu prof. Bárta o futurologii medicíny a vůbec světa.

Naše zasedání vždy doplňuje také kultura. Hned první večer se můžeme těšit na vynikající klasické Benivitzovo kvarteto. Druhý večer nás při číši vína seznámí dlouholetý primář v Mariánských Lázních MUDr. Pavel Knára s léčebnými procedurami v lázních, především s pitným a rehabilitačním režimem.

Věříme, že kongres bude pro všechny zajímavý. Bližší informace o programu si zájemci mohou najít na webových stránkách České lékařské akademie.

Česká lékařská akademie

byla založena v roce 2004 a jejím předsedou se stal jeden z otců zakladatelů prof. Cyril Höschl. V roce 2012 přijal předsednictví prof. Richard Rokyta. Česká lékařská akademie má celkem 70 českých členů a šest zahraničních. Bohužel nás mnozí členové opustili, takže každoročně doplňujeme nové. Výběrová řízení jsou velice přísná. Žadatel musí splňovat kritéria vědecká a učitelská (výchova postgraduálních studentů, ale také docentů a profesorů).

Zájemci si mohou další informace o organizaci najít na stránkách www.medical-academy.cz.



Oprava

V minulém čísle (VNR 2/2017) jsme v článku dr. Jany Šeblové: *Ženy, záchranné služby a urgentní medicína* v rubrice Medicína (str. 27 až 31) nedopatřením vyměnili popisky u fotografií a přiřadili tak významným světovým lékařkám jiná jména. Omlouváme se a chybu napravujeme. (jb)



↑ Prof. Judith Tintinalli, MD, MS, FACEP, dlouholetá přednostka urgentního příjmu v University of North Carolina, jedna ze zakladatelek oboru v USA (a tudíž i ve světovém měřítku)



↑ Prof. Dr. Barbara Hogan, MBA – předchozí prezidentka EuSEM



↑ Prof. Maaret Castrén, bývalá prezidentka ERC po dvě funkční období



TEXT

Duet o domácích porodech

Tomáš Sokol

Není zcela jasné, odkdy lidé přicházejí na svět porodem. Kdesi jsem četl, že někdy před 220 miliony let ve snaze o zvýšení šance na přežití křehkých mláďat přešli savcovití plazi od kladení vajíček k rození živých mláďat. Nemohu posoudit, jestli to byl dobrý nápad, ale zřetelně se ujal. Po většinu následující doby se porod odbýval, řečeno současnou terminologií, jako domácí. A dítě bývalo vnímáno jako výsostný majetek matky, případně otce, někde snad kmene, podle toho, o jakou kulturu šlo. Relativně nedávno začaly ženy dávat větší nově přednost speciálním zdravotnickým zařízením – porodnicím.

Pro tento článek je důležité, že poslední dobou se ale ozývají, byť nijak dramaticky, hlasy propagující návrat k domácímu porodu. Prý jakožto realizaci práva ženy rozhodovat o svém těle, a tedy i o způsobu či místě porodu. A podobně je některými interpretováno i právo ženy rozhodovat o osudu novorozence. To vše k nevelké radosti zdravotníků.

Takže zákonitě následovaly spory o to, do jaké míry je matka povinná respektovat představy zdravotníků o optimálním způsobu porodu. Anebo co je ze stejného pohledu nezbytnou poporodní péčí o novorozence.

Obecně řečeno vznikl spor o rozsah práva matky (případně i otce) rozhodovat za sebe i za plod ještě nenarozený či za novorozence tak, že v důsledku toho hrozí podle názoru lékaře plodu či novorozenci újma. A vice versa, zda, případně do jaké míry je lékař oprávněn mocensky zasáhnout proti ženě či oběma rodičům, je-li

presvědčen, že ignorováním jeho doporučení ohrožují plod či novorozence. A to je téma následujícího článku.

Jsem si vědom, že již byly řešeny spory o to, do jaké míry mohou rodiče odmítnout očkování svého dítěte, případně transfuzi krve, a že jde o problémy stejné podstaty. Nicméně zaměřím se na výše uvedené téma, minimálně s ohledem na přijatelný rozsah článku.

Je asi zjevné, že při úvaze na dané téma nejde jen o problém právní, ale zejména, a dokonce primárně o problém medicínský. Kvůli medicínským aspektům jsem požádal o spolupráci MUDr. Jiřího Knora, Ph.D. A vznikl tak jakýsi dialog na dané téma, jež jsem poněkud vzletně nazval duet.

Především je ale třeba definovat, co bude nadále pojmem domácí porod míněno. Pro účely tohoto článku se jako relevantní nejeví každý porod, který proběhl mimo zdravotnické zařízení, ale porod, který byl takto předem zamýšlen, tedy porod doma jako výsledek rozhodnutí budoucí matky zatím ještě nenarozeného dítěte, případně společného rozhodnutí budoucích rodičů. Pro zvažování případných právních konsekvencí je v takovém případě zásadní odpověď na otázku, zda domácí porod představuje z hlediska současných medicínských poznatků větší riziko pro dítě než porod v běžném zdravotnickém zařízení v ČR.

Jiří Knor: Ošetření novorozence může být v podmínkách přednemocniční péče složitou záležitostí i pro zkušeného lékaře s dostupností povinného vybavení sanitního vozu.

S takto omezeným vybavením se na eventuální komplikace musíme připravit v maximální možné míře v průběhu probíhajícího porodu vždy. Všechny možnosti péče, které mají záchranáři v terénu (jak věcné, tak personální zajištění), nikdy nenahradí možnosti zázemí porodního sálu a mohou selhat i v případech, kdy jsou dostupné okamžitě. Volání tísňové linky v ohrožení života u plánovaných porodů mimo porodnici až ve chvíli nastalých komplikací je třeba vnímat jako hazard se zdravím i životem dítěte a matky – tedy postup non lege artis. A ještě jedna důležitá poznámka: fakt, že porod proběhl bezproblémově, lze konstatovat pouze zpětně – ex post. I když je rodička před porodem sebelépe vyšetřena a připravena, nikdo nemůže prorokovat předem – ex ante, že porod proběhne bez komplikací.

Druhá otázka se už týká novorozence a toho, do jaké míry je bezprostředně po porodu, např. do 72 hodin, vystaven vyššímu riziku újmy na zdraví, je-li mimo zdravotnické zařízení, typicky doma.

Jiří Knor: *V podpoře adaptace novorozence na nové prostředí má kromě prevence hypoxie (nedostatku kyslíku) dominantní roli prevence ztrát tepla. Během porodu nejsme v terénu schopni monitorovat srdeční akci plodu, do poslední chvíle tak nevíme, zda plod nebude hypoxický. Inkubátor určený pro jakkoliv kompromitované novorozence ve vybavení sanitního vozu není. Pro ilustraci: nedisponujeme ani váhou pro zjištění toho nejbližšího údaje, jakým je porodní hmotnost. Dítě by měl po porodu vyšetřit speciálně vyškolený odborník, pediatr. Sanitní vůz je určen pouze k řešení nenadálých situací ohrožení života s návaznou péčí nemocniční. V nemocnici je v případě komplikací u rodičky i novorozence připraven zasáhnout triumvirát specialistů se svými týmy: porodník, anesteziolog a neonatolog. Pokud se někdo domnívá, že v medicíně, která jde podobně jako*

jiné obory cestou superspecializací, nahradí tyto týmy posádka záchranné služby s lékařem, je, mírně řečeno, naivní.

Na to z důvodů, které vyplynou z dalšího, položím otázku, s jakou mírou jistoty lze u novorozence do 72 hodin od porodu považovat jeho životní funkce za stabilizované. Podle metodického opatření ministerstva zdravotnictví uveřejněného ve Věstníku MZ 7/2005, stanovícího postup zdravotnického zařízení při propouštění novorozenců do domácí péče, by měl být novorozenec propuštěn až po 72 hodinách. Vynechám-li poněkud direktivní formu, jež byla oprávněně kritizována, jaké medicínské důvody k takovému doporučení vedou?

Jiří Knor: *Doba 72 hodin byla stanovena v souvislosti s adaptací orgánů a orgánových funkcí na vnější prostředí. Nejde jen o stanovení Apgar skóre po porodu. Např. plíce přebírají funkci placenty, okysličují organismus a zároveň jej zbavují oxidu uhličitého. Při prvním nádechu vzniká v pohrudniční dutině podtlak, který je výsledkem složitých regulací, plíce se naplní vzduchem, následná rytmická aktivita střídání nádechu a výdechu trvá celý život. Během prvních hodin se v dýchání mohou objevovat nepravidelnosti (např. nebezpečné apnoické pauzy, kdy dítě přestane dýchat), přičemž k úplné adaptaci dojde až po několika dnech. Analogické adaptace nastávají u krevního oběhu (např. zjištění možné srdeční vady), termoregulace, zažívacího systému (sledování odchodu stolice, schopnosti příjmu potravy), metabolismu atd. Jsou to fascinující procesy, nicméně jde o rizikové období, proto sledování 72 hodin. V té době je možnost novorozence dostatečně pečlivě vyšetřit neonatologem, provést neurologické, laboratorní vyšetření (zejména vyloučení novorozenecké žloutenky), screening vro-zených vývojových vad atd. Rozhodně nejde o samoučelně*

stanovenou dobu, domnívat se však, že analogické vyšetření a sledování zvládne v několika minutách lékař záchranky, je mírně řečeno bláhové. Navíc je vhodné sledovat i matku nejen po stránce somatické, hormonální změny mohou vést ke změnám psychiky, v extrémním případě až k laktační psychóze.

Odmyslíme-li fakt, že asi nikdo z nás neví, jak se jeho zdravotní stav může náhle a zásadně změnit během jedné vteřiny, je toto riziko či míra rizika změny zdravotního stavu ohrožující život či zdraví u novorozence do oněch 72 hod. vyšší?

Jiří Knor: *Jednoznačně ano.*

Na toto poporodní téma (porodní bude zmíněno později) navážu připomínkou skutkové a právní problematiky sporu, který v prvním stupni rozhodoval Krajský soud v Brně. Nutno říci, že šlo o spor dost dlouhý a dost úporný. Iniciovala jej žaloba proti zásahu do práva na ochranu osobnosti způsobeného postupem lékaře zdravotnické záchranné služby (dále „ZS“). ZS byla povolána k rodičce, která porodila doma. Nechci tvrdit, že šlo o domácí porod, protože to není podstatné a nebylo to ani zjišťováno. Zásadní pro zmíněný spor bylo, že lékař rozhodl o převozu novorozence do zdravotnického zařízení, s čímž nesouhlasili rodiče novorozence.

Byla vyžádána asistence policie, dítě bylo převezeno, ovšem spor byl o to, zda to bylo nezbytné. Lékař převoz považoval za nutný s ohledem na možné ohrožení života či zdraví novorozence, rodiče byli opačného názoru. Spor pravomocně skončil rozsudkem, jímž bylo ZS uloženo omluvit se matce nezletilého za hrubý zásah do jejích rodičovských práv a osobnostních práv zejména tím, že bez jejího souhlasu ji zaměstnanci ZS za pomoci

přivolané policie přinutili k převozu zdravého dítěte do porodnice. Současně bylo ZS uloženo nahradit imateriální újmu ve výši 50 tisíc korun a náhradu nákladů řízení. Úpornost sporu ilustruje to, že rozsudek nalézacího soudu ze dne 26. února 2016 v této věci byl již třetím rozsudkem, z čehož logicky plyne, že dvakrát předtím již ve věci rozhodoval odvolací soud.

Ten ve svém druhém rozhodnutí, jímž rozsudek nalézacího soudu zrušil, přikázal věc jinému soudci.

Následné dovolání proti tomuto rozhodnutí Nejvyšší soud zamítl a posléze bylo jak rozhodnutí soudu odvolacího, tak Nejvyššího zrušeno nálezem Ústavního soudu a věc se vrátila k původnímu soudci.

Z ryze právního hlediska bylo důvodem vyhovění žalobě to, že žalovaná strana neprokázala bezprostřední hrozbu újmy na zdraví a životě nezletilého. Matka porodila doma zjevně zcela dobrovolně. Po příjezdu ZS bylo pouze třeba přerýznout pupeční šňůru, aniž by bylo prokázáno další ohrožení novorozence.

Pokud mi je známo, mezi lékaři – zejména záchranáři a porodníky – rozhodnutí nalézacího soudu, potvrzené posléze rozsudkem Vrchního soudu v Olomouci, způsobilo značný rozruch. Mnoho z nich mělo za to, že výsledný judikát je zpochybněním jejich práce a snahy o záchranu života a zdraví v takovýchto případech. Jako další negativum je vnímána nejistota o tom, zda, případně za jakých okolností může lékař ZS rozhodnout o převozu novorozence narozeného mimo zdravotnické zařízení. Z toho plyne obava z právních důsledků rozhodnutí, které pak může soud přezkoumávat, při současném riziku, že když naopak lékař nerozhodne a následně dojde ke komplikacím, zejména újmě na životě nebo zdraví, hrozí mu trestní odpovědnost.

Takže především, jak situaci vnímá lékař pracující v ZS?

