

# VITA NOSTRA REVUE

STUDENTSKÁ VĚDECKÁ KONFERENCE - HRDINOVÉ NEJEN Z AFGHÁNISTÁNU - ZDRAVOTNÍ PÉČE  
O LIDI BEZ DOMOVA - PŘEDNOSTA V NÍZKOPRAHOVÉ ORDINACI - STUDENTSKÉ ÚSPĚCHY - VÝUKA  
POMOCÍ STANDARDIZOVANÉHO PACIENTA - MEZINÁRODNÍ DEN URGENTNÍ MEDICÍNY - TELEMEDICÍNA  
- EUTANÁZIE - TEXT: ŠÍLENSTVÍ A CIVILIZACE - NA URGENT! VÝSTAVA JINDŘICHA ŠTREITA

# XII. kongres České lékařské akademie

## Stárnutí

jako výzva současné medicíny

Mariánské Lázně

Společenský dům

Reitenbergerova 95/4

28. – 30. 11. 2019



## ODBORNÝ PROGRAM

### Plenární přednášky

**Vácha M. O.:** Společenstvo obětí

**Kučera P.:** Fyziologie stáří

### Všeobecné problémy stárnutí

**Rychtaříková J.:** Demografie ve stáří

**Dušek L.:** Obraz stárnutí české populace v datech ENZIS

### Ortopedie

**Gallo J.:** Bolesti a omezování pohybových funkcí u seniorů: nevyhnutelný osud anebo řešitelný problém?

### Chirurgie

**Třeška V., Skalický T., Liška V.:** Výsledky operací jater pro metastázy kolorektálního karcinomu u osob vyššího věku.

**Pafko P.:** Chirurgie u starších osob (30 minut)

### Stárnutí a kanabinoidy

**Šulcová A.** (International Cannabis and Cannabinoids Institute): Farmakologie endokanabinoidomu.

**Zábranský T.** (International Cannabis and Cannabinoids Institute): Dostupnost léčebného konopí pro geriatrické pacienty v ČR – požadavky na lékaře a pacienty a status quo.

### Kardiologie

**Ošťádal B.:** Odolnost srdce k nedostatku kyslíku v průběhu vývoje

**Pirk J., Hačková D.:** Kardiochirurgie ve věku 75+

**Ošťádal P.:** Kardiologie ve stáří

**Rokyta R. ml.:** Kardiologie ve stáří

**Linhart A.:** Srdeční selhání se zachovalou systolickou funkcí

**Paleček T.:** Transthyretinová amyloidóza

**Hlubocká Z.:** Aortální stenóza

### Urologické problémy ve stáří

**Urban M., Heráček J.:** Muž po padesátce – aktivní zdravé stárnutí

### Farmakologické i nefarmakologické léčení bolesti ve stáří

**Fricová J.:** Nová farmakoterapie bolesti

**Rokyta R.:** Nefarmakologická léčba bolesti

**Neradilek F.:** Rehabilitace ve stáří

### Očkování ve stáří

**Marešová V.:** Proč očkovat seniory

**Trojánek M.:** Infekce u pacientu vyššího věku

### Psychiatrie

**Horáček J.:** Deprese ve stáří

**Kopeček M.:** Kognitivní superaging

**Holmerová I.:** Můžeme se na stáří připravit?

### Samostatné přednášky

**Anděl M.:** Společné doporučení Americké a Evropské diabetologické společnosti o léčbě diabetes mellitus 2. typu z podzimu 2018 (30 minut)

**Arenberger P.:** Kožní antiaging

**Bar M.:** Organizace péče o pacienty s cévní mozkovou příhodou v České republice

**Betka J., Bouček J.:** Stárnutí a sluch (30 minut)

**Beneš V.:** Neurochirurgie ve stáří (30 minut)

**Druga R.:** Změny ve struktuře stárnoucího mozku

**Kuchynka P.:** Problematika stárnutí v oftalmologii

**Pavelka K.:** Stárnutí vs. osteoartróza

**Svačina Š.:** Nutrice ve stáří

**Šeblová J.:** Urgentní péče o seniory

**Šimják P.:** Stárnoucí rodičky v ČR

**Škrha J.:** Současné trendy léčby diabetu ve stáří (30 minut)

**Štěpán J.:** Osteoporóza – obávaný projev stárnutí

# OSOBNOSTI 3. LÉKAŘSKÉ FAKULTY UK

Vážení kolegové,

rádi bychom v tomto roce začali připravovat publikaci „**Osobnosti 3. lékařské fakulty UK**“. Kniha bude pojednávat o historii fakulty, ale především by měla představit významné osobnosti, které na fakultě pracují či pracovaly.

Chceme Vás požádat o personální návrhy (včetně Vás, pokud máte zájem na této knize spolupracovat a figurovat v ní). Vybrané osobnosti by měly následně poskytnout profesní životopis v literární úpravě a odpovědět na tři položené otázky.

**Kritéria pro zařazení** jsme definovali následovně a je třeba splnit alespoň jedno z nich:

- 1.** Vědecká excelence na mezinárodní úrovni doložená členstvím ve výboru evropské či světové odborné společnosti a/nebo mimořádně vysokým SCI.
- 2.** Pedagogická excelence doložená mnohaletým působením na fakultě a získaným oceněním (např. Syllabova křída, ceny za pedagogickou práci či za učebnici).
- 3.** Mimořádně významná činnost mimo fakultu, která zviditelňuje fakultu pro veřejnost.

Svoje návrhy zasílejte, prosím, do 31. 8. 2019 k rukám Ing. Marty Reichlové: [marta.reichlova@lf3.cuni.cz](mailto:marta.reichlova@lf3.cuni.cz). V návrhu uveďte jméno a tituly navrženého, pracoviště, a které z výše uvedených tří kritérií splňuje a v čem konkrétně. Z došlých návrhů bude vybráno 20 osobností pro tuto monografii tak, aby reprezentovaly celou šíři činností fakulty.

Děkujeme a těšíme se na Vaše návrhy.

S přátelským pozdravem

Doc. MUDr. M. Arenbergerová, PhD., proděkanka fakulty

Prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc., děkan fakulty



**EDITORIAL . . . . .2****FACULTAS NOSTRA**

Rekordní počet prezentací na studentské vědecké konferenci (Romana Šlamberová) . . . . .	.4
Hrdinové nejen z Afghánistánu (Jan Bayram). . . . .	.16
Zdravotní péče o lidi bez domova by se měla vyučovat na fakultách, tvrdí studenti z projektu Medicinaulici (Olga Böhmová). . . . .	.18
Přednosta v nízkoprahové ordinaci (Anna Ouřadová). . . . .	.21
Medicinaulici ve vídeňské klinice Neunerhaus (Anna Ouřadová). . . . .	.26
Výuka pomocí standardizovaného pacienta aneb jak učit (nejen) komunikaci jinak (Hana Svobodová, David Marx). . . . .	.29
Není trénink jako trénink! (Barbora Mechúrová). . . . .	.33
Studentka 4. ročníku Olga Pashkovska vyhrála na mezinárodní studentské konferenci (Aleš Bartoš) . . . . .	.36
Cena Alberta Schweitzera z oblasti medicíny (Richard Rokyta). . .	.37
Stanislav Hájek – 100 let (Pavel Čech) . . . . .	.38

**MEDICÍNA**

27. květen – Mezinárodní den urgentní medicíny (Jana Šeblová) .41	
Telemedicína ušetří pacientům i lékařům čas i zbytečný stres (Jolana Boháčková). . . . .	.46
Nejasnosti v pojmu eutanázie (Michal Anděl) . . . . .	.48
Eutanazie v pohledu lékaře (Pavel Pafko). . . . .	.50
„Zapomenutý orgán“ znovu ožívá (Jolana Boháčková) . . . . .	.54
Nastávající matky mohou trpět depresemi. Vědci z NUDZ jim chtějí pomoci (Jolana Boháčková) . . . . .	.57
Žena, která necítí bolest (Richard Rokyta) . . . . .	.59

**TEXT**

Šílenství a civilizace (Andrew Scull) . . . . .	.61
---	-----

**RES PUBLICA**

Přemýšlení o Evropě, radosti i o tom, co si nesmíme nechat vzít (Jan Sokol). . . . .	.69
Kdybych byl dábel (Marek Vácha) . . . . .	.73
Greta a levnější elemka (Eva Turnová). . . . .	.74
Počasí a podnebí ve spirále (Radim Tolsaz) . . . . .	.77
Může člověk v boji proti bezpráví používat násilí? (Jeronym Boháček) . . . . .	.79

**VE FOTOGRAFIÍCH**

Na urgent! (Jindřich Štreit) . . . . .	.82
--	-----

**POST SCRIPTUM**

Tento způsob léta (Jaroslav Veis) . . . . .	.94
---	-----



# Editorial

Vážení čtenáři a čtenářky našeho časopisu,

od vydání prvního letošního čísla se událo mnoho věcí. Všichni sledujeme určitou rozpolcenost naší společnosti danou tím, že ne všichni umí sebekriticky zhodnotit své přednosti a i své chyby. Platí to jak o kritikách, tak i o obráncích, nikdo nechce ustoupit ze svých pozic, prostě ztrácíme to, čemu se říká tolerance. A tolerance je jedním ze základních atributů medicíny, medicínu nelze dělat bez tolerance. Každý lékař se denně musí rozhodovat, co ještě může tolerovat, co se týče léčby, co se týče nemoci pacienta, jak mu má sdělit diagnózu, jaký má zaujmout postoj k jeho kolegům.

Nedávno jsem se zúčastnil velmi podnětné diskuze o eutanazii a její problematice. Velice poučné, ale v podstatě obtížně řešitelné téma zejména z hlediska právního. Nakonec spočívá na lékařích, aby rozhodli, ale bylo by dobře, aby pro svá rozhodnutí měli také dokonalou právní záštitu. Takže znovu opakuji, jako již mnohokrát, že my, lékaři a i studenti medicíny musíme svoji práci vykonávat na nejvyšší možné přijatelné úrovni, která bude přijímána všemi pozitivně, a přispějeme tak k nejlepšímu životu lidí a možná dokonce i k jejich štěstí.

S radostí konstatuji, že máme v tomto čísle několik vynikajících příspěvků o studentech a jejich aktivitách a to považuji za velice cennou záležitost. Začal bych především tím, co nás šlechtí, a to jsou naši studenti, kteří soutěžili o ceny na studentské fakultní konferenci. O tom rozsáhle píše paní prof. Šlamberová, která celou akci s kolektivem zorganizovala. Myslím si, že pod vedením prof. Šlamberové začala éra velice kvalitních

studentských vědeckých konferencí a to ve všech kategoriích, od pregraduální medicíny bakalářského studia až po medicínu postgraduální. Redakční rada prof. Šlamberové za tuto aktivitu velice děkuje.

Já jsem se zúčastnil jako porotce udělování ceny Alberta Schweitzera, kde se naši dva postgraduální studenti velice dobře prezentovali. Lucie Hympánová získala třetí místo a MUDr. Kozel se umístil mezi pěti nejlepšími v závěrečném hodnocení. Ze studentských aktivit je také významná cena, kterou získala studentka 4. ročníku Olga Pashkovska na mezinárodní studentské konferenci, o níž píše doc. Bartoš. A samozřejmě je nutné připomenout také téma zdravotní péče o lidi bez domova a zajímavý a nesmírně záslužný projekt „Medicína na ulici“.

Ke studentské výchově se vztahuje článek kolegyně dr. Svobodové a proděkana dr. Marxe o výuce pomocí standardizovaného pacienta. To je výborný nápad a velmi nádherně zpracovaný. Myslím, že zvedne úroveň výuky a zejména úroveň výuky z hlediska vztahu lékaře a pacienta neobyčejně vysoko.

Ceníme se si toho, že články píší také studenti. K Anně Ouřadové, která pravidelně přispívá do časopisu Vita Nostra Revue, se tentokrát připojil také student Jan Bayram se svým článkem o práci afghánského popáleninového chirurga dr. Habiba Ur Rahman Qasima a válečné medicíně. Zajímavý je také rozhovor s mladou lékařkou dr. Rudolfovou, která spolupracuje v projektu uLékaře.cz.

Naše šéfredaktorka, paní Boháčková, píše komentář ke knize vynikajícího českého psychiatra Radkina

Honzáka „Ať žijí mikrouti“. To je téma, které dnes hýbe světovou medicínou. Ukazuje se, že tím, že jsme se hodně civilizovali, jsme si také trochu uškodili. Máme najednou všechno čisté, všechno sterilní, ale tím si vlastně škodíme, objevují se nemoci buď úplně nové, nebo v daleko vyšší míře, například Crohnova choroba byla dříve poměrně vzácná, dnes je téměř masová. Existují onemocnění, při nichž se někteří saprofyty, kteří normálně dobře spolupracují, rozmnoží natolik, že nám škodí. Třeba přemnožené

Escherichia coli, nebo Pseudomonas Aeruchinóza mohou způsobit až smrt ze sepse, která je dnes téměř nejčastějším důvodem úmrtí pacientů v nemocnicích, dokonce častější než kardiovaskulární choroby. Důležité je, že se dr. Honzák zmiňuje o všech funkcích mikrobiomu. My máme v tomto oboru vynikající vědeckou základnu, kterou tvoří především Parazitologický ústav Fakulty přírodních věd Jihočeské univerzity, který vede prof. Lukeš, jeden z našich předních experimentálních parazitologů. Mimo jiné prof. Lukeš našel živé organismy bez fotosyntézy pět tisíc metrů pod hladinou moře na severním pólu. Úžasný objev, uvidíme, co to všechno udělá s naší představou o mikroorganismech a mikrobiomu.

Z obecných článků bych zmínil vynikající článek prof. Jana Sokola o přemýšlení o Evropě s radami, co si nesmíme nechat vzít. Pojímá filozoficky výsledky voleb



do Evropského parlamentu a vůbec důsledky naší účasti v Evropě, v evropské komunitě a její budoucnost. Prof. Jan Sokol je vynikající filozof, byl prvním děkanem Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy a věřím, že díky tomuto článku si každý může ve velmi přemýšlivých myšlenkách pana prof. Sokola představit i další vývoj.

To je jen malý výčet toho, co se dozvíme v tomto vydání. Přeji příjemné čtení a rovněž příjemné léto. Odpočatí se opět setkáme na podzim.

**Richard Rokyta**  
předseda redakční rady Vita Nostra Revue



## Rekordní počet prezentací na studentské vědecké konferenci

**prof. MUDr. Romana Šlamberová, Ph.D, proděkanka pro doktorské studium a studentskou vědeckou činnost, koordinátorka SVK**

Dne 21. května se konala na 3. LF UK Studentská vědecká konference. V letošním roce naše pozvání přijal přednosta Neurochirurgické a neuroonkologické kliniky 1. LF UK a ÚVN **prof. MUDr. Vladimír Beneš, DrSc**, s přednáškou na téma **Neurochirurgie – léčba, věda, výzkum, výuka**. Druhou z přednášek, na kterou obyčejně zveme některého z našich čerstvě jmenovaných či habilitovaných pedagogů, měl **doc. MUDr. Petr Toušek, Ph.D.** z III. interní-kardiologické kliniky 3. LF UK a FNKV s názvem **Vývoj v epidemiologii a moderní léčbě akutních koronárních syndromů**.

Účastníci i diváci konference měli k dispozici i bohatý interaktivní doprovodný program organizovaný přímo studenty ve spolupráci s Anatomickým ústavem 3. LF

a Aesculap Academy. K vyzkoušení byly tři stanoviště virtuální reality, kde se zájemci mohli podívat do různých orgánů lidského těla z pohledu krvinky. Ocitli se tak přímo uprostřed srdce a mohli detailně studovat nejen jeho anatomii. Zájemci o chirurgii si mohli vyzkoušet dva laparoskopické trenažery, či chirurgické šití na umělé kůži vyrobené studenty 3. LF. Součástí doprovodného programu byl také volný přístup k *anatomage table*, na kterém mohli zájemci volně procházet anatomickými řezy lidského těla. V neposlední řadě mohli návštěvníci vyhrát ceny od Univerzity Karlovy ve vědomostních kvízích.

Prezentující studenti byli hodnoceni podle předem definovaných kritérií body od jedné do desíti, přičemž jedna je nejhorší a 10 nejlepší ohodnocení. Maximální

počet bodů od jednoho hodnotitele činil 30. Na základě sečtení bodů všech členů komise bylo stanoveno pořadí pro každou sekci zvlášť.

Ve všech sekcích získali studenti na prvním až třetím místě finanční odměnu: první místo 10 tisíc korun, druhé místo 5 tisíc korun a třetí místo 2 tisíce korun. Kromě cen určených odbornými komisemi udělil cenu v hodnotě 10 tisíc korun také děkan. Navíc vítězové obdrželi věcné dary: odborné knihy, knihu QBFFFS, propagační materiály IKEM a propagační materiály 4EU+. Další, méně formální ocenění představuje cena diváka. Všichni zúčastnění měli možnost hlasovat pro jakoukoli přednáškovou či posterovou prezentaci pomocí mobilní aplikace Best Talk, která se ukázala pro studenty jako velmi atraktivní. Vítěz zvolený diváky, stejně tak jako vylosovaný hlasující divák, získali iPad. Finanční ocenění i zajištění celé konference bylo dotováno z projektu Specifický výzkum, který se nám podařilo získat od Univerzity Karlovy.

*V letošním roce bylo přihlášeno na SVK 97 prací, které byly rozděleny do osmi kategorií – po čtyřech (bakalářská, teoretická, klinická a postgraduální) přednáškových a po čtyřech posterových sekcích.*

#### **Přednášky**

- bakalářská sekce – 9
- pregraduální teoretická sekce – 10
- pregraduální klinická sekce – 10
- postgraduální sekce – 10

#### **Postery**

- bakalářská sekce – 9
- pregraduální teoretická sekce – 11
- pregraduální klinická a bakalářská sekce – 21
- postgraduální sekce – 17

Stejně jako v předchozích letech se nám podařilo zásluhou PhDr. Martiny Hábové zajistit číslo ISBN pro náš sborník abstraktů. Chtěla bych touto cestou poděkovat všem studentům i absolventům, kteří se podíleli na organizaci konference i na jejím hladkém průběhu, jmenovitě pak MUDr. Josefu Fontanovi, Tomáši Sychrovi, Kateřině Grygarové, Radku Štefelovi, Jakubu Slezákovi a MUDr. Jakubu Fuksovi. Nicméně součástí organizačního týmu je mnoho dalších studentů, bez nichž by naše konference nebyla tak úspěšná.

#### **Vystoupení studentů letos hodnotily odborné komise ve složení:**

##### **Komise pro rozdělení příspěvků:**

*prof. Pavel Kalvach, prof. Jan Kovář, prof. Richard Rokyta*

##### **Bakalářská sekce – přednášky:**

*doc. Anna Yamamotová, doc. Alexander Martin Čelko, RNDr. Jitka Riedlová*

##### **Bakalářská sekce – postery:**

*Mgr. Hana Svobodová, Mgr. Marek Vácha, doc. Jolana Rambousková*

##### **Teoretická sekce – přednášky:**

*doc. Miloslav Franěk, PharmDr. Magdaléna Šustková, MUDr. Jana Mrzílková*

##### **Teoretická sekce – postery:**

*Mgr. Lenka Rossmeislová, doc. Jan Trnka, doc. Petr Zach*

##### **Klinická sekce – přednášky:**

*prof. Zuzana Moťovská, doc. Pavel Kraml, MUDr. Peter Ivák*

##### **Klinická sekce – postery:**

*prof. Ivana Štětkářová, doc. František Duška, prof. Lucie Bankovská-Motlová*

##### **Postgraduální sekce – přednášky:**

*prof. Eva Samcová, prof. Josef Stingl, prof. Lukáš Rob*

##### **Postgraduální sekce – postery:**

*prof. Tomáš Kozák, doc. Aleš Bartoš, prof. Ivan Rychlík*





*autoři fotografií: David Megvinet, Ivo Barabáš, Jakub Kočur*

### **Bakalářská sekce – postery**

1. *Adriana Šulíková (vedoucí práce MUDr. Diana Sádovská)*  
**Pacient léčený bisfosfonáty v péči dentální hygienistky**
2. *Markéta Klusová, DiS. (vedoucí práce doc. MUDr. Eva Gojišová)*  
**Stav chrupu a parodontu u studentů 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy**
3. *Ing. Eva Stibor (vedoucí práce doc. PhDr. Kamila Řasová, Ph.D.)*  
**Vliv vertikálního zatížení nohy v baletních špičkách na formování aker dolních končetin**

### **Bakalářská sekce – prezentace**

1. *Marie Klabanová (vedoucí práce Mgr. Petra Křížová, DiS.)*  
**Orální zdraví u seniorů**
2. *Eva Liebllová (vedoucí práce PhDr. Hana Svobodová, Ph.D.)*  
**Profylaktické podávání antibiotik u plánovaných operačních výkonů**
3. *Veronika Žejdlová (vedoucí práce PhDr. Hana Svobodová, Ph.D.)*  
**Monitoring hygieny rukou dle guidelines a doporučení WHO**

### **Teoretická sekce – prezentace**

1. *Anna Šuláková, Bára Zapletalová (vedoucí práce: MUDr. Jan Hrudka, Ph.D.)*  
**Korelace nádorového buddingu s mutací genů KRAS u kolorektálního karcinomu a prognostický význam**
1. *Jiří Pavlacký (vedoucí práce RNDr. Robert Dobrovolný Ph.D.)*  
**Optimalizace diferenciací IPSC-derivovaných kardiomyocytů pacientů s vzácnými dědičnými poruchami**
3. *Nikola Šotolová (vedoucí práce MUDr. Jan Hrudka, Ph.D.)*  
**Morfologické změny myokardu oušek srdečních síní u pacientů s fibrilací síní**

### **Teoretická sekce – postery**

1. *Mgr. Jiří Gregor (vedoucí práce doc. RNDr. Jan Konvalinka, CSc., RNDr. Milan Kožíšek, Ph.D.)*  
**Strukturní a termodynamická analýza vzniku rezistence influenza a viru k inhibitoru VX-787**
2. *Martin Klíma (vedoucí práce doc. RNDr. Ing. Petr Tůma, Ph.D.)*  
**Počítačové simulace proudění v mikrofluidních analytických technikách**
3. *Dominik Gardáš (vedoucí práce Ing. Daniela Šimčíková, RNDr. Petr Heneberg, Ph.D.)*  
**Příprava buněčných linií s přerušným genem pro hexokinasu 1 pomocí technologie CRISPR/CAS9**

### **Klinická sekce – přednášky**

1. *Jan Mizner (vedoucí práce MUDr. Karol Čurila, Ph.D.)*  
**Stimulace Hisova svazku – její úskalí a identifikace prediktorů úspěchu výkonu**
2. *Natalia Marhefková (vedoucí práce MUDr. Jan Gojda, Ph.D., doc. MUDr. Jan Trnka, Ph.D., Moustafa Gamal Eldin Mahmoud Elkalaf, M.B.B.Ch., Ph.D.)*  
**Parametre mitochondriálnej respirácie leukocytov pred a po intervencii nízkosacharidovej stravy**
3. *Bc. Dávid Nahalka, Tomáš Bartes (vedoucí práce MUDr. Alžběta Blanková, MUDr. Jiří Karásek)*  
**Problematika poranění v souvislosti s KPR**

## **Klinická sekce – postery**

1. *Tereza Pitašová, Andrea Doubková (vedoucí práce MUDr. Jiří Karásek, MUDr. Alžběta Blanková)*  
**Poranění sdružená s mechanizovanou srdeční masáží v rámci rozšířené kardiopulmonální resuscitace**
2. *Tomáš Hráček, Zuzana Kohútová, Jan Daniel Klimeš (vedoucí práce MUDr. Jan Hajer, Ph.D.)*  
**Endoscopická submucosální disekce a její role v terapii residuálních či rekurentních adenomů**
3. *Ester Trnková (vedoucí práce prof. MUDr. Robert Gürlich, CSc.)*  
**Cirkulující nádorové buňky (CTCS) adenokarcinomu pankreatu**

## **Postgraduální sekce – přednášky**

1. *MUDr. Ondřej Fabián (vedoucí práce prof. MUDr. Josef Zámečník, Ph.D., doc. MUDr. Jiří Bronsky, Ph.D.)*  
**Fekální hladiny kalprotektinu oproti tkáňovým lépe predikují komplikace u dětí s ulcerózní kolitidou**
2. *MUDr. Ludmila Verešpejová (vedoucí práce doc. MUDr. Martin Chovanec, Ph.D., doc. Ing. Jan Mareš, Ph.D., Ing. Jan Kohout)*  
**Funkce lícního nervu a chirurgie nádorů příušní žlázy**
3. *MUDr. David Šilhán (vedoucí práce doc. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D.)*  
**Vizuální škála atrofie hipokampů na magnetické rezonanci mozku pro diagnostiku Alzheimerovy nemoci**

## **Postgraduální sekce – postery**

1. *MUDr. Kateřina Trnková (vedoucí práce doc. MUDr. Martin Chovanec, Ph.D.)*  
**Hodnocení vestibulární kompenzace při využití prehabituace při chirurgii vestibulárního Schwannomu**
2. *MUDr. Pavel Látal (vedoucí práce MUDr. Martin Kloub, Ph.D.)*  
**Miniinvasivní odběr spongiózních štěpů v traumatologické indikaci–experimentální část studie**
3. *MUDr. Minh Duc Trinh (vedoucí práce doc. MUDr. Jan Polák, Ph.D.)*  
**Vliv setrvalé hypoxie na genovou expresi vápníkových kanálů v sarkoplazmatickém retikulu**

## **Cena děkana**

*Eva Lieblová (vedoucí práce PhDr. Hana Svobodová, Ph.D.)*  
**Profylaktické podávání antibiotik u plánovaných operačních výkonů**

## **Cena diváka**

*MUDr. Jakub Fuksa (vedoucí práce doc. MUDr. Martin Chovanec, Ph.D.)*  
**Klinická anatomie zvrtného nervu v chirurgii štítné žlázy**

## **Cena hlasujícího diváka**

*Oleksiy Antonov*























## Hrdinové nejen z Afghánistánu

**Jan Bayram, student 3. ročníku všeobecného lékařství**

Konflikt, který nyní probíhá v Afghánistánu, si od svého začátku vyžádal přes 200 tisíc lidských životů, další statisíce lidí při útocih utrpěly zranění. Jak vypadá práce lékaře v takových podmínkách? Přesně tomuto tématu se věnoval přednáškový cyklus na 3. lékařské fakultě **Chirurgové ve zjizvené zemi**.

