

VITA NOSTRA REVUE

OD DĚTSKÉHO SNU K FUNGUJÍCÍ NADACI – K PRACOVNÍ POVINNOSTI STUDENTŮ – MEDIK SESTROU –
JANA ŠEBLOVÁ: MÉ PANDEMICKÉ LÉTO, PODZIM, ZIMA A DALŠÍ JARO –
PETR WIDIMSKÝ: CO JE MOC, TO JE PŘÍLIŠ – TEXT: ŽIVLY ČESKÉ VĚDY –
REMBRANDTOVO DÍLO I ŽIVOT JSOU PLNÉ FASCINUJÍCÍCH A POUTAVÝCH MOMENTŮ

EDITORIAL2**FACULTAS NOSTRA**

Od dětského snu k fungující nadaci (Markéta Malecová, Jolana Boháčková) . . . . .	.5
K pracovní povinnosti studentů (David Marx, Petr Šustek) . . . . .	.8
Praktická výuka by měla být v menších skupinkách, intenzivnější a měla by navazovat na teorii (Veronika Matraszek) . . . . .	.15
Medik sestrou (Veronika Matraszek) . . . . .	.19
Helena Pešková – *25 let (Pavel Čech). . . . .	.22
František Šamberger – *150 let (Pavel Čech) . . . . .	.24
Studentská vědecká konference 2021 . . . . .	.26

MEDICÍNA

Mé pandemické léto, podzim, zima a další jaro (Jana Šeblová). . .	.31
Co je moc, to je příliš Lockdown na úrovni katastrofu obce, když je infekce rozšířena všude, zní absurdně (Petr Widimský) . . . . .	.34
Jsme velmi blízko bodu, kdy budeme určovat priority (Lenka Vrtišková Nejezchlebová) . . . . .	.37
Jak vstupuje dobro do světa, aneb inspirace Erazimem Kohákem a etikou ctností v době pandemie (Lukáš Malý) . . . . .	.44
Post-Covid a Long-Covid rehabilitace (Marcela Grünerová Lippertová) . . . . .	.49
Co dobrého přinesl rok s koronavirem (Jolana Boháčková). . . . .	.53
V mnohých ženách lékařkách to vře II. (Pavel Pafko) . . . . .	.57

TEXT

Živly české vědy60
----------------------------	-----

RES PUBLICA

Klausův covid a vzpomínka na Jana (Ondřej Vaculík) . . . . .	.73
Zloděje housek jsme vyřešili. A kolik bude za vybrždění sanitky? (Jan Lipold) . . . . .	.75
Dejme tlouštíkům peníze za zhubnutí a příští epidemie bude levnější (Petr Honzejek) . . . . .	.78

ORBIS PICTUS

Rembrandtovo dílo i život jsou plně fascinujících a poutavých momentů (Kristýna Mikulková)81
--	-----

POST SCRIPTUM

Sputnik a ruská spojka v lánské oboře (Jaroslav Veis)93
---	-----

Editorial

Vážené čtenářky a vážení čtenáři časopisu Vita Nostra Revue, naši podporovatelé a příznivci, kolegyně a kolegové, dámy a pánové,

v posledním dvojčísle našeho časopisu jsem se s vámi loučil s nadějí, že v příštím roce 2021 bude lépe, že se náš život přiblíží pocitu, jaký jej chceme mít, a jak v něm chceme žít. Nestalo se tak. Naopak máme nejvyšší denní přírůstek nakažených na 100 tisíc obyvatel na světě a také nejvyšší počet mrtvých. A to je strašné. Pandemie covid-19 je celosvětová a všude na světě přináší obrovská rizika zdravotní, ekonomická a celospolečenská.

A všude na světě se uplatňují v různé míře podobná epidemiologická a hygienická opatření. Jak je možné, že na východ od Krušných hor, Českého lesa a Šumavy je situace mnohem horší než na západ od nich. Prostě něco děláme špatně. Často je nám vytýkáno, že nedodržíme opatření vyhlášená vládou. To je jistě částečně pravda. Ale ne úplně. Přispívají k tomu i některá nevhodná propagační prohlášení, například bývalého sebestředného prezidenta. U toho nás to ale nepřekvapuje, protože on má na mnoho věcí opačný názor, než je prokázaná skutečnost, například na oteplování (tvrdí, že se země ochlazuje), na úlohu Evropské unie a podobně. Také někteří umělci přicházejí se svou troškou do mlýna (IC, DL). Příspěvky psychicky vyšinutých a v parlamentu se rvoucích, tzv. nezávislých poslanců se vyrovnaný člověk nemusí zabývat.

Další chyby jsou i na straně vlády a jejích vrcholných představitelů. Na některé z nich upozorňuje ve svém článku „Co je moc, to je příliš“ děkan naší fakulty prof. Widimský. Doslova s ním souhlasím. K mnoha špat-

ným rozhodnutím je nutné připočíst i nedobrou organizaci očkování. A tady nezůstává zpátky ani současný prezident, když chce měnit ministry za to, že nechtějí zakoupit neschválenou ruskou vakcínu Sputnik V, a odmítače tohoto přípravku obviňuje z úmrtí našich dosud nenaočkováných občanů. Podobně reaguje i současný předseda KSČM. Všichni tito podporovatelé aplikace neschválené vakcíny by se měli seznámit s mezinárodními principy schvalování léků a vakcín a úlohou SÚKL v tomto procesu. Podle jejich výkladu v současné situaci by museli neschválenou vakcínu aplikovat sami, protože za komplikace očkování neschválenými vakcínami a léky je zodpovědný ten, kdo látku aplikuje, především tedy lékař. Trochu širšího rozhledu a vzdělání v odborné oblasti by neškodilo. Tak to vypadá, když se k problematice vyjadřuje mnoho lidí, kteří jí vlastně nerozumí. Bohužel všichni dostávají příliš prostoru v médiích nejrozličnějšího druhu. Nezbyvá nám tedy, než spoléhat na kolektivní inteligenci našich obyvatel, kteří se nechají naočkovat podle svého vlastního zdravého rozumu a tím přispějí ke kolektivní imunizaci.

Problematice pandemie se věnují i další články. Skvělý rozhovor pro DeníkN poskytl proděkan a přednostka KAR 3. LF UK a FNKV doc. František Duška. Tak se správně vyjadřuje člověk, který s pandemií každodenně bojuje. Díky moc. Se svolením redakce rozhovor přinášíme také ve Vita Nostra Revue.

Další proděkan naší fakulty MUDr. David Marx otvírá závažnost rozhodnutí vlády o pracovní povinnosti studentů, včetně jimi popisované reality při uskutečňování tohoto předpisu.



Anketu o nových kompetencích mediků připravila studentka našeho čtvrtého ročníku Veronika Matraszek, která také sepsala rozhovor s bývalým studentem, mladým lékařem MUDr. Petrem Michenkou o dotazníkovém šetření o možných změnách kurikula medicíny a zejména o větším propojení teorie s praxí. Moc doporučuji k přečtení všem učitelům základních a klinických oborů lékařské fakulty.

Osobní zkušenost s péčí o covidové pacienty z pohledu medicíny a etiky přináší náš absolvent MUDr. Lukáš Malý, jehož čtenáři znají z článků týkajících se jeho činnosti v nemocnici v africké Keni.

Zajistili jsme také úryvek z knihy Živly české vědy, konkrétně rozhovor s prof. RNDr. Juliem Lukešem z Parazitologického ústavu AV ČR a Jihočeské univerzity. Týká se především mikrobiomu, dnes velmi moderního tématu. Prof. Lukeš má mnoho přátel na naší fakultě (také mezi ně patřím) a jeho syn je vynikajícím absolventem naší fakulty.

Prof. MUDr. Pavel Pafko reaguje na článek z minulého čísla VNR o ženách lékařkách. Pavel Pafko, jak je jeho zvykem, reaguje velice pregnantně a přesně. Toto téma zůstává stále otevřené, protože patří k důležitým problémům současné medicíny nejen u nás, ale celosvětově. Díky za to.

Zmiňujeme také důležité události na naší fakultě jako ocenění našich studentů, které obdrželi od MŠMT za organizaci dobrovolnické práce při pandemii, a další. A nakonec jako vždy vynikající Post Scriptum redaktora Jaroslava Veise. Velice rád čtu jeho Poslední slova v Lidových novinách a jsem rád, že máme možnost číst jeho úvahy i ve VNR.

A co nám popřát na závěr? Úspěch v souboji s pandemií, vítězství zdravého rozumu nad hochštaplery všeho druhu a hlavně přežití ve zdraví nejen všech očkovaných.

Richard Rokyta
předseda redakční rady VNR



Od dětského snu k fungující nadaci

Markéta Malecová, Jolana Boháčková

O stáži v africké nemocnici, o pomoci podvyživeným dětem, o práci v polních podmínkách ... o tom všem sní ne jeden medik. Často jsou ale tyto sny zmařeny nedostatkem zkušeností, velkým nátlakem v dobrovolnických organizacích nebo strachem z neznáma. Toho se ale nezalekla mladá studentka 3. lékařské fakulty Markéta Malecová, která již tři roky opakovaně jezdí do dětské nemocnice v Ugandě a pomáhá podobné stáže organizovat i pro své spolužáky. V roce 2019 pro nemocnici založila Nadační fond Whisper, který ji finančně podpořil už více než milionem korun.

„Fond je vlastně výsledkem jedné stáže, která přerostla v něco mnohem většího. Já jsem se rozhodla po třetím ročníku studia, že si splním svůj dětský sen, a pojedu do Afriky pomáhat dětem, které neměly v životě takové štěstí,“ vzpomíná Markéta, dnes již studentka šestého ročníku, na své začátky. Všechny velké známé organizace ji ale odmítaly kvůli nezkušenosti, délce stáže nebo nízkému věku. „Vydala jsem se tedy do Afriky na vlastní pěst, hledala jsem na internetu konkrétní nemocnice a narazila jsem na kouzelnou nemocnici Whisper, která mě na první pohled nadchla,“ popisuje.

Původně měsíční stáž dala vzniknout obrovskému projektu, který nyní vybral pro nemocnici Whisper více než milion korun, spoustu lékařského vybavení a hlavně otevřel dveře celé řadě studentů – dobrovolníků, kteří teď nemocnici každoročně navštěvují. „I když mi vedení nadačního fondu přiděluje spoustu práce, tak jsem toho rozhodnutí nikdy nelitovala. Úspěch, který

máme jak v Čechách, tak v Ugandě, mě motivuje v tom pokračovat.“

Jedním z účelů Nadačního Fondu Whisper je organizování dobrovolnických stáží pro studenty a lékaře, kteří by jinak takovou možnost neměli. „Vytvořili jsme krásné příručky a postupy, které mnohonásobně usnadní plánování stáže, to je totiž nejčastějším demotivacím faktorem,“ vysvětluje Markéta. Mezi studenty 3. lékařské fakulty se právě humanitární pomoc těší velké oblibě, takže i o dobrovolnou práci v dětské nemocnici Whisper je mezi nimi zájem. „Zatímco v minulých letech se jednalo o jednotlivce, na rok 2021 se nám přihlásilo téměř 40 dobrovolníků a hlásí se další,“ počítá. Jedním z důvodů je podle ní nadšení a dobré zkušenosti, které si z ugandské dětské nemocnice studenti vozí domů.

Stáž v ugandské nemocnici je pro ně výjimečná a zajímavá také tím, že se již jako mladí medicové dostávají do situací, které si v Evropě těžko dokážou představit. „To je pro většinu dobrovolníků zlomovým bodem, protože až když si sáhnou na úplné dno, zjistí co v nich opravdu je,“ říká studentka Markéta a vysvětluje, že mnoho pacientů přijíždí do nemocnice na hranici života a smrti, resuscitace dětského pacienta je součástí každého dne a krevních transfuzí se ještě před snídaní podá celý tučet.

Ale dodává, že rozdílná kultura a zvyklosti také přinášejí spoustu humorných situací, na které studenti rádi vzpomínají. „Naše dívčí dobrovolnice mají často spoustu nápadníků, kteří se o ně ucházejí a nabízejí za

ně stádo krav, pozemky nebo plantáže s cukrovou třtinou. Veselá bývají také propouštění pacientů, která se pojí s děkováním a obdarováváním lékařského týmu. Kromě výborného ovoce, ručních výrobků nebo míst-

ních dobrot ale není výjimkou, když rodina pacienta přinese do ordinace živou slepici, a to dostane nejednoho medika do rozpaků.“



Whisper Magical Children Hospital

je dětská nemocnice v Ugandě, kterou založila Češka Veronika Cejpková, a v této nádherné nemocnici se dějí zázraky – poskytují tu komplexní lékařskou péči každému pacientovi, hospitalizují ho na tak dlouho, jak je potřeba, darují mu veškeré léky, hradí veškerá potřebná vyšetření, poskytují stravu jak dětským pacientům, tak jejich rodičům. Rodiče se během času stráveného v nemocnici učí tomu, jak příště nemocem předcházet.

Navíc je nemocnice kouzelná i svým přístupem, vypadá totiž jako z pohádky – stěny zdobí barevné obrázky, všichni zaměstnanci nosí barevné oblečky a veselé čepičky, všude jsou hračky a prolézačky a každý se v nemocnici usmívá.





Maruška Kudlíková (studentka 5. ročníku všeobecného lékařství na 3. LF)

S myšlenkou jet někam hodně daleko a dobrovolničit jsem si pohrávala snad ještě dřív, než jsem nastoupila na medicínu. V Ugandě jsem nasbírala zkušenosti jak medicínské, tak osobnostní. V nemocnici jsem měla možnost naučit se základní výkony, jako je zavádění kanyly, míchání léků, a pochopit, jak funguje oddělení. Vybudovala jsem si zde obdiv k zdravotním sestřám a bratřím, kteří se s velkým srdcem každý den starali o pacienty, přestože jejich snaha tolikrát přišla nazmar. Setkala jsem se zde s nemocemi jako tetanus, lepra, malárie, o kterých si český infekcionista může nechat jen zdát.

Lucka Cíchová (studentka 5. ročníku všeobecného lékařství na 3. LF)

Bude to určitě znít jako klišé, ale minulý měsíc se pro mě stal důležitým životním milníkem. Moc si vážím příležitosti, která se mi naskytla, opustit alespoň na chvíli zdejší osamělost a poznat spoustu nových usměvavých lidí, mezi kterými jsem se už od prvního dne cítila vítaná. Sestřičky i doktoři byli vždy ochotní nám cokoliv vysvětlit a ukázat. Zažili jsme pro nás, spíše posluchače teoretických výkladů, těžko představitelné věci, které jsou zde na dětských odděleních na denním pořádku, například kardiopulmonální resuscitaci. Z medicínského hlediska bylo velmi zajímavé i rozdílné spektrum nám vzácných diagnóz od dědičných onemocnění, jako je srpkovitá anémie, přes vrozené vývojové vady, až po závažné infekce, například tuberkulózu nebo tetanus.

Kromě odborných zkušeností mi ale po všech stránkách rozdílné prostředí dovolilo si srovnat myšlenky a priority, což je výsada, o které bych si u nás mezi vším tím shonem a stresem mohla nechat jenom zdát. Zároveň mě moje první návštěva Afriky zbavila zbytečných předsudků. Doufám, že se ještě vrátíme, protože měsíc byla moc krátká doba na to, abychom si užili všechno to výborné ovoce, nádhernou přírodu, chytlavou hudbu, teplo a vřelost Ugandanů!

Každý zaměstnanec nemocnice má můj velký obdiv za to, jak silný každý den je, a s jakou lehkostí se vyrovnává s tak těžkými překážkami i přes to, že se někdy nepodaří dovést příběhy dětí do šťastného konce.



K pracovní povinnosti studentů

David Marx, proděkan pro studium a výuku na 3. LF UK,

Petr Šustek, Centrum zdravotnického práva PF UK a 3. LF UK

V roce 2020 novodobá historie České republiky zažila v souvislosti s pandemií covid-19 řadu premiér – noční zákazy vycházení, nošení roušek na veřejnosti a omezení pohybu, uzavřené obchody a provozovny a další opatření, která ve větší či menší míře zaváděly i ostatní státy EU a mimo ni. Jedna z těch premiér ale byla jedinečná – vyhlášení pracovní povinnosti pro studenty lékařských fakult a zdravotnických oborů – zde ČR jako jediný stát EU využila krizového zákona sepsaného v roce 1997 jako reakce na tehdejší povodně k tomu, aby posílila řady nelékařského personálu o studenty především v nemocnicích. Zatímco na jaře byla pracovní povinnost realizována jen velmi omezeně, v podzimním období byly zejména v některých krajích povolávány stovky studentů především (ale nejen) všeobecného lékařství.

Je nepochybné, že situace, kdy v nemocnicích stoupl počet pacientů, řada zdravotníků onemocněla, či byla v karanténě, a navíc v důsledku uzavření základních škol musel nemalý počet zaměstnanců pobývat doma s mladšími dětmi, vytvořila výjimečnou potřebu nelékařských pracovníků – zejména ošetřovatelů a sanitářů. V jarním období nemocnice navíc zaváděly třídící (triážová) místa, kterými procházeli všichni pacienti – tedy vznikaly do té doby neexistující pracovní pozice. Chyběly (a stále mnohde chybí) i všeobecné zdravotní sestry, jejich práce (a vzdělání k ní vedoucí) je ale natolik specifická, že ji medicí zastávat nemohli.

Sami studenti si ale byli od počátku vědomi toho, že jejich pomoc je potřebná a vítaná – již v březnu vytvořili na jednotlivých fakultách koordinační centra zajišťující komunikaci mezi jednotlivými nemocnicemi a dobrovolníky/studenty. Na jaře bylo do pomoci v nemocnicích, na hygienických stanicích, v zařízeních sociálních služeb i v ambulancích lékařů zapojeno více než 2 800 studentů. I když se situace od května zlepšila, řada studentů zůstávala v nemocnicích pracovat v rámci uzavřených dohod. A již koncem září se koordinační skupiny na fakultách opět aktivizovaly a počet studentů v nemocnicích opět stoupal. Toto vše se dělo na základě aktivní komunikace mezi fakultními koordinátory a jednotlivými zařízeními – tedy bez nutnosti aplikovat pracovní povinnost. Tu česká vláda opět vyhlásila dne 12. října 2020 svým usnesením č. 409, aniž by jednotlivé kraje měly k dispozici jakoukoli metodiku, jak mají při „povolávání“ postupovat.

Naštěstí se lékařským fakultám podařilo s většinou krajských úřadů navázat komunikaci a v seznamech studentů, které si úřady vyžádaly, byli označeni ti, kteří již v některém zařízení působili. I tak bylo zřejmé, že absence jakéhokoli metodického materiálu vede k široce inkonzistentnímu přístupu – seznamy studentů byly předávány přímo zdravotnickým zařízením s tím, že mají „povolání“ provádět sama, bývalý hejtman Karlovarského kraje nechal „povolání“ rozvážet Policí ČR, některé kraje trvaly na tom, aby studenti již dlouho-

době působící v nemocnici v jiném kraji ukončili práci, k níž byli zaškoleni, atd. Toto vše bylo podle mého názoru způsobeno jednak absencí oné již zmiňované metodiky, ale zejména tím, že uplatnění pracovní povinnosti dle krizového zákona na zajištění dlouhodobé a kvalifikované činnosti ve zdravotnictví je zcela nevhodné a nepotřebné.

Nevhodné zejména z následujících důvodů:

1) Krizový zákon pojímá pracovní povinnost primárně ve vazbě na jednorázové katastrofy – záplavy, sesuny půdy, hromadná neštěstí – tedy situace, kdy je potřeba rychle zajistit vesměs nekvalifikovanou a časově omezenou činnost. Zákodárce s ohledem na zkušenosti předchozích období při tvorbě krizového zákona pamatoval důsledně na zákaz nucené práce, který je obsažen také v mezinárodních úmluvách, kterými je Česká republika vázána, a v čl. 9 Listiny základních práv a svobod. Podle Listiny nesmí být nikdo podroben nuceným pracím a službám, za které se nepovažuje služba vyžadovaná na základě zákona v případě živelních pohrom, nehod, nebo jiného nebezpečí, které ohrožuje životy, zdraví nebo značné majetkové hodnoty.

Pandemie je však událostí dlouhodobou, která vyžaduje systematické posilování personálních kapacit ve zdravotnictví a sociálních službách, a to na pozicích vyžadujících určitou kvalifikaci. Nejedná se tedy o přechodnou potřebu ad hoc činností, ale o výkon zdravotnického povolání. Povolání studenti jsou tak zařazováni na delší období na pozice zdravotnických pracovníků, přitom pracovní povinnost primárně nepočítá s tím, že by se jednalo o pracovněprávní vztah se vším, co k němu patří (zapracování, zajištění ochranných pomůcek a zejména pravidelná odměna za práci)

– počítá s tím, že do šesti měsíců bude „povolaným“ vyplacena náhrada nákladů. Studenti ale za něco musí žít, být ubytováni, stravovat se, cestovat domů či do školy, nemohou čekat, až „povolání“ skončí a pak ještě dalších šest měsíců. Ve skutečnosti stejně většina (ale ne všechna) zařízení s „povolanými“ uzavírala dohody o pracovní činnosti, vybavila je ochrannými pomůckami a rozepsala jim směny s tím, že mzdové náklady bude časem refundovat kraj či stát. Prokázalo se tak v reálné situaci, že institut pracovní povinnosti ve zdravotnictví je obtížně (pokud vůbec) aplikovatelný, a to tím spíše, že pro jeho aplikaci chybí metodické vedení.

Z informací o tom, že v některých regionech dochází k dodatečnému zdanění studentům vyplacených náhrad, přičemž ze své právní i faktické povahy náhrada újmy zdanění nepodléhá, resp. je osvobozena od daně z příjmů fyzických osob, je zjevné, že nejasnosti při uplatnění pracovní povinnosti trvají a nejsou vůbec marginální. Otázka zdanění pracovní povinnosti byla během psaní tohoto článku též řešena Ministerstvem financí, které primárně zdanění peněžité náhrady za konání pracovní povinnosti nevyloučilo. Argumentací pro zdanění má být podobnost náhrady za konání pracovní povinnosti s odměnou za práci – pokud však pracovní povinnost je prací a studenti za ní dostávají ekvivalent mzdy či platu, čím jiným je taková pracovní povinnost než nucenou prací v rozporu s Listinou práv a svobod?

2) Pokud by „povolání“ studenti opravdu působili v daném zdravotnickém zařízení jen v rámci čisté pracovní povinnosti – tedy bez pracovní smlouvy – nebyli by jeho zaměstnanci a neměli by správně poskytovat zdravotní péči, což je činnost kvalifikovaná a specificky regulovaná zákonem. Není také jasné, kdo by odpoví-

dal za škodu, kterou by tito „povolanci“ při své činnosti způsobili např. pacientům.

3) Striktní realizace pracovní povinnosti znemožňuje studentům účastnit se výuky, resp. jim účast na výuce významně komplikuje a vzniká tak riziko, že řádně neukončí studium a paradoxně tím ohrozí zdravotnický systém absencí potřebných kvalifikovaných pracovníků. Díky koordinovaným aktivitám lékařských fakult se toto riziko minimalizovalo, ale za cenu neúměrného studijního vytížení „povolanců“ studentů, kteří po obvykle dvanáctihodinových směnách v nemocnici ještě několik hodin sledovali záznamy přednášek a seminářů a praktickou výuku nahrazovali v době volna.

Nepotřebné je pak toto uplatňování proto, že reálná praxe ukázala, že studenti i lékařské fakulty se chovají zodpovědně a sami se do pomoci ve zdravotnictví zapojují – ostatně i dnes, po zrušení vyhlášené pracovní povinnosti, velké množství studentů dále v nemocnicích i jinde pracuje (t.č. je jich téměř 1 000) – za příslušnou odměnu a s možností si směny koordinovat tak, aby bylo možno stíhat i studijní povinnosti. Administrativa lékařských fakult a zejména studentská koordináční centra jsou schopny reagovat na požadavky z těchto oblastí, kde studenti chybí a zajistit jejich informovanost.

Za opakovanou zmínku stojí i fakt, že žádná jiná země EU (včetně Švýcarska a Norska) pracovní povinnost pro studenty nezavedla. Jistě i v zahraničí se studenti na činnosti nemocnic aktivně podílejí – všude ale formou placených brigád, nikoli nuceně.

Je nepochybné, že proběhlá dvě kola pracovní povinnosti jsou dostatečnou zkušeností vedoucí k tomu, že tento nástroj je pro řešení nedostatku zdravotnických pracovníků v rámci pandemie nevhodný a nepo-

třebný. Částečným řešením pro budoucno by mohlo být zpracování detailní metodiky uplatnění pracovní povinnosti ze strany ministerstva zdravotnictví. Trvajících aktivity studentů lékařských fakult a zdravotnických škol při pomoci zdravotnickým zařízením svědčí o tom, že rychlejší a efektivnější cestou je dobrovolná pomoc založená na standardních pracovněprávních vztazích a koordinovaná ze strany fakult i studentů samotných. Zkušenosti tak potvrzují, že uložení povinnosti docházet každý den do práce na základě vrchnostenského rozhodnutí je přinejmenším nevhodné a přinejhorším rozbíjí pojetí solidarity v naší společnosti a nachází se v rozporu s nejvyššími právními normami a principy.

Text byl původně napsán pro Zdravotnický deník, kde vyšel 13. ledna 2021.

Sluchový handicap studentů vylepší indukční smyčka

Naše fakulta se stala první lékařskou fakultou v ČR, která zabudováním indukčních smyček vyšla vstříc svým sluchově postiženým studentům. Díky zařízení se její tři největší posluchárny (Sylabova, Burianova a Jonášova) od ledna 2021 proměnily ve zvukově komfortní sály.

Od této inovace vedení fakulty očekává zlepšení srozumitelnosti mluveného slova zvláště pro studenty se sluchovým postižením, se sluchadly a s kochleárním implantátem. Ve velkých prostorách totiž právě tito lidé pocítují zhoršenou srozumitelnost, a to vlivem akustického rušení z okolí. Přínos indukční smyčky ovšem ocení i externí posluchači přednášek, konferencí a seminářů nebo uchazeči Univerzity třetího věku či ostatní osoby se sluchovým handicapem.

Zkušenosti „povoláných“ studentů

Jakub Freml, student 5. ročníku 3. lékařské fakulty UK

Povolání jsem dostal e-mailem 3. listopadu 2020 zhruba ve 14 hodin od úředníka ze zlínského Krajského úřadu. V tu chvíli jsem byl na stáži z pediatrie, takže byla dost náhoda, že jsem se zrovna podíval do mailu a tímto způsobem zjistil, že jsem povolán. Samotné povolání mělo formu naskenovaného PDF dokumentu s kulatým razítkem se státním znakem a podpisem dosluhujícího hejtmána Čunka, takže jsem se pochopitelně zdráhal si to alespoň neověřit, protože jsem věděl, že by povolání mělo správně přijít fyzicky poštou. Protože jsem věděl, že zástupci krizového managementu kraje jsou dostupní pouze v rámci standardní pracovní doby, tj. do 15:30, rozhodl jsem se zavolat na číslo v e-mailu.

Bylo mi sděleno, že se mám hlásit v Nemocnici Milosrdných bratří ve Vizovicích další den 4. listopadu v 7 hodin ráno, tedy ani ne za 24 hodin. Na námitku, že se nacházím v Praze a ani nevím, zda se mi podaří sehnat vlak, mi bylo řečeno, že je to můj problém a ať se domluví s vedením nemocnice. Dovolal se nemocnici trvalo asi dvě hodiny, protože všichni členové vedení, na které jsou na webových stránkách uvedena telefonní čísla, byli v karanténě nebo nemocní. Tím pádem pochopitelně nebyli v práci u telefonu. Od známých se mi nakonec podařilo získat soukromá čísla. Domluvil jsem se, že nastoupím 5. listopadu, tedy ve čtvrtek ráno. Povolání k pracovní povinnosti a komunikaci s Krajským úřadem hodnotím na základě své zkušenosti jako trapnou frašku a špatnou vizitku pro „krizový management“.

Ve čtvrtek ráno jsem se dostavil do nemocnice. Setkal jsem se se zastupující staniční sestrou, jelikož staniční, vrchní sestra i ředitelka byly nemocné/v karanténě. Sdílel jsem jí, že mám díky práci ve FNKV dobré zkušenosti s praktickými úkony práce ošetřovatele a sestry a byl jsem tedy přidělen k sestře. Ve chvíli, kdy jsem nastupoval, byla více než polovina sester a ošetřovatelů nemocná a dvě sestry víkend před tím zahynuly při dopravní nehodě. Místo lékařské pracovní prohlídky jsem dostal k podepsání čestné prohlášení, že jsem zdravý. Pracovní smlouvu jsem nedostal, protože mě prý platí kraj. Povolání nemělo žádné náležitosti pracovní smlouvy, kromě místa výkonu práce. Dostal jsem jenom nějaký papír, kde jsem vyplnil číslo účtu, jméno, to, že budu dělat „sestru“, a propiskou je tam napsané 180 Kč/h. Není na něm ničí podpis.