Jiří Knor: *Domnívám se, že mohu mluvit za celou záchrannářskou obec, neboť jsme tuto kauzu rozebírali na Celostátní konferenci urgentní medicíny v Mikulově 2017, navíc se o kauze hovořilo na konferenci ČLK o kontroverzích v medicíně, které se zúčastnily i některé veřejně známé osobnosti české medicíny. Názor je jednoznačný napříč různými lékařskými specializacemi: nespravedlnost, deziluze, hořkost a křivda. S lidmi, kteří propagují plánované domácí porody, diskutovat nelze. Ideologii nelze přesvědčit rozumovými argumenty. Tito lidé svým jednáním, se kterým se lékaři a záchranáři neztotožňují, vytvářejí rizikové situace, které pak v případě komplikací musí řešit s plnou forenzní a odbornou zodpovědností právě záchranáři (a hlavně lékaři ZS). Záchranář volbu nemá, nemůže odmítnout pomoc člověku v nouzi a nevyjet na tísňové volání. Jedinou forenzní obětí plánovaných domácích porodů tak paradoxně zůstává Záchranářská služba Jihomoravského kraje se svým lékařem, který dle blízkých kolegů navíc neunesl tlak médií a soudu a zemřel na infarkt myokardu ve 42 letech. Osobně nahlížím na konečný rozsudek jako na morálně problematický, až insuficientní. Záchranářská obec vnímá rozsudek jako trest za to, že se snaží pomáhat lidem. Rozsudek má však přesah daleko za hranice zdravotnictví. Práce u záchranné služby je v mnoha ohledech specifická, přičemž základním předpokladem její činnosti je vysoká míra altruismu. U záchranné služby nikdo nezbohatne. Pro mne osobně je možnost přivolání odborníků, kteří jsou ochotni a schopni pomoci v případech ohrožení života kdykoliv a kdekoliv, jedním z nejdůležitějších parametrů vyspělosti, životní úrovně a kultury společnosti. Nedostatečná ochrana, či dokonce pronásledování příslušníků této vysoce humánní profese nevěští pro naši společnost nic dobrého.*

Mimochodem, o popularitě profese lékaře záchranné služby mezi mladými lékaři obecně svědčí fakt, že průměrný věk lékaře záchranné služby je 51 let, přičemž všechny záchranné služby v ČR se potýkají s již kritickým nedostatkem lékařů.

S reakcí lékařů se nelze zcela ztotožnit. Pravda ale je, že se pozvolna ocitají v právně složitější situaci, požadující z jejich strany sofistikovanější postup a jistotu znalost právních předpisů a jejich aplikace. Jak ale z dalšího vyplyne, podrobná analýza relevantních právních předpisů svědčí spíše závěru, že větší právní riziko mohou nést spíše rodiče, nebo minimálně matka, pokud se rozhodnou buď k domácímu porodu, anebo posléze, ať již k tomuto porodu došlo z jejich vůle, nebo prostě jen shodou okolností, k tomu, že nebudou souhlasit s doporučeným převozem novorozence do zdravotnického zařízení. Za výjimečných okolností pak stále zůstává právo lékaře vynutit převoz novorozence, hrozí-li mu zcela bezprostředně újma na životě nebo zdraví. V předmětném sporu soud konstatoval základní podmínku převozu novorozence do zdravotnického zařízení proti vůli matky či rodičů. Touto podmínkou je objektivně existující stav bezprostředního ohrožení novorozence.

ZS ale neunesla důkazní břemeno o tomto bezprostředním ohrožení. Vycházejí z odůvodnění rozsudku, který má celkem 76 stran, ZS toto břemeno neunesla zcela evidentně. Medicínské důvody pro rozhodnutí o převozu novorozence nechávám zcela stranou a nijak nezpochybnuji, že lékař jednal zcela bona fide.

Ovšem jeho projevy v této souvislosti učiněné, jak posléze vyplynulo z provedených důkazů, byly protichůdné a nesvědčily o skutečně silných důvodech pro zvolený postup. Připočteme-li k tomu závěr soudem

ustanoveného znalce se specializací na neonatologii, který v posudku mimo jiné uvedl, že když lékař ZS rozhodl o převozu dítěte, jeho ohrožení nebylo bezprostřední, ale pouze hypotetické, nemohl spor dopadnout jinak. Podle znalce nebyly zjištěny žádné patologie nebo ohrožení dítěte, bodové ohodnocení stavu dítěte, označované jako Apgar skóre, svědčilo o tom, že funkce novorozence byly zcela fyziologické, dítě bylo normálně poporodně adaptováno a nebyly žádné indikace pro nucený převoz.

Jak se na možnost rozlišit spolehlivě stav, o němž mluví znalec, od stavu bezprostředního ohrožení dívá lékař ZS?

Jiří Knor: *Pokud vím, lékař záchranné služby v této konkrétní kauze neměl vůbec možnost novorozence dostatečně vyšetřit a ve svém záznamu o výjezdu napsal k Apgar skóre 10 otazník. Suspekce na podchlazení byla ve vztahu k časovým relacím porodu a příjezdu záchranky na místo zásahu zcela opodstatněná. Novorozenec byl při přijetí do nemocnice podchlazený, vyvozovat, že k podchlazení došlo během transportu sanitkou, považuji za poněkud odvážné. Na výše uvedených konferencích jsme se s odborníky jak urgentní medicíny, tak porodnictví a neonatologie shodli na tom, že lékař postupoval správně. A navíc z právního pohledu je lépe řešit občanskoprávní spor než nepředejít smrti dítěte, a ještě být následně trestně stíhán. Je tu ještě jeden aspekt, letmo zmíněný výše. Práce u záchranné služby je specifická také v tom, že lékař záchranné služby je v době superspecializace medicíny tím posledním, který řeší pacienty celého věkového spektra napříč všemi obory, doslova od narození po smrt. Lze to zvládnout jen díky tomu, že jeho práce je zaměřena hlavně na stavy ohrožení života a zvládnání selhávání životních funkcí. Není možné předpokládat, že lé-*

kař záchranné služby bude mít stejně hluboké znalosti z neonatologie jako neonatolog, který se věnuje právě a jenom neonatologii. To je problém spousty znalců, kteří posuzují práci lékaře záchranné služby, byť sami nikdy v terénu nepracovali. Prostředí vždy formuje, resp. limituje, možnosti a kvalitu péče, což právě v tomto konkrétním případě bylo evidentní.

V souvislosti s uvedeným sporem, ale i obecně v souvislosti s diskusí o domácích porodech je hojně prezentován shora zmíněný názor, podle něhož je výběr místa porodu výhradně věcí matky. Jak z dalšího vyplýne, tato premisa neplatí zcela bezvýhradně.

Že právo věc vidí jinak, je patrné již z textu čl. 6 Listiny základních práv a svobod (dále Listina). Podle jeho odstavce 1 má každý právo na život a lidský život je hoden ochrany již před narozením. Jinak řečeno, o lidský život jde již před narozením. K čemuž odst. 2 téhož článku dodává, že nikdo nesmí být zbaven života. Otázkou je, do jaké míry se tento zákaz vztahuje i na plod, je-li hoden ochrany a je-li životem. Či jaký je rozdíl mezi ochranou života a ochranou plodu.

Poněkud úžeji problém pojímá § 25 občanského zákoníku. Podle něj: Na počaté dítě se hledí jako na již narozené, pokud to vyhovuje jeho zájmům. Má se za to, že se dítě narodilo živé. Nenarodí-li se však živé, hledí se na ně, jako by nikdy nebylo.

K tomu komentář dodává: Nasciturovi náleží zcela nepochybně práva osobnostní. Na ústavní úrovni mu tuto ochranu zaručuje čl. 6 odst. 1 LPS. Nasciturus tak má právo např. na ochranu tělesné integrity. Pokud dojde k zásahu do tělesné integrity ještě před narozením zaviněným jednáním třetí osoby, vznikají nasciturovi nároky ze škodného jednání, které může

uplatnit a je ohledně nich také subjektem práva (Wolf, Neuner, 2012, s. 120).

Z čehož vyplývá, že pokud nasciturus nepřežije porod, byť i jen na jednu vteřinu, nikdy nebyl, a tedy ani nemohl utrpět újmu.

Na jedné straně by z Listiny vyplývala takřikajíc absolutní ochrana plodu rovna ochraně života, z § 25 OZ ale pouze ochrana relativní, podmíněná co do svého účinku tím, že se nasciturus „dožije“ svého zrození. Z čehož lze dovodit, že újma způsobená plodu, byť byl hoden ochrany, vede-li ve svém důsledku k tomu, že se nasciturus nenarodí, nebyla žádnou újmu, protože nasciturus se nenarodil, tudíž nikdy nebyl, a tak nemohl utrpět újmu.

Pokud ale nasciturus i jen jednu vteřinu žil, pak jakákoliv újma, jež mu byla způsobena, například v příčinné souvislosti s nedbalým výběrem místa k porodu, je škodou v právním slova smyslu a má svého původce a ten svoji odpovědnost. Dílčí problém je v tom, kdy lze hovořit o narození.

Co je porod? Kdy začíná a kdy by se dalo říci, že se nasciturus narodil? To generuje další podotázky. Co je už průběh porodu?

Jiří Knor: *Porod je proces, při kterém novorozenec uložený v dutině děložní prochází porodními cestami do vnějšího prostředí, na které se následně adaptuje. To je také okamžik narození – tedy okamžik, kdy opustí porodní cesty.*

Takto probíhá fyziologický porod u donošeného novorozence. Můžeme spekulovat, že okamžikem narození je první nádech nebo přerušení pupečnicku. Ale co když novorozenec nedýchá a je nutné jej resuscitovat nebo k přerušení pupečnicku dojde až po desítkách mi-

nut? „Motorem“ porodu jsou děložní kontrakce, podle jejich intervalů a intenzity usuzujeme na fázi porodu a podle toho postupujeme.

Např. silné kontrakce po dvou minutách zároveň s tlakem na konečník rodičky, pocit tlaku na hrázi a neutuchající nutkání tlačit jsou kontraindikací transportu, musíme se připravit na porod na místě.

Podobně redukovane pojímá ochranu plodu nález Ústavního soudu.⁸ Vyplývá to z jeho článku 80, dle kterého: I když zpravidla nedochází ke konfliktu mezi rodičkou a jejím dítětem, neboť jsou to právě matky, kterým nejlepší zájem jejich dítěte leží primárně na srdci, přesto ve výjimečných případech ke konfliktu docházet může (srovnej obdobný postřeh Evropského soudu pro lidská práva ve věci Dubská a Krejzová proti České republice ze dne 11. prosince 2014 č. 28859/11, § 94). Lze stěží akceptovat, že by v těchto výjimečných situacích mělo dítě v průběhu porodu zůstat zcela bez právní ochrany. Takový závěr by byl v rozporu s čl. 6 odst. 1 Listiny, podle kterého je lidský život hoden ochrany již před narozením. Právní řád i v jiných oblastech považuje plod před narozením za hoden ochrany. Nenarozené dítě za určitých okolností například chrání i trestní právo bez ohledu na vůli matky (viz trestné činy proti těhotenství ženy – § 160 a následující trestního zákoníku). Nutno je také reflektovat, že podle judikatury ESLP k čl. 8 Úmluvy je ochrana dosud nenarozeného dítěte legitimním zájmem, i když ne nutně pod pojmem „práva jiných“, neboť to by mohlo implikovat, že nenarozené dítě je subjektem práv v Úmluvě (viz rozsudek velkého senátu ve věci A, B a C proti Irsku ze dne 16. prosince 2010 č. 25579/05, § 227–228). Proto podle Ústavního soudu, i kdyby dosud nenarozené dítě nebylo subjektem základních práv, přesto je ochrana života



a zdraví dítěte v průběhu porodu ústavním pořádkem chráněným statkem.

Následně Ústavní soud připomíná, že právo nedotknutelnosti osoby podle čl. 7 odst. 1 Listiny nemá taxativně vymezené legitimní zájmy, při jejichž sledování jej lze omezit. Proto není nijak problematické konstatovat, že toto právo může být omezeno za účelem ochrany práv dítěte v průběhu porodu, neboť jde, jak bylo shledáno ústavním pořádkem, o aprobovaný legitimní zájem. Připomínám, že Ústavní soud zde hovoří o omezeních za účelem ochrany práv dítěte „v průběhu porodu“. Ústavní soud pak připomíná jistotu rozpornost mezinárodních Úmluv a jejich dopadu na tuto oblast. Viz čl. 82, dle něhož: Ustanovení čl. 26 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně však taxativní výčet legitimních zájmů obsahuje a v úvahu v této situaci potenciálně připadá pouze ochrana práv a svobod jiných. Judikatura ESLP k čl. 8 Úmluvy však takový závěr, pokud jde obecně o plod v těle matky, jak bylo právě řečeno, odmítá. Zpravidla ESLP aplikuje legitimní zájem ochrany morálky, jejímž aspektem je ochrana života nenarozeného dítěte (rozsudek velkého senátu ve věci A, B a C proti Irsku ze dne 16. prosince 2010 č. 25579/05, § 227). Legitimní zájem ochrany morálky však v čl. 26 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně nenajdeme. Nicméně podstatné v nynější věci je, že nejde o ochranu práv plodu v těle matky obecně, ale pouze ve zcela specifické situaci již probíhajícího porodu. Ve věci Dubská a Krejzová proti České republice ESLP konstatoval, že ochrana novorozence již v průběhu porodu spadá pod legitimní zájem ochrany zdraví a práv jiných (§ 86). ESLP je přitom nadán pravomocí vykládat i Úmluvu o lidských právech a biomedicíně (viz její čl. 29).

Jeho judikaturu k evropské Úmluvě o ochraně lidských práv a základních svobod je tak třeba vztáhnout i na identické pojmy v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně. Podle Ústavního soudu proto lze na nynější situaci čl. 26 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně aplikovat a ochrana práv dítěte v průběhu porodu spadá pod legitimní zájem ochrany práv jiných.

Následně Ústavní soud zdůrazňuje to, co již bylo zmíněno, totiž že součástí omezení základního práva matky z důvodu ochrany života a zdraví dítěte je přiměřenost omezujícího zásahu (čl. 83).