Sérii přednášek zahájila **Jarmila Štuková**, několikanásobně oceněná česká fotodokumentaristka, která se svým fotoaparátem pravidelně navštěvuje Afghánistán a další země, které se potýkají s válkou. Skrze své fotografie nám přiblížila nepřehlednou situaci v Afghánistánu, popsala všední den obyvatele Kábulu a nezapomněla nás ani krátce seznámit s tamními zvyklostmi a kulturou. Souběžně s přednáškovým cyklem byla zahájena i výstava fotografií Jarmily Štukové ve vestibulu budovy děkanátu 3. lékařské fakulty. Dále budou její fotografie k vidění ve studentské kavárně Malý Eden.

Poté dostala slovo hlavní hvězda přednáškového cyklu, **dr. Habib Ur Rahman Qasim**. Zprvu pan doktor působil stydlivě, držel se dál od posluchárny plné studentů a nejspíše předčítal ze svých slidů. Popsal nám začátky své lékařské kariéry, svou cestu k popáleninové medicíně, které se věnoval jako mladý lékař tehdy ještě na oddělení všeobecné chirurgie jen s tím nejzákladnějším vybavením. Když ale ve svém vyprávění došel do roku 2014, rázem z něj opadla veškerá tréma. Byl to rok, kdy založil v kábulské dětské nemocnici úplně první centrum dětské popáleninové medicíny v Afghánistánu. S nadšením a hrdostí nám představil řadu kazuistik. Byly to děti se závažnými popáleninami, které jen díky nekonečnému úsilí týmu dr. Qasima unikly fatální sepsi nebo devastujícím jizvám, a mohou tak žít normální život.



Přestože se jedná o specializované centrum, bojuje s nedostatkem základního materiálu, financí a pracovníků. Opakovaně se stává, že musí lékař operovat bez asistence. Dr. Qasim vyprávěl i o operaci, kdy si jednou rukou přidržel a polohoval pacienta, zatímco druhou odebíral kožní štěp. Léčiva jsou v takových podmínkách pochopitelně téměř nedostupná. S bolestí jsou tak pacienti odkázáni jen na paracetamol, nebo opiáty. Rodiče pacientů jsou často nuceni si přímo kupovat zdravotnický materiál, což si někteří mohou dovolit jen díky solidaritě ostatních.

Dr. Qasim je pro mě skutečným hrdinou. Povedlo se mu ve zdevastované zemi vybudovat fungující dětskou popáleninovou kliniku, která v rámci svých možností poskytuje velice kvalitní péči. Odolal řadě nabídek svých evropských kolegů pracovat v některé z jejich klinik. Vždy dal před bezpečnějším životem v Evropě

přednost svým pacientům. Svou práci vnímá jako poslání – je na světě, aby pomáhal druhým. Za svou statečnost a za své nasazení se právem dočkal uznání. Na fasádě nemocnice mu místní nechali zhotovit portrét v nadživotní velikosti. Jeho úsilí vnímají i jeho kolegové za hranicemi Afghánistánu. V roce 2017 například získal ocenění *Zora Janžekovič Prize*, které je udělováno těm, kteří v podobně těžkých podmínkách pracují v oblasti léčby popálenin.

Afghánistán není jedinou zemí, v níž pracují lékaři v takto těžkých podmínkách. Svě o tom ví poslední přednášející cyklus, **MUDr. Jan Trachta**. Dětský chirurg, který byl již na devíti misích s *Lékaři bez hranic* v zemích jako Jemen, Sýrie, Demokratická republika Kongo nebo Haiti, se s námi podělil o pestrou paletu případů, které musel řešit v improvizovaných podmínkách nafukovací nemocnice. Nechyběly mezi nimi ani popáleniny. Bylo zajímavé slyšet srovnání, jak by takové případy řešil dr. Qasim v Kábulu nebo MUDr. Robert Zajíček, přednosta vinohradské popáleninové kliniky v Praze. Na závěr večera jsme se přesunuli do Malého Edenu, kde pro nás afghánští studenti připravili ochutnávku afghánské kuchyně a promítání filmu o *buzkaši*, afghánském národním sportu.

Věřím, že nás tento přednáškový cyklus obohatil a dovolil nám poznat i jinou stránku lékařské profese. Naučili jsme se brát jako samozřejmé, že nám na ulici nebo v našich domovech nehrozí smrtelné nebezpečí, a že nám vždy někdo poskytne tu nejlepší lékařskou péči, když ji potřebujeme. Na světě žijí miliardy lidí v zemích, kde toto samozřejmé není. Mají ale své hrdiny, o kterých se tolik nemluví, a kteří každý den riskují svůj vlastní život, aby pomáhali ostatním.



# Zdravotní péče o lidi bez domova by se měla vyučovat na fakultách, tvrdí studenti z projektu Medicinaulici

Olga Böhmová

Ordinace lékařů, které provozují organizace Naděje a Armáda spásy pomáhající lidem v nouzi, ošetří ročně až 1500 osob žijících na ulici, z toho se na zhruba čtvrtině péče podílejí medicci. Ti v rámci projektu Medicinaulici již po tři roky pomáhají lidem bez domova nejen v ambulancích a noclehárnách, ale vyhledávají také lidi na ulici a nabízejí jim zdravotní pomoc. Své služby poskytují bezplatně. Při této pomoci získávají praxi a učí se dovednosti komunikovat s pacienty v obtížné situaci, na druhé straně jsou spojícím článkem mezi lékaři a lidmi bez přístřeší, kteří velmi často nemají k autoritám důvěru. Za svou snahu nyní medicci získali od rektora Karlovy univerzity Cenu Miloslava Petruska.

Špinaví, zarostlí, opilí, leckdy prosící o pár drobných, nebo o stravenku. Takto zažil bezdomovce zřejmě každý, málokomu ale dochází, že to jsou leckdy lidé psychicky i fyzicky nemocní. Trápí je různé kožní potíže, dost často svrab, mívají bércové vředy, žaludeční bolesti, špatně se jim dýchá a také trpí infarkty.

„Infarkt daleko častěji postihuje sociálně slabší nežli manažery,“ připomněl v této souvislosti děkan 3. lékařské fakulty Petr Widímský. Jemu osobně se prý před lety líbilo, když profesor Pavel Pafko k operaci prezidenta Václava Havla řekl, že by úplně stejně operoval i bezdomovce.

Zdravotní problémy lidí bez domova nejsou podle Davida Varyše z pětičlenného jádra projektu Medicinaulici – v něm se angažují zhruba čtyři desítky studentů pražských lékařských fakult – nijak malé. „Když jim lékař předepíše medikaci, tak si pro lék kvůli doplatku velmi často ani nedojdou. Dají radši přednost tomu, že si koupí nějaké občerstvení, než aby si koupili antibiotika, která jim mohou zahojit bolest v těle,“ řekl Vartyš

s tím, že pokud si už pro medikamenty do lékárny přijdou, pak zase často nejsou schopni dodržovat termíny braní léků. „Proto léčebné výsledky u těchto osob nejsou zdaleka nejlepší,“ poznamenal.

## Nemají k autoritám důvěru, chybí jim doklady

Ani s komunikačními a sociálními dovednostmi to prý není u lidí bez domova nijak slavné. „Je to dáno tím, v jakém prostředí žijí. Nemají k autoritám důvěru, nemusí lékaře, nemusí zdravotníky, nemusí policisty a z toho vyplývají problémy. Dost často umírají na infarkty, mívají i různé chronické infekce, které jejich stav ještě ztěžují, jsou mnohdy závislí na návykových látkách, ať už jde o alkohol nebo drogy. Vše ještě komplikuje jejich nedostatečná hygiena a psychické nemoci,“ zdůraznil. Proto lékaři s těmito osobami mívají problémy a z dřívějších špatných zkušeností s nimi již dopředu trpí předsudky. Stav komplikuje ještě to, že bezdomovcům chybí doklady a nemají ani zdravotní pojištění.

„My ale vzbuzujeme naději a dáváme najevo, že nám není jedno, jak žijí, nejsme k nim lhostejní. Usilujeme o to, aby se lidé vraceli zpět do společnosti,“ řekla další členka jádra projektu Rut Habartová. „Věříme, že našim klientům přinášíme naději, důstojnost a pocit rovnosti a mnohdy teprve ve druhé řadě ošetření,“ přidala se medička Anna Ouřadová, která uvedla, že studenti spolupracují i se sestrami, sociálními pracovníky či odborníky na závislosti.

„Naše pomoc je sice primárně zaměřená na osoby na okraji společnosti se sníženým přístupem ke zdravotní péči, z nichž mnoho z nich žije skutečně bez domova, ale věnujeme se každému, kdo se k nám dostaví,“ upřesnil David Varyš a zdůraznil, že mnoho zdravotnických zařízení má málo vypracované vnitřní postupy pro případ, když se člověk bez domova k nim dostaví a vše ještě komplikuje nedostatečná spolupráce se sociálními pracovníky.

V této souvislosti přednosta Dermatovenerologické kliniky FNKV a 3. LF UK v Praze Petr Arenberger prezentoval příběh paní, která žila na ulici, v ambulanci se přišlo na to, že má velké omrzliny nohou, ale v nemocnici ji neposkytli adekvátní ošetření. Kvůli tomu, že nemohla doložit, do jakého zařízení v rámci bydliště patří. Když přišla k odborníkům podruhé, už ji museli amputovat nohy, neboť její stav již byl život ohrožující.

„Pro jejich zanedbaný vzhled a nedostatečnou hygienu je problémem jejich ošetření v běžných zdravotnických zařízeních,“ uvedl Arenberger na konto lidí bez domova. „Proto někteří z nás začali spolupracovat s pražskými charitativními organizacemi, jako je Naděje, Armáda spásy nebo ekumenické hnutí Sant’Egidio, a do této činnosti se zapojují i Medicinaulici,“ doplnil.

## **Projekt navazuje na celosvětové hnutí Street Medicine**

Projekt navazuje na iniciativu bývalé studentky 3. lékařské fakulty UK Andrey Pekárkové, která je nyní praktickou lékařkou v ordinaci pro chudé a současně se jako jediná v ČR „oboru“ věnuje. Stejně jako ona i studentský projekt Medicinaulici navazuje na celosvětové hnutí Street Medicine, které se vzniklo v průběhu devadesátých let dvacátého století v USA kolem internisty Jima Witherse.

Pekárková podle mediků ctí zásadu, že záleží na každém člověku a péči je nutné přizpůsobit jeho situaci – zdravotníci tak musí zvolit vůči bezdomovcům jiný styl komunikace a také jiný léčebný plán než u pacientů, kteří mají zázemí a mohou dodržovat pravidelný režim.

Možná není od věci připomenout, že Koncepce návrhů řešení problematiky bezdomovectví v Praze pro roky 2013 až 2020 publikovaná pražským magistrátem před sedmi lety, tvrdí, že řešení problému bezdomovectví a především otázka poskytování zdravotní péče bezdomovcům jsou v rámci ČR velmi podceňovány. „To zvyšuje rizika spojená nejen se zhoršováním a ohrožováním života bezdomovců, ale i širší populace. Terénní práce, ošetrovny a nízkoprahové ordinace hrají při poskytování zdravotní péče osobám bez přístřeší klíčovou a nezastupitelnou úlohu,“ píše se v tomto dokumentu.

## **Péči by mohla poskytovat Nemocnice Na Františku**

Pražská radní pro zdravotnictví Milena Johnová (Praha sobě) ale zdůraznila, že pražský magistrát na problematiku nezapomíná a že by v budoucnu zdravotní péči lidem v tísní mohla poskytovat především Nemocnice Na Františku, kterou hlavní město do konce června

převezme od Prahy 1. „Tato nemocnice se již nyní věnuje péči o lidi bez domova a má na to i zvláštní dotaci,“ řekla. Podobné dotace by podle ní mohly pomoci také jiným zdravotnickým zařízením.

„Velmi si vážím toho, co studenti dělají. Až z nich budou lékaři, tak bude jejich příklad významný pro ty, kteří mohou pozměnit svůj postoj k těm, co domov nemají. Důležité také je, aby lidé uvěřili, že má smysl bezdomovcům poskytovat pomoc a že za tím, proč na ulici skončili, jsou vážné důvody a že většina z nich rozhodně takto nechce žít,“ poznamenala.

Armáda spásy i Naděje ošetří srovnatelně ročně asi 1500 osob žijících na ulici. „Na naší ošetřovně se podílejí studenti z projektu Medicinaulici na 320 ošetřeních z celkového počtu 1500,“ pronesla zdravotní sestra Armády spásy Kristýna Kubíková.

## **Chtějí inspirovat studenty v dalších městech**

Studenti se střídají třikrát týdně ve vybraných terénních programech nebo ošetřovnách, v zimních měsících působí při nouzových ubytovacích zařízeních provozovaných jak Armádou spásy, tak i Nadějí. „Vše dělají dobrovolně a bezplatně. S financováním této péče je ale problém, neboť není součástí žádných sociálních služeb,“ dodala Kubíková.

Podle odhadů žije v Praze až několik tisíc lidí bez domova. „Přežívající přímo na ulici oslovujeme již dvadvacet let. Vedle jídla, teplého ošacení a rozhovoru jim nabízíme i zprostředkování lékařské pomoci a pomáháme při zajištění základního ošetření. To se ukázalo jako jeden z nejdůležitějších pilířů pomoci,“ zdůraznil v této souvislosti vedoucí terénního programu Naděje v Praze Aleš Strnad.

Medicinaulici by rádi svou prací inspirovali i studenti v dalších městech, kde jsou lékařské fakulty, tedy v Brně, Ostravě, Plzni či Olomouci. Doufají, že se do pomoci zapojí také víc lékařů a pouliční medicína se začne vyučovat jako povinně volitelný předmět.

„Snažíme se o podporu na poli vzdělávání, aby se tématika zdravotní péče o lidi bez domova dostala do oficiálního kurikula lékařských fakult na pozici spíše povinně volitelného předmětu. Druhým rokem se nám ale daří organizovat alespoň volitelný kurz s tímto názvem,“ vysvětlila k tomu medička Anna Ouřadová.

---

*Text byl publikován 1. května 2019 ve Zdravotnickém deníku.*

# Přednosta v nízkoprahové ordinaci

**Anna Ouřadová**

Když pražská pobočka charitativní organizace Naděje sdílela v únoru na své facebookové stránce fotografii a zprávu o tom, že v její ordinaci praktického lékaře nově působí také specialista na dermatovenerologii prof. MUDr. Petr Arenberger, sklídl tento příspěvek nebývalou vlnu pozitivních ohlasů. A není divu. Pokud se v českých nemocnicích nedostává lékařů, tak ve zdravotnických službách pro osoby bez domova o ně prakticky nezavadíte. Přítomnost profesora kožního lékařství v nízkoprahové ordinaci proto působí bez nadsázky jako zjevení. S přednostou dermatovenerologické kliniky FNKV jsme si povídali nejenom o kožních problémech osob bez domova a jejich trnitě cestě k lékařskému ošetření.

**Jak se zrodila spolupráce mezi vámi a ordinací Naděje U Bulhara?**

Nedaleko ordinace Naděje mám trvalé bydliště a s lidmi bez domova se tam denně setkávám jako divák. A pak i ze struktury pacientů, kteří přicházejí k nám na kliniku, mi bylo jasné, že dermatologická problematika u bezdomovců dominuje. Řekl jsem si, že je třeba s tím něco dělat a nabídnout těmto lidem nejen sociální, ale i medicínské řešení.

**Takže to byla vaše osobní iniciativa?**

Ano. Zajímalo mne, zda mají v Naději nějakého dermatologa, a když jsem tam zašel, tak mne přijali opravdu s otevřenou náručí (smích). A rozhodl jsem se, že tu a tam najdu nějaký volný čas, abych do ordinace zavítal.

**Jak často tedy v ordinaci působíte?**

Snažím se docházet na pozdní odpoledne až večer alespoň jednou za čtrnáct dní. Výjimečně, pokud jsem vytížen v terénu už jinak, například když máme akci Stan proti melanomu, tak to může být i s pauzou tří týdnů.

**Které z kožních chorob trápí osoby bez domova nejvíce?**

Primárně jsou to určité parazitární onemocnění. Těmi se musí ordinace zabývat především z epidemiologického hlediska, zvláště když se jedná o umístění v azylovém domě nebo povolení k ubytování. Závažnější problematikou jsou pak chronické rány. U lidí bez domova dominují bércové vředy především z chronické žilní insuficience, neboť jsou celé dny na nohou nebo někde na lavičce. Vředy se u nich objevují už i u mladších jedinců, často drogově závislých, nebo i v méně obvyklých lokalizacích. Ale vídám také chronické rány z popálenin, například od cigaret od kolemjdoucích, kteří jsou schopni v alkoholové anestézii provádět s bezdomovci různé věci. Chronické rány se pak často infekčně komplikují, a právě v této problematice se v Naději uplatňují především.

**Vy se tedy v rámci Naděje specializujete na tyto pacienty?**

Ano, mívám v ordinaci vždy objednanou skupinu nejsložitějších pacientů. Tým zdravotních sester Naděje je



v péči o chronické rány velmi kvalifikovaný, setkávají se s touto problematikou denně a skutečně těžkých případů vidí mnohem více, než jsme jako dermatologové zvyklí v našich ordinacích. A umí se s nimi i velmi dobře vypořádávat. Často je ale třeba učinit důležitá rozhodnutí o dalším postupu terapie nebo návrhu hospitalizace a ta vyžadují specialistu. Tady se snažím pomoci především.

### **V čem vidíte největší přínos spolupráce mezi přednostou kliniky, potažmo primářem oddělení nemocnice a nízkoprahovou ordinací?**

Z medicínského hlediska jsou důležitá právě ta medicínská rozhodnutí, ale neméně důležitá je komunikace se zdravotnickými zařízeními, kam potřebujeme konkrétního pacienta umístit. To je spíše než zdravotnický především komunikační oříšek, kdy musíte vysvětlovat, že daný pacient skutečně potřebuje vyšší stupeň ošetření nebo že jeho zdravotní problém už nelze na ulici zvládnout.

### **A daří se vám to?**

Já primárně samozřejmě nešetřím své domovské pracoviště a naše klinika je na pacienty z řad lidí bez domova skutečně zvyklá. Jiná pracoviště ale typicky vymýšlejí, že ten konkrétní člověk bez domova, který evidentně řadu let žádný domov nemá, má poslední uvedené trvalé bydliště na Praze 6, a proto má být odeslán spíše do Vojenské nemocnice než na Karlovo náměstí a tak podobně. Často také argumentují, že dnes klienta přijmout nemohou a ať si sestra z Naděje zavolá zítra, nebo ještě lépe, ať se zítra dotyčný dostaví sám. A v takových situacích je potřeba především intenzivně komunikovat a trvat na tom, aby pacienta přijali. U lidí bez domova to nefunguje jako u běžné populace a je nutné takové pacienty systémem aktivně provádět a snažit se jim trochu pootevřít dveře.

### **Někdy je to skoro nadlidský výkon...**

Vzpomínám si na příběh pacientky z konce zimy. Po jediném týdnu, kdy letos v Praze skutečně mrzlo, přišla do ordinace mladší paní. Měla vlhké boty a začervenalou kůži na obou nohou. Jevilo se to primárně jako omrzliny, a proto jsem ji poslal na řešení do nemocnice. Tam ale její stav nepovažovali za tak problematický a odeslali ji nazpět. Shodou okolností jsem ji pak viděl v ordinaci po dvou týdnech. Kůže užjevila jednoznačné známky nevratného poškození na podkladě omrzlin a docházelo k odlučování kůže od prstů až ke kotníkům. Připomínalo to silnější šedé ponožky. Pacientka měla navíc vysoké CRP, a proto jsem ji opět poslal do jiné nemocnice na chirurgii ke zvažování amputace částí obou dolních končetin. Přesto se pro ni ani v tomto stavu nenašlo místo. Za další týden se pak znovu objevila v ordinaci Naděje, tentokrát už ve velmi špatném celkovém stavu. Sestra se znovu snažila telefonicky vyřídit hospitalizaci, ale opět na ni nikde nezareagovali příznivě a doporučovali jí, ať zavolá druhý den, že se určité uvolní místo. Tou dobou ale pacientka vyžadovala již život zachraňující akutní výkon, proto mě sestra kontaktovala telefonicky, a já jsem se ještě z letadla, protože jsem právě cestoval z Prahy, snažil hospitalizaci zařídit. Nakonec jsme tedy umístění dosáhli a na chirurgii pacientce amputovali části obou nohou nad kotníky. Přežila, ale bylo to už hraniční. A podobných příběhů je víc.

### **Jako přednosta ale jistě znáte i pohled z druhé strany.**

Já ta pracoviště do jisté míry chápu. Bezdomovec na oddělení není rutinní pacient. Je třeba provést řadu úkonů navíc jako vykoupání nebo výměnu oblečení, a na jeho přítomnost mohou ostatní pacienti reagovat negativně. Ale stále je to člověk jako každý jiný a je potřeba se mu věnovat.

### **Jak velkou komplikaci pro oddělení představuje pacient bez dokladů, který bude mít patrně dluhy na pojistném?**

Pokud je dotyčný naším občanem a je schopen se nějakým způsobem identifikovat, tak pro nás žádný větší problém nepředstavuje. Pojišťovna garantuje úhradu i v případě, pokud má pacient nedoplatky na pojistném. Je ale nutné pečlivě sledovat databázi, u jaké pojišťovny je dotyčný v daném okamžiku registrován, byť třeba pojištění neplatí. Z naší zkušenosti totiž tyto skupiny obyvatel často obcházejí dealery různých pojišťoven a snaží se je, možná i za nějakou úplatu, přetáhnout ke své pojišťovně, protože si tím vydělávají na provizi z nového klienta.

### **Jak to funguje v případě cizinců?**

U cizinců je to větší problém a každý případ musíme řešit s příslušným pracovníkem nemocnice. Vymáhání úhrad ze zahraničí je poměrně složité, proto u těchto pacientů postupujeme obezřetněji, abychom nezatěžovali rozpočet zařízení. Předáváme je v nejkratším možném čase zpět do ambulantní péče, například do Naděje, nebo usilujeme o jejich návrat do země, ve které jsou pojištěni.

### **Mezi lékaři je řada příznivců amerického tržního modelu zdravotnictví. Jak se na základě osobní zkušenosti se zdravotní péčí o sociálně slabší skupiny obyvatel stavíte k otázce povinného zdravotního pojištění?**

Já si myslím, že nějaká forma povinného zdravotnického pojištění by měla fungovat. Z pohledu zdravotníka je pochopitelně americký model lepší, protože v něm dostane přiměřeně zapláceno za to, co



### **Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, FCMA**

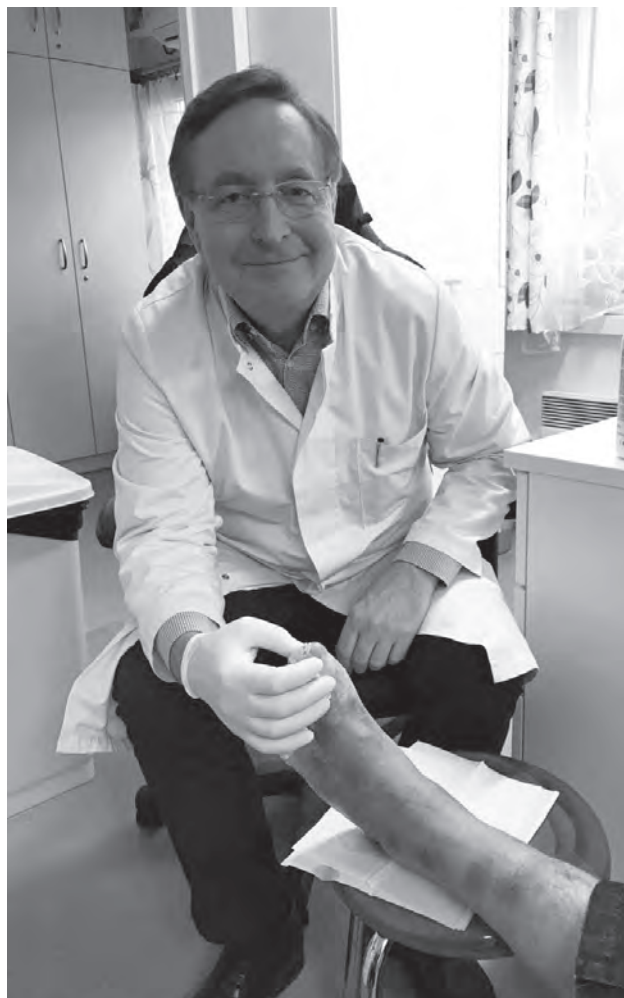
*Přednosta Dermatovenerologické kliniky Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, patří mezi nejuznávanější české a evropské dermatovenerology. Vedle dlouholetého působení na klinice Fakultní nemocnice Královské Vinohrady pracoval několik let na Dermatovenerologické klinice při Mnichovské univerzitě a na Stanford University v Kalifornii v USA. Ve své klinické praxi se věnuje především psoriáze a kožním nádorům, je rovněž zakladatelem preventivně zdravotní akce Stan proti melanomu.*

vykonává. U nás řadu zákroků, které běžně provádíme, v podstatě dotuje zdravotnický personál nižší úrovní svého platu.