Byl jsem přiřazen na NECovidové ze dvou oddělení. Cca 35 pacientů na osmi pokojích. Šest pokojů pro zdravé, jeden pro suspektní a jeden osmilůžák pro covidové pacienty v izolaci. Pracoval jsem se sestrou, měl jsem na starosti prvních pět až šest pokojů. Plnil jsem lékařské ordinace, rozdával léky, monitoroval glykemické profily a podával jsem inzulin. Pomáhal jsem ošetřovatelkám s krmením, polohováním, hygienou a přebalováním. Normálně jsou na takovém oddělení tři denní sestry, jedna ranní sestra a čtyři ošetřovatelky. Za mého velmi krátkého působení tam byla přítomna jedna sestra a jedna až dvě ošetřovatelky, zbytek personálu byl doplněn studenty. Medik jsem tam byl jediný, zbytek byli

žáci zdravotnických oborů ze středních zdravotnických škol ve Zlínském kraji. Přestože byl kmenový personál unavený a truchlil, choval se k nám vždycky přátelsky a profesionálně.

Odsloužil jsem celkem tři denní služby: čtvrtek, pátek a neděli. Na nedělní službě jsem se cítil unavený a bolela mě záda. Únavu jsem přikládal učení se do noci po směnách a záda manipulaci s nepohyblivými pacienty. Už v pondělí ráno mě bolely oči, hlava, ramena, kyčle a kolena. Měl jsem subfebrilie a suchý dráždivý kašel. Jel jsem si proto udělat antigenový test, který byl skoro

hned pozitivní a dozvěděl jsem se, že je pozitivní taktéž většina pacientů na oddělení, kde jsem pracoval. Následně jsem si přes praktičku nechal udělat PCR, který rovněž vyšel pozitivně. Nemocný jsem byl asi týden.

Po skončení karantény a složení státnice už personální situace nebyla tak tíživá, takže jsem se dohodl s ředitelkou, že mě bude v případě potřeby kontaktovat, což se do konce pracovní povinnosti nestalo.

Pracovní povinnost jsem dostal tři týdny před státnicí z HEPLu, covid o týden později.

Josef Jaroměřský, student 4. ročníku 3. lékařské fakulty

Na podzim roku 2020, když se začala plošně zhoršovat epidemiologická situace, jsem se rozhodl zapojit jako dobrovolník v nemocnici. Mé důvody byly kromě občanské solidarity i možnost vyhnout se povolání krajem. Chtěl jsem se zapojit dříve, než mě povolají a to zejména kvůli nejistotě práce na povolávací rozkaz. Taky jsem si chtěl vybrat interní oddělení, protože bych se rád tímto směrem vydal. Přes kamarády jsem si předjednal možnost pomáhat na tehdy nestíhající metabolické JIPce ve Fakultní nemocnici Hradec Králové.

Za pár dní mi volala paní z krajského úřadu s otázkou, zda někde pracuji a jestli nemám zájem pomáhat. Sdílel jsem jí svou situaci a zdůraznil jsem, že bych pomáhal velice rád, pakliže je to skutečně potřeba. Předpokládal jsem, že mě kontaktuje nemocnice s nabídkou pracovní smlouvy, jak bylo tehdy zvykem v jiných krajích. Namísto toho mě kontaktovalo personální oddělení nemocnice a sdělilo mi, že jsem byl povolán krajem, kde si rovněž mám vyzvednout povolávací rozkaz (do 48 hodin

před zahájením pracovní povinnosti). Neméně zajímavá byla informace, že jsem byl přiřazen na Chirurgickou kliniku FNHK. Celkem mě to překvapilo, ale řekl jsem si, že v tu chvíli je to jedno, hlavně, že pomůžu.

Vyzvedl jsem si pracovní příkaz, poté mě kontaktovala vrchní sestra chirurgické kliniky a dohodli jsme si schůzku. Byl jsem přidělen na covidovou JIPku. Musím říct, že personál oddělení se ke mně choval velice přátelsky. Snažil jsem se být co nejvíc platný a je pravda, že z pracovního hlediska si nemohu na nic stěžovat, kolektiv byl skvělý a myslím si, že bych se na toto pracoviště jednou rád vrátil. Paní staniční mi vycházela vstříc, jak jen mohla, jen směn mi psala hodně, ale měla k tomu dobrý důvod: personální krizi.

Možná je to jen můj názor, moje hloupost nebo neflexibilita, ale studium medicíny nelze plnohodnotně stíhat s prací na plný úvazek, který jsem plnil. Tenhle výpadek (zejména klinických stáží) mě neuvěřitelně trápí a pevně doufám v situaci, která mi umožní náhra-

du klinických praxí o prázdninách, o které se hodlám tímto způsobem připravit.

Je však nutné podotknout, že daná práce byla sanitařina se vším všudy. Hlavní náplní byla hygiena pacientů, svazování pytlů, převozy, dezinfekce ploch. Cokoli navíc bylo na vrub sestřiček nebo můj. Do odborného rozvoje mých znalostí a schopností lze zařadit jen velmi málo chvil, které jsem v práci strávil a většinou to byly momenty, které jsem kradl (například jsem si běžel poslechnout systolický šelest v pauze, běžel pomoci s resuscitací na alarm nebo poprosil sestřičky, aby mě nechaly zkusit pár odběrů a občas se mi i nějaký povedl). Mimoto jsem byl sestřičkám schopen pomoci pouze okrajově, rozhodně mě nenapsaly do směn jako sestru a nedostal jsem vlastního pacienta, což by bylo asi to hlavní, co by potřebovaly.

S lékaři na oddělení jsem přišel do styku minimálně, zkrátka od vzdělávání se jsem tam nebyl. Stydl bych se až do morku kostí, kdybych si nechal uznat tuto práci jako klinickou praxi - je to něco absolutně rozdílného. Pracovní povinnost mi skončila v prosinci rozhodnutím

Václav Gaja, student 4. ročníku Lékařské fakulty UP

Do nemocnice jsem se přihlásil dobrovolně - spolek mediků LF UPOL vytvořil databázi nemocnic, které žádaly nás studenty o pomoc a nabízely volná místa. Nástup do nemocnice jako takové jsem si však kvůli tehdejší karanténě domlouval přímo s personálním oddělením. Na výběr jsem moc nedostal a zapsali mne na JIP/ARO. Papíry ohledně pracovní povinnosti na mne čekaly při nástupu do nemocnice - pokud si student domluvil nástup jako já, tak kraj posílal papíry k pra-

vlády a nyní nikde nepracuji, snažím se dohnat všechny resty a je jich opravdu hodně.

Až po skončení pracovní povinnosti se začaly ukazovat nevýhody práce na pracovní příkaz. Kromě toho, že nevím, kolik peněz vlastně od kraje dostanu, nevím ani, zda mám nárok na covidové příplatky, o které budu velmi pravděpodobně bezúspěšně žádat. Nikdo totiž nic neví. Zároveň musím na peníze čekat až půl roku, podle toho, do kdy mi je státní správa vyplatí. Dovedete si jistě představit, jaké je to čekat půl roku na výplatu, o daních a odvodech nemluvě. Nepořádek je velmi umírněný výraz pro metodiku, na jejímž podkladě se peníze přiznávají.

Celkově tuto zkušenost vnímám pozitivně, byla to velmi intenzivní sanitařská praxe, možnost pomoci lidem v nouzi a ulevit systému, ale raději bych pracoval z dobré vůle než pod hrozbou pokuty 70 tisíc korun za neuposlechnutí příkazu. (20 tisíc je sankce za neuposlechnutí výzvy se zaevidovat a 50 tisíc je sankce za nevykonávání pracovní povinnosti.)

covní povinnosti přímo na personální. Pokud se však medik rozhodl čekat, až ho kraj povolá, tak dopis dorazil do schránky.

Personál byl perfektní ve všech ohledech – hlavně sestřičky. Sice jsem medik ve čtvrtáku, ale tamními lékaři jsem se cítil trochu nedoceněný a odstavený „na druhou kolej“. Chtěl jsem se zapojit, abych viděl i práci lékařů, ale zanedlouho mi došlo, že pracovní pozice „sanitář“ ve smlouvě tomu příliš nepřeje. Snažil jsem se pomoci,

jak to šlo, byť jsem byl na chvostu hierarchie nemocnice. Trochu mne mrzelo, že medik ve čtvrtém ročníku (ale i pátém) nemá skoro žádné kompetence, aby mohl být sestrám víc k ruce. Některé mi vyloženě řekly, že se bojí, protože za mne mají zodpovědnost (což ale nebyla úplně pravda), a tak jsem se staral o hygienu pacientů, prádlo, transport odběrů do laboratoře a obědy pro personál, které na covid odděleních dostávali přímo na denní místnost. Zkrátka jsem byl k ruce „kdyby cokoliv“. Některé služby byly náročnější, některé zase byly více v klidu, ale to už tak bývá.

Z mého asi měsíc a půl trvajících působení jsem si odnesl nespočet zkušeností, zejména to, že medicína není černobílá, ale má „několik odstínů šedi“. Práce sanitáře mi však do mého profesního života lékaře (snad už za dva roky) bohužel nepřinesla žádné praktické zkušenosti, které bych využil. Nicméně jsem si uvědomil, že v nemocnici neléčí pacienta pouze denní ordinace na papíře s razítkem doktora, ale o pacienta se stará celý tým lidí, které je potřeba respektovat a vážit si jich. Zažil jsem opravdu náročné služby, kdy jsem si uvědomil, že sestry tam nechávají doslova vše a pak se po 12 hodinách na „covidu“ vrací za svými rodinami a fungují, jako kdyby se nechumelilo. Respekt.

Fakulta se snažila pracovní povinnosti co nejvíce přizpůsobit a tak jsme poměrně rychle najeli na model distanční výuky. Ne každý ústav však hrál podle stejných pravidel. Některé ústavy jen daly na web materiály a řekly „naučte se to“. Některé ústavy přednášely on-line, což bylo trochu nešťastné, když se přednášky zrovna kryly se službou, ale nedalo se nic dělat. Já jsem v tu dobu zrovna měl mít blok interny, který se následně přesunul do letního semestru. Tím pádem jsem měl „volno“ a mohl se věnovat práci. V tu dobu však pro

celý ročník běžela výuka farmakologie, přednášky byly ve středu odpoledne a cvičení se nahrávala on-line na web. Takže člověk mohl v úterý být na cvičení, a nebo si jej kterýkoliv den pustit zpětně. Naivně jsem si však myslel, že se dokážu během práce naučit na zkoušku z imunologie. Čas běžel, služby přibývaly a já pochopil, že nebudu riskovat termín. Nakonec jsem se ze zkoušky odepsal.

Platové ohodnocení je v Olomouckém kraji jedna velká neznámá. Na příkazu ukládajícím pracovní povinnost stojí, že peněžní náhradu obdržíme do šesti měsíců od ukončení nouzového stavu. Jak ale čtu noviny a sleduji internet, tak doufám, že se peněz dočkám alespoň před promoci. Rozepsal bych se více, ale jednak nevím dne ani hodiny, nevím výši finanční náhrady, nevím ani náznak mzdy na hodinu. Řekli nám vše, ale na jakoukoliv finanční otázku doposud nikdo neodpověděl. Psal jsem dokonce i na kraj, ale tam se mi dostalo odpovědi, že je to v řešení s ministerstvem zdravotnictví. Zajímavé je, že v té době kamarádi z Moravskoslezského kraje již měli v rukou rozhodnutí hejtmana o tom, že peněžní náhrada jim bude chodit měsíčně, a měli ji přesně vyčíslenou.

Nevím, zdali naše pomoc vytrhla trn z paty zdravotnickému systému během druhé vlny covidu, ale domnívám se, že dle různých ohlasů od kolegů jsme byli všichni potřební, i když jsem se někdy na službě cítil opravdu zbytečně. Pracovní povinnost ale neřeší nedostatek zdravotnického personálu v nemocnicích a nelze nás takto povolávat. Medik by se měl především učit a vzdělávat se v už tak náročném studiu. Pracovní povinnost by se neměla opakovat, a pokud by bylo třeba naší pomoci, tak by měla být založena na čistě dobrovolné vůli studentů a smlouvě s konkrétním zdravotnickým zařízením, nikoliv s krajem.



Praktická výuka by měla být v menších skupinkách, intenzivnější a měla by navazovat na teorii

Veronika Matraszek, studentka 4. ročníku všeobecného lékařství

V červenci minulého roku proběhlo z iniciativy spolku Mladí lékaři rozsáhlé on-line dotazníkové šetření s názvem *Medici 2020 - Kompetence a preference*. Dotazník určený studentům lékařských fakult mapoval jednak hodnocení klinické výuky na lékařských fakultách a připravenost studentů na praxi a jednak směr, jakým se studenti chtějí vydat po dokončení studia. Jedním ze spoluautorů je i absolvent 3. LF MUDr. Petr Michenka.

Jak vás napadlo vytvořit dotazník pro studenty LF?

Jako spolek *Mladí lékaři* jsme se do té doby zabývali hlavně problematikou specializačního vzdělávání a všeho, co s ním souvisí (kvalifikační dohody a podobně). Napadlo nás ale, že bychom se mohli zaměřit i na skupinu, která se mladými lékaři teprve stane, a to jsou právě medicí. Pátrali jsme tedy v dostupných zdrojích, jestli podobný průzkum někde existuje a zjistili jsme, že žádný nekomerční v České republice zatím nikdo neprovedl. Proto jsme se rozhodli, že dotazník připravíme sami.

Kolik studentů se zapojilo a jakým způsobem jste je oslovili?

Oslovili jsme všechny studenty klinických ročníků ze všech lékařských fakult v České republice, to znamená čtvrtý až šestý ročník osmi lékařských fakult. E-maily rozesílala jednak studijní oddělení a jednak jsme apelovali na studenty, aby dotazník vyplňovali, i v jednotlivých studentských skupinách - v tom nám pomáhalo studentské akademické senáty lékařských fakult. Z celkového počtu 4 575 studentů se nám vrátilo 1 400 platných odpovědí, "response rate" tedy byl 30,6 procent.

Co tě na výsledcích z dotazníku nejvíce překvapilo?

Překvapilo mě, jak velká je nepřipravenost studentů šestých ročníků na nástup do praxe. Zejména mě překvapila míra nepřipravenosti na práci s klinickou dokumentací a na provádění základních klinických úkonů. Celkově musím říct, že nepřipravenost je větší s tím, čím je daný výkon invazivnější. Jakmile má student nějakým způsobem zasáhnout do integrity pacienta, tak nepřipravenost stoupá. To si vysvětlujeme tím, že lékaři, kteří mají na starost klinickou výuku, nechtějí pacienty vystavovat neúspěšným pokusům od studentů

a raději je k daným výkonům vůbec nepustí, což potom ústí v to, že studenti daný výkon neumí provést. Přitom je stále potřeba říct, že mluvíme jen o bazálních výkonech, jako je například ošetření chirurgické rány.

Jedná se o něco, co by se systémově mělo změnit?

Stoprocentně. Praktická výuka na LF by měla probíhat v menších skupinkách, měla by být intenzivnější a měla by být zdůrazněna návaznost na teoretické obory. Také by bylo vhodné přestat lpět na až pedantském dodržování teoretické „průpravy“ a místo toho by měla být teoretická část studia studentům podávána ve vztahu ke klinické medicíně tak, aby si ji mohli lépe zapamatovat a mohli ji snáze uplatnit v praxi.

Ve svých výsledcích uvádíte, že dvě třetiny studentů šestého ročníku se cítí (spíše) nepřipraveni na administrativní úkony spojené s klinickou péčí o pacienta. Měla by je výuka na lékařské fakultě naučit i tyto dovednosti, nebo stačí, když se to naučí až při nástupu do práce?

Záleží na tom, jakého absolventa chceme a také, jak chceme studenty zapojovat do chodu zdravotnických zařízení. Když student nebude umět vést základní dokumentaci a nikdy si to během studia nezkusí, tak od něho nemůžeme čekat, že ho aktivně zapojíme. Když student někam dobrovolně dochází, tak první věc, kterou se naučí, je administrativa a až potom se dostane ke všemu, co mu pracoviště nabízí z hlediska klinické medicíny, pro kterou tam primárně přišel. Nicméně tuto administrativu nelze žádným způsobem obejít. Nemyslím si, že by se vedení administrativy dalo aktivně a snadno učit na lékařských fakultách, je proto nutné, aby probíhalo přímo v klinickém prostředí. Administrativa tvoří obrovskou část lékařské

práce a už jenom tím, že se ji student naučí, dokáže pomoci klinickému personálu, v důsledku čehož by mohli mít lékaři větší chuť studenty zapojovat do provozu.

Výuka na všech fakultách se potýká s podobnými problémy

Píšete, že panuje velký rozdíl v sebehodnocení studentů mezi fakultami. Plánujete zveřejnit konkrétně, jak na tom fakulty v tomto směru jsou?

Neplánujeme. Nemyslíme si, že by to bylo k užitku. Spíše si myslíme, že výuka na lékařských fakultách se celorepublikově potýká se stejnými problémy a nelze říct, že pokud má jedna fakulta o pět procent lepší výsledky v určitém klinickém úkonu než druhá, je její výuka bezchybná. Spíše si myslíme, že náš dotazník by měl sloužit jako odrazový můstek k tomu, aby se výuka plošně zlepšovala.

Z vašich dat vyplývá, že nejhůře organizované jsou chirurgické obory. Proč to tak podle tebe je?

Myslím si, že je to charakterem chirurgických oborů. Jakmile přijde student na výuku nějakého chirurgického oboru a s tímto oborem se setkává poprvé, je opravdu téměř nepoužitelný. Je proto nutné, aby se studenti buď formou simulací, nebo formou nějakých cvičení zdokonalovali v chirurgických dovednostech dříve, než se dostanou do klinické části výuky, a nezačínali od nuly.

Myslí si, že nespokojenost studentů s výukou na LF pramení z nedostatku praktické výuky a naopak přebytku té teoretické, bude motivovat fakulty ke změně stylu výuky?

Doufám v to. Aktivní zapojování studentů do chodu zdravotnických zařízení může být ve výsledku přino-

sem jak pro studenty, tak pro fakultu, která bude mít pozitivní zpětné vazby od lékařů a pacientů, a také pro samotné kliniky, kterým budou studenti pomáhat. Je ale nutné, aby praktická výuka probíhala úplně jinou formou než nyní a to bude chtít hodně práce.

Z vašich dat vyplývá, že až 10 procent respondentů neplánuje po skončení studia nastoupit do českého zdravotnického systému. Je to hodně, nebo málo? A je na místě zavést nějaké změny, které by měly za cíl toto číslo snížit?

Když si uvědomíme, že v ČR chybí asi tři tisíce plných lékařských úvazků, tak by mělo být snahou ministerstva, aby co nejvíce studentů medicíny, kteří se dostanou až ke konci studia, nastoupilo do zdravotnického systému. Jestli je to hodně, to nedokážu posoudit, ale je to určitě číslo, které by nemělo nikoho nechávat klidným. Pokud navíc započítáme i studenty, kteří zatím pouze zvažují odchod do zahraničí (nebo zatím nevědí, kde absolvují specializační vzdělávání), dostáváme se až na čísla kolem 40 procent, což je přímo alarmující.

Mladí lékaři odcházejí za hranice

Hlavním důvodem odchodu do zahraničí není platové ohodnocení, ale vidina vyšší kvality specializačního vzdělávání. Z jakých důvodů je specializační vzdělávání v ČR neatraktivní pro mladé lékaře?

Dle mého názoru je to zejména kvůli jeho složitosti, častým změnám a neférovému jednání ze strany zaměstnavatelů. V zahraničí je systém nastaven jiným způsobem. Většinou za něj zodpovídá jedna instituce, která má nastavená velmi přísná pravidla pro to, která zařízení mohou poskytovat specializační vzdělávání a jak má specializační vzdělávání vypadat. Snahou

v zahraničí je, aby lékař absolvoval vše, co má ze zákona splnit, často také existuje kontrolní orgán, který zdravotnická zařízení dozoruje a kontroluje, zda jsou dodržována nastavená pravidla. U nás máme specializační vzdělávání, které prochází co tři roky nějakou větší změnou, dochází k opětvným akreditacím zdravotnických zařízení, systém má řadu výjimek, atd. Také neexistuje žádný funkční kontrolní orgán, který by dohlížel na to, že jsou podmínky specializačního vzdělávání ve zdravotnických zařízení opravdu dodržovány.

Výsledky z dotazníku jste chtěli oficiálně prezentovat veřejnosti na Konferenci mladých lékařů na podzim...

Konference se uskutečnila v on-line formátu od víkendu 6. až 7. března a pokračuje až do počátku května. Každý víkend uveřejňujeme tři až čtyři videa na různá témata týkající se českého zdravotnického systému. Prezentujeme jak vlastní práci a vlastní průzkumy, tak inovativní firmy, které se angažují v českém zdravotnictví, a zajímavé projekty, které se v poslední době v ČR vyskytly.

Co doporučíš?

Třeba přednášky o diskriminaci žen ve zdravotnictví, o českém specializačním vzdělávání a problémech, které se během něho mohou vyskytnout. Představujeme také různé telemedicínské aplikace a samozřejmě také tu „dotazníkovou“ přednášku, kde se diváci dozvědí další zajímavé informace o našem projektu.

Na váš dotazník reagovala spousta osobností, mimo jiné i bývalý ministr zdravotnictví Vojtěch, rektor UK

Zima či děkani lékařských fakult. Oslovil vás někdo z nich s nabídkou bližší spolupráce?

Ze státních institucí nás neoslovil nikdo, ale oslovila nás řada nemocnic s tím, že by byly rády, kdybychom jim výsledky dotazníku prezentovali a oni tak mohli změnit svou strategii v rekrutování mladých lékařů.

Píšete, že budete chtít na tento dotazník navázat.

Máte už nějakou konkrétní představu jak?

Máme. Dotazník vytvoříme ve velmi podobném formátu, opět pro studenty čtvrtých až šestých ročníků, na začátku léta 2021 a budeme se v něm snažit hledat souvislosti s ročníkem předešlým. Přidáme ale také úplně novou kategorii, která se bude zabývat zapojením studentů během koronavirové krize. Zároveň bychom letos rádi připravili i dotazník pro mladé lékaře, tzn. lékaře rok až pět let po škole. V něm budeme cílit hlavně na hodnocení specializačního vzdělávání a odchody do zahraničí.

Myslíš si, že se zapojení studentů v nemocnicích během covidu nějak promítne do výsledků?

Myslím, že určitě. Už v dotazníku z roku 2020 nám vyšlo, že studenti, kteří se aktivně ve volném čase snaží vzdělávat a docházejí dobrovolně na klinická pracoviště, mají v praktických dovednostech větší sebevědomí a cítí se lépe připraveni. Myslím si, že povinné zapojení studentů, ač místy bylo prováděno velmi nevhodně skrze pracovní povinnost, povede k tomu, že si studenti budou v klinické výuce více věřit a budou na ni lépe připraveni. To, jestli tuto hozenou rukavici v podobě více připravených studentů zvednou lékařské fakulty a fakultní nemocnice a budou se snažit o to, aby studenti nově získané znalosti a dovednosti neztratili, teprve uvidíme.

Medik sestrou

(anketa)

Veronika Matraszek, studentka 4. ročníku všeobecného lékařství

V prosinci roku 2020 vešel v platnost zákon, který zásadním způsobem zasáhl do kompetencí mediků a zároveň rozpoutal bouřlivou debatu napříč zdravotnickými obory. Od 1. ledna 2021 mohou studenti všeobecného lékařství po osmi dokončených semestrech a úspěšně složené zkoušce z předmětu ošetrovatelství (u nás na 3. LF z předmětu Úvod do klinické medicíny) vykonávat povolání praktické sestry. To představuje výraznou změnu oproti dřívějšímu, kdy měl medik výhradně kompetence sanitáře (po třech semestrech studia a složení zkoušky z ošetrovatelství) či ošetrovatele (po čtyřech semestrech studia a složení zkoušky z ošetrovatelství) a to bez ohledu na to, zda se nacházel ve třetím ročníku či týden před poslední státnicí. Co přesně ale tato změna znamená v praxi?

Stran kompetencí jsou mezi jednotlivými druhy sester velké rozdíly. Praktické sestry jich sice mají nejméně, ale i tak mohou některé z kompetencí v rámci základní ošetrovatelské péče vykonávat bez odborného dozoru. Patří mezi ně například: sledovat a zaznamenávat fyziologické funkce, provádět komplexní hygienickou péči, odebírat žilní a kapilární krev, podávat léčivé přípravky (s výjimkou nitrožilních injekcí a infuzí) či ošetřovat chronické rány. Kompletní seznam činností lze nalézt ve Vyhlášce 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Nemalou zásluhu na legislativní změně vedoucí k navýšení kompetencí mediků má pravděpodobně fakt, že již od začátku pandemie covid-19 velká část mediků pomáhá v přetížených nemocnicích po celé ČR. Právě díky tomu se mnoho z nich zdokonalilo v praktických

dovednostech natolik, že i přes to, že to v té době nebylo umožněno zákonem, vykonávali sesterské úkony. Nicméně s oficiálním navýšením kompetencí se také poji větší zodpovědnost. V tomto ohledu je třeba zdůraznit, že ačkoli teď studenti medicíny mohou pracovat jako sestry, nedošlo k žádné úpravě kurikula ve smyslu většího důrazu na trénování praktických sesterských úkonů. Nabízí se tedy otázka, zda je správné, aby měli medicíni zodpovědnost v úkonech, kterými se zabývali jen zlomek času oproti ostatním praktickým sestram ze středních zdravotnických škol či VOŠ. Rozhodli jsme se zjistit, jak na tuto problematiku nahlížíjí sami studenti.

Je navýšení kompetencí mediků správným krokem?



Ondřej Holčák

student 2. ročníku všeobecného lékařství

Navýšení kompetence mediků je správný krok a nynější pandemická situace je toho podle mého názoru jasnou ukázkou. Vezmu typický příklad, kdy byl třeba medik povolán na pracovní povinnost. Medik v pátém ročníku studia, který by se jinak připravoval na své budoucí povolání nějakou medicínskou stáží, byl místo toho povolán na pracovní povinnost na pozici sanitáře nebo ošetřovatele. Medik v takto vysokém ročníku se tak toho ze své náplně, kterou měl plnit na stáži, moc nedozvěděl, a místo toho pomáhal se základními úkony.

Podle mého by navýšení kompetencí na úroveň „praktická sestra“ mohlo vést k tomu, že medici budou mít třeba vyšší motivaci si jako praktická sestra přivydělat, lépe poznat na náplň práce sester, rozvíjet se po své profesní stránce a třeba také jako budoucí lékař získat pro práci sester pochopení. Samozřejmě k navýšení kompetencí by tyto kompetence měly být vyučovány v rámci studia, protože bez řádného vyučování těchto dovedností je medici nebudou umět vykonávat.



Lucie Černá

studentka 3. ročníku všeobecné sestry

Myslím si, že určitě ano. Po třech letech studia, kdy je většina oborů zakončena bakalářským titulem, medik nemá nic. Nemá žádnou jistotu, žádnou „zastávku“, a pokud ho po třech, čtyřech nebo pěti letech vyhodí, může si jít sednout možná tak za pokladnu v supermarketu.

Další věc je finanční stránka studia a s ní spojený stres. Většina studentů si nemůže dovolit prodlužovat dobu studia, tudíž má na studium jen jeden pokus. Všechno, nebo nic.

Myslím si tedy, že přidané kompetence k odbornému povolání po čtyřech letech studia jsou zasloužené a nejsou zas tak velké, aby je medik se zájmem o obor nezvládl. Také si myslím, že pokud student má opravdový zájem o práci v oboru ošetrovatelství, pro české zdravotnictví bude pomocí už při studiu.

Zároveň si myslím, že si medik, který se rozhodne vyzkoušet si práci praktické sestry, bude po studiu těchto profesí více vážit a bude jim rozumět.



Tomáš Koudelka
student 1. ročníku všeobecného lékařství

Jako student prvního ročníku ještě pořádně nevím, co sám budu umět za čtyři roky studia, ale už teď vím, že ne všichni studenti jsou na stejné úrovni a věnují škole stejně času. Z tohoto hlediska mi přijde navýšení kompetence dobrým krokem, protože to je možnost, kterou mohou využít právě studenti, kteří již v nemocnici pracují a baví je klinická medicína. Tím nechci říct, že role sestry je nepotřebná, právě naopak, jelikož je sester ve veřejném zdravotnictví málo, přijde mi dobré ulevit jim ve výkonech, které zvládne i medik pátého nebo šestého ročníku.



Martina Horáková
studentka 4. ročníku všeobecného lékařství

Myslím, že navýšení kompetencí studentů medicíny je krok správným směrem. Tato pozice nás po čtvrtém ročníku opravňuje k vykonávání části úkonů, které jsou náplní práce všeobecné sestry a pomůže nám tak nabrat cenné zkušenosti využitelné v naší budoucí praxi.

Pandemie koronaviru nám jasně ukázala, že právě sesterský personál je v krizové situaci, jako je tato, nejvíce personálně vytížen. I přes veškerou naši vůli pomoci jsme ale zatím neměli pravomoce, abychom jejich práci zastávali a přispěli tak svou troškou do mlýna. Možnost působit ve funkci praktické sestry tento problém elegantně a jednoduše vyřeší.