Jak patrně, pokud jde o explicitní ochranu plodu, její míru či intenzitu, není právní situace zcela jasná, což ale z hlediska zaměření tohoto článku není problém. Podstatná je možnost právní odpovědnosti za průběh porodu a následnou péči o novorozence. A ta se zdá nesporná. Rozsudek ESLP ve věci Dubská a Krejzová mimo jiné připomněl, že mezi zájmy matky a dítěte zpravidla není rozpor, ale některá rozhodnutí matky ohledně místa, okolnosti nebo metody porodu mohou být vnímána jako pro novorozence riziková. K tomu dodal, že výzkumné studie připouštějí, že domácí porody nepředstavují zvýšené riziko oproti porodu v nemocnicích, avšak pouze za určitých podmínek, jako je nízká rizikovitost těhotenství, přítomnost kvalifikovaného zdravotnického pracovníka a možnost rychlého převozu matky a dítěte do nemocnice.

Podmínky mocenského zásahu ve prospěch novorozence a proti vůli matky či rodičů jsou zjevné. Je to opak výše popsaného stavu. I forma zásahu je zřejmá. Méně zjevné je, zda lze uvažovat o mocenském zásahu proti matce, která by svým jednáním ohrožovala plod. Striktně v intencích výše zmíněné judikatury si lze jistě představit mocenský zásah spočívající například

v násilné hospitalizaci rodičky, u níž by bylo možné s náležitou odbornou relevancí tvrdit, že svým chováním ohrožuje plod do té míry, že by se dalo mluvit o jeho bezprostředním ohrožení. Otázkou především je, zda je taková predikce možná, a pak samozřejmě i to, zda lze reálně podobným způsobem donutit matku, aby donosila plod.

Jiří Knor: *Toto je otázka nikoliv medicínská, ale spíše právního rázu a zasloužila by si otočit, tedy: Jakou právní ochranu bude mít v budoucnu lékař, který se v zájmu novorozence rozhodne podle svého nejlepšího vědomí, svědomí a na základě svých odborných znalostí pro postup, který nebude v souladu s představami matky? Znovu opakuji, lékař záchranky nemůže odmítnout pomoc, byť se jedná o situaci vzniklou z příčin, se kterými hluboce nesouhlasí. Čeká jej právní past a stejný osud jako ve výše diskutované kauze? Jak chceme přesvědčit mladé lékaře, aby do oboru vstoupili, a starší, aby v takovém prostředí vydrželi a setrvali?*

Úvaha o možné násilné internaci matky kvůli ohrožení plodu zřetelně připomíná otvírání Pandoriny skříňky. Těžko říci, jaké bědy a utrpení v podobě zákazů a omezení těhotným ženám by se rozlétly do celého světa. Což neznamená, že nějaký zvlášť nevydařený domácí porod takové úvahy neodstartuje. Pořád ale zbývá několik otázek souvisejících s odpovědností matky či rodičů za následek v podobě újmy jejich doposud narozenému dítěti. Podle výše podaného výkladu, jenž svoji zásadní roli sehrál v kauze rozhodované Krajským soudem v Brně, je mocenský zásah možný jen v případě bezprostředního ohrožení.

Nebudu-li brát v úvahu možnost dost subjektivního, a tedy rozdílného posuzování toho, zda je uvedená podmínka splněna, lze si jistě představit i situaci, kdy

lékař nemůže tvrdit takto bezprostřední hrozbu, ale hrozbu s pravděpodobností naplnění např. 50 procent. V této situaci lékař nezasáhne v souladu s judikaturou mocensky, ale pouze preventivně doporučí například hospitalizaci novorozence. Proti rodiči nerespektujícímu doporučení nelze mocensky zasáhnout, což ale neznamená, že není odpovědný za případný škodlivý následek nerespektovaného doporučení.

Podobná je odpovědnost za újmu, kterou utrpěl nasciturus v důsledku jednání matky v průběhu porodu.

Anebo tím, že se matka na porod náležitě nepřipravila. Například se rozhodla pro domácí porod, ačkoli věděla, že ze specifických důvodů spočívajících v jejím těhotenství jde o vysoce rizikový postup. Utrpí-li novorozenec újmu a bude-li tu příčinná souvislost mezi újmu a jednáním matky, zbývá jediné. Posoudit subjektivní stránku skutku.

Podle čl. 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně (dále Úmluva) jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je možné provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas, přičemž tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroků, jakož i o důsledcích a rizicích. Následující článek upravuje podmínky zákroku v případě osoby, která není schopna dát souhlas, anebo v případě nezletilé osoby, u níž se vyžaduje svolení jejího zákonného zástupce, úřední osoby či jiné osoby nebo orgánů, které jsou zmocněny zákonem. Povinnost svobodného informovaného souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb stanoví zákon o zdravotních službách,⁹ který také upravuje poskytnutí zdravotní služby v případě osoby nezletilé a v případě, kdy jde o neodkladnou péči, jež není hospitalizací, anebo o akutní péči. Jak bylo řečeno, domácí porod může

znamenat předvídatelné riziko pro nenarozené dítě, podobně jako těsně poporodní stav pro novorozence. Zjevně tedy může být splněna formální podmínka potřeby akutní péče anebo i hospitalizace bez souhlasu pacienta, bez souhlasu rodiče jako zákonného zástupce.¹⁰ Jednou z možných reakcí může být i rozhodnutí ignorovat podanou informaci a nezvolit doporučený postup, což svéprávný jedinec vyjádří tzv. negativním reverzem.

Protože s právy plodu či novorozence do značné míry disponuje matka (rodiče), byť jak již bylo uvedeno, rozhodně nejde o absolutní oprávnění, domníváme se, že by každá těhotná žena měla být poučena nejen o případných rizicích porodu či možná i celého těhotenství pro ni, ale samostatně i o rizicích porodu, který z jakéhokoliv důvodu proběhne mimo zdravotnické zařízení, pro nenarozené dítě. A podobně i pro novorozence. O tom viz níže.

Takto se jednak naplní požadavky vyjadřované Úmluvou, zákonem o zdravotních službách jakožto práva matky a pacientky. Současně je splněna i jedna z podmínek případného odpovědnostního vztahu. Po subjektivní stránce, ať již z hlediska odpovědnosti civilní, anebo v krajních případech i odpovědnosti trestní, je zcela nezbytné, aby bylo prokázáno, že si matka byla vědoma důsledků svého počínání. Pro úplnost pouze připomenou, že v civilní rovině je základem tohoto odpovědnostního vztahu povinnost rodiče pečovat o zdraví dítěte (§ 858 OZ), do které bych zahrnul i povinnost vyhnout se všem známým rizikům porodu ohrožujícím zdraví novorozence. Již bylo zmíněno, že závěr o bezprostředním ohrožení plodu či novorozence může být i dost subjektivní. Učinit jej je ale výsostným právem ošetřujícího lékaře.

To zřejmě není nic nového. Nově musí lékař počítat s tím, že tento závěr bude muset obhájit. A také prokázat, že nastávající matka či matka novorozence byla dostatečně poučena. Relativně jednoduchá situace bude v případě poučení nastávající matky v době, kdy je porod ještě vzdálen, a něco jiného je nepochybně případ, jaký řešil Krajský soud v Brně, kdy se lékař dostavil k matce těsně po porodu.

V prvním případě má lékař více času na formulaci svých obav z hrozících rizik a dokumentaci poučení. V úvahu přichází v elektronické podobě předepsaný formulář, obdobný informovanému souhlasu, doplněný o konkrétní popis rizik těhotenství, která v daném případě lékař shledal. Ten pak bude vytištěn a matce předán ve stejnopisu, který písemně potvrdí, případně zaslán e-mailem se zaručeným elektronickým podpisem, elektrickou pečetí atd. A doplněn například doporučením matce, aby za žádných okolností, pokud to jen trochu bude možné, nerodila mimo zdravotnické zařízení.

Pro úplnou právní dokonalost by takové poučení mohlo obsahovat i relativně rozsáhlou pasáž zabývající se právními důsledky ignorování uvedených rizik. A podobně v případě neshody matky a lékaře o tom, kdy může novorozenec opustit porodnici.

Složitější situace může nastat v případě domácího porodu anebo obecně porodu mimo zdravotnické zařízení. Nicméně v dnešní „elektronické“ době si lze snadno představit, že lékař, který zasahuje u takového porodu, sdělí prokazatelným způsobem, tedy například komunikací s operačním střediskem, která je nahrávána, své poznatky a důvody, proč například doporučil hospitalizaci novorozence, anebo na ní dokonce trvá. A toto se pokusí vysvětlit i matce. Jen na okraj

je nutno poznamenat, že kdyby se takto „alibisticky“ zachoval i lékař zasahující ve věci, kterou posléze jako spor řešil KS v Brně, a šlo o zcela jednoznačné, a nikoliv vnitřně rozporné či nejistotu, jak postupovat, odrážející poznámky, zřejmě by i procesní situace žalovaného zdravotnického zařízení vypadala jinak.

V případě újmy na zdraví novorozence si lze v ryze teoretické rovině poměrně snadno představit konstrukci zavinění ze strany matky, která zásah do tělesné integrity svého dítěte zavinila, pravděpodobně nedbalostí. Hůře se představuje realizace sporu o náhradu způsobené újmy, v němž nezletilý, zastoupen opatrovníkem, stojí proti matce.

Případně oběma rodičům. Vyjdu-li ale z povinnosti rodiče pečovat o zdraví dítěte včetně eliminace porodních rizik, případné porušení této povinnosti, které zapříčiní výdaje na zdravotní péči (léčení), zakládá nárok toho, kdo tyto výdaje vynaložil (zdravotní pojišťovna), na jejich náhradu. Reálné a zejména úspěšné uplatnění takového nároku si s ohledem na rozhodnutí NS ČR11 lze představit velmi snadno.

Jiné to je v případě odpovědnosti trestní, byť bych o to osobně ani příliš nestál. Zde vystupuje stát a orgány činné v trestním řízení ex officio. Nepochybně je možná trestní odpovědnost za zranění dítěte, na které matka nedostatečně dohlížela. Podobně je jistě možná trestní odpovědnost za újmu na zdraví způsobenou dítěti (plodu?) v příčinné souvislosti s jednáním, které matce lékař výslovně nedoporučil.

Nepochybně platí, že diagnóza neznamená právo a že nelze souhlasit se státním paternalismem, odnímajícím pacientům právo svobodně se rozhodnout, jak sami se sebou naloží. Případně, a to už v limitované míře, jak naloží se svým dítětem anebo s nasciturem.

Jenže nic není zadarmo a v tomto případě ani svoboda. Jak již bylo uvedeno, tím, že lékař informuje matku či rodiče o hrozících rizicích, jim dává větší prostor rozhodovat, ale současně tím na ně přenáší značnou odpovědnost.

Nejsem si zcela jist, zda si to všichni, kteří se v takovýchto sporech angažují, někdy i dost bouřlivě, plně uvědomují.

Autor textu JUDr. Tomáš Sokol je advokát, MUDr. Jiří Knor, Ph.D., je náměstkem ředitele Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje pro léčebně-preventivní péči a působí také na Klinice anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a FNKV. Text byl publikován v odborném časopise Právní rádce 8. září 2017 v rubrice Právo a společnost.



RES PUBLICA

Mocenská hra Babiše a Zemana

Jaroslav Kmenta

Andrej Babiš vstoupil do politiky fakticky už v roce 1998, když se k moci dostal Miloš Zeman. Právě s jeho vládou měl Babiš dobré vztahy, právě Zemanova vláda umožnila expanzi Agrofertu. Spojenectví Babiš-Zeman nakonec sociální demokracii zničilo. Sobotka, Zaorálek a Chovanec neměli proti této alianci šanci.

Slzy v očích a viditelná dojetí. Pak pusa manželce, pár vzletných slov a nakonec obejmutí a polibek na hlavu marketingového guru hnutí ANO 2011 Marka Prchala. Tak vypadala sobotní tisková konference Andreje Babiše po vítězných volbách.

Něco mi ale v jeho děkovné řeči a gestech chybělo. Babiš vůbec nepoděkoval sociální demokracii. Nepoděkoval straně, která ho zrodila, na které vyrostl a díky níž získal tak velkou moc a vliv.

Babiš tuto stranu léta využíval, pak na ní parazitoval a teď ji zmačkal jako papír a hodil do koše. Jestli je někdo spoluhrobníkem ČSSD, je to právě Andrej Babiš.

Andrej Babiš završil víkendovým vítězstvím svou bezmála dvacetiletou politickou kariéru.

Nebojte se. Nespletl jsem se.

Vím, Babiš začal být vidět v politice až v roce 2011, když založil hnutí ANO. A moc dobře vím, že poprvé kandidoval do Sněmovny až v roce 2013. Jenže Babiš se tu nevyloupl teprve nedávno. Babiš byl v politice už od roku 1998. Od chvíle, kdy se vlády ujala sociální demokracie v čele s Milošem Zemanem. Jen nebyl příliš vidět.

Začalo to Panamou

Podnikatel Andrej Babiš založil svou kariéru zejména na těsném vztahu se sociální demokracií. Nejdříve na ní parazitoval jen ze zákulisí – ve druhé polovině devadesátých let. Díky tajnému daru z Panamy, který v roce 1997 obdržela ČSSD od Babišových spolupracovníků z firmy Beltomate, pak byla ČSSD vstřícnější při obsazování vedení státních podniků Babišovými lidmi.

Pak jí na začátku milénia využíval už trochu viditelněji, ale stále z ústraní. V obou případech šlo o éru Miloše Zemana. Připomeňme, že to byl právě Zeman, kdo umožnil Agrofertu získat řadu chemiček a v roce 2001 dokonce petrochemický gigant Unipetrol (byť jen na chvíli). V tajuplném loutkářství politiků ČSSD pokračoval Babiš i v pozdější době za éry Stanislava Grosse.

V době osmiletého vládnutí ČSSD zbohatl Babišův Agrofert natolik, že nakročil k ještě většímu otesánkovství – holding později ovládl téměř 200 podniků v zemědělství, potravinářství a petrochemii.

