

VITA NOSTRA REVUE

ÚSPĚCHY A RODOSTI ROKU 2024 - STUDENTSKÉ STÁŽE V ALPÁCH - ROZHOVOR S ING. RICHARDEM SMEJKALEM O COVIDU, VÁLEČNÝCH KONFLIKTECH A PŘIPRAVENOSTI NA KRIZE - DR. JANA ŠEBLOVÁ: PRO PŘÍPAD KRIZE NEBO VÁLKY - ROZHOVOR S DOC. JIŘÍM KNOREM O ZÁCHRANCE - ÚRYVEK Z KNIHY ČERNÉ ZRCADLO BARBORY ŘEBÍKOVÉ

EDITORIAL2**FACULTAS NOSTRA**

Úspěchy a radosti v roce 2024 . . . . .	.4
Modernizace, která změnila Gynekologicko-porodnickou kliniku k nepoznání (Jolana Boháčková) . . . . .	.9
Mezi jezery a Julskými Alpami: Stáž v Klagenfurtu (Kevin Anthony Kalapoš) . . . . .	.12
Studium v zemi helvétského kříže (Jonáš Vala) . . . . .	.16
Dětská urologie v srdci Tyrolska (Adéla Štěrbová) . . . . .	.18
Praxe na břehu alpského jezera (Kateřina Hájková a Filip Otepká) . . . . .	.21
Tři otázky pro nového profesora (Jolana Boháčková) . . . . .	.23
Vzdělávání v medicíně II. (Hana Svobodová) . . . . .	.25
Abychom svůj zažitý morální kodex alespoň sem tam oprášili (Helena Dospivová) . . . . .	.28
MEDICÍNA	
Ať se děje cokoli, vždy se najdou lidé, kteří chtějí pomáhat (Jolana Boháčková) . . . . .	.33
Pro případ krize nebo války... (Jana Šeblová) . . . . .	.42
Zajímavý obor, který se dotýká mnoha specializací medicíny (Jolana Boháčková) . . . . .	.45
Dosud neexistovaly laboratorní nebo zobrazovací metody pro diagnostiku schizofrenie. Změna nastává s projektem BRAINSCAPE (Jan Červenka) . . . . .	.54
Albert Schweitzer: Humanitární maják v srdci Afriky (Jolana Boháčková) . . . . .	.56

TEXT

Čtyři principy lékařské etiky – Autonomie (Barbora Řebíková) . . . . .	.61
RES PUBLICA	
Kdo se tu zbláznil? (Petr Fischer) . . . . .	.76
Evropskou obranu vyztuží miliardy eur. Ale jak? (David Klimeš) . . . . .	.78
Západ na dvě půlky: čeká nás konec demokracie, jak ji známe? (Tomáš Sedláček) . . . . .	.80

ORBIS PICTUS

Srdce žirafy v zajetí je o dvanáct kilo lehčí (Kristýna Mikulková)83
--	-----

POST SCRIPTUM

Myši v Kongresu a terapie tresčími játry (Jaroslav Veis)94
--	-----

Editorial

Vážené čtenářky a kolegyně, vážení čtenáři a kolegové, studentky a studenti, příznivci našeho časopisu Vita Nostra Revue,

celý loňský rok jsem se ve svých úvodnicích těšil, že budu oznamovat zlepšení světové, evropské i české obecně politické situace. Ale začátek tohoto roku mě a mnoho jiných překvapil zjištěním o stavu světa. Většina z nás si uvědomuje, jaké elity vládou světu – absolutní sobci s narcistickými rysy a nemalou touhou po moci a penězích. My jako lékaři a univerzitní pracovníci máme svou úlohu při léčení a prevenci nemocí a výchově mladých studentů. Musíme být připraveni pomáhat na všech úrovních. Jak zní heslo mladé generace: „Uka dobro“.

V minulém čísle Vita Nostra Revue se studenti věnovali lékařské pomoci v rozvojových zemích, tentokrát se jejich texty zaměřují na sbírání zkušeností, znalostí a dovedností na předních alpských klinikách. Skutečně inspirativní čtení. Jako každý rok paní šéfredaktorka našeho časopisu udělala anketu mezi přednosty ústavů, oddělení a klinik naší lékařské fakulty. Všimněme si, co kdo z nich zdůrazňuje ve své činnosti. Anketu doplnila paní šéfredaktorka samostatným textem o novinkách z Gynekologicko-porodnické kliniky 3. LF UK a FNKV, které přineslo vedení kliniky v čele s profesorem Lukášem Robem.

Ve větší míře se věnujeme také urgentní medicíně a připravenosti na různé krize a katastrofy. V rozho-

voru s doc. Knorem se dozvídáme, že záchranná služba je nesmírně žhavé téma. O připravenosti na živelní katastrofy či válečné konflikty mluví v rozhovoru ing. Richard Smejkal z Českého červeného kříže a ve svém textu ho doplňuje dr. Jana Šeblová.

Vždy jsme byli hrdí na činnost a úspěchy našich studentů a ceníme si všech jejich článků, stejně jako eseje studentky 2. ročníku Heleny Dospivové o jejích zážitcích a pocitech, které v ní zanechala návštěva Osvětlemi. Mimochodem, velmi názorný příklad, jak dobře organizovat výuku medicínských i nemedicínských disciplín. Na to navazuje rubrika Text, kde publikujeme úryvek z knihy Černé zrcadlo Barbory Řebíkové, která přináší pěkný přehled činnosti a praxe ústavu etiky.

Nakonec nemohu skončit svůj editorial jinak, než citátem, který jsem použil na konci svého loňského úvodu. A to je heslo fotbalistů SK Slavia Praha: „Naděje umírá poslední.“ Tak všichni doufejme a konejme podle zásady naší mladé generace: „Uka dobro.“

prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
předseda redakční rady Vita Nostra Revue



Úspěchy a radosti v roce 2024

Jako každý rok se i letos ptáme přednostů a přednostek ústavů a klinik, co se na jejich pracovištích v minulém roce povedlo, z čeho mají největší radost.

doc. MUDr. Zdeněk Šubrt, Ph.D., přednosta Chirurgické kliniky 3. LF UK a FNKV

Rok 2024 byl pro naši chirurgickou kliniku obdobím intenzivního rozvoje a inovací v několika klíčových oblastech chirurgie. Zásadním krokem bylo zavedení a rozvoj robotické chirurgie, což přineslo vyšší přesnost zákroků, zkrácení rekonvalescence pacientů a nižší riziko komplikací. Tyto technologie nám umožnily dosáhnout excelentních výsledků především v oblasti onkochirurgie a kolorektální chirurgie.

Dále jsme pokračovali v rozvoji miniinvazivní chirurgie včetně akutních výkonů. Minimalizace operační zátěže je pro pacienty zásadní, ať už jde o kratší hospitalizaci, rychlejší rekonvalescenci nebo snížené riziko infekcí. Implementovali jsme nové metody, jako je MILOS (Mini/Less Open Sublay Repair) v řešení

ventrálních kýl, což nám umožnilo výrazně snížit invazivitu zákroků a dosáhnout výborných výsledků jak z hlediska funkce, tak estetiky.

Ve spolupráci s bariatrickým centrem FNKV došlo k rozvoji i chirurgické léčby obezity. Kromě redukce váhy jsme se soustředili také na řešení souvisejících metabolických onemocnění. Díky miniinvazivním přístupům jsme dosáhli excelentních výsledků s nižší zátěží pro pacienty. Tyto pokroky jsou výsledkem práce celého týmu chirurgické kliniky, využití moderních technologií a neustálého vzdělávání. Naším cílem je i nadále poskytovat pacientům péči na nejvyšší úrovni a být jedním z lídrů v oblasti chirurgických inovací.

doc. MUDr. Robert Zajíček, Ph.D., přednosta Kliniky popáleninové medicíny 3. LF UK a FNKV

Největším úspěchem kliniky popálenin v roce 2024 bylo bezesporu získání mezinárodní akreditace Evropské popáleninové společnosti (EBA) v rámci *EBA Verification Program*. Akreditací se klinika zařadila do evropské sítě pracovišť poskytujících vysoký standard

péče o popálené pacienty. Akreditace je ohodnocením dlouhodobé práce celého týmu a na druhé straně i závazkem do budoucna, abychom nastavenou péči udrželi i v dalších letech.

MUDr. Martin Seifert, vedoucí Kabinetu praktického lékařství 3. LF UK

Dařilo se nám umístit všechny studenty 5. a 6. ročníku českého i anglického kurikula na jednodenní

i týdenní stáže do ordinací praktických lékařů a to bez jakýchkoli organizačních zádrhelů. Všichni studenti

pak také o svých stážích písemně i ústně referovali a my jsme s nimi jejich zkušenosti diskutovali. Seznam školitelů v Praze i po celé republice stále rozšiřujeme. I třetí ročník projektu skupinových stáží ve venkovských českých a bavorských praxích praktických lékařů *Šumavský doktor* se velmi vydařil, všichni účastníci byli spokojeni. I do čtvrtého ročníku jsme museli vybírat z velkého množství zájemců.