Filip Hrdlička
student 5. ročníku všeobecného lékařství

Já osobně vnímám zvýšení kompetencí mediků po osmi semestrech na kompetence praktické sestry jako pozitivní krok. Do letošního ledna získal student po třech semestrech kompetence sanitáře a po čtyřech semestrech kompetence ošetřovatele. Bylo tristní, že od třetího ročníku až do konce šestého ročníku měl mít student, i přes nabývání praktických a teoretických dovedností, stejně omezené možnosti uplatnění ve zdravotních zařízeních. Samozřejmě by ideální bylo po pátém ročníku znovu umožnit další posun, dokonce to bylo i diskutováno, ale musíme být v tuto chvíli spokojeni, že se změnilo alespoň něco. Spokojený bych byl, kdyby v budoucnu studenti šestého ročníku mohli sekundovat lékaři.

Helena Pešková – +25 let

Pavel Čech, Kabinet dějin lékařství 3. LF UK

Dcera horažďovického učitele Josefa Peška a jeho ženy Anny, narozená 5. září 1910 v nedaleké Slatině, vychodila školy v Horažďovicích a Praze, kde 15. června 1929 maturovala na staroměstském gymnáziu, načež při studiu na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy ji na Jiráskově I. chirurgické klinice nadchl docent František Burian přednáškami o základech plastické chirurgie.

Sekundářka I. chirurgie a plastiky v Jedličárně

Po složení rigoróz 9. února 1932, 5. listopadu 1934 a 6. února 1935 a promoci 11. února 1935 prošla dr. Pešková na I. chirurgické klinice základním výcvikem (Méně časté druhy chronické osteomyelitidy. Výsledky meniscectomií provedených na klinice), aby v roce 1937 u Buriana, čerstvého mimořádného profesora estetické chirurgie (tehdejší název oboru), nastoupila v oddělení se 30 lůžky a operačním sálkem v budově vyšehradského Jedličkova ústavu a k tomu sálem na dva dny v týdnu pronajímaným v podolském sanatoriu.

Sekundářka oddělení plastiky na Vinohradech

Když zamýšlený přesun oddělení z vyšehradského provizoria do plánovaného univerzitního bloku v Motole a zamýšlená změna oddělení v kliniku zůstávaly vzdálenou vyhlídkou, přijal prof. Burian nabídku dočasného řešení a 4. listopadu 1937 s oběma sekundáři – Václavem Karfíkem i Helenou Peškovou – přesídlil do novo-



stavby pavilonu H ve Vinohradské nemocnici. V části pavilonu určené původně urologii vzniklo oddělení plastické chirurgie pro 45 dospělých a pět dětských pacientů se dvěma operačními sály, ambulancí, fotolaboratoří a čekárnou (Chirurgické epithelisační metody velkých kožních defektů). Za Protektorátu bylo po přemístění řádových sester zřízeno v přízemí navíc oddělení pro 32 dětí. Přednosta jediného pracoviště plastické chirurgie v zemích pod německou okupací prof. Burian se vzdal svého platu, aby umožnil zřízení dalšího lékařského místa a jako třetího sekundáře ke Karfíkovi a Peškové mohl přijmout propuštěnce z armády Zdeňka Kunce.

Dcera politického vězně

30. ledna 1942 byl Helenin otec, ředitel školy Josef Pešek, zatčen a v pankrácké věznici sdílel celu č. 267 s Juliem Fučíkem (ten v *Reportáži psané na oprátce* líčí, jak ho „otecko“ Pešek se spoluvězněm Karlem Malcem po

vysleších ošetřoval a jak vlastním tělem zakrýval špehýrku na dveřích, když Fučík psal své motáky). Příkaz vyhodit dceru politického vězně z Vinohradské nemocnice splnil ředitel Wagner v roce 1944 naoko jejím přeložením na odkladové oddělení v Motole; ve skutečnosti Helena na Vinohradech pracovala dál. Otec Pešek na rozdíl od spoluvězňů nebyl odsouzen k smrti, nýbrž do káznice; přežil ji a vrátil se domů umřít 29. května 1945.

Asistentka vinohradské Kliniky plastické chirurgie

Z plánované stavby univerzitního bloku v Motole sešlo, a tak se Vinohradská nemocnice stala trvalým sídlem plastických chirurgů. Burianovo oddělení bylo 23. ledna 1948 povýšeno na Kliniku plastické chirurgie dosud jednotné Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, František Burian 18. června 1948 jmenován přednostou kliniky a 9. září 1948 řádným profesorem plastické chirurgie (prvním na světě). Sekundářka Pešková se tehdy stala asistentkou a podílela se na klinické i výzkumné práci v péči o popálené, převedené na chirurgii z dermatologie (*Chirurgické léčení spálenin*. Popáleniny u dětí); zároveň se nadále zabývala problematikou transplantace kůže: na pracovní schůzi chirurgické sekce Lékařské společnosti J. E. Purkyně 8. listopadu 1952 přednesla příspěvek publikovaný pak v podobě článku a posléze dotvořený ve významnou monografii (*Válcový lalok podle Filatova: operační návod a zkušenosti kliniky plastické chirurgie KU v Praze*. Praha 1955).

Docentka, proděkanka, profesorka, přednostka kliniky

V roce 1953 připadla vinohradská Klinika plastické chirurgie nově vzniklé Lékařské fakultě hygienické,

a když profesor Burian prosadil zřízení stanice pro popálené v bývalém Borůvkově sanatoriu, pomáhala mu asistentka Pešková při jejím založení v témže roce; toto první samostatné oddělení léčby popálenin v Evropě pak po celý první rok vedla. Po habilitaci byla v roce 1955 jmenována docentkou. Po odchodu akademika Buriana převzala funkci hlavního redaktora časopisu *Acta chirurgiae plasticae*. Svým dílem potvrzovala patřičnost příslušnosti kliniky k fakultě s preventivním zaměřením (Prevence vzniku těžkých pórůrazových deformací užitím plastických metod v traumatologii). V roce 1965 obhájila doktorskou práci a v roce 1967 byla jmenována řádnou profesorkou. V letech 1966–1970 zastávala úřad proděkanky LFH pro vědu a výzkum. Ve svém životním díle (*Plastická chirurgie kosmetických vad*. Praha 1968, s předmluvou V. Karfíka a ilustracemi J. Moserové) zpracovala patologii a chirurgii všech typických kosmetických defektů. Od 60. let připravovala knihu o svém učiteli Burianovi. Po odchodu profesora Karfíka z místa přednosty kliniky do důchodu a k řízení Laboratoře plastické chirurgie pro vrozené vývojové vady ČSAV se v roce 1970 stala přednostkou kliniky, v témže roce pořádající III. světový kongres o popáleninách.

Na odpočinku

1. října 1975 odešla profesorka Pešková na odpočinek, kde se pak v biografických člancích často vracela k životu a dílu kolegů zahraničních (Adamczak, Converse, Derganc) i českých (Vrabec, Karfík, Burian). Práci hlavního redaktora časopisu *Acta chirurgiae plasticae* vykonávala až do roku 1988. Zemřela v 86 letech 31. března 1996.

František Šamberger

– *150 let

Pavel Čech, Kabinet dějin

lékařství 3. LF UK

V obci Kout na Šumavě na panství hraběte Stadiona přišel 12. února 1871 na svět František, syn tamního správce Jana Šambergera a jeho ženy Anny, rozené Šperlové ze Starého Dvora. Na domažlickém gymnáziu maturoval (1890) stejně jako laryngolog Josef Císler (1890), hygienik Bohumil Vacek (1890) a internista Josef Pelnář (1891), načež v Praze vystudoval Lékařskou fakultu české Karlo-Ferdinandovy univerzity a po složení rigorózních zkoušek 20. března 1893, 16. prosince 1895 a 1. června 1896 byl 5. června 1896 prof. Bohuslavem Jirušem promován na doktora veškerého lékařství (MUDr.).

Od externisty Všeobecné nemocnice po primáře Na Františku

Po promoci pracoval dr. Šamberger od 30. června 1896 jako externista pražské Všeobecné nemocnice, od 1. října 1896 vojenský lékař v Josefově, od 20. července 1898 do 27. června 1900 hospitant pražské polikliniky, řízené Chodem z Trhanova prof. Josefem Thomayerem, a po krátkém studijním pobytu na vídeňských klinikách zpět v Praze od 1. září 1900, teď však jako sekundář kožního oddělení Všeobecné nemocnice a od 1. října 1901 do 30. září 1906 asistent 1. české kožní kliniky prof. Vítězslava Janovského (Zkušenosti o erysipelu, získané na dermatologickém oddělení prof. dr. V. Janov-



ského průběhem r. 1900–1906); podle prof. Vondráčka totiž „jednou prý předepsal nějakou strašnou dávku na receptu a Thomayer se ho, ač byl Šumavan, vzdal ve prospěch Janovského.“ Po habilitaci 16. září 1905 pak doc. Šamberger na Václavském náměstí č. 7 provozoval soukromou praxi a k tomu od r. 1907 jako primář vedl oddělení dermatovenerologie v Nemocnici milosrdných bratří Na Františku (Všeobecná terapie chorob kožních. Praha 1908. – O chorobách pohlavních a jich sociálním nebezpečí. Praha 1910), odkud po čtyřech letech přešel na Královské Vinohrady.

Dermatovenerologem ve Vinohradské nemocnici

Vinohradská okresní nemocnice, otevřená r. 1902 bez samostatné dermatovenerologie, léčila pacienty s kožními a pohlavními nemocemi zpočátku na oddělení nemocí vnitřních a sdělných. Pak r. 1910 v novém

infekčním pavilonu D vyčlenili 40 lůžek pro ordinariát nemocí kožních a pohlavních, načež 29. května 1911 jmenovaný titulární mimořádný profesor Šamberger, oddaný 27. července 1911 na Vinohradech s náruživou alpinistkou a tenistkou Isabellou Jahnovou (1884–1964), nastoupil toho roku v nemocnici jako ordinář, od r. 1913 primář.

Uvedl se propedeutickým svazkem Dermatologie (I. Část všeobecná. Dermatologická propaedeutika. Praha 1913) i dalšími publikacemi (mj. Důležitost pathologicko-anatomického základu pro diagnosu chorob kožních). Skutečným mimořádným profesorem byl jmenován 19. září 1914. Na Vinohradech se pak zabýval patogenezí kožních nemocí (Nepopsaný posud příznak psoriasis. Klíč k její pathogeneze). Když 1. dubna 1919 povýšili dermatovenerologickou část pavilonu D na samostatné oddělení, byl však on už sedm měsíců pryč.

Přednostou kliniky chorob kožních a pohlavních

2. září 1918 se vrátil na alma mater jako řádný profesor a přednosta kliniky chorob kožních a pohlavních v pražské Všeobecné nemocnici po penzionovaném prof. Janovském. S ním a prof. Ladislavem Haškvcem založil Společnost pro potírání chorob pohlavních (1918) a stal se jejím předsedou (1919–1931). Založil oborový měsíčník Česká dermatologie (1919, redaktor prof. Karel Hübschmann). Se zdravotním radou dr. Ulrichem vypracoval odůvodnění k zákonu č. 241 Sb. z r. 1922, po Skandinávii a před Německem upravujícím boj proti pohlavním chorobám a prostituci. Založil Československou dermatovenerologickou společnost (1922) a po prof. Janovském se stal jejím předsedou (1925–1940). Vydal Atlas chorob kožních a pohlavních

(I–X. Praha 1922–1930, s K. Hübschmannem) a diagnostický svazek Dermatologie (II. Část speciální A. Diagnostika chorob kožních. Praha 1923). V přepracování Hebrovy soustavy kožních chorob zavedl třídu anomálií mízního oběhu, načež na základě poučky, že porucha formy následuje poruchu funkce, přepracoval patologickoanatomickou soustavu v patogenetickou. Zaváděl úspěšné medikamenty (Nový lék – Ichtoxyll). Vydal terapeutický svazek Dermatologie (II. Část speciální B. Therapie chorob kožních. Praha 1925). Podnítil založení Svazu slovanských dermatologů (1928 v Praze, předsedou 1931–1934) i stavbu Lékařského domu (Ideové poslání Domu československých lékařů), po jehož otevření (1931) jako předseda Sboru Lékařského domu vyzval 13. února 1934 ke zřízení lékařského muzea. Organizoval III. sjezd slovanských dermatologů v Praze (1934). Po víc než 20 letech v čele kliniky byl 28. února 1939 penzionován a 13. září 1939 vystřídán prof. Karlem Gawalowskim (1890–1965).

Na odpočinku tvůrcem biogenetické teorie

Do palety teorií vzniku a vývoje života přispěl svou „autoortogenetickou“ v knížce Má biogenetická teorie (Praha 1940), kde slovy prof. Charvátka „se pustil do filozofování a došel k závěru, že nejvyšší výtvar přírody je univerzitní profesor...“

Půldruhou stovku prací dovršil po pěti letech života na odpočinku (od r. 1939) článkem O naevových buňkách nedlouho předtím, než 9. prosince 1944 podlehl rakovině žaludku. Pochován byl na Vinohradském hřbitově.

Cena nesoucí jeho jméno je určena nejlepším publikacím dermatologů do 35 let věku, působících v České republice.



Studentská vědecká konference 2021

I přes nepříznivou epidemiologickou situaci posledních měsíců platí, že vědu na naší fakultě nic nezastaví, a tak ani v letošním roce nebude v kalendáři 3. lékařské fakulty UK chybět Studentská vědecká konference. Jménem organizačního týmu vás tímto všechny zveme na letošní SVK, která se bude konat v úterý 25. května 2021.

Program konference bude tradičně obsahovat prezentace studentů jak ve formě přednášek, tak i posterů v rámci klinické, teoretické, postgraduální a bakalářské sekce. Deadline pro registraci aktivních účastníků a přihlášení abstraktů je 11. dubna 2021. Veškeré potřebné informace pro účastníky naleznete na webových stránkách svk.lf3.cuni.cz.

Z důvodu současné epidemiologické situace proběhne prezentace posterů on-line formou předtočených videí, forma prezentace přednášek bude záležet na

aktuálně platných opatřeních, přičemž prioritou pro nás i nadále zůstává realizace přednášek prezenčně na půdě naší fakulty. O všech aktuálních změnách budou účastníci i návštěvníci konference s dostatečným časovým předstihem informováni prostřednictvím výše zmíněných webových stránek SVK a Facebookové události.

Díky skvělému pokroku v loňském roce bude i v rámci letošního ročníku využita aplikace vytvořená na míru naší konferenci, jež umožní návštěvníkovi přístup k programu, abstraktům, výsledkům v jednotlivých sekcích i samotným přednáškám, jakožto i k možnosti pokládat prezentujícím otázky. Nebude chybět ani oblíbená cena diváka.

Návštěvníci se mohou těšit na a přednášku z oblasti technologického transferu v podání Ing. Michala

Pohludky, Ph.D., MBA, LL.M., a Mgr. Otomara Slámy, MBA, MPA, a na přednášky čestných přednášejících letošního ročníku. Naše pozvání přijali prorektorka Univerzity Karlovy prof. MUDr. Milena Králíčková, Ph.D., a zástupce přednosty pro výzkum Ortopedicko-traumatologické kliniky FNKV doc. MUDr. Jiří Skála-Rosenbaum, Ph.D.

Bude nám velkým potěšením vás na Studentské vědecké konferenci přivítat, ať již prezenčně nebo on-line. Vzdejme hold vědecké činnosti na naší fakultě, covidu navzdory.

Těšíme se na viděnou 25. května 2021.
Organizační tým SVK 3. LF UK



Stříbrná medaile pro dr. Marxe

Na posledním zasedání loňského roku Vědecká rada ocenila významné osobnosti Univerzity Karlovy. „Je mi ctí u příležitosti významných životních jubileí předat dnes šest pamětních stříbrných medailí kolegům a kolegyním naší univerzity,“ řekl rektor Tomáš Zima. Předány byly také Ceny Jaroslava Jirsy za nejlepší učebnice.

K oceněným patří také MUDr. David Marx, Ph.D., proděkan pro studium a výuku na naší fakultě a vedoucí Kabinetu veřejného zdravotnictví, za mimořádné zásluhy o zkvalitňování pedagogického procesu na lékařské fakultě.

Absolvoval 1. LF UK a poté pracoval jako pediatr ve FNKV, kde získal I. a II. atestaci z pediatrie. Od roku 1993 se systematicky věnuje problematice



kvality ve zdravotnictví, pracoval jako náměstek ředitelky FNKV pro kvalitu péče a jako poradce ministerstva zdravotnictví. Spoluzaložil a aktuálně

vede Spojenou akreditační komisi ČR (SAK ČR) – organizaci, která posuzuje kvalitu a bezpečí v nemocnicích a léčebnách v ČR.

Cena MŠMT pro studenty 3. lékařské fakulty

Ceny Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy v oblasti vysokého školství za v mnoha ohledech specifický rok 2020 byly uděleny, přestože protiepidemická opatření zatím nedovolují laureátům převzít svá ocenění přímo z rukou ministra Roberta Plagy. Třináct studentů a absolventů bylo tentokrát oceněno za dobrovolnické aktivity, kterými vypomáhali nad rámec svých studijních povinností během pandemie covidu-19. I v kategorii vyučujících na vysokých školách bylo ocenění uděleno akademickým

pracovníkům, kteří významně přispěli k rozvoji distančních forem výuky.

Mezi oceněné patří také MUDr. Metoděj Renza a Tomáš Sychra za to, že iniciovali vytvoření skupiny dobrovolníků, která pomáhala ve zdravotnických zařízeních a v hygienické službě. Oslovili své kolegy – studenty dalších lékařských a zdravotnických fakult v ČR a jen během prvního dne se do skupiny na sociální síti přihlásily asi 2 tisíce dobrovolníků.

Gratulujeme jubilantům narozeným v lednu, únoru, březnu a dubnu!

90 let

Doc. MUDr. Milan Jaroš, CSc.

docent Interní kliniky 3. LF UK a FNKV, dlouholetý člen Internistické společnosti a České nefrologické společnosti; výuce nefrologie a interního lékařství na fakultě se věnuje už od roku 1979

Prof. MUDr. Jiří Schindler, DrSc.

emeritní přednosta Ústavu mikrobiologie 3. LF UK a FNKV, odborník v oblasti taxonomie bakterií a mechanismů rezistence k antibiotikům, průkopník zavádění moderních matematických a automatických metod do klinické mikrobiologie

80 let

MUDr. Zdeňka Zemanová, CSc.

lektorka Ústavu histologie a embryologie 3. LF UK

75 let

Antonín Krč

dlouholetý fotograf Kliniky plastické chirurgie 3. LF UK a FNKV

MUDr. Jan Šturma, CSc.

odborný asistent Kliniky anestezie a resuscitace 3. LF UK a FNKV

70 let

Doc. MUDr. Eva Gojišová.

docentka Stomatologické kliniky 3. LF UK a FNKV, kterou dlouhá léta také vedla

Prof. MUDr. Václav Mandys, CSc.

profesor Ústavu patologie 3. LF UK a FNKV a donedávna ještě jeho dlouholetý přednosta

65 let

MUDr. Jana Bělinová

odborná asistentka Interní kliniky 3. LF UK a FNKV

Doc. MUDr. Robert Grill, PhD.

přednosta Urologické kliniky 3. LF UK a FNKV

MUDr. Pavel Hájek

odborný asistent Stomatologické kliniky 3. LF UK a FNKV

MUDr. Barbora Palková

odborná asistentka Interní kliniky 3. LF UK a FNKV

MUDr. Jiří Stanek, CSc.

odborný asistent Ústavu lékařské biofyziky a lékařské informatiky 3. LF UK

MUDr. Tomáš Vedral

odborný asistent Chirurgické kliniky 3. LF UK a FNKV

Sebevražda v nacistickém Německu Goeschel Christian



Konec třetí říše na jaře 1945 se vyznačoval nebývalým množstvím sebevražd. Hitler, Goebbels, Bormann, Himmler a později Göring – ti všichni spáchali sebevraždu. Jejich smrt představuje jen vrchol epidemie dobrovolných smrtí a je rovněž dokladem zvláštní sebedestruktivnosti třetí říše a hloubky nacistického fanatismu. Na základě studia dříve nevyužitých archivních pramenů kniha zkoumá sebevraždy nacistů i obyčejných lidí v letech 1918 až 1945 včetně hromadných sebevražd německých Židů v době holokaustu. Ukazuje, jak počty sebevražd v různých skupinách obyvatel reagovaly na kontext doby.

Přeložil Jiří Kasl. Academia 2021.

MEDICINA



Mé pandemické léto, podzim, zima a další jaro

Jana Šeblová

Léto budiž rozvolněno! Už nás nikoho nebaví mít pandemii, tak je oficiálně zrušena. Všichni vyrazí k moři a všichni se veselí. Na pandemickém vysvědčení stojí samé jedničky, teď přicházejí zasloužené prázdniny! Carpe diem!

Moje dovolená je zrušena dva dny před odletem. Norsku se nelíbí naše stoupající čísla. Nakonec, slovo dovolená je pro zdravotníka v seznamu nežádoucích. Tak si jdu do útulku pro psa. Devítiletého seniora s duší štěněte, vysvobozeného po roce z kotce. Pes je blažený a já s ním. Kocour ho toleruje, chvílemi šikaneje. Ale pes je šťastný i s kocouří patrolou za zády. Bydlí.

Letní čísla nakažených stoupají. Ministr zdravotnictví neboli covidový ministr číslo jedna navrhuje nosit od září roušky uvnitř. Druhý den je vše jinak. Budou volby a lidé roušky nechtějí, anketa na sociálních sítích nahradí jakýkoliv odborný názor. A navíc –jsme přece Češi, BEST IN COVID!

Přichází babí léto. Čísla stoupají pořád. Ve službě na urgentním příjmu mám pět suspektních nebo pozitivních pacientů. Tahám z kouzelnického klobouku jednu

izolaci za druhou, v prostorách naprosto nepřizpůsobených infekčnímu provozu. Filtr na chodbě, poslední izolace je ze zákrokového sálku, monitor mi nahrazuje sestra. V kompletních OOP. Do toho řeším všechny ostatní pacienty. Osud mě nešetří. Končím službu o dvě hodiny později, než bych měla. Končím dlouhým hovorem s psychiatrickou nemocnicí. Zatím ještě kvůli pacientce, na kterou jsem neměla čas od dopoledne. I když na pohovor s psychiatrem bych se pomalu cítila také.

Procházím přes Prahu. Náplavka je plná veselí, já v ní ale chtě nechtě vidím palubu Titaniku.

Předávám službu kolegovi a referuji, kde jsou volné izolace na odděleních. (Nejsou.)

Média referují o tisících nakažených denně s lehkostí a ujištěním, že o nic nejde.

„Taky už chápeš, jak se cítili doktoři ve Wu-chanu?“ říkám.

„Jen doufám, že nezačneme mizet,“ odvětí suše kolega.

To nikdo nechápe to epidemické zpoždění tří čtyř týdnů?

Je po volbách. Opatrně se začíná připouštět, že je pandemie. Že tu s námi ještě pořád zůstává. A že s ní asi bude nutné něco dělat. Covidový ministr číslo jedna musí z kola pryč, na scénu přichází covidový ministr číslo dvě. Nikdo ničemu nevěří a antirouškaři v kuklách protestují proti v podstatě všemu a mydlí se navzájem i s policií.

Moje bilance zářijových covidových pacientů násobně překračuje počet, který jsem viděla nebo dokonce ošetřovala během celého jara. Pacienty začínám identifikovat na dálku, říká se tomu „first look“. Bohužel často splňují kritéria „OMG patient“. Na podzim se ještě díváme hodnotám saturace kyslíkem a kontrolujeme pulsní oxymetry. V zimě už nám saturace 33-50 procent přijdou běžné, ale to v říjnu ještě netušíme.

Covidový ministr číslo dvě se stává rekordmanem v počtu 37 dní strávených v úřadě. Hledá se další dobrovolník. Budou se turnusy na MZ vypisovat jako služby v nemocnici?

Nemocnice – stejně jako všechny po celé zemi – expanduje tak, že jsem nikdy netušila, že by to bylo možné. Z deseti standardních lůžek je 25, pak 50 a ještě je dalších 25 je v rezervě, aby se brzy zaplnily, a navíc 10-15 intenzivních k tomu. Personál se zjevně dělí klonováním nebo pučením, protože všechny znásobené služby na nových i starých pracovištích jsou obsazené. Co na to

zákoník práce, se raději neptejme. Ortopedi, chirurgové a další odbornosti se přeškolují na infekcionisty.

Sociální sítě jsou plné moudrů o neexistujícím covidu a o právu na vše. Vidím v duchu zástupy svých pacientů a jejich příbuzných, jejich strach, bolest a všechny další emoce. A hlavně jejich další osudy. Na internetu sleduji už jen příběhy šťastných pejsků, co našli domov, a zachráněných koťátek. Na nic jiného nemám ani žaludek, ani nervy. Blíží se Vánoce.

Zděšeně přes svoje OOP koukáme na davy, co vyrážejí na vládou povolené předvánoční nákupy. To se jako myslí vážně? Při těch počtech nakažených, hospitalizovaných a zemřelých?

Přichází další rok. Příliv pacientů se zesiluje.

Od vyčerpaných lékařů zní do médií slovo selekce. V urgentní medicíně se tomu říká triáž. Nikdo nám ale na ni nerozdal noty. Je to na nás, ve službě, v noci, nad každým jednotlivým pacientem. Jakou optimální péči zvolit s tím, co máme právě teď k dispozici. Se všemi ventilátory, HFNO, lůžky, sanitkami, unavenými sestrami, lékaři, záchranáři. Už týdný jedeme válečnou medicínu v soft verzi uprostřed Evropy.

Výročí prvního pacienta s nákazou v ČR. Přijímám do nemocnice čtyřicetiletého muže s bílými covidovými plícemi, typickým obrázkem dnešních dní.

„Paní doktorko, já se bojím, mně na to minulý týden umřel kamarád,“ říká, když na kyslíku trochu chytí dech. Jakými slovy mám utěšovat ty chlapy, co obvykle nic neporazí?

Večer už je na vysokoprůtokové ventilaci a druhý den na ARO.

Výročí prvního lockdownu. Jsem ve službě a resuscitujeme. Dopoledne i odpoledne. O tomhle média už psala – vloni v New Yorku. My se tomu mohli elegantně vyhnout, tehdy v létě a během podzimu. Kdyby se v podstatě všechno udělalo jinak. Během odpolední resuscitace sháníme ECMO, které by mohlo být jedinou šancí. Není, v širokém dalekém okolí jsou všechna plná. Už před několika týdny to bylo decentně pojmenováno „nedostatek vzácných zdrojů“.

Na infekčním urgentním příjmu mám plné všechny postele. Je tu ticho, jen kyslík tiše šumí ze všech bomb a trubek, co vedou po zdi a svítí novotou. Pacienti pod maskami zápasí o svůj dech, jeden jako druhý. Strašidelné tiché panoptikum domu covidové hrůzy. V rukavicích a za štítem mydlím do počítače zprávy, příjmy, dekurzy.

Prohlížím rentgeny pacientů. Začínám podezřívát radiology, že databázi snímků tvoří systémem copy – paste. Jen každému přidělají jiné klíční kosti a jiná ramena. Z laboratoře nám posílají hodnoty D-dimerů výhradně v deseti až stonásobcích normy. Na CT se už ani neptají, proč chceme další angio.

Některé pacienty pouštím domů, nedusí se, a lůžka nejsou. Tuším, že někteří se vrátí, a už se dusit budou. A někteří zemřou, tak jak to bylo před měsícem a před dvěma. Už nemám sílu dívat se na karty pacientů jako dřív, kdy jsem doufala v happy endy. Mně avšak aspoň umírají moji pacienti „papírově“, já jejich listy o prohlídce mrtvého na oddělení nevypisuji.

Blíží se Velikonoce. Začíná se mluvit o rozvolnění. Už zase?

Další rok už popisovat nebudu. Vezměte to zase od začátku.



Co je moc, to je příliš

Lockdown na úrovni katastrofu obce, když je infekce rozšířena všude, zní absurdně

Petr Widimský

Vládní opatření proti šíření nemoci covid-19 se stávají čím dál méně přehlednými a často postrádají logiku. Od samého začátku pandemie viru SARS-CoV-2 před rokem jsem patřil jednoznačně mezi ty, kdo situaci brali

velmi vážně. Pravidelně jsem se kvůli tomu dostával do názorových střetů s některými kolegy nebo přáteli, kteří situaci zlehčovali nebo dokonce úplně popírali závažnost tohoto potenciálně smrtelného onemocnění.

I když se zrovna nevyžívám v mediálních vystoupeních, 19. září minulého roku mi to už nedalo a v deníku Právo, na webu Novinky.cz a později rovněž ve Vita Nostra Revue jsem v komentáři „Ohleduplnost a opatrnost, jinak nás čeká válečná medicína“ varoval před přetížáním nemocnic a „válečnou medicínou“. Aktuální skutečnost o půl roku později je bohužel ještě horší, než byly mé nejčernější představy.

O pár týdnů později, 5. listopadu jsem upozornil na to, že tato pandemie nepřichází v žádných vlnách (které by odezněly), že se jedná o setrvalý problém, který s námi bude nejspíše několik let („Dlouhá plavba nejistými covidovými vodami“). Vlny vyrábí vlády kolísáním protiepidemických opatření, virus sám působí bohužel stále stejně, žádné pandemické vlny sám o sobě netvoří.