Spojenectví s ČSSD pak Babiš završil v roce 2013, když šlo jeho hnutí ANO 2011 (jako druhé nejsilnější uskupení) do vlády s dalším sociálnědemokratickým předsedou Bohuslavem Sobotkou.

Už tehdy to mnozí Sobotkovi vyčítali. Varovali ho, že je to chyba, že tím jen pomůže Babišovi zlegalizovat pobyt v politice a otevřít cestu k dalšímu byznysu a zbo-

hatnutí. Jenže odolejte vábení stát se premiérem! Navíc bylo Sobotkovi asi jasné, že když tuhle roli nezkusí vzít na sebe on, nahradí ho kdokoli jiný, kdo byl v ČSSD odchován k „páření se“ s Babišem. Třeba takový hejtman Michal Hašek by se této role určitě rád zhostil.

Jestli si Sobotka myslel, že to s Babišem půjde, byl naivní. Pokud doufal, že Babiše ukočíruje a zlidstí, byl neprozíravý. A jestli měl plán, že Babiše po pár letech ve vládě zničí, zmítaly jím hodně divoké sny.

Sobotka se sice snažil vzepřít svému osudu a po třech a půl letech společného vládnutí (a po sérii skandálů) vyhodil v květnu 2017 Babiše z kabinetu, kde zastával post ministra financí a místopředsedy vlády. Jenomže to už bylo pozdě.

Tak jak Babiš narostl v byznysu, narostl i v politice. Získal mediální převahu a marketingově deklasoval všechny své protivníky. S podporou všudypřítomné inzerce uměl převálcovat své problémy, pasoval se do role obětího beránka. Přivlastnil si úspěchy vlády a průšvihy nechal ČSSD.

Své dosavadní partnery postupně dostával do kolen. Kdyby se ČSSD nepodařilo zpřetrhat vliv Babiše u policie (zejména v ÚOOZ) a kdyby Sobotka nakonec neprosadil jeho odvolání z vlády, zřejmě by Babiš vyhrál tyto volby ještě drtivěji.

Sobotka prostě neměl šanci. Babiš by si ho namazal na chleba tak jako tak. Babiš se tak vypořádává s každým. Je to jeho způsob práce a chování, které si s sebou přinesl z byznysu.

Dva dinosauři

Babiš žije ve svém světě, v němž má pravdu jen on, a v němž se musí všechno odehrávat jen v jeho režii. A nejlépe i v prospěch jeho byznysu a holdingu.

Sobotka ani Zaorálek a Chovanec pak neměli šanci ještě z jednoho důvodu. Babiš měl a má velkého spojence: Miloše Zemana. Ten si prostřednictvím Babiše vyřídil své účty s ČSSD a zejména se všemi sociálními demokraty, kteří ho zostudili tím, když dali v roce 2003 přednost v prezidentské volbě Václavu Klausovi (ODS) a nikoli jemu.

Tuhle zášť si s sebou Zeman nesl dlouho a nepřešla ho ani při objímání stromů na Vysočině. A zřejmě až teď si může oddechnout, protože pomsta byla dokonána. Ze všech jeho tehdejších protivníků jsou politické mrtvoly. A nezbyvalo málo a mrtvá byla i ČSSD, kterou dělilo od propadliště do politických dějin jen 2,3 procenta.

Že tím Miloš Zeman předává moc a sílu Andreji Babišovi, je vůbec netrápilo. Miloš Zeman a Andrej Babiš jsou totiž jedno. Byť to budou stokrát zpochybňovat, na jejich společné historii je vidět, jak si ti dva vždy uměli vyjít vstříc.

Tyto dva dinosauři zákulisní a přímé politiky mohou porazit jen voliči. První příležitost, jak tento mocenský pakt rozbít, budou mít v lednu 2018 v prezidentské volbě. A pak nejspíš zase až za čtyři roky při sněmovních volbách.

Tedy, pokud se za tu dobu nevytratí v lidech poslední zbytky sil čelit mocenským hrám několika podnikatelů a všehoschopných politiků.

Text vyšel 21. října 2017 v on-line verzi magazínu Reportér (www.reportermagazin.cz).

Volby vyhrál byznys

Jan Klesla

Pokud sečteme volební výsledky a mandáty stran, kterým můžeme říkat souhrnně podnikatelské nebo pro byznysové, dostaneme pěkných 57 procent hlasů a pohodlnou ústavní většinu 126 křesel. Znovuzrozená ODS se už tradičně profiluje jako strana živnostníků a podnikatelů. Podobně podporu domácího kapitálu a sociálně-tržní hospodářství po německém vzoru zdůrazňovali i lidovci, nedalecí Starostové mají v zádech Dalibora Dědka, majitele Jablotronu. Vítězné ANO na svých kandidátkách přivedlo přímo do sněmovny nejvíce podnikajících poslanců v čele s miliardáři Andrejem Babišem, Jiřím Hlavatým a Pavlem Juříčkem.

Právě posledně jmenovaný čerstvý politik, vlastník Brana a možný ministr průmyslu, také hned přišel s nápadem na technologickou radu vlády. Jakousi obdobu dnes už polozapomenutého NERV, poradního sboru ekonomů, který by se zaměřil na modernizaci našeho hospodářství. A nutno hned říct, že nápad je to výborný! Česká ekonomika sice šlape, právě v dobách konjunktury je ale čas a prostor investovat do příprav na budoucí recesi. Navíc nám díky pohodlnému životu v zákrytu německého ekonomického obra ujíždí vlak moderních technologií. Autoland nám nevydrží navěky a měli bychom si hledat obory, které budou živit nás i naše děti. Zvláště pokud chceme konečně platy jako v Německu, potřebujeme k tomu vlastní silné firmy jako v Německu. Pravicová pro podnikatelská vláda by pak věděla, že toho nedosáhneme administrativním zvyšováním minimální mzdy, ale stavbou zanedbané

infrastruktury, hlavně rychlých internetových sítí, reformou vzdělávacího systému a motivováním firem financovat výzkum a vývoj s vysokou přidanou hodnotou místo spoléhání na levnou práci.

Ne, tuhle zemi nečekají temné vize politických apokalyptiků o konci demokracie, čeká ji konec prosperity daný ekonomickými výhodami z minulého století. Pokud se ale probyznysové strany nenechají zaslepit a dohodnou se, máme šanci probudit se do století jednadvacátého.

(Lidové noviny, 23. října 2017)



Antiprogram nevyhrává

Martin Zvěřina

Letošní volby sice nebyly žádnou soutěží propracovaných programů, ale ukázaly, že ti, kdo sázejí jen na negaci, nevyhrávají. Druhá nejsilnější strana, občanskí demokraté, celou svoji předvolební kampaň nepostavila výhradně na strašení Andrejem Babišem. Vyplatilo se jim, že měli svůj program a ten nabízeli občanům.

Dvě strany, které propadly nejvíc, ČSSD a TOP 09, naopak prakticky veškeré síly napřely k neustálému opakování, že Andrej Babiš je čiré zlo. To nezafungovalo.

Volič je sice jen člověk, ale přece jen jej napadne otázka: A co budete dělat vteřinu poté, kdy se zbavíte belzebuba? V takových okamžicích se kampaně postavené téměř výhradně na strašení stávají zoufale neúčinnými. Adresát si připadá jako ten, který nic nedostane, za hlas věnovaný straně mu nabízejí jen, že ho něčeho zbaví, a často to „něco“ dotyčnému navíc v ničem ani nepřekáží.

Úspěšní Piráti mají svou protikorupční agendu, okamurovci obsesivně brání republiku před přistěhovalci. Jistě to nejsou programy, které by snesly detailní oponenturu, ba ani realitu reflektující myšlenky, nicméně je to pořád víc než nabídly sociální demokracie a topka.

Nepřijmout volební výsledek, protože lidé rozhodli „špatně“, může být z hlediska vnitrostranické disciplíny krátkodobě užitečné, avšak dlouhodobě bezvýhodné. Porazit letošního vítěze může jen ten, kdo se poučí a nahlédne, že spoluobčané potřebují nějaké vyhlídky do budoucnosti a ne jen krmení strachem. Koneckonců před osmadvaceti lety komunistům strašení imperialismem též nepomohlo.

(Lidové noviny, 23. října 2017)

Proč je slovo „sociální“ tak nepopulární?

Ondřej Vaculík

Kdybychom neužívali termínu „sociální bydlení“, ale toliko „bydlení v obecních bytech“, možná by už bylo po problému. A stačilo by, kdyby stát na vznik takových bytů poskytl nějakou dotaci, jako poskytuje dotace i na jiné stavby, jako jsou například hřiště nebo retenční nádrže, jejíž podmínkou by bylo, že obec smí bytů využívat v režimu sociálního bydlení. A kdo ví, jestli by na to musel být nějaký zákon, jako asi není zákon ani na podporu zimních stadionů atp.

Napadá mě, že pro obec, rozumějme pro město, by mohlo dokonce být výhodné takové byty stavět. Vždyť obecně to výhodné je, víme, že bohatší lidé i různé společnosti vkládají své peníze do výstavby bytového fondu, byty se stavějí jako výhodná investice, často aniž by v nich někdo bydlel, prostě pro budoucnost.

Ani obce, tedy města díky výnosům z daní dneska nejsou nijak chudá, takže si mohou dovolit budovat i takové vymoženosti, jako je například klubovna pro tenisty, stavba za pět milionů. Nekritizují to, pouze dokládám, že si leckde mohou dovolit docela velkoryse podporovat i skupinové, menšinové zájmy.

Tak v mnohých obcích, čímž myslím města, v posledních letech vzniklo téměř vše: od akvaparku a krytého bazénu, přes různá sportoviště znamenitých umělých povrchů a přes sportovní halu, po obnovu společenských domů, kulturních památek a zřízení různých středisek volného času pro děti a mládež.

Na ubytovně domov nevznikne

Osvícenější obce se také snaží přispívat na různou spolkovou činnost, na sport i kulturu, snaží se, aby lidé, a zejména děti a mládež, mohli rozvíjet své zdatnosti, společensky se zabavit a uplatnit. Už to není ani komfort, ale součást standardní městské infrastruktury. K ní by, podle mého, snadno mohlo patřit i ono „sociální bydlení“, kdybychom se nebáli slova „sociální“.

Slovo „sociální“ totiž vyvolává neblahé asociace, takže kritici takového bydlení se obávají, aby sociální byty nevznikaly vedle sebe a nevytvářela se tak špatná, asociální sousedství a prostředí. Tedy že by se horší životní styl, dosud rozptýlený po ubytovnách, soustředil do jedné oblasti s nižšími aspiracemi, a tudíž by byl i náchylnější k různým závislostem atd.

Podle mého jde o strach opačný: aby ta „slušná“ společnost nemohla být nějak kontaminována tímto případným asociálním prostředím, posunutým více do města, do obecních bytů. Ať je ten strach dobře míněný – ve prospěch obyvatel sociálních bytů, nebo naopak pokrytecký – proti těmto obyvatelům, v každém případě je nepřipadný a naprosto jalový.

Dosvědčuje, že na chudší lidi se díváme jako na společensky problematickou skupinu, před níž se musíme mít buď na pozoru za pomoci obecních strážníků a různých přísluhujících biřiců, a nebo ji zahrnovat do různých sociálních a protidrogových programů s nároky na psychologické poradny a různé nízkoprahy.

Na potenciální obyvatele sociálních bytů rovnou pohlížíme jako na poněkud závadnou společnost.

Ve skutečnosti povětšinou nejde o žádné povaleče, ale naopak o příkladně pracující lidi, často matky – samozivitelky, které navzdory své pili nedosahují příjmů, z nichž by mohly uhradit i skromný provoz domácnosti v bytě s obvyklým nájemným. Jejich děti se nechovají o nic hůře než děti z takzvaných dobře situovaných rodin.

Kritici také uvádějí, že přidělování sociálních bytů povede k větší korupci v obci a že v bytech nakonec nebudou bydlet potřební, ale různí vyukové. To nechápu. Nárok žadatelů na sociální bydlení přeci vyhodnotí sociální odbor, který podobně podle předem daných a veřejně přístupných kritérií hodnotí také žádosti a nároky na různé sociální dávky (v hmotné nouzi), příspěvek na bydlení atd. S jistou mírou lhavosti klientů se počítat musí, ale tak už to na světě chodí. Když radní pouze potvrdí návrh sociálního odboru na přidělení sociálního bytu, a nezačnou do toho vrtat a snažit se prosadit někoho jiného, korupce je vyloučena.

Kritici sociálního bydlení někdy také argumentují tím, že byty pro sociálně slabé občany budou podléhat značnému opotřebení, budou vybydlovány, a snížené nájemné nepokryje jejich údržbu.

Záleží na tom, kdo a jak je bude spravovat. Bude-li nájemné alespoň přibližně srovnatelné s vyšší příspěvkem do fondu údržby a oprav u domů ve společném vlastnictví majitelů, kteří z tohoto fondu dokážou domy zvelebovat, pak ani domy se sociálními byty chátrat nemusí. Jde o tu správu, aby se o obecní nemovitosti starala, a údržbu nezanedbávala.

V našem městečku díky řediteli základní školy, který je také radním a sociálním demokratem, jsou různé

sporty a zájmové kroužky dostupné také dětem, jejichž rodiče si nemohou dovolit pořídit jim lyžařskou výbavu, nebo si ji jenom půjčit v půjčovně, zaplatit dětem hory atd. Lyže a výbavu si mohou půjčit ve škole za symbolický poplatek, na hory mohou dostat příspěvek a tak dále.

Cvičit a sportovat ve sportovní hale a na sportovištích mohou všechny děti zdarma, bez poplatků a vstupného. Sportovní hala je nová, jsou v ní krásné sprchy a různé moderní sociální vymoženosti. Na její provoz město pochopitelně přispívá, někdo by řekl – doplácí. Díky tomu může být hala přístupna všem, i těm chudším jako součást kvality veřejného prostoru.