Osobně jsem příznivcem německého systému, který umožňuje těm, kteří chtějí a mohou si to dovolit, přispívat do systému větší sumou peněz, s výhledem na bonus, že u nich v sobotu ráno udělá vizitu na privátním oddělení třeba přednosta kliniky nebo je třeba operuje, respektive je přítomen při jejich operaci. Ten přítom může být v dané problematice, pokud mluvíme například o chirurgických výkonech, medicínsky klidně slabší než někdo z podřízených kolegů, který danou problematiku dělá denně od rána do večera. Ale pacient má pocit, že je v nejlepší rukou, a je ochoten si za to připlatit. Protiargumentem bývá, že péče pro ostatní by pak mohla být horší, ale opak je pravda. Do systému tím totiž přiteče více peněz pro všechny, takže to nakonec vylepšuje i péči pro ostatní nemocné.

**S naší iniciativou *Medicinaulici* jsme měli možnost navštívit nízkoprahové zdravotnické centrum pro lidi bez domova vídeňské organizace Neunerhaus a jeho kapacity byly skutečně ohromující: 25 praktických lékařů zaměstnaných na částečné pracovní úvazky poskytujících ošetření v rámci ordinací nebo mobilní návštěvní služby. Přes 39 spolupracujících zubařů, kteří poskytují své služby bez nároku na odměnu. Společně garantují provoz pět dní v týdnu... Co by podle Vás motivovalo české lékaře, aby šli pracovat do zařízení, jako je Naděje?**

Nedovedu si moc představit, že bychom našli velkou skupinu zdravotníků, která to podobně jako já bude dělat úplně zadarmo. Já v Naději vypomáhám bez jakéhokoliv nároku na odměnu, protože to považuji za



něco, co je potřeba. Na druhou stranu, kdyby se do této zdravotně-sociální oblasti podařilo dostat více peněz, mohl by být podle mne o takovou práci zájem. Situace mezi dermatology je o něco složitější. V současné dermatologii můžete dělat jak perfektní medicínu, tak můžete provozovat úspěšnou estetickou komerci. Pokud se dermatolog rozhoduje, zda chodit po večerech zadarmo

do Naděje nebo do sousedního laserového estetického centra vydělávat desítky tisíc za šichtu, rozhodne se bohužel ve většině případů pro druhou variantu.

**Z veřejnosti se pak ozývá výtky, že absolventi lékařských fakult přeci slibují, jak budou „s plí přestovat nauku, kterou si osvojili a obracet ji usilovně ve prospěch lidstva, plnit všechny povinnosti, jak přísluší podle Hippokratovy přísahy rádnému lékaři, a postupovat s náležitou lidskostí vůči komukoliv.“ Tolik ze sponze absolventa.**

Myslím si, že každý lékař vnímá, že má pomáhat a jeho povolání je spojené s tímto posláním. Organizátoři zdravotnictví toho právě trochu zneužívají. Z pohledu marketingového nám tedy Hippokrates trochu zavařil. Já si troufám tvrdit, že lékaři mají kvalifikaci obdobnou jako například právníci a podle mne by mohli být i podobně hodnoceni.

Systém, ve kterém měli všichni nástupní plat 1 950 korun a špičkový plat 3 500 korun a sloužili služby za nějakou tu stovku a ještě si dali svazácký závazek, že 85 korun z toho pošlou na fond solidarity, mohl fungovat,

protože každý musel někde pracovat a nemohl odejít do zahraničí. Pokud ale otevřete dveře, tak mladí lékaři pochopitelně půjdou tam, kde se jim dostane nejen tolik skloňovaného kvalitnějšího vzdělání, ale také proto, že tam, jak už říkal Karel Marx, na reprodukci své pracovní síly dostanou čtyřnásobek toho, co u nás.

**Jak byste tedy motivoval lékaře, aby zůstávali v Česku?**

Bylo by potřeba vytvořit atraktivní pracovní podmínky, ale je to obtížné. Tak asi nezbývá než anglické heslo: vlast vás potřebuje (smích). Ale teď vážně. Určitě bych nechtěl, aby to vyznělo tak, že jednooký je mezi slepými králem, ale co se naučíte v zahraničí – a to je i můj případ – mnohem efektivněji uplatníte doma. Jednoduše řečeno, jezděte do zahraničí, ale vraťte se s nabytými znalostmi domů.

## **Charitativní organizace NADĚJE**

# \* NADĚJE

*vznikla jako jedna z prvních neziskových organizací po roce 1989. V současnosti působí na celém území republiky a poskytuje pomoc lidem v nouzi včetně lidí bez domova. Ve svém pražském Denním centru U Bulhara poskytuje osobám bez přístřeší stravu, hygienu, zprostředkování noclehu, sociální a psychologické poradenství, ale také zdravotnické služby. Ve středisku se nachází ordinace praktického lékaře, gynekologa, stomatologa, dermatologa a psychiatra.*

**[www.nadeje.cz](http://www.nadeje.cz)**



## Medicinaulici ve vídeňské klinice Neunerhaus

**Anna Ouřadová**

V návaznosti na cenu Miloslava Petruska udělovanou rektorem Karlovy univerzity jsme za projekt *Medicinaulici* přijali se spolužákem Václavem Melenovským pozvání od radní hl. m. Prahy pro oblast sociální politiky a zdravotnictví paní Mileny Johnové a společně se zástupci magistrátu jsme navštívili vídeňskou charitativní organizaci Neunerhaus a její zdravotnické centrum pro osoby bez domova. Na odjezd vlakem v 5:20 jsme si museli přivstat, ale návštěva stála opravdu za to, skoro si troufám říct: kdybych neviděla na vlastní oči, asi neuvěřím.

Herzlich willkommen in Neunerhaus! Zdravotnické centrum Neunerhaus je moderní a dobře vybavené

pracoviště, které čítá dvě ordinace praktického lékaře, ošetrovnu pro převazování chronických ran a prostorou zubní ordinaci se třemi zubařskými křesly. V současné době zaměstnává organizace přes 25 všeobecných praktických lékařů, kteří se v rámci svých částečných pracovních úvazků podílejí jak na provozu ordinace, tak poskytují mobilní návštěvní služby na různých místech ve Vídni. Provoz zubní ordinace zajišťuje více než 40 zubařů, kteří zde dokonce pracují bez nároku na odměnu! Každý zubař či zubařka participuje podle svých možností, třeba i jen na pár hodin měsíčně. Jak zubní ordinace, tak ordinace praktického lékaře přitom fungují každý



den v týdnu vždy na čtyři hodiny denně. Služby jsou zde pochopitelně poskytovány všem, tedy i osobám bez platného zdravotního pojištění, včetně cizinců.

Pokud klient potřebuje péči specialisty nebo například diagnostickou zobrazovací metodu, spolupracuje Neunerhaus se spřátelenými ambulancemi, klinikami a laboratořemi, které své služby také často poskytují klientům zadarmo. Obecně se dá říct, že ordinace a zdravotní péče o osoby bez domova zkrátka ve Vídni kvetou díky fungujícím mezilidským vztahům a vzájemné solidárnosti. Na naše naléhavé otázky typu, jak financujete to a tamto, jak sháníte doktory na to a ono, přicházela ze strany vedoucí zdravotnického centra vždy jen tatáž odpověď: s kapacitami nemáme problém, lékaři a spřízněné organizace s námi spolupracují rádi a dlouhodobě, společně vedle sebe rosteme a naše práce nám dělá radost. A tak od roku 2006, tedy od doby svého založení, provedlo zdravotnické centrum při organizaci Neunerhaus celkem 204 037 ošetření více než 17 tisíc pacientů.

V roce 2019 oslavila organizace Neunerhaus 20 let od svého založení. Jejich služby tedy měly nějaký ten čas na to, aby se dokázaly rozrůst do takových rozměrů. V pražském kontextu se pak nabízí srovnání s charitativní organizací Naděje, která v Praze jako jediná provozuje specializované ordinace pro osoby bez domova v nízkoprahovém centru u Bulhara. Naděje byla přitom založena také již v roce 1989, její současná situace ale zdaleka není tak růžová: na nabízené pracovní pozice zubních lékařů a všeobecných lékařů se prakticky nikdo nehlásí a lékařů v posledních letech více odchází, než přichází. Kvůli personálním podmínkám tak musí často měnit ordinační hodiny a aktuálně například zubní ordinace pro nedostatek zubařů vůbec neordinuje.

Vybavím-li si prostory zdravotního centra Naděje nebo třeba i ordinace zdravotní sestry Armády spásy v jejich denním centru v Tusarově ulici a porovnávám je v duchu s centrem ve Vídni, vidím jeden zásadní rozdíl: prostory zdravotnického centra Neunerhaus jsou nové, moderní, vkusné a panuje v nich (proto) příjemná atmosféra. Skutečně důstojné pracovní prostředí pro vyčerpávající práci, kterou tam dennodenně zdravotníci a sociální pracovníci odvádějí. Nikdo nepochybuje o tom, že v prostorách ordinace Naděje nebo ošetřovny Armády spásy se dělá stejně kvalitní medicína, prostředí je jen (jak už tomu v českém kontextu bývá zvykem) podstatně méně komfortní. Prostory jsou stísněné a o architektuře ani nemůže být řeč, když vezmeme v potaz, že v případě ordinace Naděje se jedná v podstatě o upravenou stavební obytnou buňku.

Neunerhaus sklízí v rámci mezinárodní odborné veřejnosti obdiv především pro své inovativní přístupy v řešení komplikované situace osob bez domova, a to nejen v oblasti zdravotní péče, ale především v oblasti sociální. A právě hlavní sídlo v Margaretenstraße, jehož součástí je i zmiňované zdravotnické centrum, přitom skvěle ilustruje unikátní komplexní přístup. Vedle zdravotní péče zde totiž najdete i kavárnu nebo veterinární ordinaci. Kavárna Neunerhaus vaří z darovaných potravin a pracují v ní jak klienti Neunerhausu, tak dobrovolníci. Rovněž za dobrovolný příspěvek tam pak na jídlo a občerstvení přicházejí nejen lidé v nouzi, ale i místní spoluobčané. Veterinární ordinace otevírá svou čekárnu každý den na dvě hodiny a všichni zvířecí miláčci, kteří se v tento čas dostaví, se dočkají ošetření. Z vlastní zkušenosti s osobami bez domova mohu potvrdit, že nemalé množství z nich si nedokáže nebo nechce z různých důvodů říct o pomoc. Někteří z nich

ale zavítají spíše na jídlo nebo vyhledají pomoc pro své zvíře a úkolem nízkoprahových sociálních pracovníků je pak právě tyto klienty v prostorách kavárny či veterinární ordinace oslovovat. Jako celá česká delegace jsme se shodli na tom, že to je opravdu ideální kombinace služeb pod jednou střechou.

Co ale podle mého názoru zásadně odlišuje vídeňské služby pro osoby bez domova od těch pražských, jsou především role města, městská politika a fungující občanská společnost. Město Vídeň má silnou tradici sociální politiky, a právě proto také dnes vlastní více než jednu třetinu všech bytů v hlavním městě a disponuje skutečně rozsáhlým bytovým fondem pro možnosti sociálního bydlení napříč všemi vídeňskými čtvrtěmi. V průběhu naší návštěvy jasně vyplynulo, že organizace Neunerhaus má veškerou podporu a úctu ze strany měst-

ta. Jejich budova s kanceláři, kavárnou a zdravotnickým centrem ani žádným způsobem netrpí špatnými sousedskými vztahy, spíš naopak. Byli to právě občané městské části 9 Wiener Gemeindebezirk, kteří se sami začali problematikou lidí bez domova v okolí Franz Joseph Bahnhof v jejich okrsku zabývat a z jejich iniciativy se zrodil Neunerhaus. Situace v Praze je o mnoho komplikovanější. Již zmíněná pražská pobočka Naděje nedaleko hlavního nádraží čelí velké nevráživosti ze strany spoluobčanů a o své místo někdy musí bojovat i se zástupci městské části nebo městskou policií. O to větší radost jsem měla z výletu stráveného společně se zástupci našeho hlavního města a jejich poradci, protože jsem skutečně měla pocit, že se zdravotně-sociální problematice na území Prahy začíná blýskat na lepší časy.





## Výuka pomocí standardizovaného pacienta aneb jak učit (nejen) komunikaci jinak

**Hana Svobodová, David Marx**

Kdyby se hudebníci učili hrát tak, jako se medicí učí odebrat anamnézu, vypadalo by to takto: Na přednášce by učitel vysvětlil teorii a mechanismus vzniku tónu a dal by studentovi za úkol nějaký tón vyloudit. Učitel by ovšem nebyl u studentova snažení přítomen, ani by finální tón neslyšel, ale byl by uspokojen studentovým popisem toho, jak vše probíhalo a jaký tón to byl.

Navzdory excesivnímu rozvoji diagnostických technologií i počítači asistovanému rozhodování zůstává v medicíně anamnestický rozhovor nedílnou a zásadní součástí vyšetření pacienta – tedy součástí hodnou kvalitní a efektivní výuky. S cílem, aby výuka anamnestického

rozhovoru neprobíhala tak, jak je popsáno v úvodu tohoto článku, pokusili jsme se v letošním roce zahájit projekt využití standardizovaných pacientů ve výuce. Vedl nás k tomu také fakt, že díky kontinuálnímu zkracování délky hospitalizace i velkému zastoupení

praktické výuky u lůžka v jednotlivých ročnících magisterského i bakalářského studia se na naší fakultě „nabídka“ pacientů vhodných pro praktickou výuku zužuje.

Již v prvním a druhém ročníku studia medicíny na 3. LF UK se ve výuce předmětu Úvod do klinické medicíny věnujeme vedle základních klinických dovedností i komunikaci s pacientem – tedy zejména vedení rozhovoru s ním. První kontakt s nemocným každý student „prožije“ již v prvním semestru, což je v kurikulu všeobecného lékařství v České republice zcela unikátní. V dalších semestrech pak rozvíjíme komunikační dovednosti společně při provádění základních činností, jako je odběr krve, zavedení kanyly, cévkování v předoperační přípravě, aplikace injekcí u pacienta s bolestí, převaz rány apod., věnujeme se komunikaci s neslyšícími lidmi a učíme studenty vést rozhovory a odebírat anamnestické údaje.

Jak se správně ptát, jak naslouchat, jak reagovat na emoce, jako jsou pláč, smutek, strach či neporozumění, to vše jsou dovednosti, které lze učit různými způsoby – pouze teoreticky, nebo hraním rolí, kdy student – kolega je v pozici pacienta anebo přímo u reálných pacientů při jejich hospitalizaci. Na 3. lékařské fakultě UK jsme zvolili jinou metodu výuky, a to přímo s pacienty z řad dobrovolníků. Pro tuto osobu je ve světě již vžitý termín „standardizovaný pacient“, což je osoba vyškolená pro představení nebo simulování reálného pacienta, rodinného příslušníka či jiné osoby. Ta pomocí připraveného scénáře případu dává studentům příležitost učit se klinickým dovednostem, umožní opakovat případ znovu a znovu konzistentním a uvěřitelným způsobem a je schopna dát okamžitou zpětnou vazbu studentům.

Na začátku projektu jsme se inspirovali na fakultě dlouhodobě realizovanou výukou komunikace s využitím studentů herectví a herců v rámci volitelného předmětu *Komunikační dovednosti v praxi lékaře* a workshopy a přednáškami v rámci konference AMEE 2018. Na řadě zahraničních fakult je tato praxe běžnou součástí pregraduální výuky, a to jak v medicíně, tak v ostatních zdravotnických oborech (v USA již téměř 40 let, v zemích západní Evropy asi 20 let). Studenti tak mají možnost vyzkoušet si příslušné dovednosti v „bezpečném“ a klidném prostředí, umožňuje jim to chybovat bez strachu z frustrace pacientů i sebe sama. Zařazení výukové jednotky se standardizovaným pacientem se nabízí hned na začátku studia, kdy student nemá ještě mnoho zkušeností se zdravotnickým prostředím a jakýkoliv kontakt s nemocným je pro něj oživující a motivující pro další studium.

Standardizovaný pacient ve výuce je nejlépe „využit“ při odběru anamnestických dat, což se nám letos poprvé podařilo zrealizovat v letním semestru tohoto akademického roku. Předcházela tomu ovšem téměř roční příprava. Vymyslet strukturu, scénáře a logistickou část výuky bylo představitelné, ale nejtěžší a nejdůležitější částí bylo získat pro spolupráci dobrovolníky – pacienty, kteří by byli ochotni pravidelně docházet do výuky a hrát několikrát přidělenou roli. Po oslovení různých dobrovolnických center a ambulancí se nám podařilo získat naše studenty Univerzity třetího věku, které bylo potřeba na „herecké“ role připravit. Velkou pomocí byla přítomnost Mgr. Andrey Daňkové (herečky, která se již druhým rokem podílí na výuce v uvedeném volitelném předmětu). Pomocí zpětné vazby korigovala projevy pacientů, zvláště s emočním nábojem a sama i několikrát brilantně roli pacientky sehrála. V anglické paralelce

sehráli roli pacienta jen někteří dobrovolníci, vypomohl herecký kolega Andrey Daňkové a hlavně studenti vyšších ročníků. Zahraniční studenti by uvítali takové praktikum i v českém jazyce. Pro nás je to další výzva, jak zapracovat na integraci výuky jazyka a obsahu obou předmětů spolu s Ústavem jazyků tak, aby studenti anglického kurikula byli dobře připraveni na kontakt s českými pacienty.

Praktické výuce předcházela přednáška o struktuře anamnézy, v níž jsme formou krátkých scének studentům ukázali vybrané správné i nepsrávné postupy při získávání informací. Vytvořili jsme několik scénářů situovaných do ordinace praktického lékaře, kam pacient

přichází se svými obtížemi. Protože významnou částí této formy výuky je zpětná vazba, a to jak studentům, tak hrajícím pacientům, bylo potřeba kromě hodnotícího listu připravit i studenty pátého a šestého ročníku medicíny, kteří skvěle sehráli funkci hodnotitelů a s anamnézou již mají zkušenosti, a instruovat je, jaká bude jejich role. A nakonec logistika – během jednoho měsíce téměř každý den studenti druhého ročníku potkali „svého“ pacienta, získali anamnestická data i zpětnou vazbu od kolegů i od pacientů.

Studenti druhého ročníku si tento způsob výuky velmi užili a ocenili možnost vyzkoušet si rozhovor s pacientem tzv. „na nečisto“. Přínosná pro ně byla





konfrontace s nečekanými emocemi pacientů a možnost učit se je zvládnout a adekvátně na ně reagovat. Reflexe studentů jednoznačně ukázala, že je to správná cesta. Ocenili možnost vyzkoušet si formou zážitku pracovat s lidmi, reagovat na nečekané emoce. „Bylo to více skutečné, opravdu reálné, výborná zkušenost, úplně jsem zapomínal na ostatní; motivuje mě to k preciznějšímu výkonu; ocenili bychom, kdybychom si rozhovor mohli vyzkoušet ještě jednou a měli šanci jej vylepšit; bála jsem se ptát na intimní oblasti, jako je gynekologická anamnéza, vyprazdňování...; zpětná vazba od staršího kolegy byl výborný nápad,“ jsou některé výpovědi studentů po výuce. Pro nás, vyučující, je tento projekt startovní čarou pro další možnosti, které se prací se standardizovanými pacienty otevírají.

Studenti medicíny a zdravotnických oborů získávají během studia znalosti a dovednosti z mnoha oborů, včetně dovedností komunikačních a vyšetřovacích. Se standardizovaným pacientem se nabízí velký prostor rozvíjet tyto dovednosti krok za krokem, nejen v získání anamnézy, ale i v edukaci, fyzikálním vyšetření, konzultování a léčbě. Trénink těchto kompetencí pomocí interakce v klidném prostředí pomáhá studentům osvojit si dovednosti a postoje nutné k získání jistoty v budoucí profesi lékaře či sestry. Naším cílem byla a je kvalitní příprava na komunikaci s reálnými pacienty se skutečnou bolestí, strachem a utrpením.

Naši další metou je oslovit více potenciálních pacientů pro hraní rolí (děti, muže, střední věkovou kategorií), budeme s nimi pracovat spolu s hereckým profesionálem, vytvářet scénáře podle skutečných situací od snadných ke složitějším a připravovat studenty na reálné a odpovědné získání anamnestických dat ve více než jednom praktiku. Vidíme v této formě výuky velký

potenciál pro získání základních dovedností, přičemž připravíme studenty na reálné situace s pacienty, kteří jsou částí v hektickém nemocničním prostředí (zvláště ve fakultních nemocnicích) vystavováni takovýmto situacím několikrát během dne. Další modalitou je možnost hybridní simulace, což je spojení rozhovoru se standardizovaným pacientem a provedení vyšetření či procedury na modelu, např. odběr krve, katetrizace močového měcháře či převaz rány. Tato extenze by byla skvělou příležitostí pro ověření získaných dovedností, tzv. forma OSCE (Objective Structured Clinical Examination). Je také představitelné zařazení takovýchto prvků do výuky i u ne-lékařských oborů – odběr anamnestických dat provádějí i sestry a fyzioterapeuti. A dalším moderním přístupem, který se u nás na fakultě nabízí, je zavedení prvků interprofesního učení, tedy učit studenty komunikaci společně při různých modelových situacích, což je základ budoucí týmové spolupráce.

Studenti medicíny částečně čelí nedostatku klinických zkušeností s reálnými pacienty. Pomocí učení skrze realistické scénáře s dobrovolníky v rolích pacientů mohou zlepšovat své zkušenosti a fakulta může sledovat, jak jsou schopni využívat prakticky získané vědomosti v praxi.

### **Prevence onemocnění spalničkami při klinické výuce**

*3. lékařská fakulta se rozhodla jako první v České republice reagovat na zhoršující se epidemiologickou situaci u onemocnění spalničkami. Protože je nutné zapojovat studenty všech ročníků studia medicíny do klinické výuky, fakulta od října 2019 podmiňuje zápis do jednotlivých ročníků předložením výsledku vyšetření hladiny protilátek proti spalničkám.*

# Není trénink jako trénink!

**Barbora Mechúrová, studentka 5. ročníku všeobecného lékařství**

Při slově „trénink“ se mnoha lidem jako první asociace vybaví odpoledne strávené v posilovně, v bazéně či na fotbalovém hřišti, zlepšování fyzické kondice a spousta spálených kalorií. V mém slovníku však „trénink“ představuje interaktivní workshop, jehož podstatou je vytvoření jedinečného prostoru pro učení, který je pro účastníky užitečným, rozvojovým a naplňujícím.

Rozhodně tedy nejde o „pocení“ informací nad učebnicí, každodenní formální vzdělávání či naslouchání výkladu při frontální výuce, s níž se setkáváme od okamžiku, kdy poprvé zasedneme ve školních lavicích, až po den, kdy uděláme poslední státní zkoušku. Tréninky představují formu neformálního vzdělávání, která není o pouhém získávání informací, ale o komplexním rozvoji znalostí, dovedností, kompetencí, získávání nových způsobů uvažování, rozvoji sebe sama, své osobnosti a odkrývání vlastního potenciálu.

Již třetím rokem se podílím na organizaci a vedení tréninků na pestrá témata měkkých dovedností a osobního rozvoje. Jako *Training Director* IFMSA (*International Federation of Medical Students' Associations*) jsem zodpovědná za organizaci workshopů, tréninkových víkendových akcí a školení nových trenérů pro všechny lékařské fakulty v České republice. Mezi naše stěžejní akce patří tradiční říjnový *Open Weekend*, březnový *Training Weekend*, kurzy pro získání trenérské certifikace *Training New Trainers* či projekt *Open Trainings*, který v současné době probíhá na 2. lékařské fakultě, na lékařské fakultě v Brně a v Hradci Králové. Za jeden

z největších úspěchů považuji celodenní konferenci zaměřenou na neformální vzdělávání s názvem *Training day: „Čas růst“*, která se konala 1. prosince 2018 u nás doma, na 3. lékařské fakultě. Více než 100 studentů z pěti lékařských fakult mělo možnost zvolit si z 10 unikátních workshopů a zúčastnit se tří přednášek pod vedením vzácných hostů – doc. PhDr. MUDr. Mgr. Radvana Bahbouha, Ph.D., Matěje Krejčího a PhDr. Miroslava Světláka, Ph.D.

Během tréninků dostávají účastníci příležitost zamyslet se, co již o tématu vědí, co by se chtěli dozvědět, mají příležitost sdílet své znalosti a zkušenosti s ostatními účastníky workshopu, nové informace propojují s informacemi dříve nabytými, a to vše velmi interaktivním způsobem. Mezi nejoblíbenější z nabízených témat patří komunikace, public speaking a prezentační dovednosti, time-management, conflict management, umění dávat a přijímat zpětnou vazbu, motivace a sebemotivace, emoční inteligence, stress management a prevence syndromu vyhoření, mindfulness a mnohé další.

Tréninky jsou plné skupinových diskuzí a otázek, které otevírají účastníkům nové oblasti k zamyšlení a odkrývají neotřelé pohledy na danou problematiku. Jejich součástí je také mnoho aktivit, her a praktických cvičení, díky nimž se mohou účastníci aktivně podílet na vlastním procesu učení a okamžitě převést teoretické znalosti do praxe. Osobu trenéra/lektora proto považují spíše za průvodce vzdělávacím procesem, nežli

učitele či přednášejícího. Celý trénink je navíc přizpůsoben motivacím účastníků, aktivně se ptáme po jejich potřebách a očekáváních, získáváme zpětnou vazbu pro ověření, že byly naplněny, ale především se snažíme, aby účastníci odcházeli s úsměvem na tváři a pocitem smysluplně stráveného času.

Pro mě osobně jsou navíc tréninky velkou životní vášní, prostorem pro seberealizaci a aktivitou, která vyplňuje valnou většinu mého volného času. Tréninky vnímám jako příležitost k setkávání se s inspirativními lidmi a nevšední možnost provázet druhé na cestě jejich vzdělávání a růstu.