A ve třetím komentáři 23. prosince jsem upozornil, že žádný lék zatím na covid-19 dostatečně nezabírá a že jedinou nadějí je zřejmě očkování („Proč se nechám očkovat proti covidu“).

Bohužel nyní (březen 2021, přesně rok poté, co pandemie vstoupila do Česka) se zdá, že situace je ještě horší, než čekali ti největší pesimisté. Nové mutace způsobují, že virus se v populaci šíří lavinovitě mnohem rychleji než před rokem. Rostou obavy, zda virus nebude schopen svými mutacemi přelstít i ty nejsofistikovanější vakcíny. Aktuální katastrofální situaci v naší zemi realisticky popsál 9. března prof. Jurajda v pořadu ProstorX. Jeho úvaha neznamená, že by bylo špatně, když má Česko dost lékařů. Jeho úvaha znamená, že politici neměli řídit pandemii podle obsazenosti nemocnic – protože díky tomuto stylu řízení dochází k omezením pozdě a umírá mnohem víc lidí.

Většina občanů dosud restriktivní opatření podporovala, protože byli přesvědčeni, že pomáhají brzdit šíření tohoto hnusného viru. Nicméně v posledních týdnech se smysluplnost vládních opatření vytrácí – ta poslední opatření už ztrácejí jakýkoli racionální smysl.

Absurdní lockdown s omezením pohybu na katastr vlastní obce

Od pondělí 1. března vláda nařídila extrémně tvrdý „lockdown“ s mnoha policejními kontrolami na silnicích. Lidé se nesmí jít proběhnout do lesa, pokud tento les je mimo katastr jejich obce, lidé nesmí navštívit příbuzné v sousedním okresu, atd. Toto omezení pohybu na prostor vlastní obce by mělo jasný smysl v situaci, kdy je v určité obci koncentrována nebezpečná nákaza, která se jinde nevyskytuje nebo je jinde vzácná. Omezovat pohyb mimo vlastní obec v situaci, kdy je tato nákaza velmi významně rozšířena v celé republice ve všech obcích a okresech, nedává vůbec žádný smysl. Je to jen další z chaoticky přijímaných opatření. Vývoj počtu infikovaných i počtu hospitalizovaných ukazuje jasně na nesmyslnost tohoto kroku: za dva týdny přísného zákazu pohybu se počty nijak nemění a stále jsou na hodnotách cca osmkrát vyšších než mají sousední státy, ve kterých žádné „okresní lockdowny“ nejsou.

Některé další absurdní situace jsou vtípně popsány v reportáži časopisu Reflex („Rozkaz zněl jasně: Nesmí projít! Život v Česku pod přísným dohledem policie a armády“), která vyšla 3. března. Celá republika si z toho dělá dnes legraci, ale problém je vážný. Začal zavíráním hranic států, pokračuje zavíráním hranic okresů – kde to proboha skončí? Budou nás policejní patroly zamýkat doma nebo jako v Číně bude policie dělat zátarasu

na konci každé ulice, aby z ní nikdo nemohl uprchnout k sousedům? Věřím, že někdo připraví rozumně formulovanou stížnost k Ústavnímu soudu a ten zruší toto absurdní opatření.

Pochybná výtežnost masového povinného používání antigenních testů

Při této pandemii bohužel trvale (nejen v Česku) dochází k bezprecedentnímu míchání faktů s bizarními výmysly či polopravdami. Z nepřesných analýz a dezinterpretace faktů o významu testů vyšlo i nové vládní nařízení o povinném testování všech občanů (nyní zaměstnanců, v blízké budoucnosti nejspíše i dětí ve školách) tzv. antigenními testy. Jejich hlavní chybou je malá přesnost. Pokud jde o záchyt potenciálních šířitelů infekce, mnohem přesnější jsou PCR testy. Odborná i ekonomická náročnost PCR testů však samozřejmě nedovolí jejich masové používání k opakovanému testování všech zdravých občanů. Někteří experti věří, že podobnou roli v záchytu infikovaných osob mohou sehrát antigenní testy, které jsou řádově levnější a též provozně jednodušší.

Vláda nařídila jejich používání jednou týdně, dokonce se nyní zvažuje jejich povinné používání dvakrát týdně. To považuji rovněž za vrchol absurdit. I pokud bychom vycházeli z ideálního předpokladu, že všechny používané antigenní testy jsou vysoce kvalitní (což nejsou), tak jejich používání má smysl u osob s příznaky onemocnění – pro tyto nemocné osoby lze antigenní testy používat. Jinak řečeno: antigenní testy se hodí vcelku slušně pro potvrzení této nemoci u osob s příznaky. Ani ty nejkvalitnější testy však nemají prakticky žádný smysl u osob zcela bezpříznakových, klinicky zdravých. Pokud vyšetříme pomocí antigenních testů

všechny zdravé dospělé obyvatele (předpokládáme výskyt viru asi ve dvou až třech procentech aktuálně testovaných zdravých osob), skutečný výskyt potvrzené infekce bude pouze v řádu několika desetin procenta ze všech testovaných osob.

Celostátní výdaje na pravidelné týdenní testování všech dospělých osob antigenními testy odhaduji na 300 až 500 milionů korun každý týden! Při uvažovaném testování dvakrát týdně by se tedy náklady blížily jedné miliardě korun týdně. V takové situaci si vždy musíme klást otázku: Cui bono? Situace prospívá vychytralým obchodníkům, kteří na testech získávají vysoké marže. O tom, zda povinné testování obyvatel prospívá obyvatelům samým, si troufám pochybovat. Pokud bychom za 300 milionů korun týdně odhalili navíc 3 tisíce nových případů, znamená to, že náklady na jeden nově zjištěný případ činí okolo 100 tisíc korun! Pokud by toto testovací šílenství mělo trvat několik měsíců, jistě to naplní kapsy obchodníků, ale přispěje k ekonomickému kolapsu státu i zdravotnického systému samotného. Někteří teoretici radí zvážit místo antigenních testů testovat celou populaci PCR testy. Tam by však byly výsledky možná ještě horší – a to především z ekonomického pohledu. Nejen však z něj: PCR testy jsou sice mnohem přesnější, ale odhalí i nízkou virovou přítomnost u osob, které jsou klinicky zdravé a nejsou pro okolí infekční.

Obě výše uvedená opatření (zákaz pohybu osob mimo obec a pravidelné testování milionů zdravých osob) jsou evidentně tzv. „přes čáru“. Posunují nás spíše k nové formě totality než kupředu k postupné normalizaci svobodného způsobu života.



Jsmo velmi blízko bodu, kdy budeme určovat priority

Šéf ARO otevřeně vysvětluje, jak se dělá triáž pacientů s covidem

Lenka Vrtišková Nejezchlebová

Dosud rozhovory neposkytoval. Až teď, když je situace kritická i ve velkých pražských nemocnicích. Přednosta ARO a JIP „vinohradské“ nemocnice František Duška se jako jeden z mála nevyhýbá ani otázkám na triáž. Vysvětluje, jak vypadá „skórovací systém“ pro rozhodování, který pacient má větší šanci přežít. A kterému bude poskytnuta intenzivní péče. „Do dnešního dne a této minuty jsme měli zdroje, abychom poskytli intenzivní péči úplně každému, u kterého jsme se domnívali, že z ní bude mít prospěch a že by s ní souhlasil. Ale doba je dynamická a bodu, kdy bude třeba určovat priority, jsme velmi blízko,“ říká lékař. Mluví věcně, ale ne chladně. Ačkoliv tvrdí, že se odstřihává od emocí, z jeho slov je znát velká míra empatie.

Jak vypadají poslední dny u vás v nemocnici, na odděleních intenzivní péče a ARO?

Máme nejvíc pacientů, co jsme kdy měli, nejvyšší příjmy za den. Běžně přijímáme jednoho, maximálně dva pacienty, nyní tři až pět denně. V průměru. Někdy žádného, pak najednou šest. Prožíváme zatím nejhorší momenty krize. Především jsem poprvé hlásil koordinátorovi zahlcení, poprvé jsme byli bez lůžka.

Jak takovou situaci jako přednosta kliniky vnímáte emočně?

Není moc prostoru pro emoce. Musíme s chladnou hlavou dělat dva zásadní kroky. Den za dnem se musíme snažit o maximalizaci lůžkové kapacity, ale tak, aby byla udržitelná, protože tohle není sprint, ale maraton. Nemůžeme otvírat lůžka, pro která bychom neměli do

statek personálu, to je cesta do pekla, která vede ke stresu a k chybám. Existuje hranice rozšíření lůžkových kapacit – a tou je kvalifikovaný sesterský personál. Když překročíme tuhle hranici, nezachráníme víc lidí, ale standard a kvalita péče klesnou natolik, že paradoxně zachráníme lidí méně.

Jaké kapacity tedy máte?

Na začátku jsme měli jedenáct ventilovaných lůžek pro covid provoz, dnes je jich dvacet sedm. A to je prozatím náš strop.

Mluvil jste ale o dvou krocích...

Druhá věc, jak se snažit zachránit co nejvíc lidí, je triáž.



Tři plus jeden princip

Triáž. Třídění pacientů na ty, kteří dostanou šanci na nejvyšší intenzivní péči, a na ty, kterým bude poskytnutá „jen“ paliativní péče. Otázkám na triáž se mnozí lékaři i šéfové nemocnic snaží vyhýbat.

Já se otázce nevyhnu, když mi dáte prostor to vysvětlit.

Velmi ráda. Čím začneme? Tím, že do určité míry dochází k „třídění“ i za běžného provozu intenzivních jednotek? Expertky na paliativní péči mi jednou v rozhovoru řekly: „Ne vše, co udělat v medicíně umíme, udělat máme.“

Ano. Intenzivní péče je mocná, ale není pro každého prospěšná a vhodná. Za normálního stavu, kdy nemáme žádná kapacitní omezení, přijímáme pacienty, u kterých existuje realistická naděje, že jim intenzivní péče může prospět, tedy že jim zachrání život. Pacienti za to totiž platí určitou cenu.

Jakou?

Byť se snažíme sebevíc, pobyt v intenzivní péči je spojený s diskomfortem, se ztrátou lidské důstojnosti, hadice zavedené do různých částí lidského těla nejsou ničím, co by si kdokoliv z nás přál, kdyby...

Kdyby nešlo o život.

Proto se snažíme intenzivní péči vystavovat lidi, u kterých je realistická šance, že se do života vrátí. Jsou pacienti, kde ta šance – z pohledu statistiky – není. Sedmdesát procent pacientů přijatých do intenzivní péče se za normálních okolností vrací do života.

Třicet procent umírá. Ale jen menšina z nich na sehlání během terapie, u většiny dojdeme do bodu, kdy si řekneme, že jsme to zkusili, ale vidíme, že nevyhraje-

me. Že ten člověk umírá. A umře, ať děláme, co děláme, takže pokračování by bylo jen prodlužování umírání. Pak mluvíme o bezúčelné terapii, která není v nejlepším zájmu pacienta. A přejdeme na léčbu soucitnou.

Tedy aby pacient umíral důstojně, bezbolestně a blízcí měli šanci se rozloučit?

Ano, snažíme se maximalizovat komfort, nezavádíme další hadice a trubičky, naopak odstraníme, co odstranit jde, aby pacient neměl deformovanou tvář. Snažíme se, aby se s ním blízcí mohli rozloučit, aby ho nic nebolelo. Není to nejlepší způsob umírání, ale snažíme se minimalizovat škody. Za normální situace jsou tři principy, podle kterých se rozhodujeme o přijetí do péče i pokračování léčby.

Jaké principy to jsou?

Prvním je prospěch pacienta. Druhým princip pacientovi neškodit, nedělat zásahy, které mu mohou ublížit, aniž mu to přinese zlepšení. A třetí je princip autonomie, maximální soulad s postoji pacienta, pokud se vyjádřit může, a s tím, co vypovídá rodina. „Víte, maminka nikdy nechtěla být závislá na péči ostatních a nechtěla přežívat bezmocná v nemocnici.“ Tyhle principy platí, a to i v situaci, kdy se zdroje smrskávají.

Ale?

Ale přibude princip čtvrtý: princip distribuční spravedlnosti. Mám-li omezené zdroje, musím je využít tam, kde přinesou největší dobro. Zde ovšem dochází k největším zkreslením. V médiích se distribuční spravedlnost demonstruje tak, že mám jedno lůžko a dva pacienty, a já se rozhoduju, jestli připojím na přístroje osmdesátiletého člověka v dobrém funkčním

stavu, nebo pětáctýřicetiletého obézního hypertonika a kuřáka.

Tak jak to je?

Princip distributivní spravedlnosti nebo, řekněme, maximalizace prospěchu z omezených zdrojů se aplikuje ve dvou krocích. Nejprve se nastaví pokud možno objektivní kritéria pro využití vzácných zdrojů.

Vzácných zdrojů?

To je například jedno lůžko intenzivní péče obsluhované kvalifikovanou sestrou. V případě, že jsou tyto zdroje omezené, měli bychom použít daty podložené skórovací systém, který určí šanci, že vzácný zdroj pacientovi pomůže. Druhým krokem je určení terapeutického plánu konkrétním týmem pro konkrétního pacienta.

Toto je nejtěžší, ale objektivní rozhodovací rámec, který může pomoci. Psychologicky i právně. Nastavení pravidel je odděleno od osudu každého individuálního pacienta. Sestavili jsme takový rámec a nechali si ho schválit Etickou komisí už při podzimní vlně.

Jaká kritéria hrají roli?

Funkční stav člověka před nemocí. Například: Byl to sportovec? Byl to relativně zdravý, pohyblivý člověk? Nebo měl omezení? Chodítko? Nebo byl jen ležící? Dále pak přidružené nemoci, v první řadě ty, které zásadně zkracují život, jako je třeba cirhóza jater nebo neléčitelné nádory. Dalším důležitým, ale ne jediným kritériem je věk.

Rozhodování se má odehrát na základě součtu bodů jednotlivých parametrů, ale velmi důležité je také promluvit si s pacientem samotným. Často bývají při plném vědomí, a když tuto obtížnou konverzaci načneme, mno-

ho pacientů nám zcela jasně řekne, co od nás očekávají. Někteří mají úplně jasno, že si ventilátor a dlouhodobou péči nepřejí. To samozřejmě plně respektujeme.

Do dnešního dne a této minuty...

Už jste toto třídění použili?

Do dnešního dne a této minuty (rozhovor vznikl ve čtvrtek 18. února v odpoledních hodinách, pozn. red.) jsme měli zdroje, abychom poskytli intenzivní péči úplně každému, u koho jsme se domnívali, že z ní bude mít prospěch a že by s ní souhlasil. Ale doba je dynamická a bodu, kdy bude třeba určovat priority, jsme velmi blízko.

Přijde to v momentě, kdy si budeme muset říct, že nepřijmeme pacienty, které bychom za normálních okolností přijali, protože mají menší šanci na přežití než jiní. A vše záleží na kapacitách. Jak budou ubývat, kritéria se budou zpříšňovat. A nejde jen o přijetí, ale i o plánování péče v jejím průběhu.

Tedy jak dlouho na přístrojích pacient bude?

Ano. Můžeme přijmout pacienta na týden nebo dva, ale když vidíme, že na léčbu neodpovídá, může být další rozhodování také ovlivněno systémem distributivní spravedlnosti.

Podle dostupných dat z USA je šance člověka staršího sedmdesáti čtyř let s covidem připojeného na ventilátor deset procent. Zdá se vám to asi málo, ale každý chce zkusit, jestli není on ten jeden z deseti. To je přirozené. Léčíme ho. Ale můžeme se dostat do situace, že si u této skupiny pacientů určíme omezený čas pro terapii. Když neodpoví na léčbu, přejdeme na léčbu soucitnou, byť za normálních okolností bychom ještě pokračovali v péči intenzivní. Ale nesmí se stát,

že není kam transportovat pacienty, systém je zahlcen a začne se na standardním oddělení horšit další pacient, který...

Který má šanci padesát procent?

Přesně. Ale ta pravidla se musí nastavit jasně a pro každého. Poskytnout lékařům rámec, o který se mohou opřít. Ono to je totiž nejen lidsky velmi těžké, ale navíc podle našeho právního řádu má vlastně každý vždy nárok na všechno. Sice platí, že ad impossibilia nemo tenetur, tedy že nikdo nemůže být nucen k nemožnému, ale nikdo neví, jak by se každý individuální případ posuzoval.

A co když budete zahlcení, bez volného lůžka, a přivezou pacienta...

Přeruším vás, tohle by se právě stát nemělo, musíme lůžka organizovat tak, abychom nebyli postavení před otázkou, jestli bychom neměli někoho odpojit, abychom se mohli o jiného postarat. To ne. Pořád musíme nějaké lůžko mít.

Chápu únavu i frustraci

Už to bude rok od chvíle, kdy byl v Česku první pacient s covidem. Když se ohlédnete, prošel jste nějakými fázemi ve vnímání epidemie?

Přiznám se, že jsem úplně na začátku, ještě v únoru 2020, byl chřipečkář. To je zas něco, jako každý rok! Ale zlomilo se to přesně prvního března, kdy náš kolega z Milána, se kterým máme společného postgraduálního studenta, referoval o tom, co se u nich děje. Jak zavázejí nemocnice, že provádějí triáž a že je to hrůza a šílený. Tehdy jsem dostal strach, že to nastane u nás.

Vláda tehdy reagovala rychle a nejspíš správně, ale z mého pohledu platila drakonická opatření příliš dlouho. Opatření pak měla pro společnost bolestnější následky než sama epidemie. A tak si důvěru a spolupráci veřejnosti vláda vyplývala na jaře. A my lékaři zase solidaritu. Byli jsme zavaleni chlebičky, bonboniériami a kafem, přitom jsme měli naráz nejvíc čtyři pacienty. Mimochodem, to kafe došlo dneska...

A nově nepřichází?

Ne. Postoj veřejnosti už je jiný.

Ale zpět k vývoji epidemie a vašeho postoje k ní.

Během léta jsem na chvíli uvěřil, že to je pryč. Že to bude dobrý. A pak mě zase začala jímat hrůza. Od podzimu. Když se obrovsky rozvíraly nůžky mezi realitou ve zdravotnictví a – úplně pochopitelnou – ztrátou chutě lidí cokoliv dodržovat a únavou ze všech opatření.

Jsem otec dvou dcer, jsou už skoro rok doma, tak bych si přál, aby byly ve škole... Když jsem jel o víkendu na běžkách po Orlických horách, skoro jsem zapomněl na naše jednotky intenzivní péče. Když jsem viděl děti na sáňkách, jak se smějí a užívají si, na chvíli jsem sám uvěřil, že covid je něco, co je jinde... Chápu, že jsou lidi unavení. Ale pak přijdu do práce a vidím, že se na nás žene katastrofa. Katastrofa z pohledu pacientů, nešťastníků, kteří si vytáhnou tu černou kuličku a mají těžký průběh.

A i když statistika stále potvrzuje určité rizikové faktory, černou kuličku si může vylosovat každý z nás.

Máme zde na ECMO připojeného člověka pod 35 let. Bez komorbidit. Jen s nadváhou. Momentálně máme na intenzivní péči lidi od 32 do 72 let.

Skafandry a umírání

Říkal jste, že na emoce není prostor. Ale emoce jsou ventil. Jak se dá dlouhodobě zvládnout takové nasazení, jaké mají v této době lékaři a sestry na intenzivní péči? A když do toho přijde ještě rozhodování...

Právě, abychom to přežili, nemůžeme se emočně příliš angažovat. Musíme se rozhodovat co nejracionálněji. A být strašně pokorní. Medicína není matematika, pracujeme jen s pravděpodobností, ale každý člověk je individualita a vše může být jinak. I v běžné situaci může být rozhodnutí o přechodu do soucitné péče sebenaplňujícím se proroctvím. Nebo naopak. Někdy podlehneme pokušení pomáhat, stále doufáme ve zlepšení a můžeme se ocitnout v situaci, kdy už poskytujeme intenzivní péči, ačkoli není v zájmu pacienta. Najít rovnováhu je těžké.

K tomu potřebujeme psychologické mechanismy, jak se s tím vyrovnat, jak nevyhořet, jak mít pořad „dobré srdce“, ale zůstat profesionální. Svým lidem se snažíme práci co nejvíc ulehčovat.

Jak?

Především jsme suprovej tým. Opravdu. Po krizových situacích se snažíme si sednout a udělat neformální debriefing. Rozhodnutí vždy děláme v týmu. Každý týden má kdokoliv možnost pohovoru s profesionálním psychologem, kterého si platíme z našeho nadačního fondu. A využívají toho lékaři, sestry i studentky z magisterského oboru intenzivní péče, které nám obrovsky pomáhají.

Mimochoodem, to je poměrně nový obor, jehož jste garantem. Vy jste studentky hned vzali do praxe, rovnýma nohama do epidemie?

Totální nasazení je termín s ošklivými historickými konotacemi, ale jisté paralele se nemohu ubránit, navíc tomu tak říkají ony samy. A minimálně z jedné čtvrtiny, ale spíš víc, to právě díky studentkám pokrýváme a zvládáme. Je perfektní, když teorii a výuku na simulátoru mohou kombinovat se skutečnou praxí, to chceme dodržovat i v následujících letech.

Křivka učení je pak strmější. Studentky motivuje, když v praxi vidí, proč se co učí. Od příštího akademického roku bude studium přestrukturováno tak, aby prezenční výuka byla jen tři dny v týdnu a umožnili jsme studentkám, aby souběžně na částečný úvazek pracovaly. Budou si tím nejen vydělávat na živobytí, ale taky se i učit.

Nynější situace je, doufám, dočasný extrém. Myslím, že právě pro ně je to na našem oddělení nejtěžší. Poprvé v praxi na intenzivní péči a rovnou v covidové době se skafandry a umíráním. To je kruté. Ale zvládají to, jsou velmi šikovné.

Potom z nich ale budou nejlepší a nejcennější sestry.

Věřím, že ano. Obecně doufám, že sestry v této unikátní době získávají společenskou prestiž. A ukazuje se, jak jsou cenné, ale nedocenené.

Ale abych nezapomněl. Máme ještě jednu motivaci, srdíčkový projekt. Strašně moc lidí umírá, a tak za každý zachráněný život vystřihneme z barevného papíru srdce, napíšeme křestní jméno a datum propuštění z intenzivní péče.

To je určitě pozitivnější přístup než dělat si křížky...

Určitě. Na křížky bychom navíc potřebovali o něco větší nástěnku.

Lidem se rozpouští svaly

Jak se vlastně „srdíčkovi“ pacienti následně zotavují? Ventilace nebo ECMO musí být strašný zásah do organismu.

Pobyt na JIP stojí každého pacienta jeho rezervy. Lidem se rozpouští svaly, jde o takzvanou svalovou slabost kriticky nemocných. Na ventilátoru musí vydržet dobu, než se plíce začnou lepšit, což může být týden, dva i tři. U mladých se to většinou podaří, ale po zlepšení musí postupně odvykat ventilátoru, zprvu nemohou ničím hýbat, ale postupně se zlepšují, jsou přeloženi na nižší stupně péče a pak je ztratíme z dohledu. Postcovidový syndrom už není moje denní praxe.

Před chvílí jste řekl, že vás od podzimu „začala jímat hrůza“. Máte z dalšího vývoje strach?

(dlouho přemýšlí) To je, jako byste se zeptala pilota, jestli má strach. Ne. Moje role je udělat maximum, abychom s týmem pomohli co nejvíce lidem. Nemám strach, že by se to rozsypalo a selhali jsme. Ano, může se stát, že budeme zahlceni a že přijde katastrofa, ale na strach není čas.

Řeknu vám jednu osobní věc. Tuhle práci strašně miluju. Když jsem se převlékal do služby, vždycky jsem se na intenzivní péči těšil. Ale teď, když jdu na covid, je mi špatně, mám nauseu, nechce se mi. A strašně bych si přál, aby to už bylo za námi.

Čtrnáctidenní lockdown by epidemií srazil na kolena

Kde sám hledáte energii se i přes tu nevolnost převléknout a jít do práce?

Držím se samozřejmě nějakého střednědobého plánu, ale každý den se soustředím na denní krátkodobý management: jak to udělám, abych měl tři lůžka na ví-

kend, co uděláme, když se začne zavážet? Kterou jipku budeme muset ještě zkonfiskovat, aby se pacienti vešli? Tohle řeším. A pořád se snažím doufat, že už to bude lepší.

Doufáme všichni, ale s britskou mutací a současnými čísly trajektorie moc přívětivá není. Co s tím?

Chápu, že jsou lidi pořád zahrnováni celou řadou nekonzistentních opatření, která produkuje tým lidí, kteří je sami moc nedodržují a mají různé papalášské návyky. To je strašně frustrující. Ta strategie, kdy se apeluje na zodpovědnost každého, je ale nakonec možná správná. Zkusit přesvědčit lidi, že dodržování opatření je akt solidarity, nikoli opatrnosti.

Vy věříte tomu, že by lidé takhle ze dne na den změnili chování, když velká část nedodrжуje ani nošení roušek?

Nevím. Rád bych věřil. Ale je fakt, že důvěra je prohospodařená. Jsem přesvědčený, že kdybychom se rozhodli ke čtrnáctidennímu opravdu tvrdému lockdownu, sebekaranténě, kdy by byl provoz jako na Boží hod, včetně toho, že by lidé 14 dní nechodili do práce, epidemií srazili bychom na kolena a získali čas k většímu proočkování rizikové populace. Ale to asi nepůjde. Není vůle.

Rozhovor původně vyšel v DeníkuN 20. února 2021.

Jak vstupuje dobro do světa, aneb inspirace Erazimem Kohákem a etikou ctností v době pandemie.

Lukáš Malý

Letos v únoru zemřel významný český filosof a skaut Erazim Kohák. Jeho život i dílo jsou velmi inspirativní, mimo jiné studoval filosofii a teologii na Yale University, přednášel na katedře filosofie v Bostonu a působil různě ve světě. Od roku 1948 do roku 1989 žil v exilu, později se však vrací zpátky do České republiky. Učil také na filosofické fakultě naší univerzity a působil v Akademii věd. Zabýval se i tématy ekologie a jeho dílo je velmi rozsáhlé.

Nedávno jsem měl možnost se seznámit s jeho esejí „Jak vstupuje dobro do světa? Desatero vykročení.“ Je to krásný a hluboký text, ve kterém se zamýšlí nad tím, jak se rodí dobro v příběhu žití. Přináší myšlenku, že se rodí z potřeby životního naplnění. Celý text je rozdělen do devíti částí, které na sebe navazují a vyústí do desáté s názvem „Filosofie na hraně poesie“. Tam pak vyjadřuje svůj postoj: „...dobro není jen jedním z okrajových výtvarníků bytí a žití, ale je nejzákladnější silokřivka smyslu ve vzniku kosmu i ve vyvrcholení života, jde o celkový postoj k životu“. Celou svou esejí se pozvolna přibližuje k tomu, aby naznačil, že se dobro nejeví jako něco, co vyžaduje vysvětlení. Dobro, jakožto hodnotová struktura žití a bytí, vystává jako klíč k pochopení všeho ostatního. „Morální přístup k žití a bytí se přestává jevit jako ozdoba strohé reality a vystupuje jako plnost všeho.“ Přináší myšlenku, že vědecký výklad neztrácí

nic na své užitečnosti, jen přestává být normou našeho přístupu k životu a k bytí.

Celý text potom uzavírá: „Když pak přejdeme z vědecké kosmologie k mezilidské etice, náš pohled na život i svět se zásadně změní. Uvědomíme si, že básník může být ve svém pochopení smyslu blíže k oné kýžené realitě než přírodovědec, a filosof se potřebuje učit od obou. Uvědomíme si snad nejzákladněji, že určující metaforou pro pochopení zákonů bytí a řádu žití není energie, nýbrž láska – a že všechno, co jako filosofové řekneme, potřebujeme doplnit tichem mlčení.“ Tento text je pro mě v dnešní době velkou inspirací. V podstatě jsem si za filosofa dosadil slovo lékař. My se také učíme od obou, od přírodovědce stejně jako básníka.

Zmatek a potřeba řádu

Minulý týden to byl rok, co jsme přiletěli narychlo a dříve, než jsme plánovali, s poslední skupinou mediků a lékařů z keňského Itiba (zdravotnické zařízení v Keni, do jehož činnosti se zapojuje množství lékařů i mediků z České republiky, včetně autora textu; v minulých vydáních Vita Nostra Revue vyšlo již několik textů o zmíněné nemocnici – pozn. redakce). Od prvního dne, co jsme přistáli na letišti v Ruzyni, jsme se nikdo nezastavili (když pomínu povinnou karanténu). Jakoby čas rychleji plynul. Ani jsme se nestihli ohléd-

nout zpátky, v myšlenkách se s Itibem rozloučit a uzavřít to, co jsme tam společně prožili. Započal náročný a pro většinu z nás chaotický rok.