Za další úspěch považuji třetí květnové informační odpoledne pro zájemce o všeobecné praktické lékařství, které jsme tentokrát zaměřili na *evidence-based medicine* a její uplatňování v denní praxi. Hlavní hostem byl PhDr. Miloslav Klugar, Ph.D. Letošní informační odpoledne jsme zaměřili vyloženě jako kariérní seminář pro zájemce o VPL. Kromě studentů a našich praktiků školitelů jsme poprvé pozvali také zástupkyni dětských praktických lékařů, předsedkyni OSPL MUDr. Alenu Šebkovou.

Jako každý rok i letos opakuji trvalý úspěch: výuka komunikace formou simulací běžných situací v ordinaci praktického lékaře. Mimo simulačních seminářů

v rámci povinného týdne praktického lékařství v 5. ročníku jsme už potřetí provedli studenty povinně volitelným kurzem zaměřeným na komunikaci. Kurz nabízíme i v anglickém jazyce.

Podruhé jsem vypsal SVA, na kterou se přihlásily hned tři studentky. Věříme, že budou výsledky své práce prezentovat na Studentské vědecké konferenci. Dalším počinem je garantování volitelného kurzu *Dopady klimatické a ekologické krize na zdraví*, který spoluorganizuje naše kolegyně Dr. Marie Bourne. Kurz je nabízen i v angličtině.

Co se týče mimofakultních projektů, zmíním svou akademickou stáž na obrovském, špičkovém pracovišti primární péče na univerzitě v holandském Nijmegenu a prezentaci svých výzkumných výsledků na evropské psychosomatické konferenci v Lausanne a také úspěšný projekt *Paliativní praktici*, který vede kolega MUDr. Pavel Demo. Dr. Demo projekt prezentuje na českých i mezinárodních konferencích a vystoupil také se svým příspěvkem na našem kariérním semináři 6. března.

prof. MUDr. Petr Toušek, Ph.D., FESC., přednosta Kardiologické kliniky 3. LF UK a FNKV

V porovnání s předchozími roky jsme znovu navýšili objem poskytnuté zdravotní péče. Na Kardiologické klinice bylo v roce 2024 hospitalizováno přes 6 100 pacientů, u kterých bylo provedeno 5 580 invazivních výkonů, a ambulantně bylo ošetřeno přes 15 tisíc nemocných. Do klinické praxe byly zavedeny nové léčebné metody u pacientů s tromboembolickou chorobou (FlowTrieveer, ClotTrieveer) i pro pacienty s poruchami srdečního rytmu (bezdrátový kardiostimulátor, ablace pulsním polem).

V oblasti vědy se podařilo dokončit dvě významné multicentrické randomizované studie PRAGUE-23 a PRAGUE-25, jejichž výsledky budou publikovány v průběhu roku. V roce 2024 obhájili čtyři postgraduální studenti z Kardiologické kliniky své dizertační práce a byl jim udělen titul Ph.D.

Významné ocenění za nejlepší projekt v panelu Kardiologických věd v rámci 10. výroční AZV agentury získal prof. MUDr. Pavel Osmančík, Ph.D. Mezi TOP vědkyně Česka 2024 byla časopisem FORBES zařazena

prof. MUDr. Zuzana Mořovská, Ph.D. Nadále věnujeme velké úsilí kvalitě pregraduálního i postgraduálního vzdělávání. V loňském roce úspěšně složili čtyři lékaři atestaci z kardiologie.

I v loňském roce jsme organizovali jako centrum excelence pro katetrizační implantace aortální chlopně a fyziologickou stimulaci mezinárodní vzdělávací

workshopy. Velkým úspěchem bylo i uspořádání druhého ročníku *Vinohradské srdce* pro zdravotní sestry a nelékařský personál. Jsme rádi, že se nám daří výše uvedené úspěchy realizovat v pracovní přátelské a týmové atmosféře a s lidským a empatickým přístupem k našim pacientům. O tom svědčí i velké množství děkovných dopisů, které tento přístup vyzdvihují.

PhDr. Petr Honč, Ph.D., přednosta ústavu jazyků a lékařské terminologie 3. LF UK

Pracovníci Ústavu jazyků a lékařské terminologie se snaží poskytnout všem studentům to nejkvalitnější vzdělávání v jazykové oblasti. Velmi hezké semestrální evaluace a udělení Syllabovy křídly našemu kolegovi Václavu Koutnému jako nejoblíbenějšímu pedagogovi v prvním ročníku svědčí o tom, že se nám to snad daří.

Vedle zabezpečení základní výuky se snažíme reagovat na stále rostoucí počet studentů mířících za studiem nebo odbornými stážemi do zahraničí. V loňském roce jsme pro ně otevřeli rekordní počet jazykových kurzů zaměřených na jazyk ve zdravotnictví. Konkrétně se jednalo o kurzy němčiny, francouzštiny, italštiny a španělštiny. Tyto kurzy, vedené vysoce kvalifikovanými lektory využívají nejenom naši studenti, ale také studenti z jiných lékařských fakult.

Naš ústav úzce spolupracuje s dalšími pracovišti naší fakulty i celé univerzity a snaží se rozvíjet zahraniční spolupráci. Zmínil bych zde alespoň již osvědčenou spolupráci s Ústavem ošetrovatelství, konkrétně se jedná

o práci na přepracovaném vydání populární učebnice *Talking Medicine*, jež připravují Iveta Čermáková s Terezou Bakusovou. Iveta Čermáková rovněž vedla seminář pro studenty předmětu *Výuka češtiny jako druhého jazyka v praxi* na FF UK. Měli jsme také zastoupení na Dni latiny, jenž organizuje FF UK a který je určen zejména pro středoškolské studenty. Pronesl jsem tam příspěvek na téma latinských lékařských disertací v raném novověku.

Jako významný host v mém volitelném semináři *Lékařská terminologie: dějiny a současnost* vystoupil prof. Florian Steger, ředitel Institutu historie, filozofie a etiky medicíny na univerzitě v Ulmu, s příspěvkem ke Galénově medicíně. Profesor Steger rovněž posléze pronesl velmi zajímavou přednášku na téma aplikované etiky v rámci přednáškového cyklu *Medicína jako věda*, organizovaném našimi studenty.

Chtěl bych na tomto místě srdečně poděkovat všem svým kolegům, kteří mají významný podíl na rozvoji a úspěchu našeho pracoviště.

prof. MUDr. Romana Šlamberová, Ph.D., přednostka Ústavu fyziologie 3. LF Uk

V roce 2024 obhájili svou dizertační práci celkem tři doktorandi – doktorand dr. Andrey Štofkové Mgr.

Miloslav Zloh (4. ročník) na téma „Duální role neurotrofinu BDNF a VGF v regulaci patogeneze autoimunit-

ního zánětu sítnice“, dvě doktorandky prof. Romany Šlamberové: Mgr. Barbora Čechová (5. ročník) na téma „Je adolescence kritickým obdobím pro vznik drogové závislosti u laboratorního potkana?“ a Mgr. Anna Bednaříková (6. ročník) na téma „Vliv prenatální aplikace metamfetaminu a prenatální hypoxie na příznaky podobné ADHD“. Výše zmiňovaní doktorandi jsou rovněž autory kvalitních publikací v časopisech v Q1.

V neposlední řadě bych chtěla vyzdvihnout úspěšnou reprezentaci našich studentů a školitelů na Stu-

dentické vědecké konferenci 3. LF UK v roce 2024 – teoretická sekce, přednášky, 1. místo: Mathias Lerner, Edvin Konikov, et al. (školitel doc. Šimon Vaculín): *Changes in behavior after chronic constriction injury in rats and treatment with clonidine*, postgraduální sekce, přednášky, 2. místo: Mgr. Miloslav Zloh (školitelka dr. Andrea Štofková): *Visual stimulation supports retrograde transport of BDNF from the brain to the retina in healthy and uveitic mice*.

doc. MUDr. Jiří Slíva, Ph.D., MBA , přednosta Ústavu farmakologie 3. LF UK

Rád bych poděkoval každému z kolegů a kolegyně, kteří se podílejí na výuce a vědeckých aktivitách. Jmenovitě blahopřeji shodou okolností své postgraduální studentce dr. Zatovkaniukové hned ke třem prvoautorským publikacím v časopise s IF, čímž se významně přiblížila k plánovanému úspěšnému zakončení svého studia. Mé (nejenom) velké díky patří našim asistentkám Věře Mendlové, DiS., a Naděždě Hemberové, DiS., které dlouhodobě plně participují na přípravě a realizaci online testování pro studenty v bakalářských i ma-

gisterských oborech (včetně nezbytné komunikace se studenty před i po testu), a to pro nás i mnohé další preklinické a klinické ústavy a pracoviště. V kolektivu autorů z klinických pracovišť se též podařilo volně navázat na předchozí úspěšnou publikaci nakladatelství Grada *Mozek a farmaka* titulem *Nové trendy v analgosedaci*, jenž opustil tiskárnu krátce před Vánocemi. A v neposlední řadě radost nám všem udělal dr. Lapka svým druhým přírůstkem, dcerou Verunkou – ještě jednou gratulujeme!

prof. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc., MHA, přednostka Neurologické kliniky 3. LF UK

V roce 2024 se nám podařilo vydat čtvrté aktualizované a rozšířené vydání *Moderní farmakoterapie*. Jde o aktualizovaný přehled o diagnostice a léčbě v neurologii, což vydáváme již od roku 2015. Kniha má v současnosti cca 1000 stran.