V dnešní době, kdy je stále více kladen důraz na partnerský vztah mezi lékaři a pacienty, jejich vzá-

jemnou komunikaci, přístup zdravotníků a rozvoj všestranných profesních kompetencí, považuji tréninky za formu vzdělávání, která má ve zdravotnictví jedinečný potenciál k využití. Nejen lékař potřebuje dovednost efektivní a symetrické komunikace s pacienty, ale též se svými kolegy a spolupracovníky. Dennodenně jsme nuceni řešit problematické či konfliktní situace, prezentovat průběh léčby našich pacientů či přednášet před studenty nebo kolegy, ať už u zkoušky, v nemocnici nebo na vědeckém kongresu. Ze strany pacientů jsou stále více kladeny důrazy na empatický přístup lékařů, jejich aktivní naslouchání a vytvoření bezpečného prostředí pro vzájemné porozumění, soucit a laskavost. V neposlední řadě je důležité pečovat o vlastní fyzické



zdraví a duševní pohodu, věnovat čas sobě samým, vnímat své vlastní potřeby i limity.

Měkké dovednosti proto považují za důležité pro úspěch nejen v profesním, ale též v osobním životě, přese všechno však rozvoj těchto dovedností nebývá součástí formální výuky. Často jsou považovány za samozřejmost, kterou není nutno vyučovat, mnohdy jsou upozadovány či podceňovány. Nejen z tohoto důvodu mě těší, že 3. lékařská fakulta se může pyšnit tím, že nabízí svým studentům největší časovou dotaci výuky lékařské komunikace ze všech lékařských fakult v České republice, ať už ve formě volitelných kurzů či povinné výuky v pátém ročníku. Pevně věřím, že podobných předmětů bude v budoucnu přibývat! Zájemce, kteří by

měli chuť rozvíjet i další oblasti měkkých dovedností, rádi přivítáme mezi účastníky našich tréninků nebo na trenérských kurzech (*více informací o našich trénincích naleznete na FB stránce Training Division IFMSA CZ*).

Ne nadarmo se říká, že lékařská profese není řemeslo, nýbrž umění, a jsem přesvědčena, že kultivování měkkých dovedností je jednou z pomyslných „třešniček na dortu“, které nám v kombinaci s teoretickými znalostmi a praktickými dovednostmi mohou pomoci být skutečně výjimečnými, kompetentními, ale též lidskými a vnímavými lékaři.





# Studentka 4. ročníku Olga Pashkovska vyhrála na mezinárodní studentské konferenci

Aleš Bartoš

Ve dnech 2. až 5. dubna se v ukrajinském městě Černivci konal 6. ročník mezinárodní lékařské a lékárnické konference studentů a mladých vědců. Letošní ročník tohoto velkého setkání přilákal 1580 účastníků s 852 abstrakty ze 32 zemí.

Studentka 3. LF UK Olga Pashkovska se na tuto konferenci chtěla vydat, ale pro kolizi s výukovými povinnostmi málem nemohla odjet. Nevzdala to, nakonec vše dobře dopadlo a na vlastní náklady odcestovala prezentovat výzkum, na kterém se podílí společně s neurologem MUDr. Davidem Šilhánem z 3. LF UK a FNKV. Jejich práci vede společný školitel doc. MUDr. Aleš Bartoš, PhD., z Neurologické kliniky 3. LF UK.

Všichni společně vyvíjejí jednoduchý škálovací systém, jak snadno zhodnotit zrakem parietální atrofii na magnetické rezonanci mozku (MR) u neurodegenerativních onemocnění, zejména Alzheimerovy nemoci. Tato metoda se nazývá *Parietal Atrophy Score (PAS)*. Aby byl tento systém univerzálně použitelný, bylo potřeba zhodnotit sadu 25 MR mozků více hodnotiteli. Kromě autora škály dr. Davida Šilhána se toho ujala jak studentka Olga Pashkovska prakticky bez zkušeností s MR hodnocením, tak zkušená anatomka MUDr. Jana Mrzilková, PhD., z Anatomického ústavu 3. LF UK. K velkému překvapení všech spolupracovníků vizuální škála vykazuje velkou shodu hodnotitelů ( $kapa = 0,7-0,8$ ). Studentka Olga Pashkovska prokázala talent, když dosáhla stejných výsledků jako anatomka.

Na konferenci v Černivci odvážně vystoupila právě s tématem spolehlivosti škály PAS s názvem „*The Parietal*

*Atrophy Score (PAS) on Brain Magnetic Resonance Imaging Is a Reliable Visual Scale*“. Téma vyvolalo bohatou diskusi. Vzbudilo velkou pozornost i u londýnského profesora z předsednictva sekce. Olga se obávala jeho zvědavých otázek, ale namísto toho od něj přišla pochvala.

Nakonec byla studentka Olga Pashkovska v silné konkurenci vyznamenána první cenou. Zdá se, že její ocenění je zasloužené za dobře strukturované a sebevědomě přednesené téma. Práce již byla odeslána do impaktovaného časopisu. Přejeme si, aby Olga zůstala stále tak zvědavá, pilná a aktivní jako doposud, a aby dosáhla dalších úspěchů ve vědě a neurologii, což je její životní plán.





# Cena Alberta Schweitzera z oblasti medicíny

## Richard Rokyta

**V sobotu 18. května se konalo finále soutěže o Cenu Alberta Schweitzera v Motole na 2. lékařské fakultě. Zúčastnilo se devět studentů z lékařských fakult. Předem předložili své publikace a teze a přednesli desetiminutový přehled o své práci. Pak následovala desetiminutová diskuze s členy jury.**

Diskuze byla stejně jako úroveň všech prací velice dobrá. Bohužel již několik let celá soutěž, která původně začínala ve francouzštině, probíhá v angličtině. Po skončení jednání, které trvalo přes čtyři hodiny, následovalo hodinové zasedání jury. Ta nejprve hlasovala o nejlepších studentech – vybrala pět studentů a z nich tajným hlasováním pak studenty na první tři místa, která jsou odměňována.

1. místo obsadil student Lukáš Plachý z 2. lékařské fakulty UK, na 2. místě se umístil Jan Novák z Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně a na 3. místě Lucie Hympánová z 3. lékařské fakulty UK. První cena je odměněna 75 tisíci korunami a dvouměsíční placenou stáží ve Francii, 2. student získá 60 tisíc korun a měsíční stáž ve Francii a 3. cena je odměna 50 tisíci korunami.

Z 3. LF UK se zúčastnili dva studenti – MUDr. Kozel, který se se svou výbornou přednáškou dostal mezi pět nejlépe hodnocených studentů a potom kolegyně

*Zúčastnilo se devět studentů: z 1. LF dva studenti, z 3. LF dva studenti, z Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně dva studenti, z Lékařské fakulty UK v Plzni dva studenti, z 2. LF dva studenti, z Lékařské fakulty Palackého univerzity v Olomouci jeden student a jedna studentka z diabetického centra v IKEM.*

Hympánová, která se umístila na 3. místě. Rozdíly mezi jednotlivými studenty byly velice malé a hlasování tak bylo velice těsné.

V letošním roce se soutěže účastnili pouze studenti doktorského studia, na rozdíl od minulých let, kdy soutěžili i studenti pregraduální. Naše studentka Lucie Hympánová byla zajímavá i tím, že měla *cotuelle*, tj. doktorát pod dvojím vedením, u nás a v Belgii. Přimlouval bych se, aby se soutěže účastnili i studenti pregraduální, jejich prezentace na studentských vědeckých konferencích bývají také na velmi dobré úrovni a mohou navíc získat nové vědecké zkušenosti.

### **Cenu Alberta Schweitzera posuzovala komise ve složení:**

*doc. Martin Vokurka, CSc., z 1. LF UK*

*prof. MUDr. Jan Filipovský, CSc., z LF UK v Plzni*

*prof. MUDr. Richard Škába, CSc., z 2. LF UK*

*prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc., z 3. LF UK*

*doc. MUDr. Julie Bienertová-Vašků, PhD., z Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně*

*doc. MUDr. Martin Modrianský z Univerzity Palackého v Olomouci*

*Prezidentem jury byl prof. Arnold Munnich a reprezentant francouzské ambasády Mathieu Wellhoff.*

# Stanislav HÁJEK – 100 let

Pavel Čech

Druhorozený syn profesora soudního lékařství Františka Hájka se narodil 5. listopadu 1919 v Praze, kde také roku 1938 maturoval na gymnáziu a ve stínu mnichovské dohody začal studovat na Lékařské fakultě české Karlovy univerzity. Během jeho prvního ročníku skončila druhá Československá republika a okupací její západní části wehrmachtem 15. března 1939 začal Protektorát Čechy a Morava.

Do druhého ročníku medicíny vstoupil Stanislav jako syn děkana lékařské fakulty, krátce nato však přišel 17. listopad 1939 se zavražděním devíti studentských předáků, zavřením českých vysokých škol a odvečením 1 200 studentů včetně mladého Hájka do koncentračního tábora Sachsenhausen.

Po propuštění byl Stanislav pracovníčně nasazen a poslední rok Protektorátu prožil jako zřízenec patologie Vinohradské nemocnice u statečného dobrodince studentů docenta Josefa Stolze.

Po válce studium medicíny dokončil. Po promoci roku 1947 a vojenské prezenční službě si vybral obor rentgenologie, mohl se mu však věnovat jen velmi krátce, neboť mu bylo přidělen otcův obor. Od roku 1948 pracoval jako odborný asistent v plzeňském Ústavu soudního lékařství, jehož přednostou byl docent Jaroslav Jerie (tehdy Hájek publikoval svou prvotinu *Nemoc Nicolas-Favreova (lymphogranuloma inguinale) s hlediska zákona*



*o boji proti pohlavním chorobám, další práci Kdy je zapomenutí cizího předmětu při operaci v dutině břišní trestné? a jednu společně s otcem Nástin příčin automobilových nehod a možnosti jejich prevence.*

Roku 1952 nastoupil jako odborný asistent u zkladatele Ústavu soudního lékařství ve Vinohradské nemocnici profesora Edwarda Knoblocha; tu zpracoval heslo pro Encyklopedii praktického lékaře (*Hlad – smrt. Enc Prakt Lék, díl 8. Praha 1954: 337–338*) a začal se věnovat problematice fetálního hemoglobinu jako jednoho ze svých hlavních životních témat (*Soudně lékařská diagnostika novorozenecké krve, Význam fetálního hemoglobinu pro zjišťování stáří kojenců*). Pro posluchače stomatologického směru napsal učebnici svého oboru (*Soudní lékařství pro studující stomatologie*). Po Knoblochově náhlé smrti roku 1957 se stal přednostou ústavu. Vydal další učební text (*Praktikum ze soudního lékařství*). Roku 1961 se prací o fetálním hemoglobinu habilitoval.

Od roku 1963 intenzivně studoval popáleninovou chorobu (*Disorders of thermoregulation in burns, Analysis of 147 fetal thermic injuries, Studie o chemické povaze popáleninového antigenu, Imunofluorescentní průkaz stafylokokových protilátek v sérech rekonvalescentů po popáleninové chorobě*). Napsal další učebnici oboru (*Základy soudního lékařství*). Roku 1968 byl jmenován profesorem soudního lékařství.

Řadu prací věnoval popáleninám v 70. letech (*Death causes after burns, Values of LA50 in Patients with Burns of Various Age Groups, Fatal thermic accidents in old people, Vliv intenzivní péče na prognózu popáleninové choroby, Rozbor příčin smrtelných úrazů popálením*).

Tehdy začal publikovat řádku prací s problematikou traumatologie (*Smrtící dopravní úrazy u chodců, Vraždy dětí*), završenou průkopnickou monografií (*Trauma v soudně lékařské praxi*). Roku 1886 odešel do důchodu, načež pokračoval jako profesor konzultant. Napsal učebnici oboru pro studenty své fakulty (*Soudní lékařství pro posluchače lékařské fakulty hygienické*). Traumatologická monografie vyšla roku 1996 v rozšířeném vydání (*Příčiny, mechanismus a hodnocení poranění v lékařské praxi*). Poslední publikaci věnoval forenzní psychologii (*Psychologie v právu: úvod do forenzní psychologie*).

Čestný člen Československé soudně lékařské společnosti JEP, titulární člen *Academiae Internationalis medicinae legalis et medicinae socialis*, člen korespondent *Polskiego Towarzystwa medycyny sądowej i kryminologii*, nositel bronzové medaile Karlovy univerzity zemřel 9. listopadu 2007 ve věku 88 let.

## Gratulujeme jubilantům narozeným v květnu, červnu, červenci a srpnu!

### 75 let

**MUDr. Pavel Čech**

lékař a historik, vedoucí Kabinetu dějin lékařství 3. LF UK

**Doc. MUDr. Jan Měšťák, CSc.**

přednosta Kliniky plastické chirurgie 1. lékařské fakulty UK a Nemocnice Na Bulovce a její zakladatel, více než 20 let působil na Klinice plastické chirurgie 3. LF UK a FNKV, kde také habilitoval

### 70 let

**Doc. MUDr. Marek Bednář, CSc.**

zástupce přednosty a docent Ústavu laboratorní diagnostiky 3. LF UK a FNKV

**Prof. MUDr. Jan Pacht, CSc.**

profesor a emeritní přednosta Kliniky anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a FNKV

### 65 let

**Prof. MUDr. Ladislav Machala, PhD.**

vedoucí AIDS centra a profesor Kliniky infekčních nemocí 3. LF UK a Nemocnice Na Bulovce

**MUDr. Libuše Mardešičová**

Dermatovenerologická klinika 3. LF UK a FNKV

### 60 let

**MUDr. Zina Hánová**

Klinika otorinolaryngologická 3. LF UK a FNKV

**Doc. MUDr. Jolana Rambousková, CSc.**

docentka Ústavu hygieny 3. LF UK

# MEDICINA





# 27. květen – Mezinárodní den urgentní medicíny

Jana Šeblová

## Co je vlastně urgentní medicína a proč má mít svůj den?

Kdybych začala od konce otázky v podtitulku, má dnes svůj den kdejaká lidská aktivita, a tudíž není důvod, aby si urgentní medicína jeden z 365 dnů v roce nezabrala pro sebe. Je to ale vše?

Den urgentní medicíny (Emergency Medicine Day) byl vyhlášen teprve vloni z iniciativy Evropské společnosti urgentní medicíny (EUSEM) a loňské motto znělo: „Kompetence je ten rozdíl.“ Myšleno kompetence profesionálů, kteří jsou vycvičeni k řešení celého spektra všech myslitelných obtíží pacientů, od novorozenců po křehké seniory a umírající, pro diferenciální diagnostiku všech možných (a často i nemožných) kombinací příznaků pacientů, od léčení zástavy oběhu a závažných úrazů až po tišení bolestí duše. Profesionál oboru urgentní medicína musí být především dobrý diagnostik a znát něco od každého oboru medicíny a též zdatný manažer, který řeší kolizní situace na urgentním příjmu („zase máme jen x lůžek a ve frontě čeká x + 2, 3 a více sanitek“). Musí být ale schopen komunikovat s kýmkoliv, od plačícího dítěte po seniora s demencí, s cizinci, mluvícími všemi možnými jazyky (cedule EMERGENCY je záchytným bodem ve zdravotnických zařízeních celého světa) a se všemi vrstvami společnosti. Například odebírání anamnézy ve věznicích, od autistických dětí či od hluchoněmých pacientů je opravdovou univerzitou propedeutiky. Lékař se též nesmí ne-

chat odbýt obligátním „nemáme místo“, pokud předává pacienta do další péče, a medicínskými argumenty musí kolegu udolat, je-li hospitalizace indikovaná. Nesmí se však bát propustit pacienta, je-li možné stav zvládnout v domácí péči. Vždy a za každých okolností však musí být obhájcem zranitelných skupin populace a postupovat tak, aby byla zachována především bezpečnost pacientů v systému zdravotnictví.

Letošní heslo kampaně znělo: „Bojujme společně za univerzální právo na zdraví,“ s podtitulkem „Šance zůstat naživu“. Je to trochu bombastické, že? Avšak pravdivé: je prokázáno, jak v klinických výsledcích, tak i v ekonomických datech, že neodkladná péče poskytovaná vycvičenými profesionály a v **organizovaném systému urgentní péče** má výrazně lepší výsledky, než péče atomizovaná do jednotlivých příjmových ambulancí. Těmi bývá pacient posunován sem a tam, aniž by se rychle reagovalo na potenciálně invalidizující nebo dokonce smrtící stavy. Ne z každého pacienta, který je ohrožen na životě či zdraví, stříká krev. Stavy jako sepse, srdeční dekompenzace, progresivní chronické dušnosti, disekce aneurysmatu aorty či plicní embolie (vybráno namátkou) se dokáží manifestovat velmi nenápadně a jejich mortalita zůstává i v 21. století nepřijatelně vysoká.

Krátké promo video ke Dni urgentní medicíny se letos soustředilo na tři závažné stavy, kde se počítá každá minuta: akutní cévní mozkovou příhodu, bolesti



na hrudi a akutní koronární syndrom a na závažný úraz. Zde má opravdu nejvyšší naději ten pacient, který se obrátí na fungující záchraný řetězec, je zdravotnickou záchranou službou po avízu dopraven na správné místo, kde mu další již připravený tým poskytne léčbu s potenciálem snížit trvalé následky nebo jim dokonce zamezit. Například šance pacientů s iktem se za posledních 30 let nesmírně dramaticky zlepšily – tam, kde se dříve pasivně čekalo, jak se celý stav vyvine a co ještě pacient/ka zvládne zlepšit následnou rehabilitací, odcházejí dnes díky systému a centrové péči lidé domů prakticky bez postižení a se stejnou kvalitou života, jako měli před cévní mozkovou příhodou. Cesta k dnešním nadějím však nespada z nebe zásahem shůry – vedla přes organizaci, vzdělávání, vznik a audity center a nekončící osvětu veřejnosti. V zemích, kde organizovaný systém či urgentní medicína neexistují, se této časově limitované rekanalizační léčby dostane podstatně nižšímu procentu postižených.

Den urgentní medicíny je tedy aktivita, která spojuje zdravotníky a jejich pacienty ve snaze upozornit na význam oboru, organizovaného systému přednemocniční

i časné nemocniční neodkladné péče a vzdělávání. Výstupy tedy míří k novinářům, kteří by měli mít na starosti osvětu veřejnosti a přetlumočení odborných informací srozumitelným způsobem, a k politikům, k jejichž úloze patří řešení problémů občanů, a to včetně organizace zdravotní péče.

## Mezinárodní akce v rámci EM Day

Několik čísel: v Evropě navštíví urgentní příjem každoročně 157 miliónu občanů, což je třetina evropské populace. 430 tisíc občanů Evropy denně přichází na evropské urgentní příjmy, pět pacientů každou vteřinu. A právě urgentní příjem by měl být prvním kontaktem v případě náhlých obtíží všeho druhu. Ony tři „vlajkové lodě“ letošní kampaně jsou, jak je uvedeno výše, akutní cévní mozková příhoda (v Evropě milión pacientů/rok), bolesti na hrudi (7,6 miliónu pacientů) a úrazy, které tvoří 22 procent příchozích či přivážených (35 miliónů poranění všech stupňů závažnosti).

Do oslav se zapojily téměř všechny země Evropy včetně Turecka, a z dalších zemí například Indie, Pákistán, Tunisko, Kongo, Ekvádor, Omán či Mexi-





ko. Účastnili se nejen zdravotníci, ale i občané, školy a různé instituce, kampaň běžela i na sociálních sítích. Pokud by vás spektrum akcí zajímalo blíže, najdete je na [emergencymedicine-day.org/](http://emergencymedicine-day.org/). Jsou zde zveřejněny také osobní příběhy spojené s urgentní medicínou – pomáhajících i jejich pacientů. Neboť příběh je to, co je univerzálně srozumitelné v záplavě informací, potřeba příběhu v nás zůstává od počátku věků, od dob pověstí a mýtů až po dnešek.

### České příspěvky k oslavám

Pokud jsem minulý odstavec začínala čísly, tak z českého rybníčka: systém urgentní péče využije každoročně asi 1,5 milionu pacientů, šestina obyvatel České republiky. Překvapivé? Pro nás, co urgentní medicínu provozujeme, nikoliv. Počty se zvyšující se nabídkou

stoupají a za nárůstem pacientů je i prostý fakt, že v odpoledních či nočních hodinách se občané v podstatě nemají kam obrátit. To, že neošetříme onu evropskou třetinu populace, je kvůli tomu, že urgentních příjmů je zatím po republice zhruba 20. Pokud Ministerstvo zdravotnictví ČR dostojí svým slibům a plánům a bude skutečně vybudováno 84 oddělení tohoto typu, při mentalitě českého pacienta, uvyklého na plošnou i časovou dostupnost zdravotní péče, jistě na evropská procenta hravě dosáhneme. Samostatným oborem je u nás urgentní medicína už 21 let, byli jsme tehdy teprve sedmou zemí v Evropě, která tuto specializaci uznala. Přesto s urgentní medicínou část lékařů nemá bezprostřední zkušenost a neumí si ji „žánrově“ zařadit. Informovanost jak odborné, tak i obecné veřejnosti má tedy velký smysl i u nás.

Ke Dni urgentní medicíny se připojily čtyři české aktivity. Jednak to byl jednodenní Kazuistický seminář 23. května ve FN Motol, organizovaný Oddělením urgentního příjmu dospělých. Toto byla akce určená pro zdravotníky, kazuistiky jsou navíc v edukaci oblíbenou formou předávání zkušeností. V úvodu semináře přivítal účastníky ředitel **JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA**, a náměstek pro léčebně-preventivní péči MUDr. Martin Holcát, MBA, se pak jako posluchač účastnil programu semináře. Zazněly i slavnostnější proslovy bývalých primářů motolského urgentního příjmu – docentky MUDr. Jarmily Drábkové, CSc., a MUDr. Otakara Budy, MBA, MUDr. Jiří Zika a současná primářka MUDr. Lenka Kozlíková byli oba organizátory celé akce. A samozřejmě byli posluchači seznámeni i s cíli a záměry celoevropských aktivit v rámci EM Day.

Další dvě významné události se odehrávaly v Jeseníkách – v Koutech nad Desnou se každoročně již od roku 1997 koná soutěž zdravotnických záchranných služeb Rallye Rejvíz, od roku 2005 i s velkou mezinárodní účastí. Ne nadarmo se nazývá neoficiálním mistrovstvím světa. Během let se kategorie rozšiřovaly nejen na posádky s lékařem a bez lékaře (se záchranáři-paramediky), ale i na operátory a operátorky zdravotnických operačních středisek, na studenty medicíny a letos i na prvosledové hlídky Policie ČR coby týmy first-responderů. Soutěžící musí zvládnout velké množství simulovaných scénářů ve velmi realistickém prostředí a s vynikajícími herci (většinou z řad profesionálů, kteří jsou schopni reagovat uvěřitelně na všechny odbočky v terapii a managementu konkrétní klinické situace). Letos se tedy tento záchranářský svátek přihlásil k oslavám urgentní medicíny.



Souběžně s Rallye Rejvíz (den po skončení soutěže profesionálů) se od roku 1998 koná Helpíkův pohár, soutěž dětí pátých tříd. Soutěž probíhá od zimních měsíců – nejprve se odehrávají školní kola, což obnáší dvouhodinový nácvik postupů první pomoci. Nejlepší dvojice z každé školy postoupí do krajského kola; ta jsou již formou simulovaných scénářů stejně jako finále v Jeseníkách. Forma soutěže je pro děti velmi motivační a účast s možností vidět i vítěze profesionálních týmů je pro děti obrovským zážitkem. Největší přínos však spočívá v tom, že se děti seznámí s postupy první pomoci prostřednictvím lektorů z řad záchranářů a lékařů se zkušenostmi z urgentní medicíny.



Letošní „dětské“ úlohy vůbec nebyly jednoduché, a obávám se, že by je bez zmatkování nezvládl leckterý dospělý: například resuscitace s použitím automatického externího defibrilátoru nebo vyřešení dopravní nehody, při které mladá maminka srazila chodce, sama měla otřes mozku a její dítě v novorozeneckém věku leželo na zemi auta v bezvědomí a nedýchalo. V dalších úlohách pak měly správně použít Epipen u pacientky s anafylaktickým šokem a poruchou vědomí, nebo zklidnit značně rozrušeného přítele popáleného děvčete, který komplikoval pokusy o rozumnou první pomoc sypáním bylinek na ránu. Ruku na srdce – jste si jisti, že byste ve všech těchto situacích postupovali správně?

Poslední českou akcí, která přesahuje lokální rámec a bude – doufejme – k vidění i na dalších místech včetně evropského kongresu urgentní medicíny v říjnu v Praze, byla výstava fotografií Jindřicha Štreita „NA



URGENT!“, pořádaná FN Olomouc a Oddělením urgentního příjmu FN Olomouc. Vernisáž výstavy byla přesně 27. května. Světoznámý dokumentární fotograf profesor Jiří Štreit navštěvoval během denních i nočních směn urgentní příjem a dokumentoval dění na oddělení (všichni pacienti podepsali souhlas s fotografováním a zveřejněním fotografií). Jak sám říkal, práce ho uhranula a obdivuje profesionalitu zdravotníků a jejich týmovou soudržnost i spolupráci: „Mám bohaté zkušenosti s tíživými tématy, fotografoval jsem ve válečných zónách, bezdomovce, narkomany, vězně nebo nedávno činnost mobilního hospice. Musím ale přiznat, že jsem ještě nezažil tolik bolesti v tak koncentrované podobě jako na urgentu. Obdivuji energii, rozhodnost a profesionalitu, s jakými zdravotníci náročné situace zvládají.“

Laskavostí pana profesora Štreita a FN Olomouc se s některými jeho fotografiemi můžete seznámit na posledních stránkách tohoto vydání Vita Nostra Revue.