V řeckém antickém myšlení a zvláště v mytologii se pojem chaos, zmatek spojuje často s označením *Hybris*. Znamená to zmatek, konec řádu, naprostou katastrofu a lze si těžko představit něco horšího. Je to velmi dobře ukázáno na putování ithackého krále Odyssea domů z Trojské války. Dlouhých deset let se vrací domů, putuje od Eridy, bohyně sváru, k Erótovi, k lásce. Od chaosu k harmonii. I křesťansko-židovská tradice nemá ráda zmatek, chaos, neřád. Současná pandemie nám ukázala a znovu připomněla, že i my ve 21. století chceme řád, jistotu, možná více než kdykoliv předtím. Žijeme v době dosti velkého zmatku, nevíme, co bude za tři týdny, za měsíc. Z médií slyšíme nejrůznější informace, často i protichůdné, útržkovité. Leckdy se v tom těžko orientujeme. Klade to na člověka větší nároky než doba předtím.

Na fakultě učíme on-line, to je úplně jiný svět a vydalo by to na samostatný příspěvek. I v klinické praxi zažíváme řadu změn, pečujeme o pacienty s covidem, zažíváme zrychlování diagnosticko-terapeutického procesu, léčbu po telefonu, nutnost rychlých překladů pacientů na následnou péči a uvolňování dalších míst pro péči intenzivní. Všudypřítomná problematika alokace vzácných zdrojů. Odkládáme neakutní výkony se všemi důsledky. Často hlavně „hasíme požáry“, řešíme akutní situace a na prevenci je čím dál méně prostoru. Setkáváme se se smrtí mnohem častěji, pracujeme i na jiných odděleních, než jsme byli původně zvyklí. Přináší to mnoho nových věcí. Medicínsky, odborně je to pro nás myslím přínosné, lidsky je to ovšem tragické a netroufnu si vůbec odhadovat dlouhodobé důsledky eko-

nomické, psychické apod. Často kolem sebe vidím zlost, frustraci. Je mnoho negativního všude okolo. Dobra je však kolem nás i v nás mnoho a někdy mám pocit, že na pozadí těchto náročných týdnů a měsíců, jako by bylo vidět více. Musíme se ale zaměřit na to, abychom ho viděli. Zaměříme-li svou pozornost na to zlé, bude více vidět právě ono.

T. G. Masaryk napsal: „Dobrého je v řádu světa víc, ale to zlé člověk cítí silněji.“ Dnešní doba to, myslím, potvrzuje. Můžeme se oslabovat tím, jak je to náročné, složité, jak jsme všichni unavení, jak spíme šest hodin denně (někdy ani to ne) a zase jdeme do nemocnice. Myslím, že dnešní doba ukazuje více než kdykoliv předtím, jak je důležité postavit svůj život na opravdu pevných základech. Jak je důležité kriticky přistupovat k informacím, rychle a přesně se zorientovat v problémech a rozhodnout se správně a dobře. Jak je důležité nepodléhat panice, špatné náladě ve společnosti, tendencím typu populismu apod. Jak je potřeba pěstovat kvalitní mezilidské vztahy (i když nyní třeba na dálku přes skype či telefon). Profesorka Hogenová z filosofické fakulty UK píše ve svých knihách o „životu z vlastního pramene“, to je v poslední době velmi aktuální.

Ano, mohu si stěžovat a vyzdvihovat negativa kolem sebe. Pracuji 12 hodin denně, nemocnice, pacienti, výuka, studenti, desítky telefonátů denně, organizování, osobní život raději ani nezmiňovat. K čemu to ale povede? Všichni víme, že je to těžká doba. Vidím kolem sebe umírat mnoho lidí, pacientů, které znám dlouhou dobu a řada z nich byli moji přátelé a známí (výhoda a zároveň nevýhoda práce v nemocnici v menším a hlavně rodném městě). Denně slyším hodně příběhů, které jsou velmi smutné. V České republice máme něco kolem 25 tisíc mrtvých v souvislosti s covidem, můžeme vést

polemiky, zda zemřeli s covidem, či na následky apod., ale to na tom nic nezmění. Za těmi čísly jsou konkrétní lidé, životní příběhy, lidské radosti i hrůzy, naděje i beznaděje. To všechno na nás zdravotníky působí. Když bych si tohle všechno měl připouštět až příliš těsně k sobě, tak nejsem vůbec schopen práci lékaře v tuto dobu vykonávat.

Opravdu vidím kolem sebe ale také mnoho dobrého. Nasazení kolegů – lékařek a lékařů, pedagogů, zdravotních sestřiček, fyzioterapeutů, sociálních pracovníků, ošetřovatelek, ale i studentů na fakultě i tady na střední zdravotnické škole. V podstatě v každé profesi u nás v nemocnici vidím, jak jedou lidi na 120 procent. Ano, někteří lidé, které znám už před současnou situací coby lhostejné a třeba lenivé, tak jsou nyní ještě více lhostejní a leniví. Většina spolupracovníků kolem mě ale patří do té první skupiny a jsem za to neskutečně vděčný. V podstatě ani nejde popsat třeba zátěž našich sestřiček. Nedostanou žádná ocenění, nebudou mluvit v médiích, nejsou vidět. Přijdou po noční službě domů a pomohou dětem s on-line výukou a večer znova do „Tyveku“, litry potu, a je ráno. O těchto lidech vědí ale moc dobře naši pacienti. Je vidět na většině únava, vyčerpání, ale jedou dál. Žijeme teď opravdu všichni v jiném světě, v podstatě skoro pořád v nemocnici.

Etika v každodenním rozhodování

V současné době se taky ukazuje více než kdykoliv předtím, jak důležitou roli hraje praktická filosofie – etika. Nikdy bych si nepomyslel, že na téma etiky alokace vzácných zdrojů budu mít na fakultě tři semináře. Před dvěma, třemi lety to byla zmínka asi na půl hodiny, a spíše ve smyslu „ideální versus dostupná medicína“. Bavili jsme se většinou o historii dialýzy a její do-

stupnosti v rámci tématu „matematika milosrdenství“. Probírali jsme problematiku distributivní spravedlnosti a zmiňovali téma rozevírání sociálních nůžek. Ještě jsem přinášel příklady z Keni, kde „reálné versus dostupné možnosti“ mohou být velmi rozdílné. Nyní tématu alokace vzácných zdrojů věnuji více prostoru. Studenti se víceméně aktivně zapojují (i když v on-line prostředí je interakce obtížnější) a přinášejí na semináře i vlastní podněty, protože řada z nich pracuje na covidových jednotkách, či pomáhají jinak. Je vidět, jak oblast lékařské etiky – jako aplikované etiky, nabývá na významu čím dál více.

Na seminářích se snažíme rozebírat podrobněji dvě oblasti. První z nich je problematika vzácných zdrojů v rámci intenzivní péče (zdroji myslím nejen materiální vybavení, ale i např. personální kapacity) a tím druhým tématem je distribuce vakcín. Většinou se opíráme o dokumenty - Stanovisko výboru ČSARIM13/2020: Rozhodování u pacientů v intenzivní péči v situaci nedostatku vzácných zdrojů, a dokument kolektivu autorů z Ústavu státu a práva Akademie věd ČR - Etická a právní východiska pro tvorbu doporučení o alokaci vzácných zdrojů při poskytování zdravotní péče v rámci pandemie. Jako doplnění pak různé studie a dokumenty z *Uehiro Centre for Practical Ethics* (Oxford).

Můj osobní postřeh z klinické praxe u nás v nemocnici je takový, že zatím naprostou většinu rozhodovacích procesů a alokace zdrojů vidím v oblasti tzv. „rationingu“, v oblasti optimalizace volných kapacit. Problematika klasické triáže (komu ventilátor, dialýzu apod.) je zatím naštěstí trochu v pozadí. Krizový štáb v nemocnici vyhodnocuje aktuální situaci a reaguje na to přerozdělováním lůžkových, přístrojových i personálních kapacit. Tak se mnoho zdrojů uvolní a na sa-

motnou problematiku triáže pacientů může dojít až s odstupem času a po využití příslušných volných kapacit (kupř. i převoz pacienta do jiného zařízení).

V této optimalizaci zdrojů, ale i při triáži pacientů, hrají stanoviska odborných společností zásadní úlohu. Vždy je potřeba legislativního rámce. Také je důležité, aby krizový štáb předvídal – byl schopen alespoň orientačně predikovat situaci pár týdnů dopředu. Tohle výše zmíněné vypadá jednoduše a efektivně, ale opak je ve skutečnosti pravdou. Nicméně čím dál více vnímám, že jde o konkrétní situace, pacienty i konkrétní zdravotníky, kteří se rozhodují v konkrétním kontextu a situaci, jež je vlastně neopakovatelná. Většina doporučení stran alokace zdrojů u nás i ve světě je silně ovlivněna utilitaristickými principy. Není to negativum, dnes je spíše obecným trendem zabývat se v oblasti etiky pravidly a guidelines, ale je potřeba se zaměřit také na konkrétního člověka, který v tu danou chvíli bude pravidlo aplikovat (ponechme stranou, že se jedná zpravidla o více lékařů různých odborností, není to na jednom lékaři).

Už v oblasti optimalizace volných kapacit je vidět, jak moc tedy závisí rozhodování na konkrétních lidech (možná až moc). To mě přivádí k myšlence určité obnovy etiky ctností. V minulém století se už mnoho autorů zabývalo „renesancí“ etiky ctností (Alasdair MacIntyre, Elizabeth Anscombová apod.) Když sledujeme vývoj etiky ctností od Platóna, přes Aristotela až po MacIntyru, a také samozřejmě sv. Ambrože a sv. Tomáše Akvinského, tak je vidět, že se s konceptem neustále pracovalo. A pracuje i na přelomu 20. a 21. století. Asi nepůjde o to někoho zavrhnout, nebo označit jeho přístup za starý, nám již nic neříkající. Spíše půjde o integraci, vzájemné ovlivňování. Myslím, že to bude velká výzva. Asi nebu-

deme stát před otázkou Nietzsche versus Aristotelés, ale spíše jak moc se dané směry budou ovlivňovat navzájem a spolurozvíjet, a co nám tedy může etika ctností říci v 21. století.

Z tohoto pohledu může být velikou nevýhodou etiky ctností právě to, že je založena na důvěře a na tom, kdo je to tedy onen „ctnostný člověk“, jak by měl vypadat. Jistě jsou také vážné a dobře známé námitky ze stran experimentální psychologie, že etika ctností tenduje k „situační etice“, nebo že není moc dobře vybavená na řešení nesouladů, neshod, či na extrémní situace. Nicméně tady vidím výhodu v propojení etiky ctností s přístupy utilitarismu (utilitarismus je často chápán pejorativně, teď nemám na mysli nějakou zjednodušenou jeho variantu, či jeho karikaturu).

Legislativní rámec jako minimum

Situace je u nás v nemocnici v současné době velmi vypjatá, nicméně je opravdu vidět, jak extrémně moc záleží na konkrétních lidech, sestřích, lékařích, kteří se v danou chvíli postavili k situaci čelem a snaží se udělat pro daného pacienta maximum. Sebelepší systém nám nezajistí oporu sám o sobě. Vždy bude potřeba člověka, a jak se k dané situaci on sám postaví. Pro mě je velmi povzbuzující, když vidím, jak naše sestřičky v této době dělají maximum možného. Jak i přes všechny možné těžkosti, únavu či frustraci s pacienty hezky komunikují, jak jim jde o to podstatné - o člověka a lidskou důstojnost. To rozvíjení (pěstování) etiky ctností tedy v dnešní době chápu jako určitou podmínku pro správnou aplikaci dalších principů (kupř. již zmíněného utilitarismu). Vždy bude to rozhodování na konec u konkrétního člověka a ten musím být zodpovědný za své rozhodnutí. Rozptýlit zodpovědnost nikdy nevedlo

k moc dobrým věcem. Nechci, aby to vyznělo jako zavádění subjektivismu a emotivismu, ale spíše jakýsi kompromis v pluralitě etických systémů s poskytnutím většího prostoru právě pro rozvoj etiky ctností. Takový mám alespoň dojem ze současné klinické praxe. Nutnost hledat, vytvářet guidelines, ovšem s velkou obezřetností a s vědomím toho, že vždy jedná a rozhoduje člověk.

Když přemýšlím, co nám leckdy znesnadňuje práci, tak je to byrokracie. Nebývá to zpravidla nedostatek dobré vůle, nebo neochota lidí pomoci, ale bývají to limity často ryze byrokratické a legislativní (celorepublikové, ne jen lokální). Na druhou stranu, poskytovat péči v mezích právního rámce je naprosto nezbytné a ani to nelze jinak; rád bych však, aby byla alespoň byrokracie trochu pružnější a více schopna reagovat na aktuální situaci a požadavky. Zase to ale souvisí s konkrétními lidmi a se zodpovědností (schopností nést tíhu zodpovědnosti). Navíc ošetřovatelství i medicína jsou součástí širší kultury, s morálkou a etikou naprosto svázané a nelze si tedy představit, že bychom se drželi jen toho, co nám stanoví zákon. To chápu jako nutné minimum, nikoliv jako maximum. Výše zmiňovaná prof. Hogenová také hovoří o napětí bytostného tázání, o vnímání napětí mezi legálním a legitimním. Musíme se naučit v tomto napětí žít, jinak to nepůjde. Přijmout ho a naučit se s tím žít.

Co napsat na závěr? Je neděle večer, už jsem se trochu vyspal po celém týdnu, načerpal energii, nadýchal čerstvého vzduchu, zacvičil si a zaběhal v lese. Zítra jdu zase do toho. Vyčerpávající koloběh současné každodennosti, ve kterém ale vidím kolem sebe mnoho dobrého! Myslím, že závěr tohoto zamyšlení musí patřit opět Erazimu Kohákovi: „Co tedy stálo na počátku proti vše-

mu? Veliká touha být, veliká láska k bytí – a nesmírná odvaha vyvstat z pohodlné prázdnoty tváří v tvář nicotě do velice riskantního Něčeho. Co kdybychom označili to, co na počátku stálo proti nicotě, jako lásku, touhu, odvahu?“

MUDr. Lukáš Malý působí v Ústavu etiky a humanitních studií 3. LF UK a ve Slezské nemocnici Opava, interní oddělení, nefrologie.

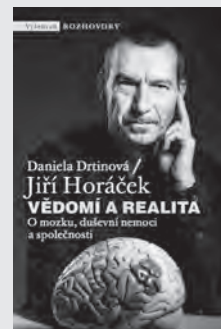
Vědomí a realita **O mozku, duševní nemoci a společnosti**

Jiří Horáček, Daniela Drtinová

Jaký je vztah našeho vědomí k mozku? Jakým způsobem se navzájem ovlivňují? Jakými metodami lze toto vše zkoumat, a jaké mají nová zjištění vlastně důsledky pro člověka? Tyto a podobné otázky stojí v jádru rozhovoru moderátorky Daniely Drtinové s psychiatrem a neurobiologem prof. Jiřím Horáčkem.

Kniha se rovněž dotýká problematiky duševních onemocnění, jejich podstaty a možností léčby. Rozhovor se věnuje také aktuálním tématům společenským a existenciálním, včetně podstaty našeho vnímání smrti a času. V těchto oblastech nově (či spíše znovu) přicházejí ke slovu též psychedelické látky, které hrají důležitou roli nejen ve výzkumu vědomí, ale mají také výrazný léčebný potenciál. Toto dobrodružné objevování neznámých cest vede k formulování nových vědeckých teorií a řešení, která jsou založená na porozumění podstatě našeho vědomí.

Vyšehrad 2021.





Post-Covid a Long-Covid rehabilitace

Rehabilitace pacientů s onemocněním covid-19

Marcela Grünerová Lippertová, Klinika rehabilitačního lékařství 3. LF UK a FNKV

Aktuální pandemie nás přivádí do situace, se kterou jsme v oblasti rehabilitace doposud nebyli konfrontováni. Infekce covid-19 se může projevovat různými způsoby, a to nejen v plicích, ale také v jiných orgánových

systémech. Ukazuje se, že důležitým aspektem léčby tohoto onemocnění je také vhodná rehabilitace. Jejímí základními cíli u kriticky nemocných SARS-CoV-2 je zlepšit klinický stav pacienta, zkrátit délku jeho pobytu

na jednotce intenzivní péče a zabránit dlouhodobému nebo trvalému poškození, s co nejrychlejším návratem do běžného života.

Nejčastěji se při této infekci setkáváme s respiračními problémy, dále se u pacientů objevují neurologické a neuropsychiatrické komplikace, které mnohdy vyžadují i několikátýdenní rehabilitační intervenci. Poruchy čichu, bolesti hlavy, závratě a další poruchy jsou v literatuře již mnohonásobně popsány, stejně jako neuropsychiatrické syndromy (hlavně úzkostné poruchy, deprese a nespavost). V oblasti centrálního nervového systému se setkáváme zejména s případy CMP, akutní nekrotizující hemoragické encefalopatie a meningitidy, v oblasti periferního nervového systému s případy syndromu Guillain-Barré a Miller-Fisher. Velký význam pro cílenou komplexní rehabilitaci těchto pacientů mají také kardiovaskulární onemocnění. Patologicky zvýšená srážlivost krve je spojena se zvýšeným rizikem tromboembolizace jak v oblasti plicní, tak v oblasti dolních končetin. Cerebrovaskulární embolie poté vedou k poruchám mozkového prokrvení se všemi možnými následky.

Riziko komplikací

Riziko komplikací těžkých stavů a částečně dlouhodobé hospitalizace vyžadují včasnou rehabilitaci, která probíhá již na odděleních intenzivní péče - nejprve formou včasné mobilizace prováděné fyzioterapeuty v kooperaci s ošetrovatelskou péčí. Situaci komplikuje nutnost kompletní ochrany terapeutů, která činí terapii náročnou časově, fyzicky i psychicky. Důležité jsou v této souvislosti zejména změny procedur respirační fyzioterapie generující aerosol a zvyšující riziko přenosu infekce. Proto byly v posledním půl-

roce vypracovány inovativní modifikované respirační a fyzioterapeutické metody, při nichž nehrozí riziko přenosu infekce.

Další fyzioterapeutické úkoly pak obsahují zejména prevenci následků imobility, jako jsou dekubity, tromboembolická nemoc a prevenci rozvoje kontraktur a svalové atrofie. Především včasná rekondice (posílením svalů trupu a končetin) s obnovou a udržením mobility patří k důležitým terapeutickým cílům. K následkům částečně dlouhodobé imobility patří také vznik bolestí, které můžeme využitím metod fyzioterapie a fyzikální terapie pozitivně ovlivnit. V kooperaci s oborem ergoterapie pracujeme na zachování funkční soběstačnosti, využíváme možností kognitivní rehabilitace, zejména v oblasti poruch paměti a pozornosti, se kterými je konfrontována celá řada pacientů nejen s těžkým průběhem onemocnění. Také včasná psycho-terapeutická intervence je významnou prevencí rozvoje depresivních stavů a úzkosti.

Včasná mobilizace

Řada studií prokázala, že včasná rehabilitace pacientů na odděleních intenzivní péče zkracuje délku pobytu v nemocnici, mortalitu a morbiditu. Obecně lze techniky včasné mobilizace rozčlenit na pasivní, aktivní asistované a aktivní.

K metodám pasivním patří zejména polohování, techniky pasivní respirační fyzioterapie, pasivní pohyby horních a dolních končetin, pasivní vertikalizace a transfer do vozíku nebo polohovacího křesla a funkční elektrostimulace svalstva končetin. K novým terapeutickým možnostem patří také funkční proprioceptivní (vibrační) stimulace, která umožňuje iluzorní vnímání zejména lokomočních pohybů.



Vertikalizace je pro redukci komplikací velmi důležitá.

Pokud je pacient již alespoň částečně schopen spolupráce využíváme možnosti asistovaných/aktivních metod (s dopomocí terapeuta), které zahrnují nácvik mobility na lůžku (otáčení), vertikalizaci do sedu a stoje, trénink stability sedu a stoje.

Se zlepšujícím se stavem pacienta přikračujeme k aktivním metodám. Využíváme aktivní bed-cycling, aktivní sed s nácvikem stability trupu, aktivní mobilizací do stoje a cvičením ve stoje, nácvikem chůze (s opěrnými pomůckami nebo bez pomůcek), tréninkem svalové síly koordinace, posturální kontroly a jemné motoriky.

V tomto okamžiku je rovněž důležité začít s tréninkem soběstačnosti v denních aktivitách (ADL-activities of daily living) a tréninkem kognitivních funkcí (orientace, pozornost, koncentrace...).

Auto-trénink

Důležitou součástí včasné fáze rehabilitace je také využití auto-tréninku, nejlépe s instruktážním video-materiálem cviků. V rámci terapie ve FNKV má pacient k dispozici instruktážní videa na tabletu. Terapeutem je pak instruován a povzbuzován k samostatnému cvičení.

Po propuštění z JIP může být indikována následná lůžková rehabilitace nebo ambulantní rehabilitace v domácím prostředí, jichž se může zúčastnit také skupina pacientů léčených po celou dobu onemocnění v domácím prostředí, kteří nadále trpí chronickými respiračními problémy a dekondukcí. Zde jsou ale šance na pokračující respirační a rekondiční fyzioterapii jak z epidemiologických důvodů, tak z důvodů omezené dostupnosti, problematické.



Fyzioterapie – trénink chůze s cílem zlepšení mobility.



Trénink jemné motoriky v ergoterapii.

„Long Covid“ rehabilitace

Vzhledem k „novosti“ klinického obrazu a velmi odlišným klinickým projevům neexistuje jednotná definice dlouhodobých následků (anglicky: „Long Covid“). Proto bylo v literatuře navrženo nebrat v úvahu dlouhodobé následky onemocnění covid-19 jako jednotný jev, ale popsat různé klinické obrazy, které mohou nastat jak s časovým zpožděním, tak v různých formách paralelně. I při mírnějších průbězích se objevují dlouhodobé příznaky - únava, poruchy paměti a koncentrace nebo hledání slov. Spolehlivé, reprezentativní údaje o podílu pacientů s dlouhodobými následky nejsou v současné době k dispozici. Zatímco většina osob se uzdraví a vrátí se k normálnímu životu, část pacientů může mít příznaky, které trvají týdny nebo dokonce měsíce po zotavení z akutního onemocnění. Závažnější dlouhodobé komplikace se zdají být méně časté, ale mohou ovlivnit široké spektrum orgánových systémů: kardiovaskulární (zánět srdečního svalu), respirační (abnormality plicních funkcí), renální (poškození ledvin), dermatologický (vyrážka, vypadávání vlasů),

neurologický (poškození centrálního a periferního nervového systému) a psychiatrický (deprese, úzkost, změny nálady, poruchy spánku). Dlouhodobý průběh těchto komplikací dosud není znám, ale může to být indikace k následné rehabilitaci, která může probíhat jak formou komplexní lůžkové rehabilitace, tak na lůžkách následné rehabilitace v lázních a formou rekondičních pobytů.

Telerehabilitace

Po propuštění do domácího prostředí a u neinfekčních pacientů, kteří z důvodu méně těžkého průběhu onemocnění nejsou indikováni k lůžkové rehabilitaci, lze využít možností ambulantní rehabilitace, nebo denních stacionářů a dalších možností rehabilitace v domácím prostředí a také možností telemedicíny a dalších distančních forem terapie.

Velký problém pro rehabilitaci tvoří skupina ještě infekčních pacientů, pro které jsou možnosti rehabilitace velmi omezené. Rehabilitační zařízení doposud nejsou pro tuto skupinu pacientů dostatečně připravena. U infekčních pacientů může být (bezkontaktní) terapie prováděná formou telerehabilitace – s terapeutem prostřednictvím audiovizuálního přenosu v přímé interakci a v kombinaci se vzdáleným monitoringem vitálních funkcí. Výhodou telerehabilitace také je, že může zajistit kontinuitu péče v době epidemie, aniž by se zvyšovalo riziko expozice virem pro pacienty a zdravotní pracovníky.

Co dobrého přinesl rok s koronavirem

(anketa)

Jolana Boháčková

Týdeník Economist otiskl v březnu rychlou analýzu dat z průzkumu agentury Gallup, která už mnoho let zjišťuje míru štěstí u obyvatel celé planety. Pandemie koronaviru překvapivě nevyvolala frustraci, jak bychom všichni čekali. Světová úroveň „pocitu štěstí“ v roce 2020 dokonce mírně stoupla. Ovšem ne u všech generací.

Změnila se křivka štěstí, která má s přibývajícím věkem obvyklou podobu písmene U. Nejšťastnější se v minulých letech cítili mladí lidé okolo dvaceti let, pak začíná křivka klesat, ve středním věku se cítí šťastní nejméně, ale po padesátce křivka štěstí opět stoupá. V osmdesáti se už lidé cítí stejně šťastně jako ve dvaceti.

Epidemie covidu-19 ale křivku změnila. Lidé nad šedesát jsou šťastnější a naopak mladí se cítí šťastní méně. Křivka má tedy spíš tvar postupně rostoucí linie. Jak napsal ve svém komentáři v DeníkuN Martin M. Šimečka, je možné, že „důchodci měli paradoxně díky internetu možná dokonce častější kontakt se svými rodinami než před pandemií. Kromě toho mohlo k jejich pocitu štěstí přispět i vědomí, že společnost je ochotná obětovat svůj způsob života, aby neohrozila starší generaci (a týká se to také přednostního očkování).“

V březnu uplynul rok od uzavření škol, divadel, kin, prvních covid pozitivních zemřelých pacientů... Lze na tom uplynulém roce najít také něco pozitivního, ptali jsme se v naší anketě.

Přineslo vám roční soužití se SARS-CoV-2 také něco pozitivního? Co?

Prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc.

děkan 3. LF UK a FNKV a přednosta Kardiologické kliniky 3. LF UK a FNKV

1. Potvrzení vysoké kvality českého zdravotnictví. To, co se odehrávalo od října 2020 do (zatím) března 2021, by možná žádný jiný zdravotnický systém na světě nezvládl. Při přepočtu na počet obyvatel a určité časové období (např. jeden týden nebo jeden měsíc) jsme měli daleko nej-

víc případů covidu-19 na světě a přesto se zdravotnický systém nepoložil (zatím). Scény, které známe z jiných zemí (pacienti ležící ve velkých počtech na



zemí, několikahodinové fronty sanitek před nemocnicemi, nedostatek kyslíku, hromadné hroby atd.), u nás k vidění nebyly. Zdravotnické systémy jiných zemí se hroutily obvykle při polovičním zatížení, než jaké bylo v této kritické době u nás. To je možné jen díky robustní kapacitě našeho zdravotnického systému (kterou předtím někteří neoprávněně kritizovali) a samozřejmě díky neuvěřitelnému nasazení tisíců sester, lékařů, záchranářů, laborantek i dalších pracovníků.

2. Rozsáhlé dobrovolnické aktivity studentů zdravotnických oborů, bez jejichž pomoci by se to zvládalo s mnohem většími potížemi. To, že studenti medicíny současně pracují (mnozí v rozsahu plného úvazku) a studují takto náročný obor, je možné jen díky tomu, že museli oželeť všechny své koníčky a zábavu a již rok znají jen práci a studium.

PhDr. Martina Hábová
vedoucí Střediska vědeckých informací 3. LF UK

Překvapivě ano. Zklidnění obvyklého pracovního ruchu na fakultě mi umožnilo pracovní aktivity se statusem „až někdy“ přesunout do stavu „proč ne teď“. Různorodě izolované sociální bubliny, které jsem si byla nucena vytvořit, přispěly k intenzivnější virtuální videokomunikaci, kterou si skutečně všichni vzájemně propojeně užíváme. Realita skutečnosti, jak moc a kolik lidí je na mně závislých, mne donutila ke zvýšené zodpovědnosti k sobě samé.

V práci, ale i doma pro zachování „iluzorního pocitu normálního stavu a dobré nálady“ jsme si zavedli nové rituály nebo našli možnost, jak restrikcii zmírnit. Třeba tak, že jsme se začali učit hrát na piano a pravidelně každý den čtyřručně, jedním prstem (či tolika, kolika

3. Lidé si uvědomili, že nejsme (a nikdy nebudeme) pány přírody. Ve všech normálně uvažujících lidech se zvýšil stupeň pokory.

4. Velmi pravděpodobně pandemie přispěla ke zlepšení ovzduší a možná i ke zpomalení oteplování. To bude možné posoudit až s odstupem. Rozhodně během uplynulých 12 měsíců se mi počasí jevilo jako nejnemálnější za posledních 20 let. Takové počasí (dostatek deště či sněhu, absenci veder či suchých období) pamatuji ze svého dětství či mládí. Docela by mne zajímalo, zda budou nějaké objektivní analýzy, jak k tomu přispěl pokles letecké dopravy. Její pokles je opravdu dramatický a kdo někdy viděl zblízka, co vychází z výfuků dopravního letadla, tak nutně musí dojít k závěru, že pokles letecké dopravy je pro planetu zdravý, možná mnohem důležitější než absurdně zveličovaná elektrifikace automobilismu.

zvládneme) ničíme hudební sluch sousedů. Omezení možnosti cestování kompenzujeme sledováním seriálů v originále ze všech koutů světa, teď jsme zrovna aktuálně v Asii (korejské, čínské, japonské, vietnamské a tchaj-wanské – to je pro nás devět divů světa, ty lokace úžasné, ale fakt to tam takhle funguje?).