A teď si představme, že z tohoto v podstatě docela komfortního veřejného prostoru dítě dorazí domů – na ubytovnu do jedné místnosti, nebo do jiných podobně stísněných poměrů, kde tu jeho mámu unavenou po šichtě si nemůže vykládat jinak než jako jaksi nějak blbou a neschopnou zajistit to, co všude kolem sebe vidí a užívá. Jak to, že ta osoba, která vstává v pět ráno a spěchá do práce, vede tak nuzný život? Proč? Proč ve sportovní hale teče ve sprše teplá voda a nám ji tady vždycky někdo vycabrá?

Z tohoto úhlu pohledu bych řekl, že sociální byty mohou přinést víc prospěchu a užitku, než si možná myslíme. Kritici návrhu zákona o sociálním bydlení mají i jiné argumenty, které jsou logické a těžko je vyvracet. Nicméně z mého pohledu jsou všechny podružné – vytvářet domov na ubytovně není možné a žít v trvalém provizoriu nemůže nikomu a ničemu prospívat.

Autor je publicista a místostarosta Hořovic.

(Deník Referendum, 1. srpna 2017)



Svoboda projevu ve věku Googlu

Jeronym Boháček

Panovníci v království internetu pocházejí z dynastie Googlů a místo tamějšího nekorunovaného krále zaujímá jejich populární prohlížeč. Královnou je server na sdílení a publikování videí Youtube, dvořany Gmail, Googlemaps, online kancelář a mnoho dalších. Jejich ministr financí předčí svým bohatstvím a vlivem ty naše, služba Google Ads dominuje internetové reklamě a jak by bylo možné opomenout mladou generaci – prince Androida, který pohání většinu chytrých telefonů tohoto světa.

Dlouhé roky měla dynastie ve svém znaku symboly svobody (projevu) a informovanosti. Jednou by se to však mohlo změnit a gigantický Google by do svých služeb, například výsledků vyhledávání, mohl promítat své politické preference. A jako se na jaře objevují první

vlaštovky, tak dorazily i zprávy o tom, že přesně to se občas děje.

Případ Jamese Damora

James Damore získal vzdělání v oboru systémové biologie na Harvardově univerzitě. Nedávno se, patrně nerad, proslavil daleko za branami královského paláce. Okolnosti jeho případu ukazují, že uvnitř firmy existují nedovolené myšlenky a že i neveřejné vyjádření nepopulárních názorů může vést k represím ze strany zaměstnavatele. O co v tomto případě konkrétně šlo?

Takto svůj příběh podává jeho hlavní postava – James Damore. Na počátku byla školení. Google totiž pro své zaměstnance pořádal školení v různorodosti, která se zaměřovala na boj s předsudky, rovné příležitosti

a lepší šance utlačovaných skupin, tedy hlavně menšin a žen. Například skutečnost, že ženy tvořily pouhých 20 % IT zaměstnanců vykládali školitelé jako důsledek existence předsudků. K překonání této nerovnosti firma začala s přednostním přijímáním a povyšováním vybraných skupin lidí (v daném případě žen). Protože na závěr školení byli účastníci požádáni o zpětnou vazbu, vypracoval James několikastránkový dokument, který jim zaslal (dnes je již veřejně dostupný). Kritizoval názorovou uniformitu uvnitř Googlu, kritizoval existenci školení určených pro lidi určitého pohlaví či rasy a upozornil na skupinové myšlení uvnitř firmy.

Dále vyjádřil pochyby o tom, zda li lze legálně někoho povyšovat na základě rasy či pohlaví a přišel s vlastními návrhy, jak může firma množství žen v IT zvýšit, mj. by mohla častěji nabízet částečné úvazky. Největší pobouření vzbudil tvrzením, že nízký počet žen v IT nemusí způsobovat společenské předsudky, ale biologie, přirozeně odlišné chování mužů a žen. Ženy se více zabývají estetikou, pocity a lidmi, muži tíhnou k systematizování, věcem a daleko více soutěží o postavení ve skupině.

Tento dokument se rychle rozšířil a vyvolal pozdvižení. Youtube CEO Susan Wojcickiová se s ním vyrovnala v krátkém textu popisujícím své zkušenosti s předsudky a pocity zármutku (nebo bolesti), které při četbě dokumentu cítila. Jednoznačně odmítla Damorovy názory, aniž by však dokázala přesvědčivě doložit, v čem a proč se její oponent mylí.

Následky vyjádření nepopulárního názoru na sebe nenechaly čekat a zakrátko byl Damore kvůli prozrazování genderových stereotypů propuštěn.

Politické ovlivňování výsledků vyhledávání a videokanálů Youtube

Politické preference Googlu se nepromítají jen v zaměstnávání lidí. Ovlivňují také fungování dalších služeb. Největší pozornost to vzbudilo na Youtube. Některá videa jsou zde nabízena v tzv. „omezeném režimu“. Školy, knihovny a starostliví rodiče tak nastavením prohlížeče mohou bránit zobrazování nevhodných, typicky násilných a erotických materiálů.

Do omezeného režimu byla nedávno přesunuta vzdělávací videa konzervativního kanálu Denise Pragera, včetně řeči Kimberley Strasselové, redaktorky prestižních novin Wall Street Journal či lidskoprávní aktivistky Ayaan Hirsi Ali. Stejně cti se dostalo kanadskému profesoru Jordanu Petersonovi, ten se navíc dočasně ke svému účtu vůbec nedostal.

Existuje však mocnější nástroj – demonetizace. Programy na Youtube běžně závisí na dvou finančních zdrojích – na darech a na příjmech z reklamy. Reklamu na videa umísťuje vlastník, tedy Google. Demonetizace znamená, že se Google z nějakého důvodu rozhodne na vybraná videa reklamy nedávat. Jejich tvůrce v takovém případě přijde o podstatný příjem. To se dotklo například Dava Rubina, tvůrce populárního pořadu Rubin Report.

Proč Google vybraným lidem komplikuje jejich aktivitu? Řešení této otázky se vyjasní, pokud se zamyslíme nad tím, co spojuje James Damora, Dava Rubina, Denise Pragera a Jordana Petersona?

Obávám se, že odpověď je třeba hledat v jejich politickém přesvědčení. Všichni zpochybnili současnou, výrazně levicovou ideologii tzv. bojovníků za společenskou spravedlnost.

Podobnost s nedávnými studentskými nepokoji

Způsob, jakým se Google vyrovnával s tím, že Damore měl odlišný názor nápadně připomíná způsob, jak se s odlišnými názory vyrovnávali studenti během nedávných nepokojů na amerických univerzitách. Stejně tak řešení, které Google zvolil, odpovídá tomu, co protestující studenti opakovaně požadovali – vyhazov lidí, kteří s nimi nesouhlasí. Vezměme za příklad to, jak probíhaly studentské protesty na Yaleově univerzitě. Tamější administrativa předepisovala (doporučovala) studentům, jaké masky by si neměli brát na Halloween. Měli se vyhnout kulturně necitlivému začernování tváří, členkám z peří, turbanům a fakticky čemukoliv, čím by mohli někoho urazit.

Jiný názor následně vyjádřila Erika Christakisová, která pomáhala svému manželovi Nicholasi Christakosovi se správou jedné z kolejí a vedla na univerzitě kurs věnovaný vychovávání dětí. Podle ní by administrativa neměla určovat studentům, co mají nosit. Mělo by být na studentech, aby si vytvořili vlastní normy chování, a aby se naučili ustát pohled na člověka v masce, která je štve.

I v tomto případě samotná existence odlišného názoru strhla pozdvižení. Rolí uražené utlačované Youtube manažerky tu převzal dav asi 100 studentů prestižní a drahé univerzity. Ti obstoupili Nicholase Christakise, kromě toho, že křičeli a uráželi ho, zdůrazňovali výjimečnost vlastní zkušenosti (patrně s útlakem), obvinili Eriku a Nicholase z rasizmu, a požadovali, aby se omluvili a oba rezignovali. Částečně uspěli, Erika univerzitu opustila, Nicholas se vzdal vedení kolejí.

Tím však podobnost nekončí. Pozoruhodné je, že studenti drahých univerzit i dobře placení zaměstnanci

Googlu, na první pohled spíše privilegovaní lidé, si z nějakého důvodu nárokuje status obětí. Odvolávají se přitom hlavně na vlastní zážitky a pocity – pro Susan Wojcickiovou je platným argumentem bolest, kterou cítila po přečtení Damorova dokumentu a ve své reakci popisuje, že jí mladší muži často skáčou do řeči. Černí studenti se při konfrontaci s Christakisem dožadovali uznání své specifické zkušenosti, které ostatní (on) nikdy nemohou rozumět. Vlastní pocit útlaku se tu opět podává jako platný argument, který nelze zpochybňovat. Pro obě skupiny je charakteristické, že na nepohodu běžného života nahlízejí pomocí ideologie, skrze níž vidí útlak a utlačovatele na každém kroku. Jiný názor pro ně není výzva k diskuzi, ale pokus o útok na vlastní světonázor.

Závěrem

Svoboda projevu se pozvolna znovu ocitá pod tlakem a skutečnost, že v nejnvýznamnější firmě internetového věku získali vliv odpůrci svobody projevu, je stejně znepokojivá, jako odklon od svobody v generaci lidí narozených kolem roku 2000 (v USA). Otázkou zůstává, jak daleko může internetový gigant zajít. Pokud by vyhledávač přestal na delší dobu spolehlivě vyhledávat a lidé nemohli publikovat svá videa na Youtube, pravděpodobně by dříve či později začali používat konkurenční služby. Pokušení využívat svou moc by tak měl mít limity dané trhem. Na druhou stranu, silné postavení na mediálním trhu dává firmě mocný nástroj, pomocí kterého dokáže ovlivňovat činnost jednotlivých médií.

Autor je absolventem FHS UK a dlouhodobě sleduje politické a společenské dění v USA a trendy a změny na amerických univerzitách.



Země, která je „U EU“

Tomáš Sedláček

Předložka „u“ znamená, že nejste „v“, ale poblíž. Že se něco děje či je blízko vás, ale vy sami jste mimo, pozorujete, neúčastníte se. Podobně se mi zdá, že se bude brzy formovat skupina „u EU“. Když si to vyslovíte nahlas, zjistíte, že to i celkem roztomile zní. Zvukomalebností to však končí.

Pokud se tato země politicky neprobudí, brzy vystoupíme z vlaku, který na nás jede příliš vysokou rych-

lostí. Je to ale zároveň rychlost, kterou některé sousední země zvládají a zvládat chtějí – naopak v integraci vidí klíč k posílení suverenity. Této ekonomice by bylo lépe s eurem, které jsme mohli mít již ve stejnou dobu jako Slovensko, ale politická nevole zbrzdila tuto ekonomickou logiku. Mohli jsme si ušetřit nervy kolem pohybů koruny, její fixace, dohadů, kdy dojde k uvolnění kurzu ze strany ČNB atd. Firmy si mohly ušetřit stovky

vrásek a miliardy na poplatcích za tance kolem kurzů, různá zajištění atd. Jenže my svou měnu integrovat nechceme, byť by to pro nás bylo z mnoha hledisek výhodné. Zkrátka politicky si šlapeme po ekonomickém štěstí. Jsme skoro obklopeni eurozónou, notabene ekonomicky úspěšnými zeměmi, přesto nejsme „v“, ale „u“. Jsme ekonomika u eurozóny. Na ní závislá, od ní odvozuující své chování, nicméně k ní nepatřící.

Na jihu Evropy dochází k masivní migrační vlně. Země EU se rozhodly řešit tuto věc tak, že se o problém podělí rovným dílem, my jsme řekli ne. Přitom jsme nepřišli s žádným jiným funkčním řešením. Bylo hravě v naší moci přijmout pár set uprchlíků. Ale my jsme řekli ne. Mohli jsme pomoci Řecku, ale my jsme řekli ne. Zkrátka měli jsme mnoho příležitostí ukázat, že i my dokážeme pomoci, že i my dokážeme být užitečným článkem vyjednávacího stolu, od kterého pochází myšlenky a návrhy možných řešení. Mohli jsme dokázat, že k EU nepřistupujeme jako žebráci s nataženou rukou, kteří jen berou a tváří se u toho kysele. V Irsku se oslavoval den, kdy se z Irska stal čistý přispěvatel do rozpočtu EU a Irové už nemuseli být ti „vzadu, na které ostatní přispívají“, ale mohli se konečně stát těmi, kteří stojí hrdě, od nikoho nic nechtějí, naopak sami mohou přispět. Celkem živě si dokážu představit, jak by taková „oslava“ vypadala u nás.

Ne, EU tu skutečně nebyla vynalezena od toho, aby obsazovala a utlačovala Českou republiku a brala jí suverenitu, což je dojem, který často získávám od našich politiků. Naopak, EU je jediná možnost pro Evropu, jak jet dál a ve světě něco znamenat, a to platí zejména (!) pro středně velké země, jakou je i ČR. (Donekonečna opakují, že ČR není malá země, ale země střední velikosti. Co by potom mělo říkat třeba Dánsko, Finsko

nebo Irsko?) Český občan má mnohem větší váhu hlasu než Němec nebo Francouz. Dvakrát tak větší, abych byl přesný. Jestli něco dává menším zemím mnohem větší váhu než mají, je to právě EU. Stačí, aby se sešlo několik zemí naší velikosti a přehlasují mnohem lidnatější (a ekonomicky mnohem silnější) Německo.