# Telemedicína ušetří pacientům i lékařům čas i zbytečný stres

Jolana Boháčková

uLékaře.cz je v současnosti největší telemedicínský projekt v České republice. Založil ho, ještě jako student medicíny, dnes již známý chirurg Tomáš Šebek a jeho kamarád, IT developer Ruda Ringelhán. Jejich webové stránky popularizují medicínu už dvanáct let. Podle MUDr. Lenky Rudolfové z kliniky pracovního lékařství a cestovní medicíny ve FNKV, která jako praktická lékařka navíc ke své práci poskytuje poradenství pacientům obracejícím se na uLékaře.cz, projekt cílí především na laickou veřejnost. „Naší snahou je co nejvíce zjednodušit a zprostředkovat lidem kontakt s lékařem. Vytváříme odborné články, v nichž co nejsrozumitelněji vysvětlujeme medicínská témata běžným laikům. A ono to má úspěch,“ říká dr. Rudolfová. Měsíčně webové stránky navštíví 1,6 milionů reálných uživatelů a online lékařská poradna se stala největší v ČR. 250 lékařů měsíčně odpoví na více než 2,5 tisíce dotazů.



## Jak vás napadlo zapojit se do projektu?

Měla jsem po vysoké škole spoustu nadšení do práce. Hned, jak jsem se trochu zapracovala, hledala jsem, kde se mohu ještě projevit a načerpat zkušenosti. Projekt uLékaře.cz se mi zalíbil a kontaktovala jsem redakci s přáním spolupracovat. Pro mladé lékaře je práce v poradně příjemná v mnoha ohledech – odpovídat se dá odkudkoliv, v podstatě kdykoliv, třeba i během nočních služeb, nebo v pauze, když je ordinace nevytížená. Dá se začlenit do týdenního rozvrhu i pravidelně, tedy udělat si takový *home office*. Dále pro mne bylo velkým lákadlem spolupracovat s Tomášem Šebkem, který stejně jako já tíhne k misím a lékařské pomoci v rozvojových zemích.

## Jak to celé funguje po praktické stránce?

Lékař může odpovídat buď systémem pravidelných směn, nebo nárazově, například při zvýšeném množství dotazů v poradně. Musíme zkrátka klientům zajistit včasnou odpověď na jejich dotaz a to 24 hodin denně, včetně víkendů a státních svátků, tak pro to společně děláme maximum. My jako praktičtí lékaři odpovídáme i na dotazy jiných odborností, což je v podstatě paralelou k práci fyzicky v ambulanci, a stejně tak máme možnost předat dotaz k zodpovězení specialistovi. Odpověď specialisty pak má klient do pěti dnů. Uživatelé nám za naše služby platí.

Odpovědí na dotaz to ale končit nemusí. Jsme schopni klienta rovnou objednat na vyšetření po celé ČR. Objednávání probíhá prostřednictvím telefonické konzultace se zdravotní sestrou a měsíčně nás za účelem vyhledání lékaře kontaktuje až 300 klientů. Objednáváme jak na žádost klienta, tak i po odpovědi lékaře v online poradně na základě jeho doporučení. Uživatel je už tedy lékařem poradny „předvyšetřen“ a zároveň objednan do správné ordinace. Tím nabízíme řešení problému nesmyslně přetížených čekáren, kde na lékaře čeká anonymní masa lidí, z nichž třetina má sedět úplně jinde, třetina není dostatečně vyšetřena a jen zbývající třetina z ordinace odejde s uspokojujícím medicínským řešením.

### **Potkáváte se někdy s kolegy také fyzicky nebo komunikujete čistě on-line?**

Jistě, míváme pravidelná setkání i nepravidelná školení v různých tématech, například o škodlivosti tabáku. V tomto oboru chceme v budoucnu poradenství rozšířit, neboť se nás na to klienti často ptají a tato problematika zasahuje snad do všech spekter nemocí a patologií. Já pracuji v Centru pro léčbu závislosti na tabáku ve FNKV, setkávám se tedy s podobnými dotazy téměř denně i v praxi.

### **Dr. Šebek používá termín telemedicína a vidí v ní velkou budoucnost a řešení mnoha organizačních problémů zdravotnictví, stejně jako problémů s nedostatkem lékařů. Vidíte to stejně?**

Já si myslím, že v dnešní hektické době je jistě velkou výhodou, že klient má možnost ušetřit čas, který by strávil čekáním na termín a následně v čekárně, zároveň má odpověď v dohledu několika dní a odpadají

i překážky jako stud, vzdálenost či lokální nedostatek lékařů. Ovšem on-line poradenství je vždy třeba brát jako doplněk ke stávající komplexní zdravotní péči.

### **Co momentálně projekt uLékaře.cz ještě potřebuje, aby se stal plnohodnotnou službou pokrývající celou ČR?**

Myslím si, že jsme na dobré cestě. V prvních deseti letech projekt rostl se zájmem české populace po srozumitelných a důvěryhodných informacích o zdraví. Vše, co jsme doposud vybudovali, vzniká na základě reálné poptávky českých klientů – ať už z území ČR, či ze zahraničí.

Poradna začínala tak, že se nás lidé sami začali po přečtení článku na webu ptát na své zdravotní problémy. Veškerý obsah je totiž tvořen lékaři, na tom si zakládáme. Tomáš tehdy přesvědčil své kolegy a kamarády lékaře, aby pacientům začali pomáhat i on-line a odpovídat na jejich dotazy. Poradna od té doby narostla do neskutečných rozměrů a stále rosteme.

Letošní rok je průlomový, protože se nám podařilo rozšířit povědomí o našich službách a telemedicíně jako takové v předních českých a mezinárodních firmách, které naše služby nyní poskytují svým zaměstnancům jako jeden z benefitů. Celkem se už staráme o více jak 45 tisíc zaměstnanců po celé ČR. Věřím, že když se nám podaří udržet současné tempo, brzy se stane telemedicína běžnou součástí zdravotnického systému.

# Nejasnosti v pojmu eutanázie

Michal Anděl

Eutanázie je asi vůbec eticky nejkomplikovanějším tématem v celé společnosti. V té naší se však o ní mluví v poslední době často s velkou i nevídanou lehkostí. Vypadá to, že jde o téma jednoduché: někdo nesnesitelně trpí a nechce již své utrpení snášet, tak ho toho utrpení zbavíme. Spolu se životem.

O eutanázii toho mnozí povolnější napsali hodně. Přesto si dovolím upozornit na to, že pojmy eutanázie se často používají zcela nepřehledně, že se spolu míchají různé typy eutanázie a termín eutanázie byl zneužit nacisty k vraždám duševně nemocných. Mně nejvíc vyhovuje definice anglosaská a její dělení na dobrovolnou, nedobrovolnou a provedenou proti vůli pacienta. Každá z těchto situací se ještě dělí na aktivní a pasivní.

Stačí jeden pár kliků a můžeme se dozvědět mnohem více, jako vždy přehledně v anglické Wikipedii. Popisuje názory na eutanázii již od jejích příznivců, Sokrata a Platona, a odpůrce lékaře a prvního lékařského etika Hippokrata.

Abych nepřepisoval a nechlubil se cizím peřím, tak tedy shrnu, že aktivní nedobrovolná eutanázie je všude klasifikována jako vražda a nemá rozhodně jakékoliv ospravedlnění. Nacisti takhle zavraždili 300 tisíc duševně a také fyzicky nemocných a hendikepovaných lidí, z toho osm tisíc dětí. Opodstatnění tohoto přístupu se odvíjí od názorů Adolfa Josta, který postuloval, že stát má právo na rozhodování o životě a smrti, nikoliv jedinec. Důvodem tohoto postoje byla téze, že stát musí udržovat sociální organismus zdravý a životaschopný.

Pro naše povolání je naprosto tragické, že bylo zašpiněno a kompromitováno řadou německých a rakouských psychiatrů, kteří se na programu vražd nemocných podíleli. Tyhle masové vraždy předcházely masovým vraždám z etnických důvodů ve vyhlazovacích táborech.

Pro moderní medicínu v demokratických státech je pojem eutanázie spojen s pasivní eutanázií těžce nemocných, u kterých není naděje na uzdravení a kteří ve svém stavu neúnosně trpí či nejsou schopni svůj postoj k věci jakkoliv formulovat. Jedná se tedy o nepokračování v léčbě, což je na první pohled jednoduchý a nepříliš komplikovaný problém: dosavadní léčba se ukázala již neúčinná, pacient je v takovém stadiu onemocnění, že již pro něj nelze nic dělat a za těchto okolností vysazujeme léčbu. Tenhle přístup, kterému rozumím a u kterého jsem byl či dokonce rozhodl v mnoha případech, dostává nyní velkou trhlinu: osobně jsem slyšel na semináři či dokonce z osobního svědectví, že pacienti s maligním melanomem či karcinomem plic profitovali z podání léčby PD-L1 inhibitory, přestože byli již ve stadiu symptomatických metastáz do mozku.

Pokud tomu tak bude častěji, tak intuitivní lékařský přístup o neléčení takových pacientů dostává velkou trhlinu. Ostatně jen pomalu se mimo onkologii dostává povědomí o tom, že pacient s metastazovaným nádorem, tedy ve stadiu generalizace onemocnění, vůbec nemusí být pacientem v terminálním stadiu onemocnění. V prostoru mezi nalezenou generalizací nádoru a terminálním stadiem se musíme naučit pohybovat. Myslím



si také, že vymezení terminálního stadia nádorového onemocnění se bude posunovat.

Za dost přehledný problém považují situaci nemocných, kteří mají již diagnostikovanou smrt mozku, a není naděje na jejich uzdravení. Poté, co byla smrt mozku všemi dostupnými metodami diagnostikována, je konstatována smrt pacienta a pacientovy orgány mohou být použity pro pomoc dalším, tedy pro transplantaci.

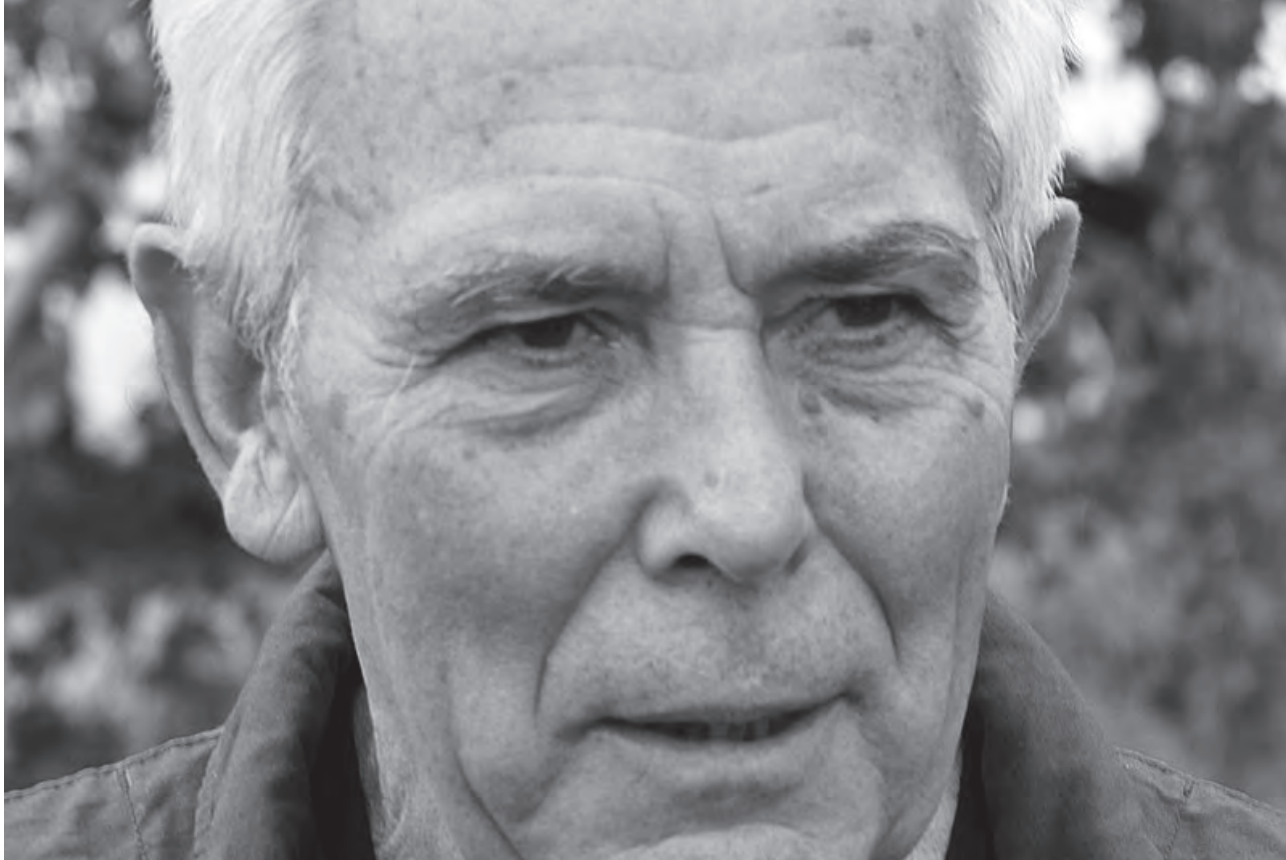
Myslím, že se stalo již běžným lékařským přístupem, že pacienti s pokročilými kognitivními poruchami mají právo na zajištění přísunu tekutin a jídla, tedy základních nutričních substrátů. Je to základní lidské právo každého.

Mnohem složitější je to ale s eutanazií na vyžádání u pacienta, který se svobodně rozhodl. Takové patientské rozhodnutí dovedu dobře pochopit. Neskrývá se ale za ním nedostatečná léčba bolesti či deprese? Není takové rozhodnutí výrazem toho, že my, zdravotníci, rodina či okolí pacienta selhalo? Problém vidím především v tom, že by rozhodování i provedení eutanazie měl vědomě asistovat lékař se všemi riziky nepřesného rozhodnutí. Chyba v tomto procesu je do slova fatální. Některé zprávy z Holandska takové chyby přinejmenším naznačují. Každý lékař se bojí chyb, ke kterým dojde neúmyslně, třeba při ne-

úmyslném zpomalení procesu, který vede k diagnóze, či technickou chybou při složitém výkonu. Problém lékařské role při vyžádané eutanazii je ale něco jiného, je to situace, ve které lékař posuzuje stav pacienta a také provádí úkony, které vedou k ukončení života nemocného. Myslím si, že to v každém lékaři musí zanechat nějaké jizvy. To je samozřejmě jeho nebo její osobní věc. Také se ale domnívám, že to může zanechat další šrámy na našem povolání, jehož základním paradigmatem je služba zdraví a, jak to také popsal Paul de Cruyff, boj s nemocí a se smrtí.



*Na nádvoří jednoho jihoněmeckého zámku jsem před asi sedmi roky viděl zajímavou skulpturu. Vlastně to byla jen obvodová konstrukce místnosti, krychle jen s obvodovými strukturami, bez stěn i střechy, jen s obrysem dveří. Bylo z ní vidět do okolního parku i do nebe. Malá deska dedikovala sochu dětem zavražděným v programu eutanazie nacisty. Už si nepamatuji, jestli je tam zmíněno, že se na ní podíleli lékaři.*



## Eutanazie v pohledu lékaře

**Pavel Pafko**

V roce 2000 klesla v Barensově moři ruská ponorka Kursk ke dnu. Celý svět sledoval několik dnů osud 218 námořníků i bohužel pozdní pomoc speciálního norského záchranného plavidla. Všichni jsme s napětím vnímali postup záchranných prací. Jak se z dopisu jednoho z námořníků později ukázalo, někteří katastrofu na palubě ponorky určitou dobu přežili. Osobně jsem

si představoval, jak po vypovězení funkce elektrických generátorů sedí námořníci ve tmě, v postupně chladnoucím trupu plavidla a jak se při nedostatku kyslíku nakonec udusili. Přemýšlel jsem ale i o tom, zda by měl mít každý námořník v osobní výbavě prostředek, kterým by v takové situaci ukončil svůj život. Odpověď, zda ano, či ne, považuji za klíčovou pro úvahu o eutanazii.

Máme-li ale o eutanazii uvažovat (u nás jde o trestný čin), je ji třeba předem definovat. Mnoho rozdílných přístupů k ní je podmíněno nejednotností definice. Eutanazie je v překladu dobrá smrt. Kdo z nás by nechtěl umírat dobře (lehce)? Tak se přece díváme na smrt starého člověka, který zemře ve spánku. Druhý význam tohoto slova je pro mne ukončení života na přání nevléčitelně nemocného, poté co byly vyčerpány všechny léčebné možnosti k prodloužení či zachování jeho života. Této definici odpovídá termín aktivní eutanazie. Pasivní eutanazií je volba takového léčebného postupu, při němž nebyly použity všechny moderní léčebné metody, které by smrti zabránily nebo ji oddálily. Problémem hodným diskuze je úmrtí pacienta, kterému například z ekonomických důvodů nebyly tyto metody poskytnuty. Pasivní eutanazii tedy nevnímám jako ukončení veškeré léčby (i dieta a přísun tekutin je součástí léčby). Poslední alternativou eutanazie je asistovaná sebevražda, při které pacient sám ukončí svůj život a lékař či zdravotník u něj pouze asistuje, resp. připraví podmínky k jejímu provedení (například infuzi). Bohužel mnozí diskutující z definice eutanazie vypouštějí ono přání nemocného. Můžeme se pak dočíst o eutanazii nařízené Hitlerem 1. září 1939. Přípravy k tomuto rozhodnutí trvaly již mnoho let předtím. V Německu se shromažďovaly údaje o nemocných neschopných práce více než pět let a byla zřízena Říšská komise pro vědecký přístup k vážným chorobám daných dědičností a tělesnou konstitucí. Podle záznamů přišlo v likvidačních centrech o život 275 tisíc lidí. I jeden z našich ústavních soudců ještě v roce 1996 (LN 6. 6. 1966), odmítaje eutanazii, napsal, že by „užití eutanazie mohlo zlepšit finanční podmínky nemocnice, přičemž by pozůstalým zákrok z odborného hlediska někdo vždy vysvětlil“. Oba pří-

klady nezmiňují přání pacienta a z mého pohledu nesplňují jednu ze základních podmínek eutanazie. V těchto případech jde o vraždy na nevléčitelně nemocných.

Úvahy o eutanazii jsou staré jako lidstvo samo. Starověkým písemným dokladem může být například Hippokratova přísaha, v které nalezneme „nepodám nikomu smrtící prostředek, kdyby mne kdokoliv o to požádal, a nikomu také nebudu radit, jak zemřít“. Křesťanská civilizace, ve které žijeme, považovala i sebevraždu, a tedy i jakékoli úmyslné ukončení života za nepřijatelné. Ale i v jednání církvi vidím jistý posun. Dříve nemohli být sebevraždou končící jedinci pohřbíváni spolu s ostatními. To ale již dávno neplatí. Po 2. světové válce byly u nás za vlády komunistů církve potlačeny, ale přesto byl problém eutanazie tabu. Teprve po revoluci v roce 1989 začala o ní veřejná debata. Osobně vidím dvě příčiny tohoto obratu. Předně jsme se více otevřeli světu a vnímáme jistý posun v problematice řešení eutanazie v zahraničí a pak dochází k prudkému rozvoji tzv. heroické medicíny, která je schopna udržet při životě (a to i dlouhodobě) pacienty, kteří dříve tuto možnost neměli. V roce 1976 Holandsko prolomilo trestní stíhání eutanazie, v roce 2001 Belgie. Eutanazie je legalizována v některých státech USA. Všude tam byly ale stanoveny jasné podmínky při jejím provádění.

Na eutanazii lze nahlížet z pohledu filozofického, právního, náboženského a medicínského. Mýlně se traduje, že jde pouze o problém vztahu lékaře a pacienta. Eutanazie je problém celospolečenský.

Z mého pohledu je základní filozofickou otázkou, která dělí zastánce a odpůrce eutanazie, otázka, zda má jedinec právo přikládat větší váhu hodnotě svého života, či svému svobodnému rozhodnutí. Úvaha o svobodě by přesahovala možnosti tohoto příspěvku. Jenom

pro zamyšlení: vnímáme stejně svobodné rozhodnutí o ukončení života staré, těžce nemocné opuštěné ženy, která spolyká tubu hypnotik, jako rozhodnutí mladého muže, otce malého dítěte, který v nemanželském poměru čeká další dítě, neví si rady a ukončí svůj život stejným způsobem? Uvědomujeme si rozdílnost svobody jednotlivce v obou případech?

Aniž bychom o tom přemýšleli, naše společnost staví svobodné rozhodnutí některých jedinců nad hodnotu jejich života (*altruistic suicide*). A tak máme po nich pojmenované ulice a náměstí. Náš postoj k nim obsahuje vlastní egoismus. Často vykonali něco za nás, zatímco my jsme seděli doma v teple. Ostatně my jako lékaři respektujeme také svobodné rozhodnutí každého pacienta, který v případě, že podepíše negativní revers a odmítne třeba život zachraňující operaci, zemře. Zde opět společnost vnímá jako legální svobodné rozhodnutí pacienta a staví ho nad hodnotu jeho života. Pacient přestává být autonomním jedincem pouze v případě, že svým onemocněním ohrožuje své okolí.

Autonomní rozhodnutí o ukončení života společnost v případě, že je sebevražda neúspěšná, netrestá. Asistuje-li však sebevrahovi druhá osoba, jde o její trestný čin. Aktivní eutanazie i asistovaná sebevražda jsou tedy trestným činem lékaře. Pasivní nikoliv. Při úvaze o eutanazii je nutné zvažovat vztah etiky a ekonomiky, v němž často najdeme rozpor. Co je etické ve vztahu k jednotlivci, není ekonomické z pohledu společnosti. Navíc z praktického hlediska výše uvedené dělení eutanazie je problematické, a tedy v mnoha případech nejasné. Příkladem je rozdíl mezi pasivní eutanazií a paliativní léčbou, takže tu jde o slova, slova, slova.

Aby nešlo pouze o slova – co rozhoduje o tom, že podaný lék či výkon je součástí léčby, nebo jde již o skrytou aktivní eutanazii? Rozhodující je úmysl lékaře. Ten ho však vždy deklaruje tak, že šlo o léčbu, a ne o trestný čin. Jen on sám ví, s jakým úmyslem lék či některý operační výkon prováděl, například opakovaná punkce rozsáhlého ascitu u generalizovaného karcinomu v dutině břišní. Punkce pacientovi uleví od dechových obtíží, ale současně rozvrací jeho vnitřní prostředí, které není-li aktivně léčeno, vede k urychlenému konci života. S jakým úmyslem jsou ordinovány stoupající dávky opiátů? Neznáme úmrtí mladých, jinak zdravých lidí po jejich předávkování?

Při definování eutanazie nikde není uveden čas mezi vlastním provedením eutanazie a smrtí. Je eutanazie činem, po kterém následuje smrt během několika minut, hodin, dnů či týdnů? Může to vůbec být definováno? Zejména u pasivní eutanazie nepřichází smrt bezprostředně, podobně jako u paliativní léčby.

Mezi obecné argumenty proti eutanazii patří porušení autonomie lékaře tím, že byl o eutanazii požádán. Nerozumím tomu. Každý lékař je také autonomní osobou a podobně jako lékař-gynekolog i v případě legalizace interrupce může výkon odmítnout. Jinou námitkou je možnost zneužití. Zůstaneme-li u interrupcí – při diskuzích o jejich legalizaci se argumentovalo stejně. Avšak poté, co byla legalizována, počet interrupcí klesá. Nepochybně ubyl počet kriminálně prováděných výkonů a vymizela „potratová turistika“. Ostatně vše, co lidský duch vymyslel, bylo také zneužito. Od kuchyňského nože po atomovou energii. Při strachu ze zneužití si možná ani neuvědomujeme, že společnost již dnes dává důvěru a pravomoci do rukou lékařů. Věříme lékařům, který vybírá z několika čekatelů na transplan-



taci toho, který bude transplantován, a ví, že mnozí další čekatelé se již transplantace nedočkají? Věřit či nevěřit lékaři, který při nedostatku prostředků rozhoduje o tom, komu poskytnout mimořádně nákladnou léčbu? V zemích, kde je eutanazie legalizovaná, však o ní nerozhoduje nikdy jedinec. Zastáncům eutanazie se vyčítá, že lékař může špatně odhadnout terminální stav nemoci, ale stejnému lékaři dáváme pravomoc dále pacienta aktivně „všemi prostředky“ neléčit a doporučit jeho přijetí do hospicu. Tedy rozhodnout o pasivní eutanazii.

Rozdíl mezi aktivní a pasivní eutanazií, které provádí lékař svou činností nebo nečinností, resp. omezenou činností, na jedné straně, a asistovanou sebevraždou na druhé straně, je ten, že při této je to nemocný sám, kdo svůj život ukončí. Zde můžeme například uvažovat o podání infuze, kterou si nemocný pustí sám. Jaký je ale rozdíl mezi touto situací a situací, při níž předepíše lékař pacientovi tubu barbiturátů? Ty on může brát denně po jednotlivých tabletách, nebo požit všechny najednou. Samozřejmě rozdíl je opět pouze v tom, s jakým úmyslem lékař barbituráty nevyčísitelně nemocnému předepsal. Jaký úmysl v případě úmrtí pacienta bude lékař okolí deklarovat, je zřejmé. Opět je to otázka svědomí lékaře a důvěry okolí v něj a opět půjde z pohledu tohoto okolí o slova.

Vývoj a respektování autonomního rozhodnutí pacienta je u nás legalizováno a v jiných zemích již delší dobu praktikováno zavedením tzv. *living will*. I když je uvedení do praxe spojeno s mnoha nejasnostmi, *living will* se z mého pohledu překrývá s pojmem pasivní eutanazie, byť v odstavci 5b se píše, že ji nelze respektovat, pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti. Přetrvává nejasnost například

kolem pacientem odmítnuté resuscitace. Odmítnutí resuscitace je vlastně ukončení života pacienta na jeho přání.

U pacientů, kteří odmítají být resuscitováni, můžeme říci, že jejich rozhodnutí je v souladu s pohledem církve a myšlenkou, že život nám byl dán stvořitelem, který jediný ho může ukončit, a nemáme právo si ho svévolně brát. Máme tedy z tohoto pohledu obhajovat resuscitaci? Totiž jak interrupce, tak resuscitace jsou nepřirozeným zásahem do lidského života.