Největším pozitivním přínosem však je to, že věta „Nemám čas,“ jak doufám, už nebude v mém slovníku tak častá. Je fajn si užít každou minutu se svými kolegy i svými blízkými. Za tuto sobeckost se omlouvám všem zdravotníkům, pedagogům a ostatním, kteří si tento luxus nemohou dovolit. Jím za odvahu, obětování a obětavost patří velké „Gam-sa-ham-ni-da!“



Prof. MUDr. Marcela Grünerová Lippertová, Ph.D.
přednostka Kliniky rehabilitačního lékařství 3. LF UK a FNKV

Co mne jako první napadá je, že jsme si uvědomili, jak jsme se měli dobře, a že to není samozřejmé. Byla a je to pro nás zcela nová situace a zkušenost.

Našli jsme snad více cest k sobě, začali reagovat s vysokou kolegiální a flexibilitou – „spolu uděláme, co je

třeba“. Odborně jsme se vydali novými cestami, vyvinuli nové koncepty. Sledovat, že jsou přínosné, nám dělá velkou radost.

Práce se studenty byla náročná, ale naučili jsme se, že on-line výuka funguje. Zájem studentů, jejich naděje na normalizaci a osobní kontakt s možností živé diskuze, to je to, co nám dovoluje zachovat si pozitivní mysl.

MUDr. David Marx, PhD.
proděkan pro studium a výuku 3. LF UK

1) Trvalým pozitivním zjištěním je vysoká míra odpovědnosti našich studentek a studentů (všech programů) k jejich budoucímu povolání. Vysoká míra jejich participace ve zdravotnických i sociálních zařízeních, ale i všechny ostatní formy pomoci (za všechny např. provoz fakulního dětského tábora zajišťujícího péči o děti zaměstnanců FNKV) jsou jasným indikátorem lidských a budoucích profesních kvalit. Nelze neocenit i houževnatost, s níž většina z nich překonává nelehké období lockdownu i kombinaci nároků studia a práce.

2) Jako pozitivní hodnotím i spolupráci s velkou většinou pracovišť fakulty při zajištění distanční výuky. Až na výjimky se akademičtí pracovníci snaží poskytnout všechny potřebné informace, poměrně rychle zvládli nástrahy nástrojů distanční výuky a posílili

i konzultační aktivity. Na klinických pracovištích pak i navzdory objektivním omezením dělají maximum pro to, aby studenti tuto nenahraditelnou část výuky absolvovali.

3) Pro mne osobně bylo přínosem, že jsem byl donucen naučit se pracovat s pěti nástroji on-line komunikace. Moc se ale těším na to, až tuto dovednost budu moci zapomenout.





MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.

**vědecký sekretář Společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP,
Urgentní příjem ON Kladno, a.s., Oddělení urgentního příjmu a LSPP dětí, FN Motol**

Na každé krizi, kterou jsem v životě prošla, jsem se pozitivní věci snažila hledat, otočit optiku od černého do, řekněme, alespoň šedé nebo i světlejší.

Takže ano, za pozitivní považuji docela dost věcí:

1. Během uplynulého roku jsem se naučila spoustu nových věcí v medicíně i v organizaci, pracovně jsem potkala mnoho nových kolegyně a kolegů (tím míním všechny kategorie zdravotníků, nejen lékaře) a nesmírně si vážím jejich nasazení.

2. Stihla jsem dřív vakcínu než covid-19 stihnul dohnat mě

3. Adoptovala jsem pejska z útulku a pořídila si další želvu do želví smečky.

4. Ani pandemie mě nedovedla k zahradničení, ale objevila jsem konečně kouzlo (a potřebu) jógy a relaxace.

5. Oslavili jsme Vánoce s celou rodinou. Sice kvůli karanténě až v lednu, ale všichni spolu. Dřív člověka ani nenapadlo, že by to mohlo být jinak, ale letos mi dochází, jaký je to dar.

6. A zatím to vše zvládám, byť někdy s velkou únavou.

Ing. Petr Bitzan

systémový administrátor Výpočetního střediska 3. LF UK

Covid přinesl i něco pozitivního. Především se děti velmi zdokonalily v počítačových hrách a souvisejících technologiích. Například dceři Terezce stačil jediný pohled na monitor bratra, aby obdivně vykřikla „jé, ty tam máš shadery“ (pozn. autora: jde o pokročilou technologii zobrazování na grafických kartách, která umožňuje ve hrách např. realistické zobrazení vodní hladiny, osvětlení a stínů v reálném čase). Také elektronická komunikace jim nedělá problémy. Používání několika komunikačních platforem a aktivní řešení závad se stalo jejich denním chlebem. Úroveň samostudia a vyhledávání informací se značně zlepšila, co jiného jim také zbývá.

Koronavirus také změnil chod domácnosti a já se zlepšil ve vaření. Díky bohu za „home office“, neboť dětem mohu alespoň uvařit.

Ve vztazích v rodině jaksí samo došlo k pročištění a rozdělení věcí na potřebné a nepotřebné a zvýšila se efektivita. Více než kdy jindy se ukázalo, že každý může mít slabou chvilku a zakolísat, ale úkolem rodiny je pomoci a jako celek pokračovat dál. Také je víc času na čtení a povídání s ostatními členy rodiny.



V mnohých ženách lékařkách to vře II.

Pavel Pafko, 3. chirurgická klinika 1. LF UK a FN Motol

Reaguji na rozhovor s JUDr. Anetou Stierankovou, který původně vyšel v týdeníku Respekt 5. srpna 2020, a následně také v minulém vydání tohoto časopisu. Problematika žen v medicíně a zejména v chirurgii mne zajímá již několik let. Paní doktorka prezentuje názory mladých kolegyně lékařek na jejich diskriminaci v českých nemocnicích.

Prosím, aby v úvodu mých úvah bylo čtenáři úplně jasno. Kultivovaný člověk, či dokonce vedoucí pracovník (primář), má učit a vychovávat mladé lékařky a lékaře nejen k odborné profesionalitě, ale i v rovině morální, tedy jak se chovat k nemocným i k spolupracovníkům. Nazývat kolegyně slepicemi, nesvéprávnými holkami, mít oplzlé vtípky a sexuální poznámky považují jednoznačně za odsouzeníhodné. Prosím proto, aby to měli čtenářky a čtenáři následujícího textu na paměti. Stejně tak jako to, že každý jev má svůj obsah a formu. Chci mluvit o obsahu, ne o formě, k níž jsem se výše vyjádřil. Obsah považuji za prioritní.

Jistě lze každý negativní jev více či méně dramaticky popsat. Podle mého názoru však, chceme-li se mu opravdu věnovat, musíme pátrat po jeho příčinách, a lze-li je odstranit, snažit se o to.

Že k diskriminaci na určitých odděleních dochází, je fakt, bohužel žádná novinka, nad kterou by člověk seděl „s otevřenou pusou“, jak píše paní doktorka. Například průzkum žen v chirurgii u nás prokázal, že 45 procent žen mělo při přijímacím pohovoru pocit jistého znevýhodnění, později v zaměstnání to bylo ještě 28 procent.

Celou problematiku lze rozdělit na situaci, kdy je kandidátka či kandidát při přijímacím pohovoru, a na situaci, kdy je již členem pracovního kolektivu. Při přijímacím pohovoru pracovník, který hovor vede, kromě přiloženého životopisu o kandidátovi často nic jiného neví. Teprve při pohovoru zvažuje vhodnost jeho přijetí. Jinak by přijímací řízení mohl zvládnout i počítač. Přitom přece nepřijímá robota, ale lidskou bytost, a snaží se dozvědět o ní víc, než v životopisu uvedla. Má či nemá právo se ptát na užívanou medikaci (například antidepresiva)? Je vhodné se ptát, bez ohledu na pohlaví kandidáta, zda má děti, nebo by je v průběhu postgraduálního výcviku chtěl/a mít, zda je kuřák atd. Možná by někteří viděli jako správné formulovat otázky do jakéhosi manuálu, který by objasnil, na co se ptát a co je zapovězeno. Že je zdravotní prohlídka odhalující zdravotní postižení povinná, víme. Že ale toto zdravotní postižení nemůže být příčinou diskriminace podle níže uvedeného zákona, se z článku paní doktorky dozvídáme.

Autorka chtěla, jak se zmiňuje, psát o diskriminaci z právního pohledu, a cituje zákon, jenž říká, že „přímou diskriminací se rozumí takové jednání včetně opomenutí, kdy se s jednou osobou zachází méně příznivě, než se zachází nebo zacházelo, nebo by se zacházelo s jinou osobou ve srovnatelné situaci, a to z důvodu rasy, etnického původu, náboženství, pohlaví, sexuální orientace, věku, zdravotního postižení, náboženského vyznání, víry či světového názoru...“ Může přijímající osoba podle tohoto zákona diskriminovat mladého lékaře, katolíka, který

považuje za hřích přerušení těhotenství a na základě své víry (ta se přece u věřícího promítá do způsobu jeho života) odmítá interrupce a chce pracovat na gynekologicko-porodnickém oddělení? Nebo lékaře svědka Jehovova, jenž chce pracovat na chirurgii a přitom odmítá manipulaci s cizí krví? Představme si situaci, kdy při přijímacím pohovoru jsou další, z pohledu přijímajícího stejně kvalitní kandidáti, ateisté... A jiný příklad: bereme či nebereme v úvahu při výběru vhodného pacienta k transplantaci a současném nedostatku orgánů jeho věk?

Jak je to ale s další diskriminací podle pohlaví u přijímacího pohovoru? Zde přece zákon jasně nepřipouští diskriminaci, podobně jako ve výše uvedených případech. Proč tedy dávají vybírající přednost mužům a diskriminují ženy a přitom porušují zákon? Paní doktorka správně píše, že v nemocnicích je nedostatek lékařů. Jak ale víme, přesto musíme se svým kolektivem zajistit v nepřetržitém provozu péči o nemocné, často porušující další zákon, a to zákon o přesčasové práci. Možná nevíme, že pracovní neschopnost je u žen vyšší než u mužů a je podle UZIS dlouhodobě delší o čtyři až pět dní. Tedy za rok prakticky o jeden pracovní týden! Možná také nevíme, že křivky pracovní neschopnosti mužů a žen se od sebe nejvíce vzdalují právě u mladých. Ve věkových skupinách 25 až 29 a 30 až 34 o 12 dní! Pro zajímavost – výrazný je rozdíl v žádostech o ošetřování člena rodiny. Podle České správy sociálního zabezpečení bylo takto v lednu letošního roku (před koronavirem) v naší zemi proplaceno ženám 248 884 dní, zatímco mužům pouze 74 185. O tom, že například v chirurgii jde na rodičovskou dovolenou pouze 1,8 procent mužů, už není třeba ani psát. Pro vedoucího, který kandidáty přijímá, není ani tak podstatná příčina absence, jako fakt, že pracovník na pracovišti nebude.

Samozřejmě zákon o diskriminaci k tomu nemůže přihlížet. Kdo k tomu ale přihlížet musí, je člověk, který kandidáty při nedostatku lékařů přijímá. Ten zpravidla musí zajistit noční a víkendové služby celoročně... Výpadek jednotlivce zejména v malých nemocnicích pak vytváří stresové situace. Tím se liší zdravotní služba od služby právní. Vedoucí pracovníci také zvažují (zůstanu u chirurgie, kterou důvěrně znám), komu umožnit další výcvik, samozřejmě mimo tu jeho část, která je k atestaci povinná. Cvičit ale dále ty, kteří plánují opustit oddělení či kliniku na rok, dva nebo tři? Může jít také například o plánované opuštění pracoviště odchodem do ciziny. Kdyby bylo těch výukových možností neomezeně, proč ne? Ale cvičit na klinice například v transplantacích člověka, který plánuje odejít? V malé nemocnici to může být složitější operace střeva či operace žaludku. Vše jsou to pouze příklady. Jistě vnímám možnou námitku, že i mladý muž může nečekaně onemocnět a být dlouhodobě práce neschopný. Ale jak s absencí pro dlouhodobou nemoc, tak například s těhotenstvím musíme pracovat na principu pravděpodobnosti. Jistě, do budoucnosti člověka nevidíme, ale statistiky máme a nic jiného při posuzování toho, co přijde, není. Ostatně, jak víme, mnohé, často různé medicínské postupy v stejné věci mezi sebou soupeří na základě pravděpodobnosti očekávaného optimálního výsledku. Při nedávném rozhovoru s pacientkou, soudkyní okresního soudu, jsem se ptal, jak oni vnímají nástup nové mladé soudkyně. Zcela otevřeně mi řekla, že raději vidí soudce. U ženy se osazenstvo bojí toho, že nastupující kolegyně brzy otěhotní a její práce pak bude rozdělena mezi ostatní. Takže v tomto si je uvažování právníků a lékařů podobné!

Nyní k vztahům na pracovišti. Mezi, tuším, 24 publikovanými negativními zkušenostmi mladých lékařek

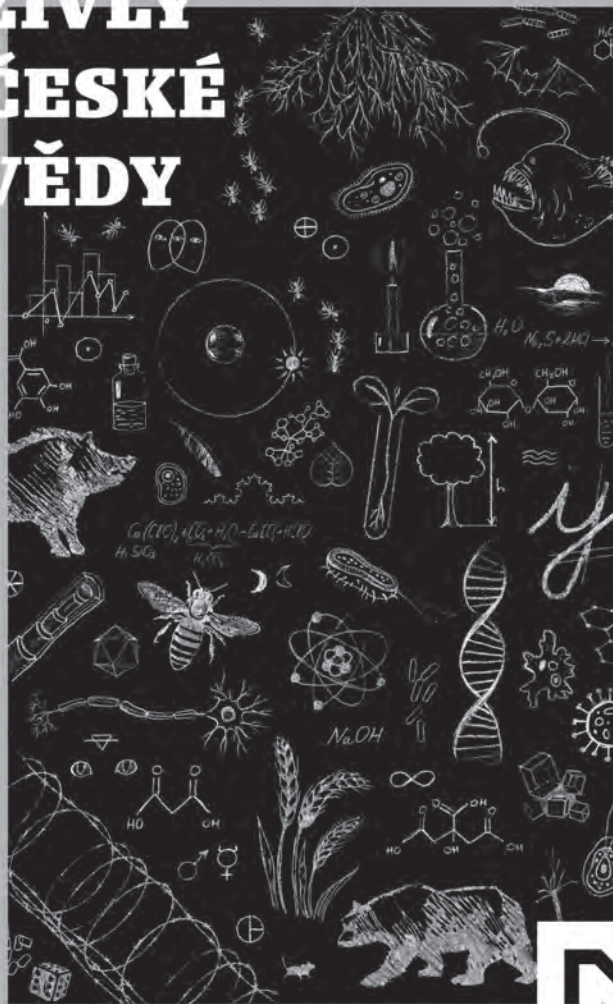
v článku jsem našel pouze jedinou, kdy si kolegyně svým chováním vynutila respekt mužského okolí. Věřím, že mezi českými lékařkami ale není jediná. V jistém pohledu jde přece vždy o „harassment“, ať už slovní nebo kontaktní. Kolegyně pracující na chirurgii doslova píše „někteří kolegové si občas sáhli, to jsem okamžitě řešila na místě důrazným upozorněním a pomohlo to“. Sám si takto představuji důstojnost člověka. Možná se mýlím. Už ale pan prezident Masaryk říkal „nebát se a nekrást“. Chápu argument strachu, ale medicína vyžaduje od lékařů i lékařek mnohdy větší odvahu než jenom něco oprávněného říct, byť nadřazenému. Někdy přece rozhodujeme i o bytí a nebytí člověka. Stěžuje-li si hollywoodská herečka po třiceti letech na nevhodné sexuální chování režiséra, kterého nedávno dopadli, a v jehož filmech hrála, nepřemýšlím pouze o jeho morálce, ale i o její... To, že vedoucí upřednostní při dalším výcviku (mimo povinného) spíše muže, vychází podle mne z podobných úvah jako při přijetí. Obává se, že odborný růst bude těhotenstvím přerušován. Mluvím-li jako chirurg, při nedostatečné možnosti naučit všechny všemu (není dost pacientů), je třeba koncentrovat další výcvik pouze na několik jedinců. Základ a atestaci potřebují všichni, byť to tak není všude na světě. Ostatně je zajímavé, že ženy jsou možná v dotazníkových akcích nespokojené, ale na vedoucí místa se později, těm, které jsou starší, děti už vychovaly a jsou na dostatečné odborné úrovni, jít nechce. Tam by rozhodovaly a tím pádem i přijímaly další kolegyně a kolegy. Atestovaných a tedy plně kvalifikovaných máme v zemi dost, primářek však málo. V chirurgii ze 106 primariátů vedou ženy pouze 3. I v pediatrii, která je typickým ženským oborem, je na 90 lůžkových odděleních pouze 24 primářek, ani zde to neodpovídá počtu žen v oboru. Možná se dozvíme, proč. Že by byla většina

výběrových komisí proti ženám zaujata? Nebo ženy samé nemají o vedoucí místa zájem? Že ale žen v chirurgii bude přibývat, je nepochybné a podle mého názoru správné. Bohužel k tomu, aby jedinec zastával v chirurgii vedoucí pozici, je minimální doba tréningu deset až dvanáct let. Je-li tato doba přerušována těhotenstvími, prodlužuje se. To mi vysvětluje nízké procento žen na vedoucích pozicích a neodpovídá většině žen, které promují.

Výše uvedené není namířeno proti ženám. Sám jsem šťastně 54 let ženatý, mám tři dcery. Mojí první přednostkyní a výbornou učitelkou chirurgie byla také žena. Na klinice je dnes více než třetina žen. Kliniky ale, na rozdíl od malých nemocnic, nedostatkem lékařů netrpí. Chtěl jsem pouze ukázat příčiny možné i reálné diskriminace. (Mainstream mi to bude určitě vytýkat). Napadá mne, jak by to bylo s tím naším zákonem dříve. Když se potápěl v roce 1912 Titanic, důstojníci pod pohrůžkou zbraně bránili mužům nastupovat do záchranných člunů a dávali přednost ženám. Dnes by je asi kterýkoliv muž mohl žalovat, odvolává se na zákon citovaný paní doktorkou. Nevnímáme v tomto případě rozpor morálky a dnešního práva. A to šlo o život! Pohled právníka se liší od pohledu praktika.

Protože autorka diskutovaného příspěvku je právnička, zůstaňme u právních předpisů. Jejich dodržováním by ale mohlo dojít k chaosu v naší nemocniční síti. Na českých chirurgických odděleních byl při průzkumu průměrný počet přesčasových hodin lékaře 812 za rok. Zákoník práce povoluje 416 hodin. Ani ministryně práce a sociálních věcí přes upozornění neposlala do nemocnic hloubkovou kontrolu. Možná i právníci budou vědět proč. Jde podle mého o střet reality a zákona. My lékaři to víme již dlouho.

ŽIVLY ČESKÉ VĚDY



Vrtišková | Skoupá | Koubský | Titlbach

TEXT

EDICE N



Živelné rozhovory s českými vědci a vědkyněmi od Deníku N

I mezi medvědy jsou lůzři, kterým uplavala kra, kytkami cloumají hormony podobně jako lidmi, náhradní orgány si v budoucnu vyrobíme ze svých buněk, ve střevech máme safari bakterií, které ovlivňují i náš mozek, dodnes se učíme několik set let starou češtinu a nakonec stejně dojdeme k tomu, že představa o ráji je pitomost.

*Hledání odpovědí na otázky je ta snazší část každého poznání, těžší je otázky pokládat. Jak sami sobě, tak druhým. Že to jde i osmadvacetkrát za sebou, dokazují rozhovory se špičkami české vědy, které vedli čtyři autorky a autoři Deníku N - Lenka Vrtišková Nejezchlebová, Adéla Skoupá, Petr Koubský a Filip Titlbach. Kniha **Živly české vědy** ve čtyřech „živelných“ celcích představuje **přední vědkyně a vědce z mnoha oborů – od astrofyziky přes molekulární biologii a forenzní genetiku až po jazykovědu a fenomenologii.** Pro Vita Nostra Revue jsme vybrali rozhovor **Lenky Vrtiškové Nejezchlebové s popularizátorem vědy a poznatků o mikrobiomu prof. Juliem Lukešem**, který původně vyšel v DeníkuN 19. března 2019.*

Publikaci Živly české vědy (říjen 2020, vydavatelství N media, a.s.) editoval Petr Koubský, jemuž v Edici N vyšla také kniha Věda podle abecedy.

ÚVOD

Datum je nejisté, pravděpodobně se to však stalo roku 1589. Galileo Galilei tehdy několika důmyslnými experimenty prokázal, že když nechá padat těžkou a lehkou kouli ze stejné výšky, dopadnou obě ve stejný okamžik. Což je v rozporu nejen s tehdy panující Aristotelovou doktrínou, ale s každodenní zkušeností a takzvaným zdravým rozumem. Galileo z toho dále vyvodil, že není jiná možnost, než aby totéž platilo i v případě peříčka a balvanu. Což je v rozporu se zdravým rozumem dodnes. Stejně jako to, že je Země kulatá, že obíhá kolem Slunce, a ne Slunce kolem ní, že v každé buňce všeho živého je uložen úplný předpis na celý organismus, že se elektron někdy jeví jako vlna a někdy jako částice, že se z bakterie přirozeným výběrem vyvinul člověk.

K tomu všemu otevřel cestu Galileo. Nevěděl nic o genetice či kvantové fyzice, ale založil něco ještě cennějšího: vědeckou metodu. Ta nedbá na autoritu, ale na výsledky experimentu. Pracuje pomalu a důkladně. Postupně umí zavrhnout vše, co se nepodaří prověřit.

Taková práce není pro každého. Vědec musí být chytrý člověk, samozřejmě. A pracovitý. A trpělivý. A skromný, pokud jde o světské požitky a výsady. To všechno je zjevné. Kromě toho však úspěšný vědec potřebuje ještě vzácnou kombinaci úzkostlivé pečlivosti a rozevláté imaginace. Naplň úředník, naplň buřič. Je jasné, že mluvíme o zajímavé povaze, o prototypu pozoruhodného člověka.

Tato kniha vám přiblíží osobnosti osmadvaceti českých vědkyň a vědců, a to formou rozhovoru nebo – v několika případech – volného vyprávění. Vědci nejsou typickými objekty žurnalistiky; víc rozhovorů se dělá

s herci, sportovci, politiky. My to napravujeme. Přinašíme vám osmadvacet hvězd svých oborů, osmadvacet Češek a Čechů, kteří dělají svou věc na světové úrovni.

Snažíme se ukázat, jak přemýšlejí, s čím se potýkají a především co doopravdy dělají. Necháváme si – a vám – od nich vysvětlovat, jak si volí výzkumná témata, s čím se museli porvat, jak vypadá každodennost vědecké práce v jednadvacátém století. A k jakým vzdáleným cílům ta každodennost krůček po krůčku míří.

Knihu jsme rozdělili do čtyř oddílů pojmenovaných po klasických „živlech“. Oheň je zdrojem energie a přeměn, voda je základním prostředím života, vzduch evokuje myšlenkovou volnost, ale i nejistotu lidských věcí (vzpomeňme na Ikara) a země je... Země. Jinou nemáme. Galileo by takovému členění rozuměl.

Nepochopení, na které narazil, ho málem stálo život. Na jeho církevní proces hledíme jako na projev tmářství, ale naše doba také často vědu ignoruje a vůbec není tak osvícená, jak si myslíváme. O důvod víc, proč mají hlasy vědců a vědkyň zaznívat co nejčastěji. Zlepšují nám život už od roku 1589.

Petr Koubský, editor

Vojna a mír v našich střevech. Mikrobi ovlivňují zdraví, mozek i chování, říká biolog. Jsou i klíčem k Alzheimerovi?

Lenka Vrtišková Nejezchlebová

Naše střeva jsou safari s tisícovkou druhů mikrobů. „Seznam lidských chorob, které ovlivňují, či je přímo způsobují, roste každým dnem,“ říká profesor Julius Lukeš, ve světě respektovaný český vědec. Parazitolog, který však patří také k čilým popularizátorům lidského mikrobiomu. „Šokující je, jak ovlivňuje náš mozek. Hraje patrně důležitou roli při vzniku Alzheimerova.“ Budoucnost medicíny je ve „vytuněném“ fekálním transplantátu, ale na biodiverzitě vlastního střevního ekosystému můžete začít pracovat hned. Jak?

Před několika lety jsme spolu dělali rozhovor o parazitech a prvocích v oceánech a slíbili jsme si, že příště to bude jen o bakteriích v našich střevech. Mezitím však došlo přímo k explozi zájmu o mikrobiom, nebo je to jen můj pocit?

Rozhodně ne. Rozvoj mnohonásobně předčil má očekávání. Vedle revoluční metody Crispr, která umožňuje pozměňování genetické informace, je dnes lidský mikrobiom asi nejdynamičtěji se rozvíjející obor v biologii.

A je to dobře, nebo špatně?

Z devadesáti procent dobře. Mikrobiom má neskutečný vliv. Ještě před pár lety bych možná řekl, že se to s tím zájmem přehání, už si to nemyslím.

Co vás přesvědčilo?

Není to můj obor, ale rád mikrobiom popularizuji, je to něco jako koníček. Čtu tedy mnohem méně vědeckých článků na toto téma, než bych měl a chtěl, ale i tak je mi jasné, že vliv mikrobiomu je větší, než jsme si dosud dokázali představit. Různé hypotézy, které byly ještě před pár lety považovány za příliš divoké, se potvrzují. I laický zájem o pochopení vlivu mikrobiomu na naše zdraví je obrovský a není divu. Seznam lidských chorob, které naši mikrobi ovlivňují, či je přímo způsobují, roste každým dnem. Mikrobiom tedy zajímá každého, kdo se stará o vlastní zdraví.

Co mají společného paraziti – subjekty vašeho vědeckého zájmu – s bakteriemi?

Na úrovni popularizace parazitologie se snažím ukázat, že to, co na první dobrou vnímáme negativně, může být někdy prospěšné. A to platí pro parazity i bakterie.

Vnímáme je obecně jako potvory, kvůli kterým máme angíny a jiné záněty. Sice už je asi i mezi laiky rozšířená informace, že spousta bakterií, které máme ve střevech, je „hodných“, ale teprve v posledních letech se ukazuje, co všechno pro nás dělají.

Je to obrovsky zajímavý mikrosvět. Nejde jen o to, čím nám bakterie škodí nebo prospívají, ony v nás totiž především žijí. Vzájemně interagují, různě se popichují, nebo si pomáhají, mají, nebo se nemají navzájem rády. Když jste organismus, který žije někde uprostřed střeva, nemusíte se nikdy dostat až k lidské buňce, naopak, musíte tam nějak po sousedsku vyjít s jinými bakteriemi.

Prý se bakterie umí navzájem i „spočítat“. Jsou schopné i strategických rozhodnutí?

Ano, válčí spolu, či uzavírají spojenecké paktů. Je před námi dlouhá cesta, než tomu všemu přijdeme na kloub, ale už teď je jasné, že i tudy vede cesta k vylepšování kvality lidského života. Ale je to ďábelsky komplikovaný svět.

Jak tlusté myši zhubly

A platí, čím pestřejší mikrobiom, tím líp?

Čím větší je diverzita, tím lépe. Platí to v každém ekosystému, tudíž i ve střevech. Když pak dostane ekosystém nějakou řádku – les smete vichřice, střeva dostanou ránu v podobě antibiotik –, je-li druhově chudý, lehne skoro všechno, je-li ale druhově bohatý, poměrně rychle se „zberchá“ a vrátí do původního stavu.

Který poznatek o vlivu střevních bakterií na člověka vás v posledních letech nejvíc zasáhl? Prožil jste nějaký wow efekt?

Šokující je, jak naši mikrobi ovlivňují náš mozek. Hrají patrně důležitou roli pro vznik Alzheimerova, Parkinsonova, ale i poruch autistického spektra. Ještě před čtyřmi lety bych řekl, že je to sci-fi, před dvěma lety bych byl skeptický, ale dnes tomu začínám věřit.

Dalším wow efektem byly již klasické pokusy, v nichž Američané přenesli střevní mikrobiom z obézních lidí do štíhlých myší a ony ztloustly, křížový přenos ze štíhlých lidí do tlustých myší vedl k jejich zhubnutí. Dovedete si jistě představit, jakým svatým grálem je mix střevních bakterií, který by vedl k hubnutí u lidí!

Takže nikoho asi zase tolik nepřekvapí časopis Nature z minulého týdne, který uvádí, že jen ve Spojených státech investovali v posledních deseti letech 1.7 miliardy dolarů do výzkumu mikrobiomu.

Posmrtný mikrobiom a kriminalistika

Psychiatr Honzák vydal knížku o tzv. Mikroutech, tedy mikrobech, kteří ovlivňují i naše jednání a chování. To taky dělají?

To je tutovka. Mikrobi, přesněji řečeno bílkoviny v bakteriích, které máme ve střevě, ovlivňují náš nervový systém, a tím i naše chování. Provádějí vlastně, čemu se už po staletí intuitivně říká „gut feeling“, „I can feel it in my guts“...

Cítím to až ve střevech, v češtině se říká spíš „v žaludku“, míra nervozity se vyjadřuje jako „chvění v břiše“. Tréma se symptomatizuje průjmem...