Během roku 2024 jsme se stali společně s NUDZ součástí mezinárodního grantu PsyPal (Horizon, Europe), který bude zkoumat účinek psilocybinu u nemocných

s existenciálním distresem. Za naší kliniku budeme posílat pacienty s depresí u roztroušené sklerózy.

Během roku 2024 jsme dovedli k úspěšnému dokončení jednoho našeho postgraduálního studenta, který se věnoval problematice metabolomiky u roztroušené sklerózy. Rovněž jsme byli aktivní na mezinárodním poli (řada zvaných přednášek a další aktivní účasti na zahraničních kongresech).

Pokračovali jsme ve vývoji původních českých a inovativních kognitivních testů *Amnesia Light and Brief Assessment (ALBA)* a *Pojmenování obrázků a jejich vybavení (POBAV)*. Dosáhlo se certifikace MZ ČR a validačních studií v časopisech s IF. Aktuálně probíhá pres-

tižní grant TAČR směřující k vývoji digitální aplikace na samovyšetření paměti a samovyhodnocení pomocí umělé inteligence. Na klinice jsme nově zavedli akupunkturu pro nemocné s bolestmi zad. Rovněž se podařila částečná rekonstrukce kliniky (výměna oken).

doc. MUDr. Robert Grill, PhD., MHA, přednosta Urologické kliniky 3. LF UK a FNKV

V červnu 2024 byl zahájen provoz Centra robotické chirurgie v pavilonu H vinohradské nemocnice – po mnohaletém úsilí, možná více než 12 letech. Metoda je využívána obory chirurgie, gynekologie, urologie a ORL. Díky silné motivaci všech zúčastněných bylo i přes zahájení v době letních dovolených vyhodnoceno naše centrum jako jedno z nejrychleji se rozvíjejících v celé Evropě (která má celkem 2 tisíce robotů) – provedli jsme za půl roku 226 operací. Jako u jednoho

z mála pracovišť v ČR je součástí i druhá, plnohodnotná operační konzole, která umožní nejen dynamičtější edukaci dalších operátorů, ale i možnost nabídnout studentům naší fakulty formou povinně volitelného kurzu v pregraduální výuce ve všech čtyřech oborech zážitek z přímé účasti ve 3D zobrazení na pozici „operujícího.“

V klinické medicíně je to pak řada výkonů, které výrazně posunují možnosti precizní operativy a výrazně usnadňují pooperační průběh u pacientů.





Modernizace, která změnila Gynekologicko-porodnickou kliniku k nepoznání

Jolana Boháčková

Gynekologicko-porodnická klinika 3. LF UK a FNKV prošla v posledních letech zásadní proměnou. Po několika letech postupné rekonstrukce se loni konečně dostala do finální fáze a může nabídnout služby moderního pracoviště 21. století nejen pacientkám, ale i budoucím lékařům specializovaným na gynekologii a porodnictví.

Když tým kliniky v roce 2016 přišel z 2. lékařské fakulty, čelil nepříliš přívětivým podmínkám. „Přišli

jsme do ‚vybydleného domu‘. Na lůžkovém oddělení pacientky sdílely společné sprchy a záchody a porodní sál byla jedna velká místnost s několika boxy,“ vzpomíná přednosta kliniky prof. MUDr. Lukáš Rob, CSc. Cílem nového týmu bylo vybudovat moderní prostředí odpovídající 21. století a ukázat, že klinika patří ke špičkovým pracovištím.

Díky podpoře vedení nemocnice vznikl nový ambulantní trakt s dvanácti odbornými ambulancemi, nové

porodní sály a moderní zázemí pro neonatologii. „Neonatologické oddělení bylo dříve velmi skromné, což se změnilo mimo jiné také díky erudovaným sestřám i lékařům neonatologům, kteří k nám přišli z Motola. Jsou nesmírně důležití zejména pro péči o nedonošené děti,“ vysvětluje prof. Rob. Nyní se klinika může chlubit Intenzivní jednotkou intermediální péče, která je schopna pečovat o nedonošené novorozence od 32. týdne těhotenství.

Největší onkogynekologické centrum v Česku

Klinika si však zakládá nejen na kvalitní porodnické péči, ale především na gynekologické a onkogynekologické operativě. „Podařilo se nám během krátké doby vybudovat ve spolupráci s Onkologickou klinikou 3. LF UK a FNKV nejmodernější a největší onkogynekologické centrum v Česku. Ročně řešíme kolem 550 nově diagnostikovaných gynekologických malignit, což znamená přibližně 350 velkých operací. Druhé největší onkogynekologické centrum (VFN) má 360 nových pa-



cientek ročně,“ uvádí prof. Rob. K tomu slouží tři operační sály.

Další pokrok přineslo také zavedení robotické chirurgie. „Dva dny v týdnu operujeme s využitím robotického systému, což usnadňuje výkony například u obézních žen, kterých v populaci výrazně přibývá,“ doplňuje primář prof. MUDr. Michael Halaška, Ph.D., a podotýká, že o robota se dělí s několika klinikami nemocnice. „Musím zmínit, že máme s kolegy z jiných klinik velmi dobré vztahy, díky nimž je možné rozvíjet a prohlubovat další spolupráci, což je obrovským benefitem především pro naše pacientky.“



Revoluce ve výuce mediků

Modernizace kliniky přináší také zlepšení podmínek pro výuku budoucích lékařů. Nové operační sály jsou vybaveny tzv. chytrou technologií, která umožní v dohledné době přímý audiovizuální přenos operací do posluchárny. „Studenti už nebudou namačkaní v rohu sálu, odkud by operaci sotva viděli. Díky několika kamerám budou mít možnost sledovat

zárok zblízka a v reálném čase o něm diskutovat s asistentem,“ popisuje prof. Halaška. Monitor navíc bude mít i přednosta či primář, kteří tak mohou sledovat dění na všech sálech současně. Podobný model výuky je ve špičkových nemocnicích na západě běžným standardem. „Proto jsme tuto technologii začlenili do našich plánů na rekonstrukci a první operace s přímým přenosem bychom chtěli začít promítat už v zimním semestru příštího akademického roku,“ dodává.

Tréninkové programy pro budoucí lékaře

Součástí modernizace je také rozšíření možností praktické výuky. „Medici si mohou na trenažérech trénovat provádění ultrazvuku, laparoskopie nebo šití, aby si vyzkoušeli praktické dovednosti,“ říká prof. Halaška. Klinika už delší dobu nabízí také porodnický kroužek, v jehož rámci mohou studenti absolvovat služby s lékařem a získávat cenné zkušenosti přímo na porodním sále. „Ačkoli porodnictví není jednoduchý obor, mezi studenty o něj zájem je,“ dodává přednosta kliniky prof. Rob.



Gynekologicko-porodnická klinika FNKV tak díky rozsáhlé rekonstrukci nejen zvýšila úroveň péče o pacientky, ale také se stala špičkovým pracovištěm pro odbornou výuku a vědecký rozvoj v oblasti gynekologie a porodnictví.

Ústav pro péči o matku a dítě má nové přednosta

*V prosinci podepsali děkan 3. LF UK prof. Widimský a ředitel Ústavu pro péči o matku a dítě doc. Feyereisl novou Smlouvu o spolupráci obou institucí. Po 23 letech plodné těsné spolupráce dochází k jejímu dalšímu prohloubení, které je reprezentováno vytvořením dvou nových klinik v tomto špičkovém zdravotnickém zařízení: Gynekologicko-porodnické kliniky a Neonatologické kliniky. **Prof. MUDr. Ladislav Krofta, CSc., MBA, se stal přednostou***

Gynekologicko-porodnické kliniky a prof. MUDr. Zbyněk Straňák, Ph.D., MBA, přednostou Neonatologické kliniky. Obě pracoviště budou mezi sebou i nadále úzce spolupracovat, avšak ze smluvních výukových pracovišť se stanou plnohodnotnými klinikami. Jejich vědecké i pedagogické výsledky k tomu již dlouhou dobu zcela jednoznačně směřovaly – patří ve výzkumu i výuce mezi nejúspěšnější pracoviště 3. lékařské fakulty.