Paliativní léčba v hospicích, při níž tedy nejsou použity všechny možnosti moderní medicíny k prodloužení života, je těžko oddělitelná od pasivní eutanazie, a tedy jde opět jen o hru slov. I při souhlasu s budováním hospiců a důstojných podmínek pro odchod terminálně nemocného je správné respektovat individualitu každého pacienta. Je však nepochybné, že ne všichni budou chtít ukončit svůj život v hospici. Posláním lékaře je přece vidět v každém pacientovi neopakovatelné individuum.

Cílem výše napsaného nebylo přesvědčit čtenáře o výhodách eutanazie či proti ní vystupovat. Respekt k autonomii každého z nás to vylučuje. V textu jsem se snažil poukázat pouze na některé praktické aspekty eutanazie, unikající laikovi, který možná neviděl nikdy nikoho zemřít. Nakonec i v mnoha medicínských oborech je smrt pacienta mimořádnou událostí.

---

*Prof. MUDr. Pavel Pařko, DrSc., působí na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a na II. chirurgické klinice Fakultní nemocnice v Motole. Text původně vyšel v monografii „Eutanazie – pro a proti“.*

# „Zapomenutý orgán“ znovu ožívá

Jolana Boháčková

Náš trávicí trakt obývají bilióny různých breberek, jež nám občas škodí, ale povětšinou pomáhají, jak říká Radkin Honzák ve své knize *Ať žijí mikrouti*.<sup>1</sup> Celé to společenství se nazývá mikrobiom. Zahrnuje bakterie, viry, kvasinky, plísňe, prvoky či parazity žijící v našich útrokách. Podle autora knihy ten náš lidský od neolitické revoluce, kdy naši prapředkové začali pojídat obilí a s ním i lepek, zůstával více méně stejný. Změnil se až v minulém století a to nejen kvůli výraznému úbytku zeleniny v jídelníčku a naopak vzestupu v konzumaci cukru, ale především kvůli obrovské změně hygienických podmínek a užívání antibiotik. Věda se mapováním tohoto takzvaného „zapomenutého orgánu“ zabývá zhruba posledních deset let.

Složení mikrobiomu ovlivňuje například to, zda je člověk štíhlý či obézní. Existují skupiny bakterií, které se vyskytují u štíhlých lidí, jiné jsou naopak spojovány s obezitou. Podle Radkina Honzáka, který je specializací psychiatr, mají ale obyvatelé našich střev vliv také na naši duševní rovnováhu. Pokud při nějaké systémové poruše proniknou patogenní mikrobi skrze stěnu střev až k nervovému systému, mohou se dostat až do mozku.

Podobný mikrobiom jako lidé mají také myši. Představují proto pro vědu obrovské testovací možnosti, data z výzkumu myši by mohla být do jisté míry přenosná na člověka. Výzkumníci aplikovali mikrobiom

obézního člověka na myš a ta následně ztloustla. Poté jej nahradili mikrobiomem štíhlé osoby a myš opět zhubla. Co je ale možná ještě zajímavější, „že aplikace stolice z depresivní myšky do zdravé vyvolává u příjemkyně *depresi, a to nejen co do projevu chování, ale také co do některých degenerativních změn v mozku*“, píše ve své knize Radkin Honzák.

Transplantace stolice mezi lidmi už také není velkou neznámou. Především ve Spojených státech existují pracoviště, která provádějí klinické pokusy a zjišťují, jak by se daly transplantace využít komerčně. Například obézní lidé by si mohli koupit mikrobiom štíhlých lidí místo zdlouhavých diet a cvičení. Transplantace stolice by se ale samozřejmě dala využít i jako léčebná metoda. U nás experimentálně takto léčí střevní záněty typu Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy. Většina příjemců stolice zdravých osob nejprve trpí několik dnů průjmami či zácpou a někdy se objevují i horečky, což je považováno za „reakci imunitního systému na novou kolonizaci“, uvádí Radkin Honzák, nicméně výsledky vypadají slibně.

Zde malá odbočka.<sup>2</sup> Ukazuje se, že právě při různých průjmových onemocněních, kdy organismus vypudí i „hodné“ mikroorganismy, důležitou zásobárnu mikrobiomu představuje slepé střevo. Nám prospěšní mikrobi právě v onom zdánlivě nedůležitém výběžku

1 Výraz mikrouti použil autor v souvislosti s veselou vzpomínkou na svého přítele ze školních let. Jedná se o zkomoleninu slova mikrobi.

2 Ostatně, drobných odboček je monografie plná. Autor s oblibou text prokládá různými příhodami ze života, vtipy, haiku a podobně.

RADKIN HONZÁK

**ať žijou  
mikrouti**



nacházejí útočiště a optimální podmínky a mohou odtud opět osídlit náš trávicí trakt.

Zásadní vliv na změnu mikrobiomu mají antibiotika, jejichž neocenitelný objev v minulém století znamenal pro lidstvo záchranu mnoha životů. Kvůli jejich masivnímu užívání, dle Radkina Honzáka dokonce nadužívání, se ale objevily problémy právě ve složení střevních obyvatel. Dokonce existují studie, podle nichž antibiotika podaná velmi malému dítěti jeho mikrobiom změni nenávratně. Tyto děti častěji trpí například zmíněnou obezitou.

Významný dopad na složení střevních obyvatel má způsob narození. Právě při porodu totiž přichází první skutečné osídlení mikrobiomem, který dítě dědí po své matce. Při průchodu porodními cestami miminko získá skupiny bakterií žijící ve vagíně, k nim se přidruží bakterie z moči a stolice a na závěr se dítě přisává k matčině bradavce, která rozhodně není sterilní. A tuto výbavu si dítě uchová zhruba do tří let, ačkoli je samozřejmě obohacena o další mikroorganismy z okolního světa. Ochuzena jsou nemluvněta narozená sekci. Když se dítě narodí císařským řezem, dostane úplně jinou dávku mikrobů, i když se zdravotníci snaží na sále a v porodnici vytvořit antiseptické prostředí.

Složení bakterií a prokaryot v trávicím traktu zřejmě hraje svou roli také v nárůstu alergií v lidské populaci, což může souviset s chemikáliemi v prostředí a potravinách, ale nejspíš má něco společného i se změnami mikrobiomu způsobenými výraznou proměnou jídelníčku, ale také s eliminací parazitů v našich útrebách. V souvislosti s touto problematikou se používá termín *komensálové*. Ve svých knihách a na svých přednáškách o nich často hovoří náš přední odborník, biolog zabývající se funkční genomikou prvků, Julius

Lukeš, podle kterého je možné, že zvýšený výskyt některých chorob zapříčinilo právě vyhubení parazitů. Ti by podle něj měli být překvalifikováni na komensály, kteří ve skutečnosti žili s člověkem v symbiotickém vztahu. Jako příklad s oblibou uvádí případ rozsáhlé dehelmintizace obyvatel Ghany, kterou před lety financoval Bill Gates. Africké děti se sice zbavily mnoha parazitů, nicméně následně se začaly v regionu objevovat choroby, s nimiž se tam lékaři dříve nesetkali, například autoimunitní onemocnění.

Radkin Honzák shrnuje funkce mikrobiomu do několika základních bodů: *pomáhá při zpracování potravy, vyrábí některé pro organismus nezbytné molekuly (například vitamin K, SCFA aj.), působí detoxikačně a někdy je uváděn jako „druhá játra“, účastní se na imunitních pochodech, účastní se na metabolických pochodech, pomáhá udržet bariérovou funkci střevní stěny, brání růstu a rozmnožování škodlivých bakterií, spolupracuje s enterálním nervovým systémem, prostřednictvím bloudivého nervu, ENS i samostatně je mikrobiom spojen s mozkiem a tvoří podstatnou součást stolice.*

A jak uvádí ve své knize, není vůbec jasné, zda už víme o všech úlohách, které mikrobiom zastává. „O některých jeho aktivitách toho zatím víme velice málo a o některých vůbec nic a o dalších zatím nemáme ani potuchy.“

---

*Text byl původně napsán pro časopis Vesmír, ve kterém vyjde v září 2019.*



# Nastávající matky mohou trpět depresemi. Vědci z NUDZ jim chtějí pomoci

Jolana Boháčková

U jedné z deseti žen se během těhotenství rozvinou příznaky deprese a od porodu do jednoho roku po něm se objevují dokonce u jedné z šesti žen. Depresi také často doprovázejí úzkostné poruchy – ve třetím trimestru se vyskytují u přibližně 20 procent žen a závažné psychotické poruchy pak v tomto období postihují přibližně jedno procento žen. V Česku proto odstartoval pilotní projekt screeningu psychických obtíží v těhotenství a po porodu, který vytvořili vědci z Národního ústavu duševního zdraví.

## Stačí pět až deset minut

V Česku je problematika psychických poruch v perinatálním období (v období od počátku těhotenství do jednoho roku věku dítěte) výrazně podceňována. „Duševní zdraví ženy v tomto období je přitom extrémně důležité pro komplexní vývoj dítěte. Nesmíme také zapomínat na to, že duševní onemocnění u ženy značně ovlivňuje i život jejího partnera a nejbližší rodiny. Výzkumníci z *London School of Economics* vyčíslili celospolečenský dopad duševních nemocí v těhotenství a po porodu, které se vyskytnou ve Velké Británii za jeden rok, na 8,1 miliard liber. U nás však dosud neexistuje systematická primární prevence perinatálních duševních poruch. Informace dostupné veřejnosti jsou minimální,“ vysvětluje MUDr. Antonín Šebela z Národního ústavu duševního zdraví. Tamější vědci proto připravili

screeningovou metodu, která se úspěšně testuje v porodnici Nemocnice Neratovice.

„První kontakt v rámci screeningu se odehrává přes webový odkaz umístěný u formuláře *Přihlášení k porodu* v Nemocnici Neratovice či při osobní registraci k porodu. V dalších kontrolních bodech (36. týden těhotenství a před propuštěním z porodnice) maminka vyplní screeningový formulář na tabletu, který jí předá sestra v Nemocnici Neratovice. K vyplnění formuláře stačí pět až deset minut,“ popisuje doktor Šebela. Po vyplnění formuláře se data automaticky přepočítají dle celosvětově uznávaných *cut-off skóru* a druhý den přijde ženě a perinatální ambulanci NUDZ email s výsledky. „V případě, kdy je vše v pořádku, je automaticky odeslán email s negativním výsledkem a poděkováním za spolupráci. V případě pozitivního screeningu je žena pomocí automatického emailu informována o tom, že se jí ozve sestra z perinatální ambulance NUDZ a nabídne podrobnější vyšetření u nás v ambulanci,“ vysvětluje doktor Šebela.

## Kladné ohlasy motivují k rozšíření projektu, vzniká i aplikace pro veřejnost

„Screening duševních poruch v těhotenství a po porodu, který už v některých vyspělých zemích běží, považujeme za důležitou součást preventivní péče. Naše pacientky možnost zjistit včas depresivní

a úzkostné stavy uvítaly,“ potvrzuje primář gynekologicko – porodnického oddělení Nemocnice Neratovice MUDr. Stanislav Martan. Vědci z NUDZ by proto rádi projekt rozšířili i do dalších porodnic, vše ale záleží na dostupnosti psychologické a psychiatrické péče pro ženy v těhotenství a po porodu v dané lokalitě. „Aktuálně dokončujeme přípravu pilotního projektu pro screening v gynekologických ambulancích tak, abychom byli schopni pokrýt opravdu celé období od začátku těhotenství do roku po porodu. Chceme také připravit webovou

aplikaci, aby si základní screening mohly udělat ženy samy doma prostřednictvím počítače. Na této webové aplikaci aktuálně pracujeme s neziskovou organizací Úsměv mámy, která se problematice v ČR dlouhodobě věnuje. Nyní mapujeme síť poskytovatelů péče o duševní zdraví pro ženy v perinatálním období tak, abychom ženám mohli na základě screeningu doporučit, kam se obrátit pro podporu,“ uzavírá doktor Šebela.

## Ocenění pro Komplexní cerebrovaskulární centrum

Ivana Štětkářová, přednostka Neurologické kliniky 3. LF UK a FNKV

Komplexní cerebrovaskulární centrum ve FNKV získalo nejvyšší mezinárodní ocenění kvality péče o nemocné s cévní mozkovou příhodou. Jedná se o ocenění v rámci celosvětové Angels initiative, ve spolupráci s ESO – European Stroke Organisation, uděluje se každoročně.

Nejvyšší ocenění (Diamond Status) si přebírají představitelé iktových center osobně z rukou prezidenta ESO na každoročním ESO kongresu. Za naše centrum převzal tuto cenu vedoucí lékař JIP Neurologie a Cerebrovaskulárního centra MUDr. Peter Vaško, PhD., v květnu v Miláně na pátém ESO kongresu.

Získáním této ceny jsme se zařadili mezi 24 nejlepších nemocnic z celého světa. Lze říci, že Česká republika právem patří k těm nejlepším v péči o nemocné s akutní cévní mozkovou příhodou. Byli jsme oceněni zejména díky velkému pracovnímu nasazení multioborového týmu ve FNKV, který se podílí na diagnostice a léčbě akutních cévních mozkových příhod – neurologům, radiologům, (neuro) intervenčním lékařům v pohotovosti 24/7, kardiologům,

neurochirurgům, sestrám a ostatním NLZP, fyzioterapeutům, logopedům a v neposlední řadě i obětavým řidičům a celému dispečinku převozových sanitek, bez jejichž rychlosti by nemocní s akutní mrtvicí měli jen malou šanci na uzdravení.



# Žena, která necítí bolest

Richard Rokyta

V nedávné době se objevila snad ve všech médiích zpráva o ženě, která necítí bolest. Co to však znamená? Skutečně existuje onemocnění, které se nazývá vrozená necitlivost bolesti, při němž se nadměrně vylučují látky, které tlumí bolest – především endogenní opioidy.

Mezi ně patří beta endorfin, dynorfin, endomorfin a enkefalin. Tyto látky se vylučují v několika oblastech mozku, především v rafeálních jádrech uložených v prodloužené míše, v *nucleus raphe magnus*, *nucleus raphe dorsalis*, v oblasti zvané periakveduktální šedá a v šedé hmotě mozkové obklopující kanál Sylvův (aqueductus Sylvii), což je spojnice třetí a čtvrté komory mozkové. Enkefaliny se vylučují v míše.

Jednotlivé endogenní opioidy působí na různé morfinové receptory – beta endorfiny na  $\mu$  receptory, dynorfin na  $\kappa$  receptory a endomorfin na  $\delta$  receptory. To znamená, že receptory jsou obsazeny tak, že bolestivé vzruchy nejsou vnímány.

Je zajímavé, že se syndrom vyskytuje dědičně a doprovází ho některé další nepříjemnosti, často snížený intelekt, epileptické záchvaty, motorické poruchy a podobně. V současné světové literatuře je popsáno asi 300 případů tohoto vzácného a závažného syndromu. Poprvé se ve světové literatuře objevil v roce 1936 v časopise *Brain*. Líčí jednoho pražského cigána (tehdy se používal pouze tento název pro romské etnikum), případ z kliniky profesora Henna.

Sám jsem měl možnost vidět tři případy onemocnění a popsali jsme je společně s profesorem Amblerem a primářkou Honomichlovou v Plzni. Syndrom je velmi nebezpečný zejména v raných obdobích života. Nemocné děti necítí bolest a přicházejí s tím, že si třeba ukousnou prstíček, nebo kousek jazyka, když již mají zuby, nebo se spálí. Když si zlomí nohu, necítí to a poznají to až podle toho, že nemohou chodit. Tvrdí se, že lidí s tímto syndromem je mnohem více, než se popisuje, ale přesné statistické číslo nemáme.

Jak s onemocněním žít? Je to velmi obtížné, nicméně je třeba naučit člověka, aby se s hendikepem vyrovnal a nedělal věci, které hrozí nějakým poškozením. Musí být mnohem obezřetnější než normální zdravý jedinec. Setkal jsem se se dvěma lidmi, kteří se dožili středního věku. Nejtěžší pro ně bylo projít obdobím dětství, kdy hrozí největší nebezpečí těžkého poškození organismu a eventuálně úmrtí.

Jak nemoc můžeme léčit? Podáváme léky blokující endogenní opioidy, především naloxon a naldrexon. Dříve to bylo velmi obtížné, protože tyto látky velmi rychle metabolizují a musely by se podávat velmi často (naltrexon vydrží 24 hodin).

Zajímavé je, že žena popisovaná v článku se dožila poměrně vysokého věku a zřejmě se s touto nemocí velmi dobře vyrovnala. Tato dědičná choroba totiž není vyléčitelná, ale je alespoň léčitelná.

**TEXT**





# Šílenství a civilizace

Andrew Scull

*(úryvek z knihy)*

Americký sociolog, teoretik vědy a historik medicíny Andrew Scull (1947), který působí na University of California v San Diegu, se ve své knize s podtitulem „Kulturní historie duševní chorob od bible po Freuda a od bláznince k moderní medicíně“ věnuje roli duševních chorob v lidských dějinách víc než důkladně. Zaměřuje se nejen na postupné proměny jejich chápání a medicínské aspekty, ale i na jejich celkový dopad na různé civilizace a odraz v kultuře. Z poutavého a zasvěceného pohledu počínajícího v raných údobích dějin (či viděno civilizačním zrcadlem v biblických časech) a vrcholícího v současnosti vybíráme s laskavým svolením nakladatelství Academia, které knihu právě vydalo, úryvek popisující jednu z nejspornějších kapitol z dějin psychiatrie.

## Mozek jako terč

S myšlenkou leukotomie (nebo lobotomie, jak metodu nazývali její američtí zastánci) přišel portugalský neurolog Egas Moniz (1874–1955). V polovině třicátých let bylo Portugalsko zaostalá a zbídačená země, kde vládl pravicový diktátor António Salazar, a za normálních okolností by tamní ojedinělý experiment neměl žádné významnější důsledky. Moniz však nemohl operovat sám, bránila mu v tom artritida v rukou a s chirurgií mu proto pomáhal kolega Pedro Almeida Lima (1903–1986). Prvních několik operací spočívalo v navrtání otvorů do lebeční kosti, jimiž byl do čelních mozkových laloků vstříkován alkohol, který ničil mozkovou tkáň. Výsledky byly povzbuzující, alespoň z Monizova pohledu, a tak byl při dalších operacích použit malý nástroj připomínající nůž, kterým byly odřezávány části bílé tkáně čelních mozkových laloků. Od listopadu 1935 do února 1936 provedli oba lékaři zákrok na dvaceti pacientech, při-

čemž někteří z nich byli „nemocní“ sotva čtyři týdny. I když jejich sledování bylo jen povrchní, všiml si Moniz, že pacienti byli poté často inkontinentní, apatičtí a dezorientovaní. Trval však na tom, že je to dočasný stav a že 35 procent z těch, které ošetřoval, se zlepšili podstatně a dalších 35 procent částečně. S tím nesouhlasil psychiatr Sobral Cid (1877–1941), který Monizovi pacienty dodával. Trval na tom, že se nezlepšili, nýbrž že operace je zásadním způsobem poškodila a odmítl mu posílat další pacienty, kteří by měli sdílet jejich osud.

Moniz mezitím rychle vydal v Paříži monografii, v níž opět ujišťoval, že ke zlepšení došlo u 70 procent operovaných schizofreniků. Jeho tvrzení udělala dojem na washingtonského neurologa Waltera Freemana (1895–1977), který v září 1936 se svým kolegou neurochirurgem Jamesem Wattsem (1904–1994) provedl první americkou operaci. Během následujícího roku oba muži operační postup modifikovali.

Nejprve vyvrtali do lebky otvor, jímž vsunuli instrument, připomínající nůž na máslo, tím radikálně oddělili hmotu obou čelních laloků, přerušili mozková spojení, a jak tvrdili, dosahovali tak pozoruhodných výsledků. Označovali novou operaci za standardní nebo „precizní“ lobotomii, i když na tom, že způsobovali pouze náhodné škody na mozcích pacientů, nic přesného nebylo.

Freeman s Wattsem měli potíže s rozhodováním, jaké množství mozkové tkáně mají zničit – buď jí odstranili příliš málo a pacient zůstával šílený, nebo příliš mnoho a z pacienta se stala vegetativní troska („lidská zelenina“), nebo dokonce na operačním stole zemřel. Sami sebe přesvědčili, že řešením je pokračovat v odřezávání tkáně do té doby, dokud pacient projevuje známky dezorientace. Znamenalo to, že museli operaci provádět v lokální anestezii. Watts řezal a Freeman kladl sérii otázek a zapisoval odpovědi. Číst ty zápisy je otřesné, zejména jeden z nich, zachycující Freemanovu otázku operovanému člověku, co mu prochází právě hlavou, a jeho odpověď po krátké pauze: „Nůž.“

Tyto operace byly podle prohlášení chirurgů vysocí úspěšné, protože vysvobozovaly spoustu pacientů z uzavřených prostor ústavů pro duševně choré. Mnohé z jejich kolegů to ovšem nepřesvědčilo. Když Freeman poprvé na schůzi Southern Medical Society v Baltimoru sdělil, co provádějí, setkal se s „tvrdou kritikou a výkřiky znepokojení... hromadným a nepřátelským křížovým výslechem“, který skončil až poté, co intervenoval významný profesor psychiatrie z nedaleké Johns Hopkins University Adolf Meyer a požádal publikum, aby se nestavělo pokračování experimentu do cesty. Ten pak pokračoval.

Freemanovo trvání na tom, že operace přináší zázračné výsledky, vedlo postupně k tomu, že se ve Spojených státech začala v psychiatrických nemocnicích běžně používat. Britský psychiatr William Sargant (1907–1988), který s Freemanem sdílel jak evangelikální zápal, tak přesvědčení, že šílenství má kořeny v mozku, a který v rámci stipendia Rockefellerovy nadace strávil nějaký čas na Harvardu, se přijel do Washingtonu podívat na výsledky. Po návratu do Británie provedl sám několik lobotomií a povzbuzoval ostatní kolegy, aby ho následovali. Druhá světová válka vývoj zpomalila, kromě jiného proto, že v té době nebylo k dispozici dost neurochirurgů a „precizní“ operace vyžadovala nejméně dvě hodiny času.

Veden snahou proces urychlit, a snížit tak výrazně počet jednoho a půl milionu šílených pacientů obývajících prostory amerických ústavů pro duševně choré, objevil Freeman v italské lékařské literatuře článek popisující mnohem jednodušší způsob přístupu k čelním lalokům. Byl tak jednoduchý, že se později chvástal, že dokáže během dvaceti minut naučit provádět lobotomii každého troubu, dokonce i psychiatra. (Freeman s neurologickou specializací se na psychiatrii díval svrchu.) Transorbitální lobotomie, jak Freeman nový přístup nazval, se poprvé pokusil použít u ambulantních pacientů. Nejprve je vystavil dvěma či třem rychle za sebou provedeným elektrošokům, takže dotyční upadli do bezvědomí. Pak jim pod oční víčko zavedl sekáček na led, s pomocí gumové paličky prorazil oční důlek a pronikl k čelním lalokům. Panoramatickým způsobem oddělil mozkovou tkáň, a nakonec pacienta vybavil černými brýlemi, aby zakryl podlitiny. Ten se podle Freemana,

jakmile opět nabyl vědomí, v překvapivě krátké době dokázal navrátit ke svým normálním činnostem.

Transorbitální lobotomie vyvolala okamžitě mnoho rozporů. Freemanův dlouhodobý partner James Watts byl zděšen a mezi oběma muži došlo k prudké roztržce. Wattsův mentor na lékařské fakultě Yale University John Fulton (1899–1960) dal najevo svou nespokojenost tím, že Freemanovi napsal dopis, v němž mu vyhrožoval fyzickým násilím, pokud se přiblíží k New Havenu. Freeman to však neodstrašilo. Trval na tom, že jeho nová operace je účinnější a poškozuje mozek méně než propracovanější procedury, které vyvíjeli neurochirurgové. Objížděl celé Spojené státy a všude demonstroval, jak snadno lze transorbitální operaci provést. Tam, kde standardní „precizní“ lobotomie trvala od dvou do čtyř hodin, předváděl Freeman, že dokáže za odpoledne odepertovat tucet pacientů. Mezi roky 1936 a 1948 provedli Freeman s Wattsem 625 operací. Do roku 1957 pak Freeman sám provedl dalších 2 400 operací a státní nemocnice v celé zemi začaly od konce čtyřicátých let tuto operační metodu používat.

Psychiatri, vedení psychiatrických nemocnic a politici byli na přijímání nových metod fyzické léčby velice hrdí. Byl to pro ně viditelný symbol, že psychiatrie se stala součástí vědecké medicíny a její dávná izolace a terapeutická impotence skončila. Oficiální časopis rozsáhlé sítě psychiatrických nemocnic státu New York (bylo jich celkem osmnáct) to ohlašoval jako jasnou známku pokroku:

Fyzická terapie zdůrazňuje esenciální jednotu mysli a těla. Skutečnost, že duševní onemocnění do jisté míry reagují na procedury, jež lze

jednoduše chápat jako „léčení“, dalekosáhle dokládá názor, že skutečně jde o nemoci, jako jsou ty ostatní, a nikoliv nesrozumitelné reakce na okolní dění, které postižené oddělují od zbytku lidstva a od běžných přístupů k chorobám a jejich léčeni.