Spousta vypořádaných věcí má skutečně biologický základ. Velmi silná komunikace mezi střevem a mozkem se objevuje i v mnoha rčeních. Ve střevech je totiž hned po mozku nejvíce nervových buněk. Provázanost mezi střevem a mozkem se dosud z hlediska tradiční medicíny spíše podceňovala, znělo to příliš „ezotericky“...

Často z toho vycházejí léčitelé...

Řada věcí, na které se – asi spíš intuitivně – spoléhá v nějaké přírodní „medicíně“, se vědecky potvrzuje. Ale pozor, spousta také ne! V tomhle případě to však psychiatři a neurologové začínají brát vážně.

Když už jsme u těch rčení, co taková „chemie lásky“, nehraje v tom, jak si dva lidi „voní“, svou roli taky mikrobiom?

Myslím, že ano. Mikrobi totiž hrají zásadní roli v nuancích tělesného pachu. Nemluvím o extréměch, ale o běžném pachu, který vnímáme spíše podvědomě, což ovlivňuje naše sympatie a antipatie k jiným lidem, totiž zda nám „voní“, nebo ne. Kožní mikrobi hrají například zásadní roli i v tom, jestli po nás takzvaně jdou, nebo nejdou komáři.

A jak je to v kriminalistice? Prý po nás naše pachová, tedy mikrobiální stopa třeba na desce stolu, kde jsme měli položené ruce, zůstává i několik dní a cvičený pes to pozná.

Je to tak, a představitosti se meze nekladou. Dohleďte si úžasné výzkumy týkající se lidského thantomikrobiomu, nebo-li posmrtného mikrobiomu, to je ohromně zajímavá, i když poměrně morbidní tematika.

Nejmodernějšími metodami jsou kriminalisté schopni poznat v přírodě místo, kde leželo lidské tělo i dva roky poté, co bylo odstraněno. Při jeho rozkladu je totiž země pod ním zaplavena obrovským množstvím živin, díky nimž se začnou množit specifické bakterie. A ty tam pak přežívají velmi dlouho.

Mikrobiom je prostě fascinující. Ví se o něm spousta dalších věcí. Třeba že podléhá cirkadiálním rytmům, tedy střídání dne a noci, ale i ročních období. Mění se po antibioticích, s věkem, když hodně cestujete mimo „bohatý svět“, reaguje prakticky na každou chorobu apod.

Mikrobiom a Alzheimer

Pojďme tedy k Alzheimerově nemoci. Říká se jí rakovina 21. století, se stárnutím populace bude čtenější a čtenější. Co se už ví o vztahu Alzheimerovy nemoci a mikrobiomu?

Lidé s Alzheimerem mají jiný mikrobiom než „běžná“ populace, to ale není úplná novinka. Donedávna se totiž nevědělo, jestli se s Alzheimerem mění mikrobiom, nebo je Alzheimer způsobován změnou mikrobiomu. Nyní již existují velmi solidní ukazatele, že mikrobiom má vliv na to, zda onemocníte, či ne. Pokud bychom se naučili měnit silně patologický mikrobiom, mohli bychom patrně zabránit vzniku alespoň části Alzheimerů.

Změna mikrobiomu. Fekální transplantát. Tedy darovaná zdravá, „luxusní“ stolice?

U některých diagnóz už se fekální transplantace provádějí, ale jsou to stále poměrně výjimečné zákroky. Jsem přesvědčený, že se v budoucnu bude provádět mnohem častěji a efektivněji, zároveň je ale nutný ještě rozsáhlý výzkum složení „nemocného“ mikrobiomu, aby se vědělo, jakým mixem „správných“ bakterií ho nahradit, či alespoň doplnit.

Bude třeba hodně dárců, nebo budou vznikat speciální bakteriální preparáty na míru?



V tom je velká budoucnost. Objevují se iniciativy, aby se kultivovaly další a další lidské bakterie. Za zhruba sto let se mikrobiologové naučili narůst jen zhruba jedno procento druhů. Díky novým přístupům a velkým penězům je cílem naučit se kultivovat kolem dvaceti procent lidského mikrobiomu.

Jasně, takže pak by vlastně nebylo potřeba tolik dárců, protože by se kultivovaly ty správné bakterie, donekonečna?

A namíchala byste směs „na míru“. Jako všechno, i tohle lidé nakonec prolomí.

Fekální transplantace se už dělají, zejména kvůli nemocničnímu zabijákovi, bakterii Clostridium difficile, ale také u některých druhů chronických střevních nemocí. Zdá se to jednoduché, jen je to – jak to říct – choulostivé, pro někoho třeba i nechutné. Odmítají to pacienti z těchto důvodů?

Někteří s tím mívají problém. Je hlavně na ošetřujících lékařích, aby pacientům vysvětlili, proč je podobný zákrok nutný. Na konferenci gastroenterologů přednesla jedna študačka výsledky zajímavé ankety, v níž se ptala lidí, kteří prošli fekální transplantací, s jakými pocity to přijali. A byl zásadní rozdíl mezi muži a ženami. Ženám to bylo nepříjemné, mužům byl zákrok a jeho okolnosti celkem jedno.

Vidíte, a já bych tipla, že háklivější a choulostivější budou chlapi.

Mluví z vás žena, a navíc to tak v řadě případů bývá, ale zde ne.

Ale když jdete darovat lejno?

Jak k tomu přistupují lékaři?

Fekální transplantace byly poprvé (tedy pokud nepočítáme popisy podobných zákroků ve starých čínských svitcích) aplikované už v 50. letech v USA, ale až donedávna se prováděly zcela výjimečně. Lékaři je prostě dělali neradi. Zásadní změnou bylo zjištění, že fekální transplantát chrání lidi před již zmíněnou klostridiózou.

Což je bakterie, které se líbí zejména právě v nemocničním prostředí a je velmi odolná vůči řadě antibiotik.

Ano, v USA onemocní ročně kolem půl milionu lidí a až 10 procent z nich na infekci donedávna umíralo. Poslední data našťestí ukazují, že se až v 85 procentech případů, kdy nemocný dostal dárcovskou stolicí, vyléčil. Začaly vznikat banky stolice, nemocnice si je vyměňují.

Stoprocentně biologická léčba, žádná „chemie“.

Díky molekulární biologii teď navíc bývá darovaná stolice už „osekvenovaná“, jinými slovy víme přesně, jaké druhy bakterií a v jakém množství obsahuje.

Jenže právě získat dárcu není jen tak, jak už jste naznačil.

Je tam několik problémů a jeden z nich je právě získání dárcu. Když jdete darovat krev, připadáte si významně, všechno je tam připravené, všichni jsou vám vděční, můžete jít na transfuzní stanici téměř kdykoliv....

A případně se pochlubit plaketou doktora Jánského.

Ale když jdete darovat lejno? Půjдете zadním vchodem a chlubit se tím asi nebudete. A musíte být připravená, fyzicky cítit, že „to“ přichází, což je značně omezující. Ale s potenciálním rozvojem fekálních transplantací se darování stolice stane rutinnější, nebude to nic nechtutného, protože to prostě bude přinášet významný terapeutický efekt.

Je to něco jako poskytnutí léku?

Přesně tak. Mocná americká Food and Drug Administration (FDA) opravdu označila každou stolicí jako (potenciální) lék. Ovšem zde je nutné říct – bohužel.

Jak to?

Jelikož se použití každého nového léku extrémně pečlivě sleduje a reguluje, platí v USA stejně přísná pravidla pro použití jakékoli stolice, jelikož je pokaždé trochu jiná. Důsledkem bylo, že lékaři museli před její aplikací vyplňovat obrovské množství papírů, což odmítali dělat. FDA naštěstí zareagovala a udělala výjimku alespoň pro fekální transplantaci v případě klostridiových infekcí.

Výhody válcují rizika?

Nic jiného tak účinně nefunguje. Je skvělé, že systém našel místo pro výjimku. Ta stopka totiž přinesla velmi negativní efekt, lidé si začali vyměňovat lejna „po domácku“.

Hnědý trh

Efekt prohibice?

Ano. Nekontrolovatelný černý, tedy spíš hnědý trh. To je nebezpečné, při výměnách „na divoko“ nemůžete vědět, jestli není dárcem infikovaný, může mít třeba he-

patitidu, nebezpečné priony, tohle nebyla dobrá cesta. Patrně právě díky těmto rizikům udělala FDA výjimku. A bude ji asi časem muset udělit i dalším aplikacím. Pokud totiž lékaři nesmí nebo nechtějí dělat určitý zá- krok, nastupuje svépomoc.

Každopádně v Česku je zatím každý z nás stále ještě majitelem svého lejna a může s ním nakládat podle vlastního uvážení. V tom je zpoždění našich zákonodárců pozitivní. Ale k divokému vyměňování stolice opravdu nevybízím.

Musím říct, že pokud by mě cizí lejno mělo ochránit před Alzheimerem, nebudu váhat!

A jdete do akce, že? Já taky. Každopádně dřív nebo později budou na trhu kapsle s různým složením, zbaštíte pilulku a osadíte si svůj mikrobiom tím, co je pro vás vhodné.

Snad se dočkáme pokroku dřív, než ho dostanu.

Také doufám. Ale zatím můžete na svém mikrobiomu pracovat sama. Vychází řada seriózních knížek, jejichž leitmotivem je mikrobiom a jak jej – zejména životosprávou – vylepšovat, a tím si potenciálně prodlužovat a zkvalitňovat život.

Jaké recepty nabízejí?

Své „střevní zdraví“ bychom měli řešit dříve než v osmdesáti letech. Většinou se jedná o recepty pro zdravou výživu, nic přelomového. Moc cukru je špatně, moc tuku je špatně a tak podobně. Základní je hodně fibrózní strava, což většinu z nás nepřekvapí.

Tedy hodně vlákniny. Co dál?

Už dřív se vědělo, že červené maso není na leccos dobrý, dnes ale víme, že podporuje život bakterií produkujících bílkoviny, které umí projít přes mozkomíšni bariéru a nežádoucím způsobem ovlivňovat funkci mozku. To jsou nejspíš ty bílkoviny, které se i přičiňují na tvorbě nebo rozvoji neurogenerativních poruch. Na velkých vzorcích se ukazuje, že vegetariáni mají mikrobiom kvalitnější. Gastroenterologové každopádně donedávna předpokládali, že existuje jen několik typů lidského střevního mikrobiomu.

Jako krevní skupiny? Jenomže kombinatorika při tom obrovském množství druhů bakterií v našem střevě. No, nechtěla bych to počítat.

Dá se říct jedno: 7 miliard lidí = 7 miliard mikrobiomů. A co je dobré pro jednoho, může být špatné pro druhého. Výzkum intenzivně běží, jeho převedení do klinických aplikací ale bude zdržováno touto ďábelskou komplikací.

Žádná bakterie tam není jen pro parádu

Kolik tedy máme ve střevech bakterií?

Na kila jedno až dvě, to se ví už dlouho, ale ještě před čtyřmi lety jsem přednášel, že v těle máme desetkrát víc bakterií než lidských buněk, což bylo nedávno poopraveno, je to zhruba 1:1. I tak je to 3×10 na třináctou, gigantické množství v bilionech.

Říká se, že jen jedno procento genů, které v sobě nosíme, je skutečně našich, 99 procent představují mikrobiální geny, je to pravda?

To platí. Každá lidská buňka má dvacet tisíc genů. Bakterií je v nás asi tisíc druhů, každý má kolem dvou

tisíc genů, takže v sobě máme asi dva miliony genů bakterií vedle dvaceti tisíc našich genů.

Když se to takhle vyčíslí, zní to neuvěřitelně. A každý ten gen něco dělá...

No právě. Když se kterýkoliv z nich „spustí“, vyrobí nějakou bílkovinu, která má svoji specifickou biologič-

Prof. RNDr. Julius Lukeš (57)

Parazitolog s mezinárodním renomé a s velkou šíří „přidružených“ zájmů. Působí v Biologickém centru AV ČR v Českých Budějovicích, ale působil i v zahraničních vědeckých institucích. Je členem Učené společnosti ČR. Jako první český vědec po několika desetiletích byl zvolen do American Association for the Advancement of Science, společnosti, která mj. vydává časopis Science.

„Nijak si na tom nezakládám, ale ego to pohladí, že jo, když je člověk v depce, může mu to osvětit pár dní. Ale já v ní nebývám často. Na předání ceny jsem jel do Washingtonu s manželkou Janou, užili jsme si to a také viděla, že život se mnou má i nějaké benefity, i když jsem jinak doma nepoužitelný a neumím opravit ledničku.“

Je neúnavným popularizátorem vědy, zdaleka nejen na téma mikrobiom, ale právě o něm přednáší často. Na rozdíl od českých mikrobiologů. Jak to? „Obávám se, že asi není moc mikrobiologů, kteří by si o tom byli ochotní povídat mimo vědeckou komunitu. Jsou výjimky, ale mají možná pocit, že se to téma pro laiky až moc zjednodušuje a pak že musí odpovídat na spoustu mailů i od trochu pomýlených lidí... Jistě, je to součást popularizace a ne každý to chce absolvovat, ale já prostě považuji popularizaci za důležitou. V situaci, kdy se mění pohled na lidské nemoci a každý z nás může své zdraví ovlivnit, preventivně i následně, mi dává smysl o tom mluvit a šířit poznatky vědy.“

kou aktivitu. Není potřeba mnoho divokého přemýšlení, abychom došli k myšlence, že tolik cizích bílkovin může páchat neskutečnou spoustu věcí. Žádná tam není jen tak pro parádu.

Donedávna to bylo jen kilo nebo dvě „nějakých bakterií“, o nichž jsme do začátku tohoto tisíciletí nevěděli téměř nic. Během posledních pár let ale naše znalosti přibývají neuvěřitelnou rychlostí. I tak bude ještě nějakou dobu trvat, než začneme chápat, co v nás ony bakteriální bílkoviny vlastně kutí.

Dřív stála otázka: Čím je člověk víc utvářen?

Zděděnými geny nebo vlivem prostředí a výchovy?

Tedy řečí vědecké angličtiny: nature vs. nurture.

Dnes už musíme vliv na naši osobnost a chování a zdraví asi rozdělit na tři díly. Nature, nurture and microbes?

Rozhodně. Jak je zřejmé z výše řečeného, bakterie do našeho života promlouvají výrazně. Ale stejně jako u genotypu a fenotypu není občas snadné stanovit, která tato naše složka má na daný znak či chorobu větší

vliv. A ohledně vlivu mikrobiomu platí tato nejistota dvojnásob.

Kompenzace přirozeného porodu

Je prokázané, že děti, které se narodily císařským řezem, jsou do života mikrobiálně hůř vybaveny – neprošly maminčinou vaginou a nenabýraly na sebe jako základ její mikrobiom. Ale už se také ví, že to lze docela jednoduše kompenzovat. Dítěti se po „císaři“ ústa potrou gázou, na níž je výtěr z matčiny pochvy. Je to tak snadné, kéž bych o tom před sedmi lety věděla! Dělá se to už?

Jako pro vědce, který se zabývá většinu svého času parazitickou trypanozomou, je tohle už mimo mé znalosti. Ale řada lékařů, např. u Apolináře, se o tomhle už přinejmenším baví. Nestojí to nic víc než tu gázu, doporučoval bych tuto možnost každé mamince po císaři, měly by o tom vědět. Jedná se o snadný a bezpečný zárok, který má prokazatelně pozitivní důsledky. Pokud to maminky začnou vyžadovat, věřím, že jim lékaři budou naslouchat.

Můj ulítlej mikrobiom

Profesor Lukeš si nechal dvakrát analyzovat svůj střevní mikrobiom. O několik poznatků z jeho analýzy se (ve jménu osvěty) podělil i se čtenáři Deníku N.

„Dobré zprávy: Mám nadprůměrnou diverzitu, tedy druhovou pestrost mikrobiomu, průměrnou hladinu bakterie Prevotella, která produkuje látky, jež snižují riziko vzniku Alzheimerova, a nemám žádné vyložené patogenní bakterie. Horší zprávy: Mám méně Akkermansia, které snižují záněty, jejich výskyt je častější u lidí, kteří se dožívají sta a více let. Mám nízké hladiny Bifidobacterium a Ruminococcus, které mívají častěji štíhlí lidé, mám ve střevech Escherichia a Shigella, které zvyšují riziko vzniku nealkoholického postižení jater. Sklony k obezitě naštěstí nemám a jaterní testy jsou v pořádku, je to ale dobrý důvod se víc hlídat. Je to lepší, než kdybych o svých střevních bakteriích nevěděl vůbec nic.“

Možná než plýtvat energií na vyžadování kousku placenty na míchání zázračných drinků chtějí u císařského řezu kompenzaci průchodu dítěte porodními cestami, ne?

Kápla jste na to. Rozemletí placenty v drinku nemá žádné vědecké ratio, potřetí úst dítěte gázou s mikrobiomem matky má jasný, vědecky exaktně prokázaný vliv na pestrost mikrobiomu, čímž posiluje dobrý start novorozence do života.

Jde to udělat i s nějakým zpožděním?

To se samozřejmě zkoumá a myslím, že je to zatím nezodpovězené. Mikrobiom se stabilizuje kolem druhého roku života, pak už je víceméně neměnný. Jistě, strava, antibiotika a další faktory vliv mají, někdy velký, ale už ne tak zásadní jako počáteční ustavení. Tato fáze je tudíž překvapivě krátká.

A jak je to s těmi antibiotiky?

To je mimořádně křehká a citlivá záležitost, prosím, tohle velmi opatrně. Ano, antibiotika podávaná, obzvláště opakovaně, dětem do dvou let věku představují pro skladbu mikrobiomu problém, to je prostě fakt. Na druhou stranu – jsou-li ordinována správně a tam, kde být mají, zachraňují život, což je naprosto bez diskuse. Problém je, že jsou antibiotika často nadužívána, někdy preventivně předepisována i tam, kde není jasné, co záněť způsobilo.

Existují hodnověrné studie, že populace v euroamerickém světě má řadu zdravotních problémů právě kvůli absenci některých bakterií, které jsme patrně v posledních desetiletích vybili antibiotiky. Svůj negativní vliv má jistě i vysoký stupeň hygieny. Řada těchto bakteriálních druhů je v našem střevě vzácná, ale dělají si tam

svůj maličký byznys, který se třeba u většiny lidí ani neprojeví, ale při určité zátěži, v nějaký moment mohou mít rozhodující pozitivní vliv. Ale my jsme je často ztratili.

Tasemnice a ulítlej mikrobiom

Jste znám tím, že na sobě leccos zkoušíte, vaše indiánské jméno pro širokou veřejnost je Ten, co má tasemnici. Tedy, vy už ji vlastně nemáte, dočetla jsem se, že ji zabilo něco jedovatého, co jste snědl... Radši se nebudu ptát co. Mikrobiom jste si nechal analyzovat?

Zajisté. Už dvakrát. V roce 2013 a loni. A právě dnes v noci mě čeká telefonát do USA s lékařem, který si o těchto výsledcích se mnou pohovoří.

Předpokládám, že na naše souřadnice máte díky cestování a parazitologickým experimentům netypický mikrobiom.

Pracuji na tom celý život. Když jsem si nechal mikrobiom analyzovat poprvé, říkali mi profíci, že jsem ulítlej, že se z mého mikrobiomu nedají vyvodit žádné závěry. Analyzovat si ho nechali ještě dva kluci, kteří v sobě hostili pár dalších parazitů, a vyšel jim taky úplně neobvyklej mikrobiom.

Kvůli tasemnici?

Mikrobiomy nás tří se hodně vzájemně lišily, ale poukazde v neobvyklých hodnotách. Kdo ví, nejspíš je to kvůli našemu poněkud neobvyklému životnímu stylu terénních entomologů, zoologů a parazitologů.



RES PUBLICA

Klausův covid a vzpomínka na Jana

Ondřej Vaculík

„Lehký průběh covidu jsem čekal,“ pochlubil se bývalý prezident Václav Klaus poté, když se z něj vyléčil. Naopak básník, textař a zpěvák Jan Vodňanský asi nečekal, že během tří dnů na tuto nemoc zemře. Stalo se to 14. března 2021. Očkování už nestihl, protože v den, kdy na ně šel, se zjistilo, že covid už má. Bylo mu sedmdesát devět let.

Člověk bývalému prezidentu Klausovi přál, aby se co nejrychleji uzdravil, ale zároveň se obával jeho následujících výroků: „Covid určitě nezpůsobil žádné změkčení mých názorů při hodnocení toho, co se tady kolem nás děje. Žádná zázračná vakcína neexistuje. Lidé si musí vytvořit imunitu sami.“ Onemocnění ho ponouklo, aby byl „kritičtější k tomu, jak se s námi zachází“ a aby „vyjádřil své silnější rozhodnutí se v těchto věcech angažovat“.

Normální člověk by na jeho místě spíše pokorně děkoval Bohu za mírný průběh nemoci, vždyť mohl umřít jako Jan Vodňanský.

Václav Klaus a Jan Vodňanský se, jak známo, narodili ve stejný den a ve stejné porodnici, takže kdyby tehdy došlo k záměně miminek, pochovali bychom Klause, ale na druhé straně takový zatrpklý Vodňanský by nás moc nebavil. Právě v souvislosti s Janovým úmrtím se současné Klausovy postoje a kritické výroky o covidu a hygienickým opatřením proti němu jeví jako neomalený výron pýchy, nedůstojný člověka jeho postavení. Možná je to ale důsledek covidu. Tak úplně lehké to tedy asi neměl.

Pochopitelně, že za jistých okolností může mít i pravdu, zázračný lék asi vsutku neexistuje. A jakou účinnost či spolehlivost i vzhledem k novým covidovým mutacím bude do budoucna mít očkování, nemůžeme vědět. Je to obrana života v rámci našich možností a sil, projev přirozené vůle k životu.

Je-li na současném trýznivém stavu něco povzbudivého, pak právě ono usebrané úsilí a rozhodnutí covidu čelit všemi dostupnými, možnými — a možná i nemožnými — způsoby a prostředky. V tom je veliká práce vědců, kteří virům bezpochyby rozumějí více než profesor ekonomie Václav Klaus, úsilí lékařů, zdravotníků a všech, jimž pandemie ztížila život či přímo existenci. Každý se snaží podle svých sil nějak pomoci. Přinejmenším tak, že sám nikoho nechce nakazit.

Záchrana těch nejstarších lidí má možná mnohem větší význam, než je sama jejich záchrana. Covid nám dává možnost projevit ušlechtilá hnutí a ohleduplnost. A to je důležité při hledání smyslu života. Všechny naše strasti a omezení vynahrazuje právě veliké rozhodnutí s ním bojovat, čelit mu. Tisíce hodin obětavé, dobrovolnické práce.

Proč ani náš současný prezident není schopen větší empatie? Také jeho výroky se obáváme a lépe je nám, když nemluví — divná to úloha prezidenta.

Státník, byť bývalý, ani politik ať proti snahám společnosti zachovat zdraví a životy své defetistické postoje a názory nezveřejňuje! Zemanovy rozšafně ironické výroky například ohledně odvolání ministra Blatného

jsou urážlivé. Uvědomuje si to? V jaké situaci je pak člověk — ministr, který neví nejen, co ještě zlého provede covid, ale ani, co udělá Zeman či Babiš. To je horší než covidové sucho v ústech a bolest všech kloubů.

Politické exhibice ohledně popírání covidu a smyslu hygienických opatření jsou velice cynické. Mně je třeba současný ministr zdravotnictví Blatný sympatický. Na něm vidím, že mu o věc opravdu jde, nehraje politicko-populistickou hru. Jestli však to, co dělá, je úplně správné a prozíravé, je druhá věc. Kdo to ale ví? Není žádného manuálu na covid. Názory se různí od covidových katastrofíků až po toho pitomého poslance — ignoranta.

Proti zmrtvělému stavu, který nás uondával před covidem, má současná nouzová situace jasnější, lepší vizi, a to zvítězit nad pandemií. Děje se s velikým nasazením jako projev naší svobodné a téměř celospolečenské vůle.

Existuje svoboda v ukázněnosti. Jsou svobody ve zdrženlivosti

Výrok Václava Klause, že lidé si musí vytvořit imunitu sami, lze převést do roviny ideologické. Tedy každý sám si musí vytvořit imunitu i například vůči násilným režimům, jako byl ten komunistický. Tj. nepřipouštět si jeho zlo. Nechat se jím promořit v rámci pasivní rezistence. To je osobní svoboda?

Chce-li člověk ale dosíci obecně svobodných poměrů, musí se přinejmenším podřídit organizovanému odporu, aby režim zla byl přemožen. A to platí i pro současnou covidovou situaci — „svoboda tkví už v naší společné vizi svobody“.

To jsou optimistická slova Jana Vodňanského, která při jiné příležitosti vyslovil někdy v roce 1974 ve svém bytě v Holešovicích. V té době jsem ho občas navště-

voval, ano, „vy staré Holešovice“, a velice si považoval toho, že mě zval. V oné době už se Skoumalem nesměli hrát ani v Atelieru, několik spíše propašovaných představení „Králíci pokusní“ uvedli v Divadle hudby. Kromě výše uvedené sentence mám od Jana ještě jedno ponaučení, že člověk to nejpodstatnější vymyslí do své třicítky, a pak už jen umně paběrkuje.

Tehdy ještě žila jeho starostlivá maminka: „Jeníčku, nemáš hlad? A vy, pane Vaculíku, také nemáte hlad?“ Jan mi občas něco přečetl z dopisů od Jiřího Voskovce a já jsem na něj ohromeně zíral. Jan byl tak empatický, že dokonce hrál krále v mé jednoaktové hříčce „Veselá tragédie“, s níž nás řídící Radim Vašínska vpustil do jeho Orfea, tehdy v Praze Na Hřebenkách.

Jan byl, jak vím dnes, nesmírně obětavý nebo i soucitný, protože ta má hra byla úplně blbá. Jan měl všechno, co nemá Václav Klaus.

Autor je publicista a místostarosta v Hořovicích. Text vyšel v Deníku Referendum 17. března 2021.



Zloděje housek jsme vyřešili. A kolik bude za vybrždění sanitky?

Jan Lipold

Kdy je stav vyčerpané země přitěžující okolností? To se nedá vytesat do paragrafů, proto je v justici ještě důležitější lidský faktor.

První nouzový stav začal 12. března 2020 a od té doby jsme v něm víc než půl roku. Momentálně nepřetržitě 164. den.

Spousta lidí už tolik nevnímá, co všechno to obnáší. Mimořádná situace se jakoby mění v běžnou situaci, na kterou si zvykli. Ne na lockdown s jeho zákazy a příkazy, ale na to, že platí zákony tak jako dřív, a ne nějaké pandemické „stanné právo“. Což je ovšem klam.

Nejvyšší soud v úterý po roce s nouzovým stavem řekl, jak trestat pachatele krádeží. Šlo o to, jestli takřka automaticky přísněji, což byla dosavadní praxe, anebo přísněji jen tehdy, když zloději ohrozí boj s pandemií nebo zneužijí současné situace. Od loňského jara se totiž psalo o řadě sporných případů, symbolem se stala krádež pěti housek, za kterou recidivista dostal půldruhého roku vězení.

Nejvyšší soudci teď rozhodli, že platí b, tedy že metr se má zpříšňovat, jen když zlodějina souvisí s pandemií. To je ovšem významná změna a dobrá i zlá zpráva zároveň.

Za dobu loňského nouzového stavu se stalo 8 354 krádeží, v tom druhém až do 7. března 19 393 krádeží, uvádějí statistiky Nejvyššího státního zastupitelství. To znamená, že se teď mění parametry spravedlnosti až pro tisíce pachatelů. U neuzavřených případů bude potřeba rozlišovat, jak moc se krádež týkala nebo netýkala pandemie.

Nejvyšší soud rozhodl správně, koneckonců případy jako pět housek budily rozruch právě tím, že se pro leckoho přičily „relacím“, jaké tresty se za co spravedlivě udělují. To je ta dobrá zpráva.

Špatná zní, že to trvalo rok. To je dlouho vzhledem k tomu, že v dnešní době je požadavek „sebou hodit“ všudypřítomný, že nouzový stav se nepozorovaně mění ve stav běžný a že soudy si nedokázaly poradit přirozenou cestou samy, bez výkladu Nejvyššího soudu. Návod teď dostaly, přísněji by se měli soudit v první řadě ti, kdo ukradnou ze sanitky kufřík, seberou záchranářům peněženku nebo se vloupají do skladiště respirátorů (všechny tři případy se staly).

Tím ale příběh nekončí. Problém, co a jak trestat za nouzového stavu, trvá a justice si nevystačí s kuchař-

kou, jak postupovat u krádeží. Žalobci a soudci musí ještě víc zapojit vlastní úsudek.

Přísnější sazby se za nouzového stavu týkají jen několika v zákoně vyjmenovaných trestních paragrafů – kromě krádeže třeba podvodu, lichvy a šíření nakažlivé nemoci nebo poplašné zprávy.

A pak se dočtete o tom, jak silniční pirát vybrzdil sanitku převážející pacienta. Možná se shodneme, že v březnu 2021 to není totéž, jako kdyby se to stalo loni v červenci nebo před pěti lety. Je to horší. Nebo není? A když to skončí obžalobou, jak si soudce poradí? Bez manuálu. Jak přitěžující okolností je nouzový stav a situace ve vyčerpané zemi vůbec?