Mezi jezery a Julskými Alpami: Stáž v Klagenfurtu

Kevin Anthony Kalapoš, student 4. ročníku všeobecného lékařství

Uplynulé léto jsem měl díky programu Erasmus+ skvělou příležitost strávit dvouměsíční praktickou stáž na Klinice urologie a andrologie v rakouském Klagenfurtu am Wörthersee. Tato zkušenost pro mě byla skvělým odborným rozvojem, ale také nezapomenutelnou cestou do prostředí Julských Alp, kde se medicína snoubí s přírodou a inovacemi.

Kliniku v Klagenfurtu jsem si vybral především pro její komplexnost v šíři poskytované péče. V Korutansku tvoří jednu z největších nemocnic s více než 1 400 lůžky, ročně ošetří přes 500 tisíc pacientů a je mimo jiné centrem urologické péče. Na závěr mého studia jsem se rozhodl vyzkoušet urologii jako obor, ve kterém jsem

dosud neměl možnost působit, a který mě fascinuje svou všestranností – poskytováním operativní, konzervativní, paliativní i preventivní péče. Výhodou je také mezinárodní tým lékařů složený z odborníků například z Itálie, Chorvatska, Česka, Ukrajiny a Rakouska. Celá klinika měla pochopení pro cizince a byl jsem rychle akceptován jako plnohodnotný člen týmu.

Pro medika, který do té doby stážoval pouze v České republice, to byl poměrně intenzivní zážitek již od počátku stáže. První den jsem mimo nemocniční oblečení a přístupových údajů do nemocničního systému dostal také osobní telefon. Bylo pro mě poměrně překvapující, když mi hned první den volali z oddělení a dostal

jsem konkrétní úkoly. Medici zde fungují jinak než u nás. Rychle mi došlo, že tahle stáž nebude o stínování lékařů, postávání v rohu a koukání se, jak se co dělá. Od prvního dne jsem byl součástí týmu, zařazen v hierarchii nad zdravotními sestrami. To znamenalo, že kdykoliv potřebovala zdravotní sestra pomoc, první na koho přišla volba (pokud se jednalo například o běžné úkony sekundárního lékaře na oddělení), jsem byl já nebo některý z mých kolegů. Šlo například o komplikované pacienty, u kterých bylo potřeba odebrat krev, zavést kanylu, odstranit stehy, nebo centrální žilní katétr a podobně. Tenhle systém byl pro nás skvělá praxe s běžnými úkoly sekundárního lékaře na oddělení a zároveň ulehčil lékařům, kteří mezi tím mohli dělat jinou práci. Až pokud jsem úkol nezvládl nebo přesahoval mé kompetence, požádal jsem o pomoc lékaře.

Stejným způsobem jsem byl k dispozici i na operačních sálech či akutní ambulanci. Operativní trakt byl také velmi zajímavý. Měl jsem možnost vidět roboticky

asistované operace, veškerou endoskopickou operativu, kterou urologie nabízí, a mnoho dalšího. Mimo tuto dobu jsem mohl jako stážista dělat, co jsem zrovna uznal za vhodné a zajímavé, tedy účastnit se vizity, podílet se na práci v akutní ambulanci nebo například ve specializované andrologické ambulanci a podobně.

Po určité době se dokonce role otočily a měl jsem možnost si sám pozvat pacienta do ambulance, vyšetřit ho, stanovit pracovní diagnózu a následně zkonzultovat stav pacienta s lékařem a společně navrhnout další léčebný nebo diagnostický postup nebo například odebrat biopsii prostaty pod ultrazvukovou kontrolou a dozorem lékaře kliniky. Zcela rutinním se pro mě stalo vyšetřování uropoetického systému pomocí ultrazvuku nebo cévkování pacientů. S odstupem času jsem velmi rád za tenhle způsob vedení stáže a to, že na nás byla převedena nemalá odpovědnost.

Tento přístup mi v Rakousku mimořádně vyhovoval – jako medik jsem měl pocit, že jsem součástí týmu



a zároveň jsem byl užitečný. To je něco, co mi v průběhu mého studia v Česku chybělo a bohužel jsem takový přístup osobně nezažil. Je to něco, co bych rozhodně ocenil i u nás – zapojit mediky víc do praxe a chodu oddělení a klinik, využít jejich potenciálu a dosavadních dovedností k ulehčení práce celého týmu v daném zařízení a na druhou stranu je za to něco naučit, pomoci jim profesně růst a připravit je na jejich budoucí roli. Zažít praktickou stáž jako tuhle bych přál každému kolegovi z fakulty.

Každou středu odpoledne jsem se mohl účastnit seminářů pořádaných různými klinikami, určených pro začínající lékaře a stážisty. Semináře se týkaly aktuálních medicínských témat a následovala po nich diskuse. Každý týden byl seminář veden lékařem z jiné kliniky. V průběhu seminářů jsme tedy dostávali informace o aktuálních diagnostických a léčebných metodách, což bylo skvělé pro celkový rozhled i mimo obory, o které se primárně nezajímám. Každý den jsme na klinice měli ve dvě hodiny odpoledne krátké setkání, kde se rozebíral postup u nově hospitalizovaných pacientů, aby se jim



v průběhu služby a následujících dnů poskytla co nejlepší úroveň zdravotní péče.

Nemohu opomenout ani krásné okolí Klagenfurtu a nedaleké Julské Alpy. Obrovskou výhodou Klagenfurtu je totiž jeho poloha. Nachází se pár minut od hranic se Slovinskem a Itálií. Ve volném čase jsem mohl relaxovat v horách nebo se za tři hodiny ocitnout na plážích v Itálii nebo Slovinsku. Stačilo sednout do auta a během hodiny jsem dokázal být obklopen krásou okolních hor nebo se nacházet uprostřed Triglavského národního parku ve Slovinsku. Každý víkend jsem strávil na jiném místě. Kromě bezpočtu okolních jezer je zde možné absolvovat túry na jednodušší i náročnější vrcholy jako Mangart nebo Grintovec. Po cestě z hor jsem se často zastavil u jezera Bled nebo v údolí řeky Soči a objevoval krásy zdejší smaragdové řeky. V Alpách člověk dokáže přijít na jiné myšlenky po náročném týdnu v nemocnici a s narůstajícím počtem dní strávených u pacientů jsem to dokázal ocenit víc a víc. V týdnu jsem objevoval krásy okolní rakouské přírody například ve Ferlachu, v okolí Villachu, nebo jsem zůstal v Klagenfurtu u krásného jezera, kte-





ré má titul nejteplejší v Rakousku. Spojení práce, dostupnosti hor i krásných pláží mi připomnělo, jak důležité je nacházet rovnováhu mezi profesním růstem a osobním odpočinkem.

Celá stáž pro mě byla nejen profesní, ale i osobní výzvou.

Integrace do nového týmu, adaptace na cizojazyčné prostředí a rychlé pochopení vysokých očekávání nebyly jednoduché. Každý den přinášel nové situace, které vyžadovaly rozhodování a přizpůsobení se dynamickému prostředí kliniky. Díky tomu jsem objevil své limity i nové silné stránky, což mi pomohlo posunout se jako budoucímu

lékaři, tak i v osobním životě. Zkušenosti z Klagenfurtu mi otevřely nové obzory působení v zahraničí i posílily mé odhodlání věnovat se moderní medicíně s důrazem na individuální péči o každého pacienta. Stáž v Klagenfurtu byla nezapomenutelnou zkušeností, která mě obohatila nejen o praktické dovednosti, ale i o hlubší porozumění medicíně a významu týmové spolupráce. Velké díky patří naší alma mater a celému týmu kliniky za tuto příležitost, kterou bych vřele doporučil všem studentům.





Studium v zemi helvétského kříže

Jonáš Vala, student 4. ročníku všeobecného lékařství

V letošním akademickém roce jsem měl jedinečnou příležitost strávit zimní semestr na Universität Zürich v rámci výměnného programu *Swiss European Mobility Programme*. Tento program je švýcarskou obdobou Erasmus+ a umožňuje studentům z evropských zemí vycestovat za studiem do Švýcarska.

Na pobyt v alpské zemi jsem se nesmírně těšil z několika důvodů. Nikdy předtím jsem ve Švýcarsku nebyl a znal jsem ho pouze z vyprávění mé skvělé vyučující němčiny na gymnáziu. Když jsem tedy vlakem překročil hranice z Německa do Švýcarska, měl jsem pocit, že vstupuji do zcela nového, dosud nepoznaného světa. Věděl jsem, že jednou z největších výzev bude jazyk – švý-

carská němčina je obtížná i pro rodilé mluvčí z jiných německy mluvících zemí.