O novou myšlenku Evropy se pokouší i Macron, jeho nedávný projev byl nezvykle konkrétní a odvážný. Buď budeme problémy řešit společně, ekonomii počínaje, migrační konče. Nebo každý po svém. Jenže tyto problémy jsou nad síly jednotlivých zemí. Třeba boj s terorismem bude snadnější, pokud na něm budou bezpečnostní složky spolupracovat. S digitalizací proměněnou společností se také musíme vypořádat dohromady. Víím, že se u nás rozmáhá rčení bližší košile než kabát – ale na počasí, které nás čeká, je košile málo. Tady je potřeba právě ten kabát, a klidně společný. To rčení má ale také jednu další dimenzi: kabát je mnohem cennější než košile, ale kvůli tomu, že nám je košile blíž, si neuvědomujeme, že to, co potřebujeme – a to, co má cenu –, je právě ten kabát, na který kvůli zahleděnosti do košile často nedohlédneme.

Zemí, které budou „u EU“, ale nebudou „in“, bude více, nebudeme sami, už teď je v limbu „u“ ztracena Velká Británie. Pak teprve bude platit, že Brusel nám bude diktovat (obchodní) podmínky, které my budeme muset přijmout, aniž bychom se na rozhodování podíleli. A až se našich dětí někdo zeptá, v jakém jsou bloku, odpovědí: „My jsme u EU!“

Autor je ekonom. (Hospodářské noviny, 5. října 2017)



Miloš Zeman, mistr bombastických banalit

Jan Fingerland

Nebudu zdvořilý, tak zněl slib českého prezidenta před jeho vystoupením před zahájením nové sezóny ve Valném shromáždění. Spíše měl říci „nebudu konkrétní“. Co tedy Miloš Zeman v New Yorku vlastně řekl?

Tak jako vloni i předloni, vyslovoval se český prezident ke světovému terorismu, což překvapí, když si uvědomíme, že ani naše země, ani náš prezident nemáme zvláštní zkušenost s terorismem, na rozdíl třeba od prezidenta Nigérie, který mluvil před ním, nebo Kolumbie, který mluvil krátce po něm.

Naivkové a cynici

Zemanovu malou znalost lze doložit i jeho vlastním projevem. Hned v úvodu se odvolal na dvě vlivné knihy

počátku 90. let – Konec dějin Francise Fukuyamy a Střet civilizací Samuela Huntingtona. Obě ve své době vyvolaly velkou pozornost, snad i nepřiměřenou.

V určitých kruzích se tehdy považovalo za vhodné si o nich něco myslet. Z nějakého důvodu se teď na ně odvolal se zpožděním čtvrt století i Miloš Zeman. A to přesto, že od té doby vyšla k tématu řada jiných vlivných, lepších a hlavně aktuálnějších prací.

Důvody, proč Zeman zmínil právě Fukuyamu a Huntingtona, mohou být dva. Jeden spočívá v tom, že navzdory pověsti sečtělého člověka český prezident zas tak moc nečte. Nezmiňuje obvykle důležité knihy posledních let, spíše se odvolává na jména a myšlenky, které byly aktuální v 60. nebo nanejvýš 70. letech. Tak-

že zmínka o knihách z počátku 90. let je vlastně pozitivní posun.

A za druhé, obě knihy zdánlivě slouží k ilustraci Zemanovy teze na jedné straně je naivní Fukuyama, proti němu strážlivý Huntington, který mluvil o „krvavých hranicích islámu“. Potíž je, že Zeman, zdá se, tyto knihy nečetl. Tvzení, na která se odvolával, obíhala v neinformované novinové debatě o těchto dílech, ale nevyskytují se v knihách samotných. Ne, Fukuyama není prostáček, který si myslel, že dějiny skončily, a Huntingtona nelze označit za „cynika“, jak to udělal český prezident.

A už vůbec z Huntingtonova díla nevyplývají závěry, které Zeman udělal. Třeba že terorismus, včetně toho islámského, o kterém Zeman výhradně mluvil, není nějaké hnutí „islámu“ proti ostatnímu světu, ale krvavý konflikt, který se odehrává zejména uvnitř islámského světa.

Jednotně proti všem

Také pokračování projevu obsahovalo, tak jako i vloni a předloni, směs banálních pozorování, manipulačních interpretací a nevyžádaných rad, jak bojovat proti terorismu. Zeman, zdá se, vidí terorismus jako jakousi homogenní sílu, proti které je třeba nasadit jednotnou bojovou mezinárodní organizaci.

Pochválil proto zřízení nového úřadu OSN pro boj s terorismem, do jehož čela se postaví zástupce Ruska. Příjmení Voronkov – Zeman ho vyslovil Vorobkov – bylo snad jediným aktuálním jménem, které v projevu zmínil.

Je ovšem otázka, co by tento jednotný světový boj proti terorismu znamenal v praxi. Například proti Islámskému státu bojují kurdské jednotky, které za tero-

ristické považují Turci. Proti sunnitské IS také bojuje šíitský Hizballáh, nepochybně rovněž teroristická organizace – proti komu a po boku koho by tedy jednotky OSN měly bojovat? Je zvláštní, když politik zapomene, že bezpečnostní otázky jsou také – a především – otázky politické.

Promarněná příležitost

V shluku různých tvrzení o migraci a terorismu zanikla i jedna zajímavá, sice ne originální, ale přece jen opomíjená myšlenka, a to, že přesun mas lidí z jihu na sever znamená také ochuzování zdrojových zemí. Zeman z této teze mohl udělat podnětnou řeč, když už chtěl mluvit o světových problémech. Ovšem on ji jen použil na podporu svých latentně antiislámských stanovisek.

A když už mluvil o žádoucí ekonomické podpoře zemí, z nichž migranti pocházejí, je zvláštní, že neřekl, co by udělal on sám. Například co navrhuje, aby udělala Česká republika z českého státního rozpočtu na jeho konkrétní návrh. Byl by to zajímavý námět pro prezidentskou předvolební debatu u nás.

Diváka Zemanových vystoupení v OSN, přednášených s vědoucím úsměvem a podivně žoviálním tónem napadá, ke komu jsou vlastně tyto řeči pronášeny. K přítomným delegacím? Jeho voličům? Nejpravděpodobnější je, že adresátem Zemanových projevů je on sám.

Autor je komentátor a zahraničně-politický analytik. (Český rozhlas Plus, 20. září 2017)



ORBIS PICTUS

Spinalonga – jedno z posledních leprosárií v Evropě

Tomáš Vaněk, zástupce přednosta Kardiochirurgické kliniky 3. LF UK a FNKV

*The lepers arriving here
did not even have eyes
to lay on the beautiful entrance gate
and the inscription carved on it.*

Anglický překlad veršů Nikose Kazantzakise, inspirovaných nápisem nad branou, již se vstupuje do Pekla (Dante Alighieri – Božská komedie)

V malebném zálivu Mirabello na severovýchodě řecké Kréty se nachází malý ostrov známý pod latinským názvem Spinalonga (na námořních mapách můžeme nalézt řecké pojmenování Kalydon – Καλυδών). Tento tajemný ostrůvek, či spíše jen kus neúrodné skály trčící z moře (0,085 km²), má svoji zajímavou, temnou a velmi skličující minulost.

Dokumentovaná historie Spinalongy počíná rokem 1574, kdy na ostrovní skálu dorazili benátská stavitelé pevností, aby provedli první topografické práce, i když samotná Kréta přešla do vlastnictví Benátčanů již ve 13. století. Podle pozdějšího svědectví benátského kartografa Vincenza Coronelliho skála původně nebyla ostrovem, ale spojoval ji s krétskou pevninou úzký pruh země, který Benátčané odstranili. Skálu postupně opevnili a tak se stala jednou z nejdůležitějších a téměř nedobytných benátských pevností na Krétě – byla osídlena stálou posádkou a vyzbrojena 35 děly. Sílu této fortifikace dokládá skutečnost, že vojáci Osmanské říše dobyli Spinalongu až v roce 1715, údajně po 45 letech více či méně intenzivního obléhání. Část benátských

opevnění a dalších staveb byla rozbořena a zničena. Ostrůvek byl následně osídlen muslimskými obyvateli, přičemž poslední z nich byli repatriováni do Turecka v roce 1903 (Kréta získala samosprávu již v roce 1898, v roce 1913 byla oficiálně připojena k Řecku).

První nemocní nakažení leprou byli na Spinalongu násilně deportováni v roce 1904. Jejich životní podmínky byly v této době katastrofální: nedostatek vody (benátské cisterny na jímání dešťové vody byly poškozeny), jídla, základního zdravotnického vybavení i ošetřovatelského a lékařského personálu (první lékař navštívil kolonii až čtyři roky poté) – to vše činilo život prvních obyvatel leprosária – bylo jich sem v prvním sledu dopraveno asi 400 – bezútěšným a takřka nesnesitelným. Tehdejší úřady v bláhové naději očekávaly, že si tito většinou nevzdělaní a těžce nemocní lidé sami vybudují svá obydlí na troskách benátských a tureckých staveb. Obyvatelé leprosária byli zcela odkázáni na dočasnou vodu a potraviny z pevniny, pomoc však často vázla, především kvůli nezájmu, lhostejnosti a liknavosti místních autorit.

Určitý obrat v této neutěšené a bezvýhledné situaci nastal až s příchodem druhé vlny deportovaných malomocných. Noví nedobrovolní obyvatelé Spinalongy byli totiž převážně mladí a vzdělaní lidé (řemeslníci, učitelé, právníci), kteří sem byli přesídleni z Atén. Byli nejenom schopni v kolonii vybudovat funkční komunitu, ale též vyvíjet určitý politický tlak na řeckou vládu. Díky tomuto tlaku počal řecký stát vyplácet obyvatelům

leprosária určitou, samozřejmě že nikoliv závratnou, finanční částku, která však do jisté míry vedla ke zlepšení života obyvatel. Jejich úsilím byla postupně, z trosek a na základě benátských a tureckých domů, vystavěna důstojnější lidská obydlí. Ke snesitelnějšímu životu přispívala i obrovská a soustavná snaha o organizaci společenského života. Vznikly zde pravoslavné modlitebny, na hlavní uličce ostrova bylo vybudováno několik kaváren a taveren, obyvatelé hráli divadlo a vydávali též vlastní noviny. Dalším pozitivním mezníkem v životě zdejších obyvatel byl rok 1932, kdy byl jmenován guvernérem Spinalongy doktor Grammatikakis. Jeho zásluhou byly postaveny nové sběrné nádrže na vodu, byla zbudována dezinfekce, na Spinalongu byl dopraven generátor na výrobu elektřiny, který umožnil i filmová představení. V roce 1937 – za přispění několika mecenášů a nadace založené nemocným studentem práv Epaminodasem Remoundakisem – zde doktor Grammatikakis zřídil novou nemocnici s laboratoří, do které počali zajíždět lékaři z Kréty. Musíme si však uvědomit, že přes všechna tato zlepšení byl život a osud nemocných stále neradostný. Nadále na ostrově přetrvával nedostatek vody, tolik potřebné pro hygienu nemocných, zdravotnické vybavení bylo i na tehdejší dobu primitivní, trval nedostatek léků, zvláště anestetik důležitých pro převážně amputační chirurgické výkony. Velkým problémem bylo i nedůstojné pohřbívání zemřelých na tak malém ostrově.

V roce 1941 byla Kréta výsadkovou operací obsazena nacisty a okupována německými a italskými vojáky. Krétská vesnice Plaka, která leží nejbližší Spinalonze a odkud byla kolonie zásobována, byla okupanty evakuována a celé okolní pobřeží bylo přeměněno ve

vojenské pásmo. Němečtí ani italští vojáci však v obavě před Hansenovou nemocí na Spinalongu nikdy nevkročili a umožnili tím existenci ilegální radiostanice v leprosáriu, která předávala dále zprávy z Londýna a Káhiry. V roce 1944 byla Kréta dobyta zpět spojenci. Zásluhou dr. Grammatikakise byly v roce 1948 uvedeny do provozu dva bloky dvoupatrových domů, které využívali hlavně nově příchozí nemocní. V roce 1954 se rozhodla řecká vláda činnost této poslední oficiální kolonie malomocných v Evropě ukončit a vrátit pacienty do nemocnic (v této době počala být lepra léčitelná chemoterapeutiky a antibiotiky). O tři roky později, v roce 1957, odešlo ze Spinalongy zbývajících 30 nemocných. Posledním stálým obyvatelem ostrůvku byl kněz, který ho opustil v roce 1962.

Současný návštěvník Spinalongy, která není trvale osídlena a je jenom turistickým cílem, by měl v tichém rozjímání sklonit hlavu před obyvateli této kolonie, jejich neuvěřitelnou silou k životu a odhodláním. Jak prožívali své životy a jak se asi cítili tito lidé nuceně izolovaní před okolním světem na malém ostrůvku v Egejském moři?

V meziválečném období byla část zátoky Mirabello, mezi Spinalongou a přístavem Elounda, využívána britskou leteckou společností Imperial Airways. Kotvila zde zásobovací loď M.V. Imperia, jež poskytovala servis létajícím člunům při mezipřistání na cestě mezi Londýnem a Indií (...Marseille – Atény – Mirabello – Alexandrie – Káhira...). Tyto hydroplány, na cestě trávající 10 dní, pravidelně převážely naléhavou poštu i pasažéry. V roce 2013 byla na Spinalonze nalezena nástěnná kresba vytvořená jedním z nemocných, na které je věrně zobrazen létající člun. Jak velká musela být touha

tohoto člověka, nuceného žít v neutěšených podmínkách za zdmi malého ostrova, obletět celou Zemi... ? Na tuto otázku už odpověď nedostaneme.

Poslední evropské leprosarium – bývalým režimem zcela utajené – bylo pro svět objeveno v roce 1991 v rumunském Tichilești.