Podobně by se daly rozebírat desítky jiných případů, křiklavá jsou například napadení seniorů v MHD, mluvit by se dalo o domácím násilí atd. Rozhodně jde o větší problém než krádeže syřečků a rumu v samoobsluze.

Kromě zákonů by soudci asi měli víc než jindy brát v úvahu i něco jako nalézání přirozené spravedlnosti, nebát se být tvůrci práva a být připraveni věrohodně obhájit svůj názor. Život se nám poslední dobou mění před očima a stabilní, ale tuhý svět paragrafů za tím může docela často pokulhávat. Lidský faktor v justici si zaslouží důvěru.

Autor je šéfkomentátor Seznamu zprávy, kde byl tento text publikován 17. března 2021.





Dejme tlouštíkům peníze za zhubnutí a příští epidemie bude levnější

Petr Honzejk

Neposlouchá se to dobře, ale lidé s těžkým průběhem covidu si za problémy často mohou sami. K rizikovým faktorům totiž vedle věku, který nikdo z nás neovlivní, patří i nadváha, kterou ve většině případů ovlivnit lze.

Svědectví z jednotek intenzivní péče českých nemocnic jsou jasná: velkou část mladých lidí vážně postižených covidem musí zdvihat – když už ne jeřáb, tak zcela jistě větší počet zdravotních sester. Ne že by to platilo vždy, covid samozřejmě může zabít i zcela zdravého sportovce,

ale statisticky obezita a covid prostě souvisí. Vidíme to i z toho, že se nemoci výjimečně daří v zemích, kde má většina populace nadváhu – mezi které patří i Česko. Covid je v tomto smyslu vlastně civilizační choroba.

Je to opravdu brutálně jednoduché: kdybychom totiž zhubli, nebylo by v covidové epidemii tolik lidského neštěstí, ekonomické škody by byly nižší, všem by se nám žilo lépe než teď. Což nás přivádí k myšlence, jestli bychom se neměli začít obezitou skutečně vážně zabývat.

I když nakonec covid asi „vyřešíme“ vakcinací, může přijít obdobná nemoc, která z tlouštíků zase udělá kandidáty krematoria. Nehledě na to, že obezita je rizikovým faktorem i u „klasických“ onemocnění – kardiovaskulárních chorob, nemocí pohybového aparátu a podobně. Prostě kdo je těžký, představuje zátěž nejen sám pro sebe, ale i pro zdravotnický systém. A protože se na hrazení zdravotní péče podílíme solidárně všichni, je dotyčný zátěží pro celou společnost.

No jo, řeknete, ale jak to řešit? Domluvy lékařů můžeme vyloučit. Jdou jedním uchem tam, druhým ven. Jediným, co jako motivace funguje, jsou peníze. Nabízí se tedy negativní nebo pozitivní finanční motivace. Tu první zmínil bývalý novinář, dnes manažer PPF Vladimír Mlynář: „V mém světě mají tlustoši (a taky kuřáci) platit o něco větší zdravotní pojištění,“ napsal na Twitteru. Jednoduše: Jsi obézní, můžeš si za to sám, zaplat! Zní to spravedlivě, ale má to několik úskalí.

Zprvė obezita je i nemoc. Existuje spousta hraničních případů, kdy nevíme, jestli je člověk tlustý, protože se podobně jako Homer Simpson cpe brambůrky a hýbe se, jen když zvedá ruku s TV ovladačem, nebo protože má nějakou metabolickou poruchu.

Zadruhé obézní lidé byli často obézní už jako děti. Narodili se do mizerného sociálního prostředí, neměli přístup ke zdravému jídlu ani motivaci ke zdravému životnímu stylu. Penalizace by pro ně nebyla úplně fér.

A zatřetí, pokud bychom de facto pokutovali tlusté lidi jako ty, kdo si zadělávají na problémy a zatěžují zdravotní systém, bylo by nutné takto trestat i další. Kuřáky, konzumenty alkoholu, ale i lidi pracující v rizikovém prostředí nebo ty, kdo se věnují rizikovým sportům. Ne, tenhle systém není dobrý. Je morálně sporný a také těžko zůradovatelný. Máme tu našťestí

možnost pozitivní finanční motivace. Ano, chápete to správně. Mám na mysli investice do tlustých lidí, aby se hýbali. Už slyším námitky: „Způsobili si to sami, a my je ještě budeme dotovat? Nezbláznil ses?!“ Ne, nezbláznil. Přesně tímhle směrem jdou v současné době úvahy například ve Velké Británii. Tamní vláda angažovala manažery, kteří se podíleli na úspěšných byznysových projektech Air miles nebo Nectar, které motivují zákazníky k nákupu skrze propracovaný systém odměn a pobídek. Experti mají navrhnout, jakým způsobem by se mohly nejrůznější odměny a výhody uplatnit při motivaci tlustých Britů, aby cvičili, běhali a žili zdravě. Mimochodem britská vláda současně přichází s projektem za 100 milionů liber, který má pomoci jednak tlouštíkům zhubnout, ale také lidem s normální váhou udržet si zdravou tělesnou schránku.

Racio spočívá v tom, že prevence je vždy levnější než řešení následků. Když si vezmeme, že týden pobytu obézního covidového pacienta na JIP vyjde na 580 tisíc korun, tak se jistě vyplatí investovat stovky tisíc do toho, aby dotyčný zhubl a na jipku se pokud možno vůbec nedostal. Metody mohou být různé, ale když to trochu vyhraním: Myslíte, že kdybyste řekli obéznímu, že mu dáte například dvě stě tisíc, když dosáhne normální váhy a udrží si ji, že by do takové výzvy nešel? Ano, je to extrémní příklad, ale princip „výhody za zhubnutí“ každopádně stojí za zvážení.

Covid nám nekompromisně ukazuje, že by se nejen zdravotně, ale i finančně vyplatil. A to i těm, kdo mají váhu úplně normální.

Autor je komentátor a vede rubriku Názory Hospodářských novin, v nichž text vyšel 10. března 2021.



ORBIS PICTUS

Rembrandtovo dílo i život jsou plné fascinujících a poutavých momentů

Kristýna Mikulková

Národní galerie Praha uspořádala jedinečnou a velmi významnou výstavu „Rembrandt: Portrét člověka“. Byla plánována už na jaro roku 2020, ale kvůli pandemii byla posunuta až na podzim. Bohužel po krátké době galerie musela zase zavřít. Díky neuvěřitelné práci kurátorky Lucie Němečkové a celého týmu se podařilo výstavu a výpůjčky prodloužit až do 23. března 2021. S netrpělivostí jsme očekávali její otevření, které ale bohužel nepříjde. Kurátorka Národní galerie Praha Lucie Němečková, úžasná žena, která má velké zásluhy na organizaci této jedinečné události, nám přiblížila výstavu alespoň zprostředkovaně.

Ještě nikdy v historii se nepodařilo uskutečnit takto rozsáhlou výstavu jednoho z nejvýznamnějších umělců dějin Rembrandta Harmenszoon van Rijn na území ČR. Jaké to je a co vše přináší organizovat něco tak podstatného v této nevyočitatelné době, kdy nedokážeme předpovídat, zda budeme moci odjet ani do jiného okresu? Národní galerii Praha ve spolupráci s Wallraf-Richartz-Museum v Kolíně nad Rýnem se to přes všechny překážky podařilo. Bude možné zápůjčku ještě prodloužit, abychom díla mohli vidět na vlastní oči v galerii?

Přípravit reprezentativní výstavu věnovanou takovému umělci jako byl Rembrandt Harmenszoon van Rijn není jednoduché za normálních podmínek, nicméně příprava výstavy za současné situace je úplně nová zkušenost a adrenalin. Dá se říct, že jsme výstavu připravovali vlastně třikrát, jelikož v době kdy přípravy výstavy vrcholí, zasáhl covid. Původně plánovaný jarní termín jsme tedy museli změnit, zápůjčky znovu projednat a naštěstí díky velké vstřícnosti a pochopení

kolegů se nám povedlo výstavu přesunout na nový podzimní termín. No a další kolo jednání nastalo na sklonku roku, kdy jsme se vzhledem k dlouhému uzavření výstavních prostor snažili vyjednat prodloužení výstavy, což se povedlo až do 23. března 2021, na místo původního lednového ukončení výstavy. Ale i přes všechny nové zkušenosti, které současná doba přinesla, je práce na výstavě Rembrandta hlavně radost a v tak skvělém týmu je to jen příjemná starost.

Ústředním dílem výstavy je obraz „Učenec ve studovně“ z roku 1634, který se jako jediný nachází v českých sbírkách. Jakou koncepci jste tím do výstavy vnesli?

Rembrandtův „Učenec ve studovně“ je opravdu srdcem výstavy a na pozadí příběhu této výjimečné malby jsme se snažili vyprávět nejen příběh tohoto obrazu, ale i Rembrandtova života. Výstava tak představila díla a jednotlivé motivy, které lemovaly cestu, jež vrcholí právě v pražské malbě, ale také vliv, který „Učenec ve studovně“ měl na Rembrandtovy žáky a následovníky.



A to vlastně až do současnosti, jelikož výstava představila také dílo devíti současných umělkyň a umělců, kteří zpracovali vlastní interpretaci této výjimečné malby - pracovali tedy ve všech smyslech slov "After Rembrandt".

Spojení baletu a obrazů

Podařilo se vám výstavu přiblížit on-line, krátkým povídáním o vybraných dílech a poměrně rozsáhlou soustavou virtuálních přednášek. Byla to zřejmě reakce na stávající situaci a zavření všech kulturních institucí. Budete přibližovat divákům výstavy na dálku i nadále? Neinspirovalo vás to k nějakým dalším on-line projektům nebo novým pojetím expozic?

Pomocí virtuálních prohlídek, krátkých komentářů i delších přednášek, ale i virtuálních workshopů pro děti i starší jsme se opravdu snažili výstavu přiblížit

a zprostředkovat. I když osobní setkání s uměleckým dílem není možné nahradit a u Rembrandta zvlášť. Mám ale velikou radost, že alespoň virtuálně se nám snad podařilo představit výstavu z různých úhlů pohledu a určitě v tom budeme pokračovat.

Aktuálně je možné sledovat sérii přednášek, které se například věnují tématu dopadu pandemie na současné umění a architekturu, nebo komentovaná videa nazvaná Moje nej dílo, kde zaměstnanci galerie hovoří o svých nejmilejších uměleckých dílech. Zapomenout taky nesmím na 3D prohlídky expozicemi a výstavami, projít si takto virtuálně můžete i výstavu „Rembrandt: Portrét člověka“ i po jejím skončení.

Naprosto mě nadchlo taneční vystoupení Baletu Národního divadla v prostorách výstavy. Spojení

s baletem mi přineslo emoci, která mi trochu chybí ve všech on-line výstavách, a kterou normálně pociťuji při vnímání samotných děl „na živo“. Nepřemýšlíte o další spolupráci a kombinaci výstav a performance?

Je skvělé, že na vás takto baletní vystoupení zapůsobilo. Je to přesně to, co jsme se snažili také tímto způsobem přinést a sdělit - to je ona emoce a pocity, které člověk může zažít právě jen při setkání s uměleckým dílem, ať už se jedná o malbu, tanec anebo i hudbu.

Důležitou osobou je v tomto případě Eva Sochorová, tisková mluvčí galerie, která dokázala tyto dva světy svést dohromady, a výsledek rozhodně přinesl radost a další vhled do výstavních sálů a oživil alespoň na krátko také láskyplný a dojemný příběh Rembrandta a jeho manželky Saskie, s níž se oženil právě v roce 1634. Tedy ve stejném roce, kdy namaloval i „Učence ve studovně“.

Rembrandtova díla jsou pro mě něčím kultovním, o čem má téměř každý nějaké povědomí, ale zároveň pořád skrývají svá tajemství. Možná tím, že originály měl málokdo možnost vidět. Je některé dílo z expozice opředeno něčím tajemným?

Myslím, že nejen Rembrandtova díla, ale i jeho život je fascinující a plný zajímavých, poutavých momentů. Pro mě osobně je největší záhadou jeho schopnost zachytit na plátně něco víc, co přesahuje dimenze plátna a rámu, prchavý moment, lidskou podstatu - jak řekl Vincent van Gogh, Rembrandt je kouzelník, který na plátno přenesl to, pro co nejsou slova v žádném jazyce.

Co se týká tajemství, můžeme zůstat u hlavní hvězdy výstavy, pražského „Učence ve studovně“. Stále se k němu váže množství otázek, na které není možné jednoznačně odpovědět. Ať už se jedná o cestu tohoto obrazu do Čech, jelikož první nezpochybnitelný a doložený pramen o této

malbě v tuzemské sbírce máme až z roku 1819, kdy byl obraz součástí slavné Nostické sbírky, nebo o identitu muže na obraze. Víme, že stařec, který se na nás z obrazu dívá tázavým pohledem, opravdu existoval. Rembrandt, ale i jeho žáci, tvář muže zachytili i na dalších obrazech, třeba i v kostýmu orientálního velmože. Nicméně zda se jednalo skutečně o učence, nebo obyčejného muže, který Rembrandta zaujal fyziognomií na amsterodamské ulici, nevíme. Jeho totožnost dnes už neznáme.

Skupinové portréty chirurgů

Čtenáři Vita Nostra Revue jsou ve velké většině z lékařského prostředí. Mně se v této souvislosti vybaví obraz „Anatomie doktora Tulpa“. Bylo v Rembrandtově době běžné vyobrazovat vědecko-lékařské prostředí? Jaká byla úloha tohoto díla? Vědecká, dokumentární, umělecká nebo jaká?

„Anatomie doktora Tulpa“ je jedna z prvních významných zakázek, které Rembrandt získal po příchodu do Amsterodamu (přestěhoval se počátku třicátých let 17. století z rodného Leidenu). Jedná se tedy o skupinový portrét, který si u Rembrandta objednalo kolegium amsterodamských chirurgů, kde byl právě doktor Tulp docentem anatomie. Ten je také centrální postavou tohoto skupinového portrétu - jako jediný má například klobouk.

Skupinové portréty byly v Nizozemí 17. století poměrně obvyklé, každý z portrétovaných lidí za svou část malby platil (Rembrandt jich také vytvořil několik, dalším příkladem je slavná „Noční hlídka“), a nezděka se tak setkáme i s dalšími skupinami vědců a lékařů i v díle dalších umělců holandského Zlatého věku. Nicméně Rembrandt už v „Anatomii doktora Tulpa“, kterou vytvořil v roce 1632, tedy v pouhých šestadvaceti letech,

dokázal výtečně zachytit nejen fyzickou podobu zúčastněných, ale také jemnou psychologii postav a dynamiku scény. I když některé postavy byly doplněny později, komunikace a interakce jednotlivých mužů, stejně jako citlivá práce se světlem, ukazují Rembrandta jako virtuózního malíře a portrétistu.

K tématu anatomické lekce se Rembrandt vrátil ještě po polovině padesátých let v obraze „Anatomie doktora Deijimana“, který se bohužel dochoval jen ve fragmentu.

Dodnes je Rembrandtovo dílo inspirací pro mnoho současných umělců, předběhl svou dobu, nepochybně je výjimečný, ale čím je výjimečný pro vás osobně? Ke kterým dílům chováte zvláštní vztah?

Pro mě osobně je Rembrandt opravdu malíř člověka, který dokázal zachytit na plátně lidskou duši. Krásně a zcela vyčerpávajícím způsobem to pro mě vystihují slova Karla Čapka, jenž se v jednom ze svých slavných cestopisů vyznává z obdivu k Rembrandtovi a jeho dílu,





a pro kterého jsou mistrovy obrazy především plny „Hledání tmy, hledání Orientu. Člověk divně utkaný z hloubání, senzualismu, patetičnosti a strašného realismu. Z teplé tmy jeho obrazů září drahokamy a sešlost těla, bradaté hlavy talmudistů a vlhké oči Suzaniny, Syn člověka a tvář člověka; ale hlavně a nadevše znepokojuje a hrozná, teskná a nevýslovná duše člověka.“

Vybrat jedno nejoblíbenější dílo by asi bylo nemožné, ale už od dob studií, kdy jsem poprvé viděla „Židovskou nevěstu“, ji pokaždé při cestě do Holandska musím navštívit. I když jsem ji viděla už mnohokrát, pokaždé se nemůžu odtrhnout a snažím se vstřebat tu něhu, intimní dialog, doteky, náladu tohoto obrazu. Ale i očima ohmatat až hapticky přesný rukáv snad Izáka, který jakoby emanoval světlo.

A alespoň nezmínit nemůžu milovanou Agathu Bas, jejíž portrét je v Královských sbírkách v Londýně. Jedná se o neuvěřitelně realistický portrét sebevědomé ženy, kde Rembrandt dokázal zachytit nejen Agathinu fyzickou podobu, a právě chvějivým rukopisem zachycená tvář a výraz kontrastuje s přesnou realistickou malbou nákladného oděvu a šperků.

Jak se Rembrandt lišil od svých současníků? Často umělci bývají oceněni až po své smrti, ale Rembrandtovy portréty byly trendem i za jeho života.

Rembrandt byl malíř, který byl i ve své době velmi progresivní a nedlouho po příchodu do Amsterdamu oslovil tamní klientelu například svým inovativním přístupem k portrétu. V případě podobizny od Rembrandta

totiž portrétovaný získal více než jen fyzickou podobiznu. Navíc jsou portréty od Rembrandta nejen bravurné a realisticky namalované, ale také plné dynamiky, jsou to vlastně momenty zastavené v čase. Krásným příkladem je třeba „Portrét mladé ženy s vějířem“, který do Prahy přicestoval z Metropolitního muzea v New Yorku. Nejedná se o pasivní ženu sedící modelem, ale Rembrandt ji zachytil v momentu, kdy se chystá vstát a aktivně se opírá o hranu stolu. Stejně tak působí portrét jejího tehdy nastávajícího manžela, jehož Rembrandt také portrétoval, a který se k nám v uvítacím gestu naklání z obrazu celý. Komunikace obou portrétů, které vznikly pravděpodobně u příležitosti zasnub páru, je dechberoucí.

Celá výstava se jmenuje „Rembrandt: Portrét člověka“, mohl tedy portrétováním sledovat nějaký vyšší cíl? Nemohly být portréty i polem, kde mohl mít jistou volnost v tvorbě a nemusel se omezovat danými standardy? Mohl se Rembrandt pokoušet portréty dokumentovat lidství v jeho vlastní podstatě?

Portrét byl v této době hlavně zakázkou. Rembrandt se na počátku třicátých let 17. století v Amsterdamu etabloval jako vynikající portrétista a vytvořil mnoho portrétů pro amsterdamskou elitu, ať už jednotlivců, párových anebo už zmíněných skupinových. Rembrandt ale portrétoval například i svého přítele Jana Sixe. Právě tento portrét je považován za jeden z nejcitlivějších, který jasně zachytil přátelský vztah obou mužů. Jen pro zajímavost, Jan Six se nedlouho po dokončení portrétu oženil s dcerou doktora Nicolaese Tulpa.

Volnost v tvorbě sice Rembrandt bezpochyby uplatnil i u portrétních zakázek, jelikož byl opravdu mód-

ní a sebevědomý malíř, který určoval trendy, ale také například v rámci historické malby a v malbě tzv. tronie. Jedná se sice o obraz, který zachycuje lidskou tvář či polopostavu, ale smyslem není portrét v pravém slova smyslu. Cílem malby tronie je zachycení emoce, nálady, myšlenkového rozpoložení.

Přenesme se do světa neomezených možností science fiction a představme si Rembrandta žijícího mezi námi. Co myslíte, že by Rembrandt mohl malovat či vytvářet dnes?

Myslím, že tak jako před více než třemi sty lety by Rembrandt šel svou vlastní cestou, tvořil by svá vlastní pravidla a i dnes by zkoumal ve svých malbách, kresbách a grafikách lidskou duši.

Autorka rozhovoru Kristýna Mikulková je studentkou Filmové a televizní fakulty AMU oboru fotografie. Dříve studovala výtvarné umění na Pedagogické fakultě UK. V rámci magisterského programu absolvovala roční studijní pobyt v Lisabonu na Instituto Politécnico de Lisboa, který předurčil její další tvůrčí východiska vedoucí až k fotografii a jejímu dalšímu zaměření.



Aert de Gelder, Vertumnus a Pomona, nedatováno, NGP



Christopher Paudiss Podobizna mladého muže (autoportrét), 1661, NGP



Rembrandt Harmensz. van Rijn, Poprsí muž v kožešinové čepici, 1630, Tíroler Landesmuseum Ferdinandeum, Innsbruck



Rembrandt Harmensz. van Rijn, *Saskia Uylenburgh jako dívka*, 1633, Staatliche Kunstsammlungen Dresden, Gemäldegalerie Alte Meister



Rembrandt Harmensz. van Rijn, Učenec ve studovně, 1634, NGP



Rembrandt van Rijn, *Autopotrét se vztyčenou šavlí*, 1634, NGP

Post Scriptum

Sputnik a ruská spojka v lánské oboře

Jaroslav Veis

Když se 11. srpna 2020 rozlétla po všech displejích zpráva, že v Rusku právě rozhodli, že vakcína proti covidu-19, dosud s pracovním názvem Gam-COVID-Vac, byla provizorně registrována a tím dostala úřední posvěcení k očkování, byla to jen část sdělení, ta vědecká. Další věta, že vakcína ponese název Sputnik V, zděděný po první umělé družici země, vypuštěné Sovětským svazem 4. října 1957, mělo však už význam politický. Bylo to stvrzení, že vývoj vakcíny byl v Rusku chápán od samého počátku jako nejen vědecký, ale také politický projekt.

Ostatně i Sputnik 1 nebyl pouze vědeckým úspěchem. Byl především prvním významným vítězstvím tehdejšího Sovětského svazu ve studené válce a zároveň poselstvím Západu, že Sověti už ho vojensky pouze nedohání, jako v případě vývoje atomové bomby, ale mohou ho smrtelně ohrozit raketami schopnými zasáhnout i Spojené státy. Západ se naštěstí probudil a Sputnik 1 tak byl, jak říkají karbaníci, „první vyhrání, které z kapsy vyhání“. Vedení v kosmické fázi studené války si Sověti udrželi ještě v případě prvního člověka ve vesmíru Jurije Gagarina, program Apollo však je už nenávratně spláchl na „krásné druhé místo“.

Každopádně Sputnik se stal mezinárodním slovem s pozitivní konotací a se záběrem stejně širokým jako

má třeba náš český robot. Byl to také jeden z mizivě menšiny bezvýhradně úspěšných a prvotřídních sovětských, resp. ruských produktů vůbec, nepočítáme-li vodku a kaviár a s mírným odstupem samopal Kalašnikov. Takový poklad přece nelze nechat ležet ladem, že?

Kdo na nápad nazvat vakcínu Sputnik V (je to V jako vakcína? Nebo V jako victory? Nebo prostě římská pětka? Původní sputniky byly čtyři...) přišel, nikdo světu nesdělil. Nicméně vzhledem k tomu, že briefingu, kde bylo oznámeno schválení k jeho použití, se účastnil nejen ruský ministr zdravotnictví Michail Muraško, ale stál tam s ním také prezident Vladimír Putin, lze předpokládat, že nápad se zrodil, když ne přímo v Kremlu, tak v nějaké ruské vládní instituci zaměřené na mezinárodněpolitický marketing. V časech hybridních válek (i těch studených) je právě politický marketing jedna z nejsilnějších zbraní. Stejně jako první (kosmické), tak i druhé (vakcinační) důležité vědecké závody jsme vyhráli my, oznamoval tím Kreml. Pravda, v závěrečném kole to vzal zkratkou přes trávník. Vítězství si nárokoval ve chvíli, kdy vakcína za sebou měla jen první dvě fáze klinických zkoušek na hodně malém vzorku pacientů a třetí, nejnáročnější fáze ještě nebyla zahájena. Do cíle tedy chybělo celé jedno kolo, takže žádost o autorizaci lékovými agenturami, která je zásadní, fakticky ani

nemohla být podána, natož přijata. I tak byl ale nápad funkční: už 20. srpna oznámily ruské úřady, že o dodání Sputniku V požádalo 20 zemí a vzápětí začalo Rusko vakcínu také zájemcům dodávat. Na některých obalech pak hrdě stojí, že jde o „The first registered Covid-19 vaccine“, což, pokud jde o tu registraci, je pravda jen značně upravená.

Kosmické paprsky jakoby však zasáhly i tradičního ruského soupeře, Západ. Důraz na rychlost amerického úsilí o vývoj vakcíny podtrhl jeho název „Operation Warp Speed“, odvozený od fiktivního pohonu kosmických lodí v seriálu Star Trek, umožňujícího jim dosahovat nadsvětelné rychlosti. I když žádná západní vakcína nedostala propagandistické jméno po nejslavnější z těch lodí Enterprise, ba ani po skutečných amerických kosmických lodích Apollo, třeba 18 (těch v lunárním programu z přelomu 60. a 70 let minulého století bylo sedmnáct), i tady hrálo pojmenování výsledného produktu podstatnou, vysoce symbolickou a svým způsobem politickou roli. Nejde tu ovšem o politiku velmocenskou, nýbrž o správu věcí veřejných.

Jedna ze dvou prvních vyvinutých revolučních vakcín na bázi mRNA, společný produkt farmaceutického gigantu Pfiizer a německého biotechnologického start-upu BioNTech totiž dostal své jméno rovněž s cílem vyjádřit nikoli jen, z čeho je složena. Ač ho čeština za svůj nevzala a dost možná ani nevezeme, takže o ní mluvíme jako o vakcíně Pfiizer, správně se jmenuje Comirnaty®. Jméno je vytvořeno velmi promyšleně. Nese v sobě slova covid, imunita a komunita (community) a určení typu vakcíny mRNA.

Pojmenování tak má zdůraznit proti čemu nás vakcína brání, jakým způsobem a hlavně to, že má sloužit

lidskému společenství, komunitě. Je rovněž jisté, že název nevznikl v Bílém domě ani na jeho objednávku. Jeho autorem je přední světový tvůrce obchodních značek zejména pro farmaceutický průmysl Brand Institute z Miami na Floridě. Vakcína má už i nekomerční jméno, jímž podle požadavků Světové zdravotnické organizace mají být označovány potenciální generika: toziname-ran (přípona meran označuje, že jde o vakcínu typu mRNA).

Smyslem tohoto textu určitě není nikterak zpochybňovat kvalitu práce ruských vakcinologů, kteří v moskevském Gamalejevově institutu epidemiologie a mikrobiologie připravili Sputnik V ani účinnost vakcíny a její přínos v boji proti covidu-19. Tvůrcům vakcíny budiž vzdán dík stejný jako všem, kdo se na boji proti pandemii podílejí. Její problémy jsou však v nedokončeném testování a roli hrají také obavy o dodržování technologické disciplíny při její výrobě, která je v Rusku tradičně problematická. Obojí by nepochybně vyřešilo dokončení klinických testů stejně jako případná licenční výroba Sputniku V v jiných zemích.

Smyslem tohoto textu však určitě je připomenout, jak moc a komu jde víc o politiku než o vakcínu a o lidi. Nejen Putinovi, ale bohužel i našemu prezidentovi, dokonce ho v tom předčí jen málokdo na světě. Ač primárním důvodem pomalejšího průběhu vakcinace, než bylo v plánu, rozhodně není nedostatek vakcín v zemi, nýbrž spíše nezvládnutá a někdy zmatečná organizace očkování, iniciativně žádá přímo Putina o dodávky Sputniku V. Té radosti v Kremlu a v ruské televizi: Češi už žádají Moskvu o pomoc! Jako v sedmačtyřicátém, když tam bylo sucho, jako v osmašedesátém, když tam řádila kontrarevoluce!

Miloš Zeman však nefunguje jen jako ruská spojka: Sputnik mu má poté, co rok se před pandemií v podstatě jen ukrýval v lánské oboře, pomoci ukázat, že on je tady skutečným pánem, tím, kdo rozhoduje o složení vlády, kdo chrání naše zdraví a životy. A co víc, je tu ještě další skrytý zájem nejen prezidenta, ale i jeho dubiózního okolí: využít Sputniku V jako podpůrného argumentu

pro spolupráci s Ruskem na dalším řešení budoucnosti české jaderné energetiky.

Přistoupit na toto ohavné prezidentovo zneužívání pandemie by znamenalo poklesnout na jeho úroveň.

Zkrácená verze textu vyšla v Lidových novinách 19. března 2021.



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

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

Ročník 31, číslo 1, duben 2021

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; MUDr. Jana Šeblová, Ph.D.; Jaroslav Veis.

Šéfredaktorka:

Jolana Boháčková, 3. lékařská fakulta UK, Středisko vědeckých informací,
Ruská 87, 100 00 Praha 10, e-mail: vnr@lf3.cuni.cz, jolana.bohackova@lf3.cuni.cz

Grafický návrh: Carton Clan, Petrohradská 3, Praha 10

Sazba: Jan Murdych

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

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

Objednávky na distribuci a inzerci: přijímá šéfredaktorka

Časopis je zájemcům zasílán bezplatně.

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

Registrace: MK ČR E15377

ISSN 1212-5083

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