Fyzické léčbě psychóz se dostalo oslavného přijetí i u širší veřejnosti. Týdeník *Time* vychvaloval „mladého vídeňského psychiatra [Sakela], který léčí... dezorientované mysli s pomocí inzulínu,“ a o několik let později ho dokonce vědecký zpravodaj *New York Times* William Lawrence nazval „Pasteurem psychiatrie“. Když Hollywood popisoval poválečný vývoj amerických psychiatrických nemocnic, představil širokému publiku v příznivém světle elektrošoky a zobrazil je jako zásadní příčinu rychlého zotavení Virginie Cunnigamové, hrdinky filmu *The Snake Pit* (hrála ji Olivia de Havillandová). K léčbě ji dovedl terapeutický rozhovor s mužným psychiatrem „dr. Kikem“, avšak při její analýze hrála šoková terapie nezastupitelnou roli. *The Snake Pit* byl nejlépe vydělávajícím filmem roku 1948, v Británii však byl promítán s upozorněním připomínajícím tamnímu publiku, že jde o americký film a že podmínky v britských psychiatrických nemocnicích jsou báječné – a naprosto se odlišují od ohavných prostor, které jsou na plátně k vidění.

Obraz lobotomie i jejího hlavního protagonisty Waltera Freemana byl stále příznivější. List *Washington Evening Star* své čtenáře zanedlouho informoval, že lobotomie je „pravděpodobně jedním z největších chirurgických objevů této generace... Zdá se být neuvěřitelné, že nevladatelné utrpení lze vrtákem a nožem proměnit v obyčejnou rezignaci.“ O něco později

vědecký zpravodaj Waldemar Kaempffert napsal pro *Saturday Evening Post* oslavný článek o Freemanových a Wattsových operacích a textu se později dostalo ještě mnohem většího ohlasu, když ho ve zkrácené verzi přetiskl i *Reader's Digest*, který měl čtenáře i v řadě dalších zemí. Podobně pozitivně laděná byla i zpráva Associated Press, označující lobotomii za „omlazovač osobnosti“, který zbavoval „znepokojujících nervů“ a byl téměř bezpečný; jen o něco málo nebezpečnější, než léčba či vytržení zaníceného zubu. Brzy poté si operace získala to největší možné uznání, když se výbor pro udělování Nobelových cen rozhodl v roce 1949 ocenit Egase Monize. Nobelova cena pro Monize vyvolala prudký nárůst počtu provedených lobotomií. Jen ve Spojených státech bylo za poslední čtyři měsíce roku 1949 provedeno dvojnásob tolik než v předchozích osmi měsících. Do roku 1953 bylo lobotomizováno dalších 20 tisíc Američanů a další tisíce pak i jinde na světě.

## Zpětný ráz

Nadšení veřejnosti ani odborníků z nových a strašlivých metod léčby nevydrželo dlouho. Už v padesátých letech začala jejich podpora klesat a během následujícího desetiletí se inzulínová kómata, šokové terapie a psychochirurgie staly symboly psychiatrického útisku. Psychiatři odpadlíci, jimž se brzy začalo souhrnně říkat „antipsychoiatri“ včetně politických oponentů, jako byli Thomas Szasz (1920–2012) a R. D. Laing (1927–1989), se proti těmto metodám začali vymezovat (víceméně) zevnitř profese a mnozí z profesních kolegů s nimi souhlasili. Ještě ostřejší však byla stále významnější kritika přicházející ze světa literatury a populární kultury.

V prosinci 1960 přivedly Ernesta Hemingwaye (1899–1961) stále hlubší depresivní stavy na kliniku Mayo, kde byl hospitalizován a prodělal sérii ECT. Propuštěn byl v půli ledna 1960, avšak jeho duševní stav zůstával špatný, a tak ho v dubnu opět přijali a absolvoval další šokovou terapii. Propustili ho 30. června. O dva dny později si prostřelil hlavu a zanechal po sobě veřejné odsouzení terapie:

O spisovatelích tihle šokoví doktoři nevědí vůbec nic... ani to tom, co jim způsobují... Jaký má smysl zlikvidovat mou hlavu a vymazat mi paměť, což je můj kapitál, a tím mě připravit o živobytí? Byla to skvělá léčba, jenže jste přitom přišli o pacienta.

Chlapák Hemingwy na šokovou terapii tvrdě záutočil a stejně tak básnířka a feministka Sylvie Plathová (1932–1963). Její román *Pod skleněným zvonem* (*The Bell Jar*, 1963) je jen málo skrývaným klíčovým románem a obsahuje barvitý popis vlastních zkušeností s ECT, které se podrobila (spolu s inzulínovou terapií), když se po neúspěšném pokusu o sebevraždu léčila z deprese:

Pokusila jsem se usmát, ale kůže mi ztuhla jako pergamen. Doktor Gordon mi připevňoval ke spánkům kovové destičky. Přivázel je řemínkem, který se mi zařezával do čela, a dal mi mezi zuby kus kabelu.

Zavřela jsem oči.

Nastalo krátké ticho, jako když zadržíte dech.



Pak se nade mne něco sklonilo, popadlo mě a zatřásl se mnou, jako kdyby nastal konec světa. Uíííí, ječelo to ve vzduchu plném modrých světél a při každém záblesku do mě něco vrazilo s takovou silou, až se mi zdálo, že mi popraskají všechny kosti a vyteče ze mě všechna šťáva, jako když utrhnete nějakou rostlinu. Uvažovala jsem, co strašného jsem provedla.

Plathová se necelý měsíc po vydání svého prvního a jediného románu v roce 1963 zabila. S největší pravděpodobností to s jejím léčením deset let předtím nesusouviselo. Za příčinu její sebevraždy lidé označovali jejího manžela Teda Hughese. Hodně zjednodušeně vzato na ni začali pohlížet jako na symbol zoufalství ženy v domácnosti a mladé matky, zrazené věrolomným manželem, připravené o možnost uplatnit svůj talent, přičemž její předchozí psychiatrické léčení bylo možno snadno číst jako další příklad útlaku patriarchální společnosti.

Zastánci ECT (a většina současných psychiatrů i pacientů by na ni dodnes přísahala, byť jiní stojí vášnivě proti) tvrdí, že příklad Hemingwayův i Plathové jsou pouze ojedinělé příběhy, které nemají pro klinické hodnocení ECT ani kladný ani záporný význam. Obě svědectví však přispěla k bouřlivé proměně přístupu kulturní scény k psychiatrii, a zvláště pak k fyzickému léčení, jež starší generace měla tendenci vítat jako důkaz pokroku vědy. S výjimkou toho, že se v jistých kruzích flirtovalo s domněnkou, že duševní nemoci způsobuje otrava mozku vyvolaná ohniskovou sepsí, žádná z fyzických terapií zaváděných ve dvacátých a třicátých letech minulého století nepřinášela racionální zdůvodnění, proč

by měly fungovat. Prostě fungovaly. Pak se ovšem ukázalo, že tomu tak není. A když přišla ztráta víry v inzulínová kómata, v elektricky vyvolané křeče a v hodnotu nenávratného poškození mozku jakožto prostředku „léčení“ duševní choroby, byl zpětný ráz krutý.

Romány jako *Vyhoďte ho z kola ven* (*One Flew Over the Cuckoo's Nest*, 1962) Kena Keseyho a *Tváře ve vodě* (*Faces in the Water*, 1961) Janet Frameové vrhaly na psychiatrii ničující pohled. Kesey, který nějakou dobu pracoval jako ošetřovatel v psychiatrickém oddělení nemocnice pro veterány v Menlo Parku v Kalifornii, podal obraz instituce arogantně užívající elektrošoky, aby své pacienty ukáznila a podřídila. Když se ukázalo, že takovýto způsob zacházení nestačí, aby zvládl nezkrotného hrdinu románu Randlea P. McMurphyho, přijde ke slovu konečná zbraň: lobotomizují ho. Novozélandská spisovatelka Frameová se s účinky somaticky orientované psychiatrie setkala ještě mnohem víc zblízka. Byla několik let hospitalizována v nemocnicích pro duševně choré s odlidštěným režimem, léčena inzulínovými kómaty, vystavena víc než dvěma stům elektrošoků a jen o pár dnů unikla lobotomii v Seaclyff Mental Hospital, když chirurgovu ruku zarazilo, že jí byla udělena nejvýznamnější novozélandská literární cena Hubert Church Memorial Award. Během několika let Frameová dosáhla mezinárodního úspěchu a její romány, kořeněné vlastními vzpomínkami na drsnou léčbu z rukou nekompetentních a sadistických psychiatrů, předstihla v míře vlivu na její čtenáře pouze její třídílná autobiografie, zfilmovaná novozélandskou režisérkou Jane Campionovou pod názvem *Anděl u mého stolu* (1990).

Film Jane Campionové měl velký ohlas u kritiky i u artového publika. O patnáct let starší *Přelet nad ku-kaččím hnízdem* (1975) Miloše Formana podle románu Kena Keseyho dosáhl neobyčejného úspěch u světové veřejnosti. Získal pět Oskarů a i čtyři desetiletí po svém uvedení je to stále ikonický a sledovaný film. Není to však jediný hollywoodský obraz lobotomie jakožto brutální a zločinné operace, kterou provádějí sadističtí a bezohlední doktoři. Film Graeme Cliffora *Frances* (1982) s Jessikou Langeovou v hlavní roli hollywoodské hvězdičky Frances Farmerové je stejně nelítostný. Langeová je vystavována inzulinovým kómatům a dostává spoustu elektrošoků, připoutána k posteli je opakovaně znásilňována a nakonec lobotomizována postavou, která nikoli náhodou vypadá jako Walter Freeman. Výkon Langeové, jakkoli má velkou sílu, však bledne vedle portrétu Randlea P. McMurphyho v podání Jacka Nicolsona. McMurphy si zařídil přijetí do psychiatrické nemocnice s tím, že „blázinec“ bude příjemnější místo k odkroucení poslední části trestu za sex s nezletilou než vězení, ale vyvolá tam chaos. Sršící vtipy, neposlušný, vzdorný, nejprve bez úspěchu vybízí ostatní zavřené pacienty, jejichž duch už je zlomen, ke vzpouře. Dozví se přitom, že chvíle jeho propuštění je zcela v rukou jeho psychiatrických vězňatelů. Odmítá se podříditi tomu, co film zobrazuje jako ryzí psychiatrický útlak, a nakonec je mu aplikována léčba elektrošoky, jejímž jediným smyslem je potrestat ho. Očekávaný výsledek se však nedostaví a jeho elán může zlikvidovat jediné lobotomie, která ho promění v lidskou zeleninu. Takový je pak i jeho osud.

Tento i další obrazy zcela proměnily názory veřejnosti na nejrůznější fyzické postupy psychiatrické

léčby a zcela pošpinily pověst profese jako takové. V době, kdy byly filmy natočeny, byly tyto postupy s výjimkou ECT opuštěny. Psychiatrie má nyní k dispozici velký výběr psychofarmak, jimiž léčí schizofrenii a deprese, ale i celou řadu méně závažných duševních onemocnění. Mainstreamoví psychiatři nejspíš budou nadále dokazovat, že elektrošoky mají mít místo mezi používanými prostředky tam, kde zhoubné formy deprese vzdorují chemické léčbě. Výrok populární kultury je však jasný: ECT bylo nebezpečnou a nelidskou praxí, zásahem, který smažil mozky a ničil lidem paměť. Lobotomii se několik profesionálních historiků pokusilo alespoň zčásti obhájit. Ukázalo se, že je to beznadějná snaha. Nejen mezi členy scientologické církve, která odmítá psychiatrii jako celek a dění kolem lobotomie pro ně byl dar z nebes, ale u veškeré veřejnosti dnes platí konsensus: lobotomie byla zločinem a její hlavní pachatel Walter Freeman je opravdová mravní zrůda.

---

*Knihu amerického historika medicíny Andrewa Sculla „Šílenství a civilizace“ s podtitulem „Kulturní historie duševní chorob od bible po Freuda a od blázince k moderní medicíně“ vydalo nakladatelství Academia v roce 2019 v Praze, 528 stran. Přeložil Jaroslav Veis.*





En tibi, formosæ sub forma Europa puellæ  
Vultus focundos pandit vt illa finus.

MERIDIES.  
Ridens lætam dextra Cimbroꝝ siniftra  
Obtinet, Hispanum fronte geritq; folium.

Pectore habet Gallos, Germanos corpore gefat  
Ac pedibus Græcos, Sauromatarq; fouet.

# RES PUBLICA

RES PUBLICA



# Přemýšlení o Evropě, radosti i o tom, co si nesmíme nechat vzít

Jan Sokol

Evropské volby jsou za námi a noví poslanci převezmou kormidlo toho jedinečného politického, hospodářského i kulturního společenství, jež si půl miliardy evropských občanů postupně vytvořilo. Přebírají tak odpovědnost za tisíciletou tradici, kterou mají hájit a rozvíjet a za čtyři roky předat dalším. Čím byla a je ta Evropa, která si Unii vytvořila a na čem ji postavila? Co od ní můžeme chtít a očekávat, to se nedá odhadnout bez ohledu na její minulost, a porozumět evropské minulosti zase potřebuje pohled z náležitého odstupu. Vejde se to do novinového článku?

Patříme k první generaci, která si může otevřít Google Earth a z této „God-like position“ se na obrazovce přenést od podrobné mapy vlastního dvorku až po družicové panoráma Evropy a glóbu. Na něm si každý může všimnout, že Evropa je ten nejvíc roztržený kout světa, klikatý přívěšek majestátní a kompaktní Asie. To, čemu říkáme evropský kontinent, by se jinde mohlo pokládat za poloostrov, protože z žádného jeho bodu není k moři dál než pár set kilometrů. A ještě jedna zeměpisná zvláštnost předurčila historický vývoj Evropy: Středomořní moře, moře do kapsy a přece žádný rybník, kde lidé před pár tisíci lety přemohli strach a vydali se na cestu do neznáma. Pro Římany už to bylo „naše moře“.

Od té doby, co se naši kulturní předkové naučili psát, můžeme už sledovat, co všechno si sem z východu přinesli – z Egypta, z Mezopotámie a pak i z Izraele – a jak

to sami rozvíjeli. Jak se z té prvotní nerozdělené kultury, pro nás řekněme náboženské, postupně oddělovala jednotlivá umění, filosofie a vědy, řemesla a techniky, včetně těch bojových a válečnických. Jak lidé obyvatelnou půdu osídlili a rozdělili, jak z prosperity zemědělství mohla vyrůst města – a jak se v nich lidé učili své spory krotit, podřizovat se vládě a právu, a nakonec se pokoušeli i tu příslovečnou „válku všech proti všem“ aspoň občas přerušit mírem. Teprve císaři Augustovi se podařilo tento poměr obrátit, takže pár století panoval mír, *pax romana*, přerušovaný válkami. Přesto se evropské dějiny psaly a četly jako dějiny válek, takže období míru jako kdyby žádnou historii neměla.

Naši evropští i čeští předkové ovšem jistě nehledali jen pohodlí a blahobyt a za ta dvě a půl tisíciletí evropských dějin také něco objevili a vynalezli. Za mnohé vděčíme i jejich schopnosti a ochotě poučit se z toho, co vynalezli jiní. Hérodotos objel polovinu Středomoří, aby se podíval, jak se kde vládne, a nejenom Platón upřímně obdivoval egyptskou moudrost. Římští ústavodárci se jeli poradit do Athén a Vergilius si výslovně pochvaloval, že se Římané dovedou poučit od jiných.

Křesťanství převzalo velký židovský objev, příkázání a axiom „nezabiješ“, a přestože ho i křesťané každou chvíli někde porušili, vybudovali na něm kulturu, která každému – a nejen našinci – přiznává jedinečnou a osobní duši, čili nárok na svobodu. Zákoník císaře

Justiniána ze 6. století hned na začátku říká tu revoluční větu, že „všichni lidé se rodí jako svobodní“, která se obvykle připisuje Rousseauovi. Tenhle druhý axiom evropské kultury se sice prosazoval hodně pomalu, přes tisíc let, ale určitý respekt ke člověku se ani těm nejsurovějším režimům v Evropě nikdy nepodařilo udušit. Od ideálu svobodného člověka s jedinečnou duší se odvozuje typicky evropský obdiv k originalitě a tvořivosti v umění i ve vědách. Ty v evropském pojetí fakticky znamenaly soustavnou a kultivovanou zvědavost, posedlost věcmi, ze kterých nic nekouká a které se nás vlastně ani netýkají, jako třeba astronomie nebo geometrie. Takovou zvědavost dovolují jiné kultury jen malým dětem, kdežto dospělý člověk si má hledět vážných věcí a za zvědavost by se musel stydět. Tak to viděl i egyptský kněz, který prý řekl Solónovi, že všichni Řekové jsou jako děti.

Vedle úcty k životu připravili staří Izraelci ještě jeden zásadní objev, objev dějinnosti. Za chaotickým hemžením, Brownovým pohybem každodenního světa, může vizionář tušit a vědec hledat i pomalejší a nenápadnější, zato daleko významnější, soustavné a nevrátané pohyby. Trpělivý pozorovatel může odhadovat jejich směr, i když nevidí cíl, k němuž snad směřují. Okolní kultury Předního východu si toho také všimly, vložily si však pomalé dějinné procesy jednoznačně jako úpadek, doklad marnosti hmotného, viditelného světa. Zvláštní pesimistická nálada pozdní antiky i perského manichejství, jež pokládaly svět za produkt zápasu dobrého a zlého božstva, sice ovlivnila část křesťanství, Izrael ji však houževnatě odmítal.

Příběh o stvoření světa na samém začátku izraelské i křesťanské Bible končí totiž neslýchaným tvrzením: Hospodin podle něho „viděl, že všechno, co

stvořil, je velmi dobré“. Teprve lidským přičiněním vstupuje do světa zlo, ale i tento příběh končí nadějí: Adam s Evou jsou sice vyhnáni z ráje, ale Hospodin jim ještě opatří šaty. Izrael tedy vidí v dějinách smysl a na jejich konci zářivou nadějí. Abraham se tak spoléhá na Hospodinův příslib velké budoucnosti, že by kvůli ní málem obětoval jediného syna. Takovou nadějí, která překoná i smrt, je pro křesťany Kristovo vzkříšení, takže kříž, nástroj jeho poprav, se mohl stát symbolem naděje.

Izraelská a křesťanská dějinnost je ovšem otevřená a dvojnásobná a končí jak apokalyptickou katastrofou, tak také příslibem vzkříšení a hostinou v novém Jeruzalémě, jakou „oko nevidělo a ucho neslyšelo, co ani člověku na mysl nepřišlo“. To ale znamenalo, že člověk není vydán napospas nadlidským silám dobra a zla, života a smrti, a nebude se jen zmítat mezi nimi. Izraelská ani křesťanská dějinnost nekončí skepsí a její naděje slibuje víc než jen „vyhasnutí žízně“ a splynutí s Vesmírem. V to však člověk může doufat, jen pokud o to bude celým svým životem a ze všech svých sil, sám i s ostatními usilovat a zápasit.

Touto zvláštní nadějí i zadáním dostala evropská kultura svůj specifický charakter. Trvalo dlouho, přes tisíc let, než ji aspoň část Evropanů přijala za svou a pochopila, že svět, do něhož jsme se narodili, není našim osudem, nýbrž „polem“, jak říká Ježíš. Pozvolna a nenápadně, ale už ve vrcholném středověku docela zřetelně ze židovsko-křesťanského kvasu vyrůstá evropský aktivismus, neklidná povaha, která začala stavět katedrály i vést křížové války – obojí s nasazením nejlepších sil a celých životů, vlastních i cizích.

Vzepjetí vrcholného středověku je patrně tím obdobím, kdy Evropa a Evropané začali předstihovat velko-

lepé a ctihodné kultury asijské – i když to sami vůbec netušili. Pozdně středověká, zvnitřněná i rázná a kritická kultura, jejíž doznívání tak podivuhodně vstoupilo do českých dějin, skončila jakousi únavou z přepjaté duchovnosti. Proti středověkému podřízení světa a člověka nadějším a strachům z jejich konce se v Itálii vzbouřil humanismus, protest a manifest tohoto života na tomto světě. Naproti tomu severně od Alp reformace znovu objevila přísný a náročný hlas Písma, který tak silně zapůsobil na městské střední vrstvy.

V následujících nečekaně zuřivých válkách nešlo tolik o náboženství jako o mocenské uspořádání společností, do něhož už výrazně promluvily městské vrstvy. Evropa se rozdělila na „katolický“ jih a „protestantský“ sever, jež své oddělení zpečetily stoletím občanských válek. Západní část Evropy se navíc už v této době rozdělila na jazykové oblasti, pozdější politické národy, kterým se dalo vládnout mluveným i psaným slovem. Spisovné národní jazyky, podporované kázáním, literaturou, knihtiskem i školami, umožnily vládnout méně násilně a posílily soudržnost „národních“ států, tím je ale také od sebe oddělily a oslabily význam všeho dosud společného, včetně jazyka vzdělanců a církve.

V neklidném prostředí novověké Evropy ovšem každý významnější rozdíl znamenal soutěž a snadno přerůstal v soupeření a nepřátelství. Po nějakou dobu se Evropanům ještě dařilo přenášet své konflikty do kolonií, ale francouzská revoluce zavedla vojenskou povinnost, takže armáda přestala být nástrojem panovníka a stala se reprezentantem národa. Takové národní vojsko se ale prakticky nemůže vzdát, jak se ukázalo v Německu po roce 1918, a mělo by bojovat do úplného zničení nepřítel – anebo sebe sama. Koncem 19. století, právě když vrcholilo koloniální rozebrání světa, se

nicméně mohlo ještě zdát, že děsivé stránky moderní války mohou zkrotit mezinárodní dohody a válka tak zůstala prostředkem politiky.

Jen tak si lze vysvětlit obě světové války a vidět s Janem Patočkou „dvacáté století jako válku“. Dnes těžko chápeme, že mocnosti vstupovaly do První války s tak lehkým srdcem, protože jejich politici naivně předpokládali, že bude krátká a že vítězství posílí jejich prestiž. Přehlédli, že naopak neúspěch nebude možné svalit na armádu, protože bude porážkou samého národa, což si zejména Němci nemohli připustit; mnozí tak uvěřili báchorce o „ráně do zad“ a zradě demokratů. Naopak vítězové podlehli pokušení poražené zašlápnout, aby se už nikdy nemohli vzpamatovat.

Už První válka přinesla utrpení a hrůzy, jaké si na začátku nikdo nedovedl představit. Vítězům přitom – kromě milionů padlých a zničených měst – nepřinesla vůbec nic. Z vítězství se tak mohli radovat jen Poláci, Češi a Slováci a snad i další východoevropské a balkánské národy, které se domohly samostatnosti. Na Palackého starší varování, že mezi Německem a Ruskem to nebude mít dlouhé trvání, jako kdyby všichni zapomněli. Přes optimismus i tak vynikajících politiků, jako byl třeba Masaryk, prohráli Evropané mír už Ruskou revolucí v roce 1917 a Versailleskou smlouvou o dva roky později.

Versailleská smlouva a nesplnitelné reparace sice vyjádřily zoufalství Francouzů nad zničenou zemí, jenže místo skutečného míru se pokusily Německo zadusit a tím pomohly do sedla Hitlerovi. Ruská revoluce si válečný režim s centrálně řízeným hospodářstvím tak oblíbila, že v něm – s krátkým přerušením NEPu – vydržela až do Druhé války a ještě mnoho let po ní. Ve škole nás učili, že Sovětský svaz je „mírová hráz“, neřekli

nám ale, že v roce 1939 měla Rudá armáda nejvíc tanků na světě.

O Druhé světové válce vyšlo tolik knih, že si k nim netroufám mnoho dodat. Že pustila ze řetězu ty nejhorší demony Evropy, zahubila desítky milionů lidí a zničila polovinu kontinentu – tentokrát včetně Německa – je všeobecně známo. Potvrdila totální povahu národních války, která nutí účastníky nasadit skoro všechno, z dnešního hlediska ovšem jen naznačila děsivé možnosti válečné techniky.

Když se v roce 1945 přestalo střílet a zabíjet a všichni jsme se z toho radovali, uvědomili si zodpovědní západní politici nad troskami svých měst a rodin, že válečnou zkázu sice vyvolal Hitler, jeho protivníci mu však svým jednáním několikrát pomohli. O Josefu Stalinovi je to už delší dobu známo, ale i západní politici krátkozrakým sledováním vlastní popularity šli Hitlerovi na ruku a několikrát ho téměř zachránili. Silácké řeči a slabošské ustupování před malými konflikty chápal Hitler jako pozvání k větším. Horování pro pacifismus a škrtení vojenských výdajů podryly ochotu i schopnost svobodných společností bránit se i tomu nejhoršímu a nad prolhanou německou propagandou si bezmocně zoufal třeba Karel Čapek.

Na rozdíl od předchozích „vítězství“, která už přivrhovala pomstu, po roce 1945 bylo zděšení nad tím, co si Evropa dokázala způsobit, tak velké, že se Evropané z války poučili. Pokusili se obrátit logiku předchozích válek a místo „vítězné“ pomsty hledat mír. Nejenže se válka už nesmí opakovat, ale my, kdo jsme ji přežili, se o to musíme postarat. Pomohla americká asistence i společné obavy z komunismu a namyšlené evropské národy začaly jednat jako dospělí lidé. Připomněly si

novověký objev tolerance a dobrovolného sebeomezení i osvětské rozhodnutí promítnout lidskou rovnost i do politického rozhodování. Tak vznikl ten jedinečný politický, hospodářský i lidský útvar, který se nad hroby milionů zavázal, že žádný konflikt nenechá přerůst v násilné nepřátelství. Vzal to tak vážně, že jako jediný politický subjekt nemá vlastní armádu, a přesto už několikrát dokázal přímou pomocí i trpělivým tlakem zabránit nejhoršímu.

Padesát let jsme přes ostnaté dráty závistivě sledovali jeho neuvěřitelné úspěchy, než jsme se k němu mohli konečně připojit. V pohledu zevnitř se jistě ukázaly i různé nedostatky, které si ovšem zpravidla způsobily členské státy samy, když se zalekly odvahy evropských zakladatelů. Tak kritikové rádi připomínají „demokratický deficit“, jako kdyby si ho způsobili v Bruselu. Ale kdykoli přišla řeč na to, že by evropskou komisi měla nahradit volená vláda, byli to premiéři členských států, kteří tomu unisono zabránili. My obyčejní Evropané máme ovšem dobré důvody se ze společných evropských úspěchů prostě radovat a občas si také slíbit, že si je nenecháme nikým kazit. Brusel možná potřebuje nějaké reformy, ty ovšem mohou prosadit jen ti, kdo si své EU opravdu váží. Unie stejně jako členské státy potřebuje kritiku, kdežto sýčkování a skepse slouží jen jejím – tj. našim – protivníkům.