I přes chudobu a hlad se lidé v Ugandě umějí radovat ze života

Adéla Kucharčíková, studentka 3. LF UK

Letos v létě jsem měla možnost splnit si svůj největší sen – strávit šest týdnů jako dobrovolnice v dětské nemocnici v Ugandě. Nemocnice patří k projektům organizace Whisper, kterou založila před sedmi lety Češka Veronika Cejpková v ugandském městě Jinja. Kromě nemocnice provozuje ještě sirotčinec, školu, farmu a poskytuje sociální služby chudým rodinám.

O nemocnici jsem se dozvěděla náhodou z Facebooku a hned jsem se rozhodla co nejdříve tam vyrazit. Stačilo jen poslat životopis Veronice, která mým zájmem byla hned nadšená, koupit si letenku, zařídit očkování a další nezbytnosti, a dobrodružství mohlo začít.

Co se týče Afriky, měla jsem různá očekávání, četla jsem všelijaké příběhy, viděla dokumenty a slyšela přednášky, ale realita mě překvapila hned první den a nepřestávala překvapovat až do konce mého pobytu. Každý den byl jedno velké dobrodružství, každý den jsem čelila nějaké výzvě a každý den jsem zjišťovala, kolik síly, o které jsem neměla ani tušení, se ve mě skrývá. Lidé, které jsem potkala v nemocnici i mimo ni, pro mě byli obrovskou inspirací. Nikdo tam nemá lehký život, každý zažil bídu, hlad a ztrátu blízkých, a přesto se všichni umějí radovat z maličkostí a umějí být vděční za všechno, co jim život přináší. Člověk si díky takové zkušenosti uvědomí, kolik věcí považujeme za samozřejmosti, i když samozřejmé vůbec nejsou.

V nemocnici jsme se většinu času zabývali tropickými nemocemi, jako je malárie a srpkovitá anémie. Hodně dětí přicházelo s popáleninami a podvýživou, ale i s různými infekcemi. Viděla jsem HIV pozitivní novorozence, děti s tuberkulózou, děti umírající na podvýživu, dítě, které se opařilo horkou vodou a matka mu popáleniny několik dní mazala hlínou a pastou na



zuby, holčičku s nádorem v močovém měchýři, která měsíc čekala na CT vyšetření, děti s hladinou hemoglobinu nižší než 15 g/l a mnoho dalších případů, o kterých bych ještě před pár měsíci nevěřila, že jsou vůbec možné.

Některé děti do nemocnice přicházely v hodně špatném stavu, často proto, že jejich maminky nemají peníze na dopravu, často proto, že ženy ve vesnicích až do poslední chvíle léčí své děti tradičními bylinami a do nemocnice přijdou až ve chvíli, kdy je dítě na pokraji smrti. Mnoho lidí se navíc ke zdravotníkům staví velmi skepticky, protože ve státních nemocnicích často musí zaplatit vysoké poplatky a podplácet personál, aby dostali adekvátní péči. Ve Whispers Magical Children Hospital všechnu péči poskytují zdarma po zaplacení vstupního poplatku, který čítá v přepočtu asi 200 korun. Všechno vybavení, léky i peníze na výplaty nemocnice získává pouze díky zahraničním sponzorům.

V nemocnici jsem pomáhala lékařům, se kterými jsem dělala vizity a vyšetřovala pacienty v příjmové ambulanci, a pomáhala jsem také sestřám s aplikací léčiv, zaváděním kanyl nebo s převazováním popálenin. Často mě překvapovalo, s jakým nadšením všichni každý den chodí do práce a jak rychle se mnohé děti uzdravovaly, i když často v provizorních podmínkách v porovnání s našimi evropskými standarty. Podívala jsem se také do sirotčince, se sociálními pracovníky jsem navštívila chudé vesnice a před odletem domů jsem procestovala část překrásné ugandské přírody. Každý z těchto zážitků pro mě představoval obrovskou zkušenost a jsem vděčná za všechno, co mě Uganda naučila. Nejdůležitější bylo asi uvědomění si, že se svět nedělí na „nás bohaté“ a „ty chudé“, ale že jsme v jádru všichni stejní lidé a je důležité si navzájem pomáhat.



Nebojím se

Eliška Šplíchalová, studentka 3. LF UK

Nebojím se, v katalánštině *No tenim por*. Toto heslo znělo v ulicích po teroristických útocích, které se staly na hlavní turistické tepně La Rambla v druhé polovině mého pobytu v Barceloně. Dá se říci, že tímto heslem mohu shrnout celou svoji zkušenost s výjezdem do zahraničí v rámci praktického Erasmu.

Před samotným rozhodnutím podat si přihlášku na Erasmus mě sužovalo mnoho obav. Zvládnu žít sama dva měsíce v cizí zemi a pouze se základní komunikační úrovní tamního jazyka? Nebude se mi stýskat? Vyjdou mi peníze? Stihnu všechno to papírování? Nyní bych sama sobě, ale i studentům zvažujícím výjezd odpověděla: „Ano, zvládnout se dá všechno.“

Odhodlat se říci ne obávám je první krok. V dubnu jsem proto mezi prací, praxemi a učením se na státnice opráškala sešit španělštiny ze střední školy. Začala jsem psát emaily se slovníkem v ruce, sledovala nejlevnější letenky a ubytování v katalánské metropoli. Vzhledem k tomu, že Španělé nikam nespěchají, tak si dávali načas i s odpověďmi na mé dotazy a všechny administrativní záležitosti. Mnohokrát už jsem byla zoufalá, že mi stáž nevyjde. Ale byla jsem vytrvalá a s pomocí koordinátorů programu se vše stihlo a já tak za necelé dva měsíce od rozhodnutí vyjet na Erasmus přistála v nádherné Barceloně.

Stejně jako každý začátek byl i můj první týden náročný. Nikoho jsem tam neznala a musela se ve všem rychle zorientovat. Adaptovat se na jazyk, ceny a fungování dopravy. Barcelona je však městem s úžasnou at-



mosférou, takže zanedlouho jsem se tam cítila jako ve městě svých snů. Každý den jsem poznávala nové lidi a mnohá z těchto přátelství se stala velmi silnými. Na stáži jsem se cítila skvěle již od prvního dne. Na oddělení ORL, které jsem si pro svou praxi zvolila, se mnou počítali, vřele mě přivítali a ochotně zapojili do chodu oddělení. Lékaři se mi věnovali a učili mě vyšetřování

a základním výkonům v oboru, z nichž většinu jsem byla na konci pobytu schopna provést sama. Hodně jsem asistovala u operací a objevila své, do té doby netušené, manuální schopnosti. Tyto profesní zkušenosti mi pomohly s důležitou životní volbou, a sice jaký obor medicíny si vybrat. Vedle toho mi však tato jižní země ukázala, jak oboustranně respektující a přátelský může být vztah pacienta a lékaře. Denně jsem mluvila španělsky s pacienty, lékaři i místními. V medicínském kontextu jsem rozuměla i rozhovorům v katalánštině.

Nebylo dne, kdy bych se nudila. Většinou jsem se bavila s přáteli a poznávala město, ale někdy mě zaměstnaly samozřejmě i starosti. Díky Erasmu jsem se však naučila samostatně rozhodovat, prakticky řešit problémy a myslet na to, že vždy existuje řešení.

17. srpna se však stala událost, která změnila tváře jindy věčně usmívajících se místních a udělala mé vzpomínky na Barcelonu ještě intenzivnější – teroristický útok na La Rambla. Pochopitelně mi ihned volali vyděšení příbuzní a přátelé. Velmi si však vážím také podpory, které se mi dostalo od univerzity. Koordinátoři mě zkontaktovali do hodiny po útoku a byla mi nabídnuta pomoc v krizové situaci. Naštěstí jsem nebyla ve špatný čas na špatném místě já ani nikdo z mých přátel. Následující dny byly na mnoha místech pietou za zemřelé při útocích. Lidé ale opravdu ukázali, že nemají strach a za pár dní se opět objevily úsměvy na jejich tvářích. Poslední týdny byly tedy velmi intenzivní a nabitě zážitky profesními i osobními. Z té sluncem zalité země se mi těžko odjíždělo a už teď proto plánuji další stáž ve Španělsku.

Rozhodně mohu doporučit každému, aby se nebál, odhodlal se a vytrval při realizaci svého praktického či studijního Erasmu. Já se nebála a odměnou mi byly dva

nezapomenutelné měsíce plné svobody v mé vysněné zemi, kde jsem načerpala mnoho zkušeností, poznala mnoho nových přátel, ale i lépe samu sebe.



Výstava představuje životní příběhy lidí s rozštěpovými vadami

Jolana Boháčková

Od rozštěpu k úsměvu – to je název putovní výstavy fotografií Lenky Hatašové a stejnojmenné knihy vydané neziskovou organizací Šťastný úsměv. Výstava fotek spolu se sedmnácti příběhy těch, kterým do cesty vstoupila rozštěpová vada obličeje, jsou vlastně propagací stejnojmenné knihy.

Všichni rodiče si přejí, aby se jejich dítě narodilo zdravé. Někdy se ale během těhotenství dozvědí, že se dítě narodí s rozštěpem obličeje. Cílem výstavy i knihy je zbavit rodiny zbytečných obav a strachů, ukázat jim, že i s rozštěpem lze prožít plnohodnotný a spokojený život na příkladu skutečných lidí, kteří se s touto vývojovou vadou narodili.

V této těžké životní situaci dětem i jejich rodičům nabízí již od roku 2005 pomocnou ruku právě

nezisková organizace dobrovolníků – Šťastný úsměv, z. s. Její hlavní činnost je směřována na podporu dětí s touto vrozenou vývojovou vadou se snahou pomoci jim dospět ve zdravě sebevědomé jedince, kterým nezůstanou z doby dětství a dospívání jizvy na duši způsobené nepochopením a netolerancí okolí. Organizace se snaží poskytnout rodičům dostatek informací o průběhu a podmínkách léčby a tuto dlouhou cestu za šťastným úsměvem jim co nejvíce zpříjemnit.

Momentálně si mohou zájemci výstavu prohlédnout v galerii Galvína v Bechyni, kde bude k vidění do 15. listopadu. Několik fotografií přední české fotografky Lenky Hatašové přinášíme i ve Vita Nostra Revue.



















Rozštěpy rtu, čelisti a patra

Michaela Večeřová, Andrej Sukop, Klinika plastické chirurgie 3. LF UK a FNKV

„Nebuďte nešťastná, Vy, která jste dala život děcku s rozštěpem. Není to hanba, je to jen náhoda vývoje, omyl přírody; vada se dá dnes dobře napravit. Máte plnou naději, že se z Vašeho děcka stane hodnotný člen společnosti.“

Prof. František Burian, zakladatel české plastické chirurgie

Historie Kliniky plastické chirurgie v Praze a rozvoj operace rozštěpů jsou spjaty se jménem prof. Františka Buriana, věhlasného světového odborníka a průkopníka plastické chirurgie. Jako první na světě v roce 1937 dosáhl uznání plastické chirurgie jako samostatného oboru. Rozštěpy obličeje se staly jeho celoživotní náplní. Na začátku 30. let minulého století vyslovil teorii o nedostatečném vývoji obličejových tkání u rozštěpových vad a jejich následné hypoplazii. Tato teorie je celosvětově uznávána dodnes.

Rozštěpy dělíme podle postižené části obličeje na rozštěpy rtu, čelisti a patra. Pokud rozštěp obsahuje všechny tyto tři součásti mluvíme o rozštěpu celkovém, jednostranném nebo oboustranném.

Příčina vzniku rozštěpů je multifaktoriální. Ke vzniku rozštěpu dochází většinou interakcí geneticky vnímavého jedince s faktory životního prostředí (např. virové infekce, steroidy, antikonvulziva, thyreoidní dysfunkce s medikací u matky dítěte). Přibližně jedno dítě ze 700 živě narozených dětí má nějakou rozštěpovou vadu a u 30 % dětí s rozštěpem se vyskytují přidružené vady. Rozštěpy rtu a čelisti lze diagnostikovat

prenatálně pomocí ultrazvuku ve 20. týdnu těhotenství, někdy i dříve.

Cílem léčby je tvarová i funkční úprava. Léčba je multidisciplinární. Na komplexní léčbě se podílí plastický chirurg, stomatolog, ortodontista, maxilofaciální chirurg, protetik, foniatr, logoped a otorinolaryngolog. Člověk podstupuje léčbu od narození až do rané dospělosti, protože na vrozený defekt navazuje hypoplazie postižené oblasti.

Operace rozštěpu rtu se provádí obvykle ve třech měsících věku dítěte, v současnosti dominují operace neonatální, které mají pozitivní psychologický efekt pro rodiče, ale předpoklad méně viditelných jizev u těchto operací nebyl potvrzen.

Rozštěp patra se vyskytuje v rámci celkového rozštěpu nebo izolovaně, často jako součást syndromů (Pierre-Robin sequence, Apertův syndrom, velokardi-ofaciální syndrom). Operace patra se provádějí od devátého měsíce věku dítěte.

Submukozní rozštěpy patra jsou většinou diagnostikovány později, až s rozvojem řeči, která bývá hůře srozumitelná, tzv. samohlásková. I zde je třeba operaci

patra provést co nejdříve, ideálně do dvou let věku dítěte, aby nedošlo k zafixování špatných řečových návyků. Po všech operacích rozštěpu patra následuje logopedická péče.

U rozštěpů patra je indikováno vyšetření otorinolaryngologem pro časté přídružené postižení středouší (otitis media secretorica). Otorinolaryngolog posoudí nutnost zavedení takzvaných gromet (tympanostomie) k ventilaci středního ucha. V případech, kdy se po operaci patra objeví velofaryngeální insuficience (průnik vzduchu do nosu při řeči), je třeba prodloužit patro. To se provádí buď dvojitou reverzní Z-plastikou přímo na měkkém patře nebo pomocí laloku, který spojuje měkké patro s protilehlou stěnou hltanu.