Na rozdíl od většiny studentů z naší fakulty, kteří obvykle vyrážejí do zahraničí v letním semestru, jsem si zvolil zimní semestr. Zaujaly mě totiž předměty, které se v této době vyučují – absolvoval jsem kurzy psychiatrie, neurologie, smyslů, diabetologie a endokrinologie, stejně jako gynekologie a porodnictví. Z teoretické i praktické výuky jsem byl opravdu nadšený. Přednášky měly jasně definované vzdělávací cíle, studenti měli přístup k výborně zpracovaným studijním materiálům, včetně elektronických zdrojů, a všechny přednášky byly navíc nahrávány a dostupné ke zpětnému zhlédnutí.

Přednášky probíhaly ve spisovné němčině, ale klinická výuka mě postavila před výzvu porozumění švýcarské němčině. Zpočátku to bylo obtížné, nicméně čím déle jsem v tomto prostředí byl, tím lépe jsem si na jazyk zvykal. Klinická výuka probíhala výhradně v odpoledních hodinách a nejen v univerzitní nemocnici v Curychu, ale i v dalších švýcarských městech. Například na praktika z interny jsem každý týden dojížděl do nedalekého Winterthuru, zatímco výuku neurologie jsem absolvoval v nemocnici v Lucernu.

Celkově jsem měl pocit, že výuka v Curychu byla časově náročnější než u nás, což mi přes týden nechávalo spíše minimum volného času. Snažil jsem se proto víkendy využít naplno – ať už sám, se spolužáky nebo s místní pobočkou organizace Erasmus Student Network.

Je třeba zmínit, že životní náklady ve Švýcarsku jsou výrazně vyšší než u nás – bylo to znát při nákupu, cestování vlakem i při placení za ubytování. Kvůli tomu, že

Švýcarsko není členem Evropské unie, bylo také nutné vyřídit povolení k pobytu, uznání evropského zdravotního pojištění a pořízení švýcarské SIM karty.

Největší výzvou na závěr byla souhrnná zkouška ze všech šesti předmětů, která probíhala v jediném termínu a měla písemnou formu. Čtyřhodinový test se skládal ze *single-choice* a *multiple-choice* otázek.

Celý pobyt na Universität Zürich pro mě byl nejen akademickou, ale i osobní výzvou. I přes vysoké nároky na studium a jazykové dovednosti mi přinesl nesmírně cenné zkušenosti – nejen znalosti z různých oborů, ale i schopnost rychlé adaptace na nové prostředí a výrazné zlepšení v němčině. Setkal jsem se s inspirativními lidmi, poznal švýcarský přístup ke vzdělávání i životu a odnesl si mnoho nezapomenutelných zážitků, které mě budou provázet i v budoucnu. Semestr v Curychu byl náročný, ale rozhodně stál za to.





Dětská urologie v srdci Tyrolska

Adéla Štěrbová, studentka 6. ročníku všeobecného lékařství

Minulé léto jsem v rámci své povinné praxe z chirurgie strávila dva týdny v malebném Innsbrucku v srdci Tyrolska. V Innsbrucku se nachází Medizinische Universität Innsbruck, která se v roce 2004 oddělila jako samostatná univerzita od Leopold-Franzes-Universität, kde byla dříve jen lékařskou fakultou. Studuje na ní více jak 3 tisíce studentů a většina z nich zůstává pracovat právě zde v Landeskrankenhaus Innsbruck. Nemocnice je obrovská a moderně zařízená. Člověk ji snadno pozná mezi jinými budovami, když na město shlíží z okolních vrcholků hor.

Praxi jsem absolvovala na urologické klinice, kde jsem většinu času strávila s dětskými urology, jelikož bych se v budoucnu ráda věnovala dětskému lékařství. Urologická klinika je zde vybavena velkým počtem prostorných lůžek i moderními přístroji, jako je například robotický systém Da Vinci. Díky němu lze provádět robotické chirurgické výkony jako například prostatektomie u nádorových onemocnění prostaty.

Dětská urologie nemá své vlastní oddělení, lékaři docházejí za svými pacienty do budovy přímo naproti, kde se nachází Kinder und Herzzentrum. Tam jsou

v rámci standardního dětského oddělení vyšetřovny určené speciálně pro děti s urologickými problémy. Součástí oddělení je i MITZI Zentrum, což je specializovaná ambulance věnující se dětem s mikčními poruchami. Zároveň je pro dětské pacienty na klinice urologie v ambulantní části vyhrazena jedna specializovaná ambulance, kam jsou jednou týdně zvány děti, které potřebují urologicky dovyšetřit nebo jsou indikovány k urologické operaci.

První den praxe jsem byla představena dvěma dětským urologům, jeden pocházel z Innsbrucku a druhý z Düsseldorfu. Podle toho se taky odvíjelo moje porozumění jejich řeči, jelikož to byla kombinace silného tyrolského přízvuku a hochdeutsch. Oba dva byli moc laskaví a po celou dobu praxe se mi naplno věnovali. Zároveň mi dávali ty nejlepší tipy na výlety do hor. I nelékařský personál mě rád učil novým věcem, díky čemuž jsem se na sále cítila vždy vítaná.

Můj klasický den vypadal následovně. Budíček v 6 ráno, rychlá snídaně a honem na kole do nemocnice. V 7:15 byla vždy krátká vizita na dětském oddělení a v 7:45 proběhlo ranní hlášení na urologické klinice. Pak se šlo na sál, kde se operovalo většinou až do brzkého odpoledne. Jednou týdně se pro změnu šlo do dětské urologické ambulance. Nesměl chybět výborný oběd v jídelně, kde jsem si pochutnala například i na tradičních Kaiserschmarrn s jablečným pyré. Po vážné detailní debatě o mém naplánovaném horském výletu na dané odpoledne jsem byla propuštěna.

Nejčastěji jsem se setkávala s dětmi trpící fimózou, které byly indikovány k cirkumcizi. Již první den praxe jsem u jedné asistovala, tedy hned po tom, co jsem se naučila otáčet se na správnou stranu při zavazování sterilního pláště a co jsem odhadla svou velikost sterilních

rukavic při porovnání rukou s instrumentářkou. Během praxe jsem si díky vstřícnosti všech na sále osvojila základní dovednosti a ke konci stáže jsem se už tolik neklepala, když mě doktoři zavolali k asistenci.

Dalšími diagnózami, které jsem viděla poměrně často, byla nesestouplá varlata vyžadující orchidopexi nebo vezikoureterální reflux řešený reimplantační močovou antirefluxní technikou. Nemůžu zapomenout i na konverzace s rodiči pacientů, jejichž dětem byla diagnostikována porucha pohlavního vývoje, jako na-





příklad jednomu desetiletému chlapci s Klinefelterovým syndromem. Dosud jsem se s takovými diagnózami setkala jen v učebnicích, tudíž pro mě bylo velmi poučné si k naučeným informacím přiřadit i konkrétní tváře a jména. Člověk si pak pamatuje daleko více, když k teoretickým znalostem přidá i tu lidskou složku.

Během těch krátkých dvou týdnů jsem toho stihla plno nachodit. Po dopoledni na sálech jsem často upalovala na první vlak, který jel směrem k nejbližšímu kopci. Nutno říct, že to nikdy nebyla jízda nikterak dlouhá. Každým dnem mi bylo více jasné, že ani měsíc by nestačil na objevení všech těch krásných míst, která se v okolí Innsbrucku nacházejí. Asi nejvíce se mi líbil výlet do nedalekého Seefeldu, kam jsem dojela vlakem jen za několik desítek minut. Z vlakového nádraží jsem se vydala po prudké sjezdovce nahoru. V půlce jsem se zastavila u Kaltwassersee, což bylo moc hezké malé

jezíčko s průzračnou vodou. Byly tu i lavičky sloužící k lehkému odpočinku, tak jsem se na chvíli zastavila a kochala se otevírajícími se výhledy. Vystoupala jsem až na vrchol Seefelder Joch (2060 m.n.m.), odkud se mi naskytlo neuvěřitelné panorama okolních masivů. Viděla jsem až na německou stranu, kde se mi v celé své kráse ukázala i Zugspitze. Pak jsem si odpočinula na lehátku u nedaleké horské chaty a vyrazila jsem zpět dolů do města. Po cestě jsem narážela na stáda krav, které se pásly na širokých horských loukách posetých divokými květinami. V Seefeldu jsem se ještě stavila u malého jezírka, kde jsem se svlačila po vydatných výškových metrech. Vyrazila jsem zpět do Innsbrucku, dala jsem si pizzu na terase mého malého bytu a užívala si výhled na masiv Nordkette, která je korunou celého města.