---

*Autor je český filosof, překladatel filosofických textů, vysokoškolský pedagog a publicista. Text byl původně napsán pro Deník N, kde vyšel 27. května 2019.*



# Kdybych byl ďábel

Marek Vácha

Kdybych byl ďábel, snažil bych se všem dobrým lidem vnuknout myšlenku na ochranu Země a měl je k tomu, aby přestali létat a aby přestali jezdit autem, aby nikam nechodili, seděli doma a zhasli. A aby se všichni přestěhovali do lesních samot, chodili pěšky a jedli, co vypěstují, a nijak se dál nezapojovali. Zároveň bych hodně podporoval emise a letectví a třeba i formuli jedna. A válečné konflikty.

Hodně bych povzbuzoval novináře, ať píší o uprchlé mambě zelené, o medvědovi v Beskydech, o kázání pátera Piňhy a o polonahé aktivistce, o pálení knih *Harryho Pottera*, pálení deštníků s nápisem „Hello Kitty“ a pálení porcelánových slonů, a na první stránky deníků ať novináři dávají hokejové play-off; a ať nechají ty opravdu velké věci v klidu.

Kdybych byl ďábel, hodně bych mluvil o tom, že Mauglího úspěšně vychovala vlčí smečka, a hodně bych mluvil o toleranci pro všechny a pro všechno a bez hranic. Na jedné straně bych podpořil aktivistky, ať kvůli ochraně přírody děti nemají vůbec, a pak zase ta uskupení, kdy dítě porodí babička, která je matkou těhotenskou, geny ať poskytne teta, která je matkou biologickou, a matkou sociální ať je ten muž, co je synem babičky a co žije s dalším mužem, co je bratrem té tety a který je zároveň strýcem i otcem. Protože ti všichni dospělí na to mají právo.

Snad není třeba dodávat, že bych ze své pozice úplně nepodporoval církev a pokusil bych se vytvořit me-

diální obraz pedofilů toužících po majetku, což, říkám s trochou hrdosti, se vcelku úspěšně zvládlo.

Intelektuály bych podporoval v honbě za body RIV, ať si loví svoje bobříky a ať se nesoustředí na nic jiného, a nasypal bych jim za to trochu peněz a trochu titulů.

A jistě bych podporoval hnědé uhlí a řepku a vždycky bych měl někoho k napsání knihy o tom, že vlastně žádná ekologická katastrofa nehrozí a planeta je modrá, a nikoli zelená, a pak aby se hodně psalo o tom, že názory, jak vidíte, se různí, a že tedy není důvod k panice.

Kdybych byl ďábel, měl bych jistě v České republice ještě co vylepšovat, ale v zásadě a v globálu bych byl spokojen a řekl bych si, že se země ubírá docela dobrým směrem.

---

*Text vyšel v týdeníku Respekt 12. května 2019.*



## Greta a levnější elemka

Eva Turnová

Jedu autem na sraz s kapelou a spěchám. Projíždím jednosměrkou, která se v jednom místě zužuje, ale bývá tu běžný provoz. Předě mnou zastavuje nový Mercedes S a vozovku zablokuje. Za mnou je fronta aut. Řidič stojí venku, kouří a nemá se k odjezdu.

Vykouknu z okénka.

„Já vidím, že tam máte místo,“ volám.

„Já taky, ale to auto si to nemyslí,“ odpoví řidič a vyfoukne z pusy kroužek.

Jeho Mercedes S je automobil vybavený elektronickým asistentem, který zasahuje do řízení, včetně plynu; když si usmyslí, že někudy neprojde, tak tam nejede.

„To dáte,“ říkám povzbudivě. „Ta silnice se stejně nerozšíří.“

„Tak tady máte klíčky a zkuste to,“ odpoví řidič důrazně.

Vypnula jsem auto, nastartovala a intuitivně dlouho držela a hamtala na plyn. Auto se poskokem nějak dalo do pohybu...

„Do pěti let budou jezdit auta sama podle svého uvážení a podle značek, nebudete mít šanci,“ školí mě majitel vozu.

To je pravda. Navíc do pěti let možná pán nebude moct vyfukovat kroužky nikde. Všechno bude kontrolované, aby se nám náhodou něco nestalo.

Vyjíždím, zapínám rádio a dovídám se, že podle společlivého průzkumu je už víc než 50 procent doktorů pro eutanazii, ale většina z nich navrhuje, aby se řešila mimo jejich kompetenci. Představa, že budou pomáhat lidem odejít ze světa, by mohla poškodit jejich psychiku. Připadá mi, že tahle obsese žití už vlastně začíná být trochu nemoc.

V rádiu navazuje pořad o Gretě Thunbergové, mladícké švédské aktivistce bojující za záchranu přírody. Ona sama je pro mě rozhodně přírodní úkaz. Vidí svět v přirozených souvislostech a se sympatickou umanutostí čelí snahám její záměr zpochybnit a nařknout ji z toho, že je jen řízenou střelou z kulometu své levičácké matky. Což je snazší cesta, než se zamyslet nad tím, jestli nemá v zásadě pravdu.

Žijeme v takovém paradoxu; na jedné straně se prosazuje kult svátosti lidského života, nikdo nebude mít šanci se dobrovolně ujezdit ani ukouřit k smrti, na druhou stranu se chováme tak, že brzy nebudeme mít kde žít tak dlouho. Jako bychom byli naprogramovaní jako rychle se množící virus, který za žádnou cenu nesmí vyhnout.

Přijíždím na sraz.

„Chtěli byste žít věčně?“ Snažím se zamluvit svůj pozdní příchod.

„Kdyby zlevnili elemka...,“ dostanu odpověď, o jakou jsem si řekla.

---

*Autorka je basketaristka, skladatelka a spisovatelka.*

*Text byl vysílán 17. května 2019 na stanici Plus Českého rozhlasu.*





# Počasí a podnebí ve spirále

**Radim Tolsaz**

Žijeme v mírném podnebném pásu střední Evropy a zvykli jsme si na relativní klid a příjemné počasí. Sem tam nějaká povodeň, sušší rok a vichřice, ale v zásadě příjemné počasí v průběhu téměř celého 20. století nás poněkud ukolébalo. Neslyšeli jsme varování ze světa, že se počasí radikalizuje, a velké extrémy spojené s počasím jsme považovali dlouho za příliš vzdálené naší české kotlině. Podobná varování většinou neslyšíme, dokud je sami nevidíme kolem sebe. Založení Mezivládního panelu pro změnu klimatu (IPCC) a jeho první hodnotící zprávu z roku 1990 jsme téměř nezaznamenali.

## Směšné argumenty

Někteří z nás se nad měnícím se podnebím začali zamýšlet až na začátku tohoto století, po sérii podivných extrémních událostí. Velké povodně, suché roky, horké vlny, vichřice, přívalové povodně, bouře, sněhové přívaly, lesní požáry... zkrátka události, které v rychlém sledu ukazovaly, čeho je matka příroda schopna, když se zlobí. Většinou jsme však byli pořád v klidu, protože tyto extrémy rychle pominuly a za pár měsíců jsme na ně mohli zcela zapomenout. Byla povodeň? Ale co, vždyť už neprší. Horká vlna? Super, teplíčko a u vody je tak krásně. A v tomto klidu nás utvrzovali i mnozí ekonomové, politologové, sociologové a další „experti“ na změny klimatu, pro které je svoboda ničit životní prostředí více než svobody jiné.

Argumenty, které přinášeli do vážné diskuse, se z dnešního pohledu jeví až směšně, ale přesvědčili

značnou část české veřejnosti, že problém změny klimatu je výmysl aktivistů a roztržitých vědců. Dodnes mnozí z nás považují změny globální teploty o cca 1 °C za nicotnost ve srovnání s tím, když přeletí přes půl Ameriky a teplota se změní o 20 °C. A míchat hrušky s jablky je náš národní sport. Například porovnávat předpověď počasí a projekce klimatu nebo přirozené a antropogenní faktory, které utváří naše podnebí.

Svět už však věděl, že problém extrémního počasí zhoršuje dodatečné teplo, které v atmosféře zadržuje vyšší koncentrace skleníkových plynů. Vyšší teplota atmosféry zvyšuje i skleníkový účinek vodní páry, nejvýznamnějšího skleníkového plynu. Teplejší oceán absorbuje méně CO<sub>2</sub>, který tak zůstává v atmosféře, a stejně tak menší plocha lesů a pralesů spotřebovává méně CO<sub>2</sub>. Dostáváme se tak do spirály, jejíž vrchol se pořád vzdaluje. Více skleníkových plynů v atmosféře znamená vyšší globální teplotu. A vyšší globální teplota znamená další „přísun“ skleníkových plynů do atmosféry. To není nic nového, a dokonce i největší klimaskeptici dlouhodobě upozorňují, že se po oteplení zvýší množství CO<sub>2</sub> v atmosféře. V Česku jsme však dlouho diskutovali, zda se klima mění, a pokud ano, jestli k tomu člověk přispívá. Na sociálních sítích můžeme tyto hloupé diskuse vidět dodnes. A opravdu těch zcela zanedbatelných 415 ppm CO<sub>2</sub> nějak ovlivňuje počasí a klima? Ten plyn, co je tak nepostradatelný pro fotosyntézu a tak dobrý v sodovkách? Ano, je to tak. Fyziku nelze ošálit. Až teprve v posledních letech začínáme i u nás chápat, že ti

vysmívání klimatologové, kteří nevědí, co znamená v překladu Greenland, měli a mají pravdu. Že Země je zkrátka kulatá, i když se to mnohým nelíbí. Jak je to možné, co se stalo? Pět suchých let ve střední Evropě a únavné horké vlny i několikrát za rok. Veřejnost začíná vidět souvislosti, které s odkazem na modrou, nikoliv zelenou planetu zatím neviděla. Dlouhodobé sucho je fenomén, který ani chladný a vlhký květen, ani jedna nepříjemná povodeň nezastaví.

Již od výše zmíněné první zprávy IPCC z roku 1990 máme dostatečně přesné informace o problému, který před lidstvem stojí. A je tam i popsáno, jak tento problém řešit – například snižovat emise skleníkových plynů a lépe hospodařit v krajině. Přesto globální emise neustále rostou. Bohužel nás už třicetileté zpoždění staví před velké nebezpečí vyplývající z možných nepromyšlených a unáhlených politických rozhodnutí. Dnes i pod tlakem celosvětového studentského hnutí Fridays for Future, jehož hlavním mottem však je „Politici, poslouchejte vědce“.

A věda ví, že řešit emise lokálně nebo regionálně v Evropě je potřebné, ale klimatu příliš nepomůže. A věda ví, že bezemisní ekonomika znamená v každé zemi jiný energetický mix, přizpůsobený místním podmínkám. A všichni víme, že popírání vlivu člověka na změny klimatu je stejně škodlivé jako panika, strašení a prosazování nesmyslných řešení. Spojovat bezemisní ekonomiku s odstavováním jaderných elektráren je nesmysl. Omezovat individuální automobilovou dopravu je jistě vhodné cestou podpory hromadné dopravy, ne však nesmyslným blokováním výstavby dálnic a městských obchvatů. Nižší produkce živočišné výroby má reálný emisní základ, ale zároveň minimální dopad na

klima, naštvanost obyvatelstva a chybějící hnojení pro rostlinnou výrobu. Obnovitelné zdroje energie jsou super, ale nesmí na nich vyrůst novodobá dotační šlechta. A hospodaření s vodou v české krajině je samostatná kapitola, kterou věda připomíná po každých povodních a v průběhu každého sucha také již desítky let.

## Na rozcestí

Měli bychom se všichni vrátit zpět na zem. Studenti do lavic a politici k jednacím stolům. Nacházíme se totiž na rozcestí. Musíme prosazovat sice správná, ale z hlediska globálního klimatu zanedbatelná rozhodnutí na národní úrovni s cílem snižovat naše emise, vylepšovat naši krajinu a chránit naše obyvatelstvo. Musíme však přijmout i historickou zodpovědnost za globální emise a v rámci svých možností se podílet na pomoci rozvoje světu. Tam se bude v dalších letech a desetiletích rozhodovat o vlivu lidstva na změnu klimatu. A my už dnes víme, že jejich problémy se mohou snadno a rychle přesunout k nám.

---

*Autor je klimatolog Českého hydrometeorologického ústavu a text vyšel v Lidových novinách 29. května 2019.*

# Může člověk v boji proti bezpráví používat násilí?

**Jeronym Boháček**

Tuto otázku si musel znovu a znovu pokládat Nelson Mandela, když přemýšlel, jakým způsobem hájit zájmy nebílých lidí v Jihoafrické republice. Proti sobě měl státní moc a apartheidní ideologii, která teoreticky usilovala o oddělování jednotlivých ras a kultur, skutečně se však zakládala na nadřazenosti bílých Búrů a omezování práv černochů, Indů a míšenců.

Gándhí, který dlouhá léta působil v tehdy ještě britské Jižní Africe, násilí odmítl. Situace nebílých obyvatel se však prudce zhoršila po volbách 1948, které vyhrála afrikánská Národní strana. Nový předseda vlády Malan omezil či zrušil už tak dost limitované volební práva Indů, míšenců i černochů, oslabil odbory a hlavně – rozdělil zemi na oblasti určené jednotlivým skupinám obyvatel.

Vzdělanější a někdy i bohatší barevní Afričané s postupem času prožívali své vlastní národní uvědomění, dožadovali se více respektu a rovnosti. Jejich vláda však dala najevo, že s nimi příliš nepočítá, a že plnohodnotnou součástí jihoafrického politického národa jsou výhradně bílí lidé. Tuto rasistickou politiku umocňoval strach z možné dominance početnějších černých Afričanů, kteří by v rovných volbách bílé Afrikánce prostě přehlasovali. Později k tomu přibyl také strach z krvavých následků dekolonizace v dalších afrických státech.



Třicetiletý Mandela politikou žil, cítil vztek a toužil po africké národní revoluci. Jak sám píše, tenkrát sice nechtěl bělochy zabít, přál si jen, aby už všichni prostě odešli. Co bylo podstatnější, přestal věřit, že lze v tehdejší situaci bojovat s rasovým útlakem zákonými prostředky. Přitvrzování vládní politiky vedlo k tomu, že Africký národní kongres (zkratka ANC, hnutí bránící práva černošského obyvatelstva) odpověděl a sáhl k aktivní občanské neposlušnosti. Vyzýval své stoupence k úmyslnému, avšak stále ještě nenásilnému porušování apartheidních zákonů. Dobrovolníci nerespektovali nápisy „Jen pro bílé“ a vstupovali na bělošské toalety, do vlakových kupé, používali bělochům vyhrazené vchody na poštu a zůstávali přes stanovený čas v bělošských čtvrtích.

Vláda však neustoupila. Roku 1959 parlament schválil zákon, podle kterého dostali černí Afričané 13 procent země jako svou „domovinu“, ve zbylých oblastech tedy doma nebyli, patřila bělochům. V městečku Sharpeville se následných protestů účastnilo přes deset tisíc lidí, policisté nedokázali dav rozehnat a z nejasných důvodů zahájili palbu, 69 demonstrantů zastřelili.

Navzdory stoupajícímu napětí a mezinárodnímu tlaku vláda spoléhala na sílu a represí, nijak nedávala najevo, že by svou politiku rasového útlaku chtěla kdy změnit. O dva roky později obhájil Mandela v ANC násilné metody boje a byl pověřen vybudováním protizákonné vojenské organizace *Umkhonto we Sizwe* neboli *Kopí národa*. K velení přizval také bílého leninistu Joa Slova. Spolupráce s komunisty měla kromě ne zcela zřetelné ideové blízkosti jednu podstatnou výhodu – zdroje dodávek zbraní a výcvik ve vedení partyzánské

války. „V životě každého národa nastane chvíle, kdy je na výběr jen ze dvou možností: podrobit se, nebo bojovat. V Jižní Africe tato chvíle nadešla,“ vysvětlil Mandela první sabotážní výbuchy ve své autobiografii *Dlouhá cesta za svobodu*.

Vláda přesto neustoupila, policie vypátrala a zatkla Mandelu a žalobce pro něj požadoval nejvyšší trest – trest smrti. Ve své řeči před soudem Mandela odmítl, že by usiloval o černošskou nadvládu a vyslovil se pro svobodnou společnost, ve které by lidé žili v harmonii a s rovnými příležitostmi. Kvůli takovému ideálu byl připraven i zemřít.

V této chvíli se plně projevil rozdíl mezi totalitní společností a útlakem v demokratických zemích. Soud, nikoliv poprvé, nesplnil přání vlády, nevyhověl návrhu obžaloby a neodsoudil Mandelu k trestu smrti, ale k přeci jen nadějnějšímu doživotnímu věznění.

Celý proces sledovala zahraniční média a výhrady vyjádřila i jihoafrická opozice. Mírnější trest žádal také spisovatel a předseda opoziční Liberální strany Alan Paton.

Trvalý mezinárodní tlak i těžko zvladatelná situace v zemi dovedla vládu k tomu, že po dlouhých 23 letech věznění nabídla Mandelovi propuštění výměnou za to, že se vzdá násilných prostředků politického boje. Ten to však příkře odmítl a takto to vysvětlil svým stoupencům: „Co je to za svobodu, mohu-li být zatčen podle pasového zákona? ...Co je to za svobodu, kterou mi nabízí, když vláda nerespektuje má občanská práva? ...Nemohu a nechci se k ničemu zavazovat ve chvíli, kdy já ani vy, můj lid, nejsme svobodní.“ Své rozhodnutí bojovat proti apartheidu násilím nezměnil.

Na svobodu se dostal za víc než další čtyři roky, poté, co se v únoru 1990 prezident De Klerk veřejně přihlásil k vyjednávání. Krátce na to pozastavil Mandela ozbrojený boj i znovu legální ANC.

Mandelova odpověď na otázku přípustnosti násilí je z jeho života vcelku jasná. Nevyhledával je, ale když se rozhodl, že nemá jinou možnost, rozhodl se pro ozbrojený odpor. Podstatné je, že zvolený cíl duhového politického národa, nerasové Jižní Afriky, umožnil

jemu i vládě násilnosti ukončit, a že nezaváhal se násilí vzdát, jakmile vláda jasně deklarovala konec nespravedlivé a nenáviděné politiky apartheidu, která z většiny obyvatel dělala cizince ve vlastní zemi.



**Nelson Rolihlahla Mandela**  
(18. července 1918 – 5. prosince 2013)

*politik a jihoafrický bojovník proti apartheidu se stal prezidentem Jihoafrické republiky v roce 1994 a v čele země stál do roku 1999, letos v červnu je to přesně 20 let. Byl prvním černošským prezidentem zvoleným v prvních svobodných volbách v historii Jihoafrické republiky. Jeho vláda se soustředila na likvidaci dědictví apartheidu, zaměřovala se na institucionalizovaný rasismus, chudobu a sociální nerovnost, a zprostředkovala mezirasové usmíření v zemi.*





## NA URGENT!

Světově známý fotograf Jindřich Štreit (\*5. 9. 1946) se zaměřuje na dokumentování života na venkově a obyvatel českých vesnic, ale v posledních letech se věnoval také například těžké práci v továrnách (knihy Lidé třineckých železáren, Vítkovice, Ocelový svět) a sociálním tématům, jako jsou drogově závislí, handicapovaní, staří lidé, bezdomovci a podobně. Zaujala ho také práce zdravotníků na urgentním příjmu, který v olomoucké fakultní nemocnici navštěvoval mnoho nocí a dnů. Výsledkem je výstava NA URGENT!, jejíž vernisáž byla 27. května součástí mezinárodního Dne urgentní medicíny. S jeho laskavým svolením publikujeme několik fotografií z cyklu.































## Tento způsob léta

Jaroslav Veis

Klasik Vladislav Vančura postěžoval si na rozmarnost léta slovy, jež přešla do pokladnice zlidovělých rčení (mladší současníci by ovšem nejspíš řekli, jaká rčení, to jsou přece hlášky): „Tento způsob léta zdá se mi poněkud nešťastným.“

Letos se ta nešťastnost projevila jen několik desítek hodin poté, co 21. června v 17 hodin 53 minut a 44 vteřin začalo astronomické léto. Z Afriky přeplula přes Středozemní moře saharská tepelná bublina a ve velké části Evropy, včetně Česka, z ničeho nic začalo být léta tolik, až se stalo předmětem všeobecného zájmu. (Je jen ironické, že plavčík Důra, jemuž spisovatel Vančura slova o nešťastném způsobu léta vložil, měl na mysli problém opačný, totiž léto nemastné neslané, postrádající horko, jež by zvalo k návštěvě plovárny ...)

Což o to, počátek léta býval extrémně horký už v časech Důrových. Letos však k otázce, když už ta vedra skončí, docela naléhavě zní ještě další: Nebude to tak už napořád? Tábor klima-skeptiků, kteří klimatickou změnu bagatelizují s odkazem na to, že to není ani tisíc let, co Grónsko čili „greenland“ bylo svěže zelené, takže v našich končinách nutně bylo vedro k zalknutí, a že se to prostě holt občas stává, poslední dobou hodně řídne. Tábor klima-alarmistů (toto poněkud pohrdlivé pojmenování vymysleli samozřejmě klima-skeptici) naopak

nabývá na počtu. Přibývají do něj nejen odborníci, ale zejména lidé hodně mladí a – to je docela pozoruhodné – čím dál víc politiků uznávajících, že v klimatické změně mají prsty lidé a jejich průmysl. Konkrétním důsledkem je, že Evropská unie směřuje ke klimaticky neutrální strategii, omezující emise oxidu uhlíku a skleníkových plynů. Tedy, chtěla by, kdyby se jí to nesnažily zablokovat čtyři z nových členských zemí, mezi něž patří i Česko. Důvod je průhledný: energii u nás umíme nejlépe vyrábět spalováním hnědého uhlí a značnou část prosperity nám přináší automobilový průmysl, který by přechod k elektromobilitě ohrozil. České dilema je vskutku nešťastné: peněženky versus klimatická změna. Suď Bůh, jak z něj prostřednictvím politické reprezentace, kterou momentálně máme, vybředneme.

Ostatně, právě ta je druhým důvodem si zopakovat rčení/hlášku plavčíka Důry znovu, jen v mírně pozměněné podobě: „Tento způsob léta zdá se mi poněkud neklidným.“ Náš letní neklid má více podob, od bizarních až k těm, jež si zaslouží vážnou pozornost. Jedno však různé typy neklidu spojuje: kolektivní frustrace neboli pocit rozčarování. Neklidné jsou ulice měst, návsi vesnic, a dokonce i politici.

Začněme neklidem politiků: „Cílem žaloby není sesadit současného prezidenta. Jejím cílem je stanovit



mantinely pro výkon prezidentského mandátu,“ řekl krátce předtím, než nastalo léto, senátor Václav Láska, když oznamoval, že má dost podpisů na to, aby proces sesazování Miloše Zemana zahájil. V té větě jsou hned dva důvody k neklidu. Za prvé připomíná, že pokud má mít politika vůbec smysl, pak její povinnou součástí je alespoň se pokusit zabránit setrvání ve funkci tomu, kdo vykonává mandát způsobem prospěšným více sobě a své kamarile než těm, kdo ho zvolili. Za druhé bohužel prozrazuje, že senátor Láska si je vědom, že už před časem si parlament dobrovolně stanovil mantinely, v jejichž rámci je sesadit prezidenta zhruba stejně reálné jako přesvědčit Donalda Trumpa, aby Miloše Zemana jmenoval velitelem vesmírné mise k Marsu.

A pak tu máme neklid občanský. Letošní demonstrace, které vyvrcholily rovněž pár desítek hodin po začátku astronomického léta tou největší od listopadu 1989, bývají přirovnávány právě k nim. V jedné podstatné věci jsou odlišné: nesměřují proti systému, nýbrž naopak chtějí politický systém chránit proti elitám. Vlastně proti jejich části, personifikované do osob ministryně spravedlnosti Benešové a zejména premiéra Babiše. O demokratický systém tu jde, nejen o evropský audit a v Česku chronicky vadný a zneužívaný systém dotací, evropských i domácích. Jistě, o ně samozřejmě jde také, a pokud byla porušena dotační pravidla a Agrofert i další firmy čerpaly dotace neoprávněně, je na místě vyvodit odpovědnost včetně odstoupení premiéra a řádné soudní projednání všech jeho trestních stíhání.

Premiér ovšem odmítá s demonstranty vůbec jednat a odkazuje na pouhou účast ve volební soutěži. To je jednoznačným úkrok k iliberální/neliberální demokracii. Právě ta, v podobě definované Viktorem Orbánem a otevřeně uplatňované v Maďarsku a skrytěji v Polsku,

je nejzásadnějším důvodem k neklidu v této zemi. K Orbánovi a jeho iliberální demokracii jako inspiraci se bohužel obrací nejen premiér Babiš. Třeba do politiky se navráťivší europoslanec Vondra se dal slyšet, že Orbán či v Polsku Kaczyński vlastně jsou jen konzervativní politici, tak proč by měli být peskováni. A prezident zase, když útočí na média veřejné služby a rád by z nich měl média služby státní moci, jen aplikuje Orbánovy politické metody.

Před třiceti lety dokázali občané svými demonstracemi prosadit politický systém, který jim přinesl svobodu i prosperitu. Tím systémem je liberální, nikoli pouze volební demokracie. Je dobře, že obava o ni učinila tento způsob léta neklidným – na rozdíl od těch sahar- ských veder, jež jsou fakt nešťastná.

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

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

Ročník 29, číslo 2, červenec 2019

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.; 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](mailto:vnr@lf3.cuni.cz), [jolana.bohackova@lf3.cuni.cz](mailto: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

Expeditce: 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>