U celkových rozštěpů a rozštěpů rtu a čelisti se ve většině případů provádí kolem osmého roku věku dítěte rekonstrukce alveolárního výběžku horní čelisti pomocí spongiozní kosti v závislosti na indikaci ortodontisty. Při operaci se vyplňuje defekt v čelisti (alveolu) drobnými kousky spongiozní kosti odebranými v oblasti lopaty kosti kyčelní. Doplněná kost slouží jako vodič pro prořezávající zuby, nejčastěji špičák. Součástí této operace je také uzávěr většiny oronasálních komunikací.

Po ukončení růstu (18 až 20 let) se u závažných hypoplazií horní čelisti provádějí ortognátní operace. Velmi často se hypoplazie projevuje poruchou skusu, hlavně obráceným skusem. Při operaci jde o vysunutí horní čelisti s chrupem tak, aby horní řezáky přesahovaly při skusu přes dolní. Nutná je předoperační ortodontická příprava, telerentgenové snímky, 3D CT snímky, fotografie a zubní modely.

V rané dospělosti se ještě po dohodě s pacientem provádějí korekční operace rtu a nosu. Všechny operace jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

Pilotní ročník Czech Nature Photo vyhrál snímek probouzejících se kaloňů

Jolana Boháčková

Fotografií roku pilotního ročníku soutěže Czech Nature Photo se stal snímek Stanislava Macíka *V očekávání noci*, který rovněž uspěl v kategorii Savci. Dalšími vítězi hlavních kategorií se stali Jiří Hřebíček, Rostislav Štefánek, Petr Bambousek, Jan Bainar, Zdeněk Dvořák a Roman Šimek.

Vítězný snímek Stanislava Macíka soutěže Czech Nature Photo představuje skupinky kaloňů druhu *Rousettus aegyptiacus*, kteří se právě probouzejí. „Vše se událo při fotografování domorodců v jedné malé vesnici poblíž senegalského města Koalak. Kaloňové v hojném počtu obléhali jediný baobab uprostřed malého náměstí, kde nešli díky své početnosti přehlédnout. Byli jsme pro ně doslova předčasný budíček, protože při hledání co nejlepšího pozorovacího místa jsme u místních domorodců a nepřeberného houfu dětí vzbudili obávanou zvědavost. Pořídit dobrou fotografii byl doslova nadlidský výkon, neboť neustále jsem měl na sobě a hlavně na fotoaparátu desítky všetečných dětských ručiček,“ komentuje pořízení snímku Stanislav Macík.

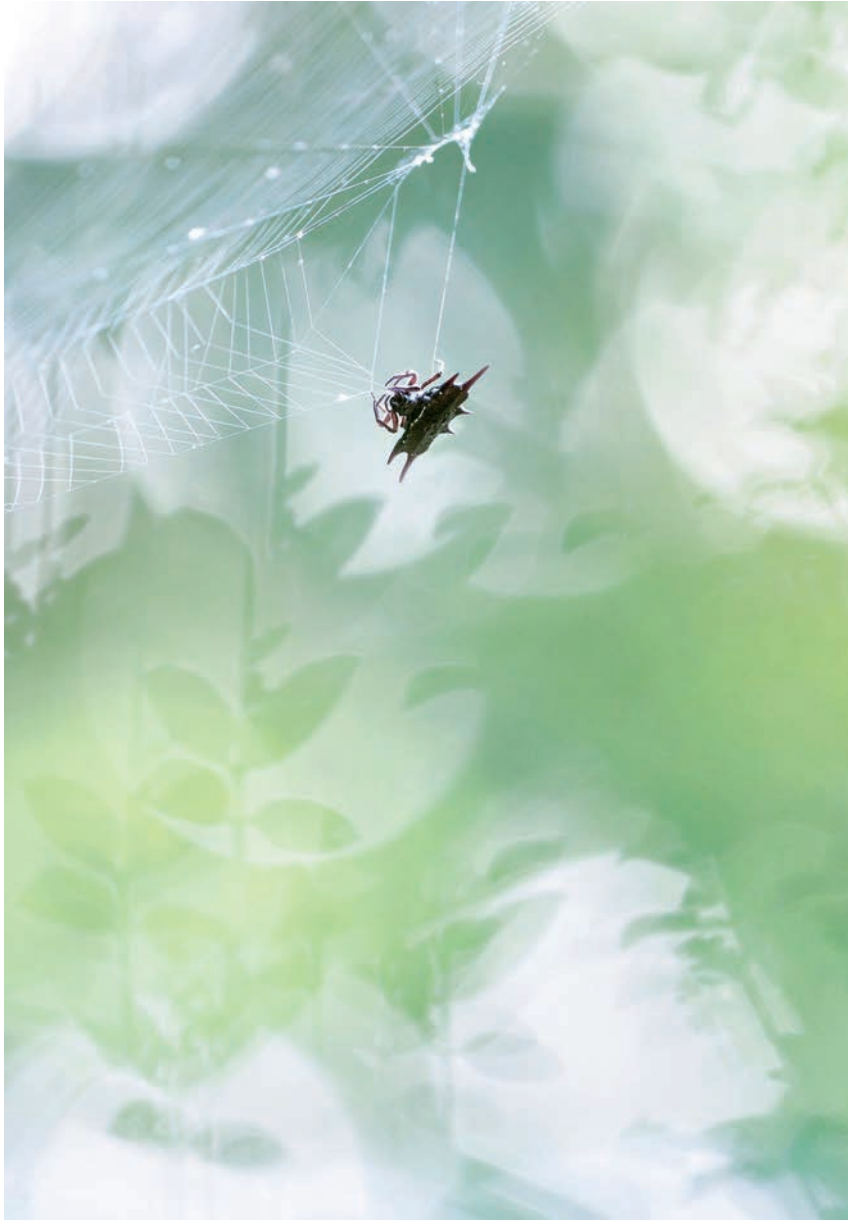
V kategorii Ptáci (volně žijící) zvítězil Jiří Hřebíček se snímkem racka. Ten byl zachycen při odletu z temné hladiny norského fjordu. Rostislav Štefánek uspěl v kategorii Plazi, obojživelníci a podvodní život (volně žijící) s fotografií *Jarní romance ropuchy obecné*, na níž ropucha proplétá řetězce svých vajíček zaplavenou trávou a vytváří tak zajímavé podvodní pavučiny. Petr Bambousek ob-

stál v kategorii Bezobratlí (hmyz, koryši, měkkýši a další – volně žijící) se snímkem křížáka z rodu *Gasteracantha*, který patří k nejatraktivnějším pavoukům na Borneu. Vítězem kategorie Český les je Jan Bainar. Autor zachytil zmrzlé stromy v oblasti beskydských Trojanovic. Výlov kaprů na Zámeckém rybníce v Jaroslavicích byl tématem fotografie *Když voda vře* Zdeňka Dvořáka. Gorilí samec Richard z pražské Zoo, jenž si ze zubů vybírá zbytky jídla, byl motivem pro snímek Romana Šimka. Ten byl první v kategorii Zvířata v lidské péči.

Nejlepší snímky živé přírody domácích autorů vybrala odborná porota ze 3 140 přihlášených fotografií. Soutěže Czech Nature Photo se zúčastnilo 467 autorů fotografií přírody, kteří příspěvky zasílali od 5. dubna do 14. května letošního roku.



↑ *Jiří Hřebíček – Racek*



↑ Petr Rambousek – *Gasteracantha*



↑ *Roman Šimek – Gorila Richard*



↑ Rostislav Štefánek – Jarní romance ropuchy obecné



↑ Stanislav Macík – V očekávání noci



↑ Zdeněk Dvořák – Když voda vře



↑ *Josef Binar – Zmrzlé stromy*

Post scriptum

Podzim je tady aneb odvážlivci na létající niti

Jaroslav Veis

Podzim každoroční mám mnohem raději než podzim života, a nepochybně je nás takových valná většina. Jeho celkem špatná pověst je nezasloužená: může za ni vzpomínka na léto i těšení se na krásnou zimu, absence pučení a radosti z rozkvétání. A přitom podzim má spoustu barev, které člověk ocení, zejména když se na něj snese babí léto, které – pokud se dostaví tak pozdě jako letos, je nazýváno léto tereziánské – a které je, co si budeme povídat, na podzimu to nejkrásnější.

Babí je to léto kvůli jemným dlouhým vláknům, zářícím v slunci, na nichž cestují malí pavoučci odpolednem, a ta vlákna prý připomínají dlouhé bílé vlasy starých žen. Meteorologa to ovšem nedojme a suše definuje, že jde o pouhou singularitu, tedy celkem pravidelnou odchylku v průběhu ročního počasí. Období slunné a poměrně teplé, kdy maximální denní teploty vystupují nad 21 °C, dochází k velkým rozdílům mezi denními a nočními teplotami a častým ranním (radičním) mlhám.

Oč půvabnější je definice babího léta z časů, kdy meteorologie pořád ještě byla víc dobrodružství než věda. Tak píše v roce 1890 prof. Bohumil Bauše v Ottově slovníku naučném, díl III (B–Bianchi), s. 11:

„Babí léto, též Svatováclavské nebo Mariánské léto (*Filamenta Divae Virginis*), jemné pavučiny za jasně-

ho počasí v září jednotlivě nebo v chumáčích ve vzduchu poletující. Ač ve starověku a středověku dostalo se zjevu tomu výkladů nejpodivnějších, viděla v tom mysl nepředpojatá vždy jen pavučiny pavoukův, o nichž anglický lékař Hulse a Martin Lister kolem roku 1676 poprvé se zmiňují. A. Menge pozoroval za teplého dne v říjnu, jak zábradlí mostu pokryto bylo tisíci drobných pavouků, kteří všichni měli zadek namířený do výše pod úhlem 45° vypouštějící pavučiny proti větru. Lehounká nitka unášená zahřátým vzduchem táhne se stále z pavouka dále, až pavouk tah ucítí a sám opustiv své stanovisko vzduchem pluje chovaje se při tom zcela passivně. B. l., jež tvoří hlavně mladí pavouci rodův *Erigone* a *Pachygnatha*, pak pavouci čeledi slíďáků (*Lycosidae*) a běžníků (*Thomisidae*), spatřujeme teprve, když jemné pavučiny spojivše se v tlustší vlákna k zemi klesají. V těch již nenalzáme původců pavučin, ani již dříve spustili se po dlouhé niti k zemi. John Blackwall označil za příčinu b-ho l-ta to, že snaha po výživě nutí mladou generaci, aby na podzim změnila bydliště. Mladá zvířata, žijící pospolitě, postřehnou pojednou nejistotu, že se uživí, i robí si tedy, by rychleji dostala se s místa, létací stroj, jemuž svěřují se nazdarbůh. Darwin viděl na lodi *Beaglu*, na níž plul kolem světa, na 60 mil od pevniny tisíce malých pavouků, kteří tam přiletěli na své niti.“

Pravda, letos nám nejen babí léto, ale všechny barvy podzimu poněkud překolorovala kampaň před parlamentními volbami, zkombinovaná s tím, že v platnost vstoupil zákon o regulaci billboardů kolem silnic. Takže nejprve v zemi vypučely stovky českých vlajek, které coby protest provozovatelů venkovní reklamy nahradily obvyklé obrazy zlevněné zahradní techniky a nových modelů aut, a náhodný návštěvník z vesmíru se mohl domnívat, že se octl v zemi obývané samými hrdými vlastenci. K vlajkám pak vzápětí přibyly – už jen na místech zákonem dovolených – billboardy předvolební. Na nich odhodlaní muži, někdy i ve skupinkách, sem tam i nějaká žena, slibovali nesplnitelné.

Ze všeho nejvíc však v krajině, ale i v obcích, na stromech a na vývěskách pučely květy zla Tomia Okamury. Lídr a majitel strany SPD kam oko pohlédlo rozevíral náruč plnou žluči, sliboval, že zakáže islám, zorganizuje referendum o vystoupení z Evropské unie, zvýší důchody, zařídí, abychom doma měli zbraně proti teroristům, zruší DPH u piva a léků, deprivatizuje vodu a spoustu dalších nehorázností i nesplnitelností. Jeho program, v hloubi inspirovaný nacismem, komunismem i rasismem zaujal každého desátého voliče! Politologové, soudí, že SPD je politicko-podnikatelský projekt a Okamurovi jde jen o peníze za voličské hlasy. Po sečtení volebních výsledků jednoho napadá, že kdyby ho skutečně zajímaly jen peníze, byla to vlastně docela povzbudivá zpráva.

Vlastně při všech otřesech tradiční parlamentní demokracie, přes nástup post-ideových stran, přinesl tento volební podzim jednu dobrou zprávu: komunisté získali nejméně hlasů nejen od vzniku samostatného Česka, ale od samého založení KSČ v roce 1920! Půjde-

li to tak dál, lze doufat, že sté výročí založení strany komunisté oslaví tam, kam tak rádi posílali v časech své uzurpace moci ostatní: na smetišti dějin.

Ale abych se vrátil k tomu podstatnému: ti malí odvažlivci na létající niti blyštící se v slunci nad obzorem jsou opravdu krásní!

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

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

Ročník 27, číslo 3, říjen 2017

Redakční rada:

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

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

MUDr. Lucie Hubičková Heringová, Ph.D.; Lucie Olivová; Anna Ouřadová;

doc. MUDr. Hana Provazníková, CSc.; MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.; Jaroslav Veis.

Šéfredaktorka:

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

Ruská 87, 100 00 Praha 10, e-mail: vnr@lf3.cuni.cz, jolana.bohackova@lf3.cuni.cz

Grafický návrh: Carton Clan, Petrohradská 3, Praha 10

Sazba: Jan Murdych

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

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

Objednávky na distribuci a inzerci: přijímá šéfredaktorka

Časopis je zájemcům zaslán bezplatně.

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

Registrace: MK ČR E15377

ISSN 1212-5083

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