Moc si vážím toho, že během studia mám možnost stážovat v zahraničí a že je mi fakulta vždy oporou. Jsou to životní i profesní zkušenosti, které mě posouvají dále. Svůj pobyt v Innsbrucku jsem si moc užila, byly to dny plné zajímavé medicíny, nádherné přírody a milých lidí. Budu na něj s radostí dlouho vzpomínat.





Praxe na břehu alpského jezera

Kateřina Hájková a Filip Otepka, studenti 6. ročníku všeobecného lékařství

Naše předstátnicová praxe z chirurgie probíhala v srdci Alp – v Tauernklinikum Zell am See. Tuto nemocnici jsme si vybrali na základě doporučení našich kamarádů a starších kolegů, kteří zde již druhým rokem pracují. Zároveň jsme hledali menší kliniku, kde není takový pracovní shon a tím pádem i více času na studenty. Po skončení naší stáže mohou říct, že to byla dobrá volba.

Nově zrekonstruovaná nemocnice, stojící na břehu Zellského jezera již 450 let, nás vřele přivítala a velmi rychle nás přijala jako své nové kolegy – na naše poměry až překvapivě rychle! Už od prvního týdne jsme každý fungovali samostatně na ambulanci, ošetřovali jedno-

dušší případy na urgentním příjmu nebo vyšetřovali pacienty před plánovanými operacemi. Sestřičky nám často svěřovaly i odběry krve či zavádění kanyl s důvěrou, že si s tímto úkolem poradíme lépe než ony...

Stojí za zmínku rozdíl mezi českým a rakouským zdravotnictvím. V Česku jsou sestry velmi dobře vyškolené v odběrech krve a mají v tom velkou praxi. V Rakousku to bohužel často není samozřejmostí, zejména na lůžkových odděleních. A právě v těchto situacích nastupuje student 6. ročníku, tzv. KPJ (Klinisch-Praktisches Jahr), tedy my. Naopak v Česku mají studenti s odběry menší zkušenosti, protože je běžně provádě-

jí sestry. Naštěstí díky předchozím stážím v Rakousku jsme už tuto dovednost měli dobře zažitou a mohli jsme hned pomáhat.

Ale nebylo to jen o ranní rutině. Protože Zell am See leží v jednom z největších lyžařských a bikerských regionů, o zajímavé případy nebyla nouze. Zpočátku převážovali cyklisté z nedalekého bikeparku, kteří často přicházeli velmi domlácení. Místní lékaři jsou však na tyto úrazy připraveni – v elektronické dokumentaci dokonce existuje speciální kategorie „downhillsturz“, tedy pád na sjezdovém kole. Tito pacienti byli vždy vyšetřováni doslova od hlavy až k patě a často bylo potřeba je i sešít.

Velmi nám pomáhaly místní standardizované postupy, které zajistily, že se při vyšetření na nic nezapomnělo. Neocenitelná byla i pomoc mladších lékařů na pozicích „basis“ nebo „turnusarzt“ (tedy kolegů do tří let po škole), od kterých jsme se opravdu hodně naučili. Výuka probíhala metodou „koukáš – děláš s pomocí – děláš sám“. To sice znělo ideálně, ale jako cizinci jsme občas čelili stresujícím situacím – zejména při odběru anamnézy od starších pacientů, kteří měli nejen slabou dentici, ale také silný alpský dialekt.



Součástí praxe byla i asistence na operačních sálech, nejčastěji při ortopedických nebo břišních operacích, protože většina urologických zákroků se prováděla roboticky. Skvělá byla i „hands-on“ výuka během operací. Starší lékaři chtěli, abychom si vše vyzkoušeli a jednodušší úkony prováděli sami. Díky tomu jsme si mohli osahat usazení dlahy na zlomenou kost, vytáhnout křečovou žílu nebo si vyzkoušet koordinaci rukou při artroskopii kolene.

Během stáže jsme také mohli absolvovat dobrovolné noční služby. Odměnou za ně bylo volno následující den, které jsme využívali ke sportu a relaxaci v okolních Alpách.

Všem studentům, kteří se nebojí rakouské němčiny, bychom tuto stáž velmi doporučili. Naučila nás velké samostatnosti a zodpovědnosti za svou práci. A i když byla občas náročná, nádherná okolní příroda nám vždy pomohla dobít baterky.





Tři otázky pro nového profesora

Jolana Boháčková

Prezident republiky na návrh Vědecké rady Univerzity Karlovy s účinností od 26. listopadu 2024 jmenoval **doc. MUDr. Jana Trnku, Ph.D.**, přednostu Ústavu biochemie, buněčné a molekulární biologie 3. LF UK, profesorem pro obor Lékařská chemie a biochemie.

Cítíte, že spolu s profesorským dekretem přebíráte i kus zodpovědnosti za vzdělávání nastupujících generací?

Odpovědnost za vzdělávání a hlavně radost z něj cítím již od svých úplných akademických počátků,

začínal jsem učit už jako student medicíny, pokračoval i jako postgraduální student v Cambridge a zájem o co nejkvalitnější vzdělávání jsem si ještě posílil studiem pedagogiky medicíny na Karolinska Institutet ve Stockholmu.

Pracovat na svých vlastních pedagogických dovednostech a obsahu vlastní výuky je ale ta jednodušší část, mnohem náročnější je vytvářet takové prostředí, aby zájem o kvalitní vzdělávání cítili i kolegové a kolegyně. O to se snažím i jako součást týmu vyučujícího pedagogické dovednosti. Všichni víme, jak velké časové nároky na nás klade výzkum nebo zdravotní péče, a hledat čas a energii pro vysoce kreativní vzdělávací činnost není vždy snadné – a ne vždy je tato práce dostatečně ohodnocena.

Přitom je ale vzdělávání jednou z nejvíce „impakto- vých“ činností: otevíráním nových perspektiv, motivací a sdílením způsobu myšlení a prací s nastupujícími generacemi spoluvytváříme naši budoucnost. Vědomosti už dnes studující získají snadno kdekoli, přidanou hodnotou nás vyučujících musí tedy být něco jiného – kontext znalostí, jejich vzájemné propojení a také dovednosti, jak s informacemi pracovat, jak vážit jejich spolehlivost a třeba i jak je vytvářet a komunikovat dál.

Proces vedoucí ke jmenování profesorem či profesorkou bohužel ale výukové dovednosti a přínos vzdělávání spíše upozaduje oproti vědeckému výkonu – to je podle mě škoda.

Jaký by podle vás měl být dobrý profesor, který inspi- ruje a motivuje studenty k poznávání?

Dost možná nejdůležitější vlastností je empatie a schopnost představit si situaci studujících, vážit se do

jejich myšlení a potřeb. Čím déle jsme sami ze školy, tím těžší je si tyto schopnosti udržet. Často si je obnovíme jen v situacích, kdy sami sedíme na přednáškách či školeních, bolí nás záda z nekvalitních židlí, nedokážeme přečíst malinkatý text na nepřehledných slajdech a jen stěží hledáme „k čemu nám to je“. Takových situací a uvědomění bychom si jako vyučující měli vážit! K tomu stačí přidat pochopení, že vzdělávání je také vědecký obor, umět učit není něco, s čím se buď narodíme, nebo ne: dobře učit se dá naučit, když člověk chce. A člověk musí mít rád svůj vlastní obor, jinak se to nadšení předává těžko.

Je podle vás důležité šířit poznání i mezi laickou veřejností?

Samozřejmě! S tímto spojený pojem „popularizace vědy“ je trochu zavádějící, jde přece hlavně o veřejné vzdělávání! Medicína a s ní spojená věda je složitá, často ještě mnohem složitější, než si lidé zabývající se jinými obory možná představují. Je třeba mluvit nejen o nových vzrušujících objevech, ale také o tom, jak se k nim došlo a s jakou nejistotou je náš výzkum spojen. A v neposlední řadě i o našich motivacích: proč pracujeme právě na vysokých školách a ne třeba v průmyslu nebo jen ve zdravotnictví, proč děláme vědu, proč učíme. Jinak nám lidé nebudou rozumět. Pokud je práce na zvyšování kvality vzdělávání na VŠ podhodnocena, pak toto veřejné vzdělávání už nehodnotí snad vůbec nikdo – a přitom může mít dalekosáhlé pozitivní dopady.



Vzdělávání v medicíně II.

Hana Svobodová

V pořadí druhá konference věnující se vzdělávání v oblasti medicíny se uskutečnila 18. února v Syllabově posluchárně 3. lékařské fakulty UK. Otevřela řadu dalších témat, která rezonují napříč lékařskými fakultami a poskytla příležitost k setkání lidí zajímavých se o praktické zlepšování výuky na lékařských a zdravotnických fakultách.

Pozvání na konferenci přijal **prof. Martin R. Fischer**, který je ředitelem Institutu pro vzdělávání v lékařství ve Fakultní nemocnici Ludwig-Maximilians University v Mnichově, na Medical University ve Vídni, Heidelberg University a Medizinischer Fakultätentag v Berlíně. Od roku 2012 je proděkanem pro klinic-

ké vzdělávání na lékařské fakultě a je šéfredaktorem Open-Access Journal for Medical Education (JME). Titul Master of Medical Education (MME) získal na univerzitě v Bernu ve Švýcarsku.

Jeho přednáška se věnovala profesnímu rozvoji ve vzdělávání budoucích lékařů. Pokládá otázku, zda v medicíně, která stojí na třech pilířích – věda, výuka a péče o pacienta – stačí dva ze tří na jednoho akademika, jinak řečeno, zda se lze věnovat dobře vědě i výuce? Toto je dle prof. Fischera výzvou k vytvoření osobních profilů tak, aby byla příležitost odvádět kvalitní práci buď na klinice spojenou s výukou nebo na klinice spojené s vědou či vědu s výukou. Potřeba profesionalizace

lékařského vzdělávání, šíření důležitosti vzdělávání v oblasti pedagogických a didaktických kompetencí a podpora pedagogického výzkumu včetně posílení národní sítě ve vzdělávání lékařů vyústilo v Německu již v roce 2004 v akreditaci dvouletého magisterského vzdělávacího programu „Medical Education“ (1 800 hodin, 60 ECTS). Tento program již absolvovalo více než 500 vyučujících a nyní se již téměř 20 profesorů ME věnuje rozvoji vzdělávání v medicíně ve všech zemích Německa. Nicméně i zde ještě neexistuje žádný společný kompetenční profil pro pedagogy vyučující na lékařských fakultách, neboť je v této oblasti stále nedostatek výsledků pedagogických studií a výzkumů.

O rozvoji pedagogických kompetencí vyučujících na Univerzitě Karlově hovořila hned v úvodu konference rektorka UK **prof. Milena Králíčková**, která jednoznačně podporuje rozvoj pedagogických a didaktických schopností nejen u začínajících vyučujících na všech fakultách UK. Masivní podpora univerzity v rozvoji center podpory výuky na každé fakultě UK prostřednictvím projektů od roku 2023, platformy Paedagogia či pestré nabídky vzdělávacích aktivit Centra celoživotního vzdělávání je toho dokladem.

Právě praktické uchopení podpory vyučujícím přinesla ze stáže podpořené Fulbrifghtovým stipendijním programem na University of Maryland, Baltimore County **MUDr. Anna Malečková** z Lékařské fakulty UK v Plzni. Dr. Malečková kladla posluchačům podnětné otázky, např. zdámluvíme dostatečně o výuce mezi sebou či jak podporujeme dostatečně vyučující na fakultách v oblasti výuky. Centrum rozvoje fakulty UMBC nabízí řadu workshopů či certifikačních programů věnujících se např. tématům, jak na zkoušení, AI ve výuce, sdílení zkušeností s implementací inovací do výuky či tzv.

„otevřené dveře“ do výuky, což jsou kolegiální návštěvy s reflexí zpětné vazby. Pořádané akce nejsou vnímány jako za trest, ale jsou vítány jako malé společenské události.

Obecný model pro vysoké školství představil **PhDr. Tomáš Fliegl** z Národního akreditačního úřadu, který formuloval v roce 2023 priority pro rozvoj kvality výuky na vysokých školách. Postupně vyvstala potřeba deklarovat obecné principy kvalitního vzdělávání na vysokých školách, na které by další snahy o reformy měly navazovat. Obecný pedagogický model pro vysoké školy vymezuje klíčové aktivity na straně vyučujících a studujících v průběhu vzdělávacího procesu rozpracovaný do deseti kategorií (karet). Cílem Obecného pedagogického modelu oficiálně přijatého na národní úrovni je formulování všeobecně přijímaného pojetí kvality vysokoškolského vzdělávání, které není postaveno pouze na tradičních předpokladech vědecké kvalifikace vyučujících, ale právě na samotném procesu vzdělávání.

Problematika kompetencí a jejich definování a s tím spojeného kurikula všeobecného lékařství (**MUDr. Martina Vejražka, 1. LF UK**), dostatek či nedostatek praktické výuky a potenciál pro další rozvoj klinických kompetencí studentů medicíny byla témata, která se navzájem doplňovala a vyvolala řadu otázek v diskusi. Dle **doc. Evy Kláskové** z Univerzity Palackého v Olomouci je třeba zahájit diskusi, jak legislativně zakotvit postavení a kompetence mediků při poskytování lékařské péče, a diskutovat, jak upravit kurikulum všeobecného lékařství s ohledem na praktické kompetence. Uvedla možnost zapojení regionálních zdravotnických zařízení, která mohou mít pozitivní přínos pro odlišné spektrum pacientů ve srovnání s centry superspecializované péče a pro individuálnější přístup ke studentovi

oproti zahlceným fakultním nemocnicím. Tím by také mohl vzrůst potenciál navýšit zájem absolventů o regionální zdravotnická zařízení. Koneckonců výzkum týmu **MUDr. Martiny Paličky** z FN Ostrava ukázal, že sami studenti, resp. absolventi pociťují nedostatek praktických dovedností a připravenosti na praxi, zvláště ve správném a bezpečném vedení základní zdravotnické dokumentace (vizita, příjem, propuštění, dekurz). Zároveň poukázal na to, že jedním z hlavních faktorů rozhodnutí o volbě oboru je právě kvalita výuky jednotlivých klinických předmětů.

V průběhu studia se studenti zapojují i do péče o pacienty, což s sebou přináší právní důsledky, jež se týkají mimo jiné i práv a povinností vůči pacientům, ale též poskytovatelů zdravotních služeb. Příspěvek **JUDr. Lucie Široké** se zaměřil na aspekty, které jsou spojeny s praktickým vzděláváním studentů medicíny. Student na stáži ve zdravotnickém zařízení může nahlížet v rozsahu nezbytně nutném pro zajištění výuky do dokumentace pacienta, ale není oprávněn provádět v ní záznamy.

Významnou součástí vzdělávání na lékařských fakultách je vzdělávání studentů anglického kurikula. Otázkám a výzvám se věnovalo hned několik témat: jak je zajištěna zdravotní péče zahraničních studentů na 3. LF UK, představil proděkan pro studium a výuku **MUDr. David Marx**, 3. LF UK. Na 3. LF UK vycházíme z potřeb zahraničních studentů, což jsou administrativní a preventivní výkony, odkladná a nedokladná péče všeobecného praktického lékaře a péče specialistů. Významnou se v poslední době stává péče o duševní zdraví studentů. Velkou výzvou je práce na zlepšení komunikace v místě kontaktu, a to hlavně díky jazykové bariéře často spojené s nechotou, xenofobií či nezajištěním tlumočení, odmítáním péče či neinformovaností personálu.

Zda rozumíme potřebám zahraničních studentů a jak je můžeme lépe vzdělávat, bylo téma přednesené **Mgr. Ditou Macháčkovou** z LF UK v Plzni. Moderní výuku lékařské češtiny představila **Mgr. Iveta Čermáková** z 3. LF UK, která do výuky českého jazyka zavedla simulační výuku. A jak studium v zahraničí vnímá sám student a s čím se ve studiu potýká student z jiné kultury, nám sdělila studentka 5. ročníku zahraničního kurikula **Ocean Eichler** ze Seychel. Za podpory rodiny, přátel, ale také empatických vyučujících je studium dobře zvládnutelné, i když český jazyk (pro komunikaci s českými pacienty) je velmi náročný. Pozvali jsme i studenta 6. ročníku z českého kurikula **Tomáše Pelikána**, který refleктоval své poznatky a nabídl nám, vzdělavaatelům řadu podnětů k zamyšlení. S databází propracovaných kazuistik pro výuku lékařské biochemie nás seznámila **doc. Anna Birková** z LF v Košicích. V dnešní době nemůže chybět téma umělé inteligence. Testováním a hodnocením s podporou AI nás obohatil **RNDr. Čestmír Štuka** z 1. LF UK. Využití AI ve výuce je možné a představitelné např. pro návrh struktury výukové hodiny, pomůže s formulací Learning Outcomes, s adaptabilním virtuálním pacientem či dokáže zhodnotit odebrání anamnézy v OSCE. Ale stále je třeba obezřetně počítat s chybovostí v důsledku nepřesného promptování a odlišného chápání, s nerovností mezi studenty (placené modely jsou samozřejmě lepší), ale také hrozí atrofie schopností v přirozeném procesu učení.

Letošní konference Vzdělávání v medicíně II. opět ukázala, jak je důležité sdílení zkušeností, diskuse nad nastolenými tématy a setkávání se i neformálně u kávy. Ale také příslib spojení sil v řadě témat, která lze řešit společně. Tak příští rok si řekneme, co se nám společně povedlo!



Abychom svůj zažitý morální kodex alespoň sem tam oprášili

Helena Dospivová, studentka 2. ročníku všeobecného lékařství

Holokaust pro mě vždy byl silně rezonujícím tématem, symbolem masového selhání lidských hodnot, krutosti a dehumanizace. Když jsem na střední seděla na hodinách dějepisu a poslouchala výklad o hrůzných událos-

tech během druhé světové války a ideologii nacistického Německa, nedokázala jsem si vysvětlit, jak se něco tak příšerného mohlo stát. Na konci listopadu minulého roku se mi jakožto náhradnici naskytla příležitost zú-

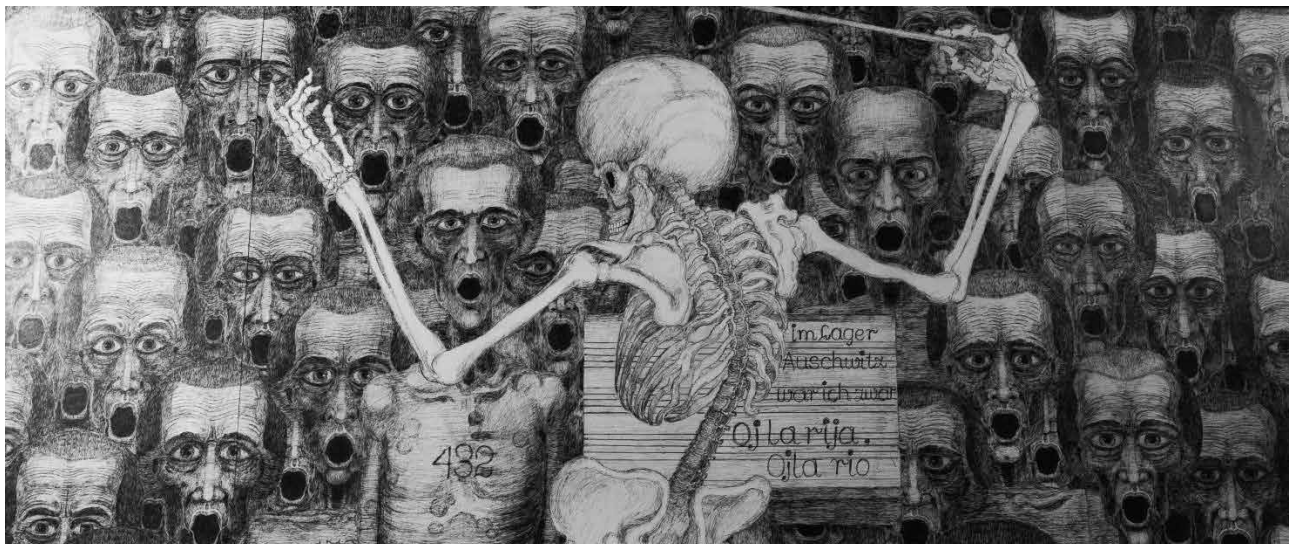
častnit se exkurze do památníku holokaustu v Osvětimi. Koná se každý rok a zaštiťuje ji Ústav etiky. A tak jsem jela, doufajíc, že zjistím, kde se stala chyba a jak jí předejít.

První zastávka: Konzentrationslager Auschwitz. Před mnou se pod zataženou oblohou tyčí kovaný nápis „Arbeit macht frei“ – pro mě doposud známý jen z fotek a videí a najednou tu stojím. V tu chvíli na mě dolehne obrovská tíha reality a nebude to naposledy. Průvodce nás provází skrz baráky a ukazuje nám, kde by po transportu skončily naše pečlivě zabalená zavazadla, kde bychom se svlékli, u které zdi by nás zastřelili příslušníci SS a kde by následně byly spáleny naše ostatky. Všechno říká přímo, bez obalu, tiše a posmutněle předává fakta. V ten moment totiž není třeba poukazovat na strach, bezmoc a zoufalství vězňů. Dolehne to na nás samo. Do očí se mi několikrát derou slzy, v hlavě mám ještě víc otázek než předtím. Jak prohlídka postupuje, pan průvodce často sám nenachází slova a to nikoliv protože angličtina není

jeho mateřský jazyk, nýbrž protože pro vystižení krutosti páchané na věznicích v lidském jazyce žádná neexistují.

Dále se přesouváme do přilehlého vyhlazovacího tábora Auschwitz-Birkenau. Jdeme podél kolejí. V místě, kde se proti vstupní bráně právě fotí turisté, ještě před 80 lety probíhala selekce vězňů přivezených transportem určeným k likvidaci v plynových komorách. „Tuto selekci prováděl lékař. Když pokynul rukou doprava, znamenalo to, že je vězeň práce schopný, když doleva, tak šel ihned do plynu,“ sdělil nám průvodce. Proces pak jistě vypadal o něco víc profesionálně a legitimně.

Další zastávka nás čeká v přednáškové aule osvětimského muzea. Předstoupí před nás paní doktorka Teresa Wontor-Cichy, historička. Její výklad je již zaměřený na medicínu, konkrétně na zdravotnický personál v táboře v čele s lékaři – ti totiž v celé mašinérii hráli velice zásadní roli. Kromě již výše zmíněné selekce se významně podíleli na výzkumu zvyšování šancí na přežití německých vojáků v extrémních situacích na frontě, či



na „konečném řešení“ židovské otázky. Těchto cílů dosahovali lékaři pomocí pokusů na vězňích, kteří v jejich průběhu významně trpěli a ve valné většině případů jejich následkem umírali. Překvapilo mě, že v přednášce ani jednou nezaznělo adjektivum „pseudolékařský“, a během ní jsem zjistila, že to mělo dobrý důvod. Lidé mají tendenci si brutální experimenty na vězňích odůvodňovat pokřiveností osobností lékařů, sadismem, jenomže v těchto případech nešlo většinou o pouhý rozmar jednotlivců, nýbrž o něco mnohem zákeřnějšího – systematický a oficiální postup celých akademií. Lékaři v táboře pracovali na výzkumech schválených univerzi-

tami. Často byli mladí, po atestaci, pravděpodobně ambiciózní, draví po vědění a seberealizaci.

Den se blíží ke konci. Náš autobus zastavuje u kostela. Nevíme, co se bude dít, protože to má být překvapení. Unavení po celém dni se kolébáme za starší paní a Barborou Řebíkovou dolů pod zem, do kostelní krypty. Rázem procitnu. Všude na stěnách, po zemi, po stropě jsou rozmístěny detailní tužkokresby. Svědectví Mariana Kołodzieje, čísla 432. Zírám na neuvěřitelné detailní obrazy velikých formátů a ještě větších poselství. Paní průvodkyně nám potichoučku předává příběh muže, který jako jeden z mála přežil holokaust a 50



let o něm nepromluvil. Jenže poté prodělal mozkovou příhodu a kvůli rekonvalescenci začal kreslit. Po půl století mlčení ze sebe své svědectví začal vylévat skrz tužku na papír. Přesně v tuto chvíli přichází kompenzace zmíněného nedostatku slov z první prohlídky. Marian Kołodziej svými obrazy přiblížil návštěvníkům utrpení, krutost, ztrátu lidskosti nad kouskem kůrky, ale i záblesky naděje pro přežití v lágru naprosto nepostradatelné. Ačkoliv se výstava nese ve velice pochmurném duchu a obrazy se prohýbají pod tíhou vyobrazeného svědectví, tajemný úsměv paní průvodkyně, která autora osobně znala, a něco nepopsatelného ve vzduchu mě naplňují prapodivnou nadějí. Uchvacuje mě nekonečná velikost člověka. Nekonečná velikost přeživších, kteří si nenechali vzít tvář.

Možná, že mi exkurze neodpověděla úplně na všechny otázky, se kterými jsem do Osvětimi přijela, možná mi dokonce zasadila do hlavy nové, pozměnila mi úhel pohledu na situaci a poukázala na skrytou část etické problematiky holokaustu, na kterou je potřeba vrhnout více světla. A o tom to ve výsledku je, abychom svůj zažitý morální kodex alespoň sem tam oprášili. A abychom v první řadě vůbec nějaký měli. Právě Marian Kołodziej řekl (a v jeho díle se tento motiv opakuje velice často), že by si každý člověk měl vytyčit pevné hodnoty a držet se jich, nejlépe po celý život.

Foto: Obrazy Marina Kołodzieje, Państwowe Muzeum Auschwitz-Birkenau

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

MUDr. Václav Bufka

Kardiologická klinika 3. LF UK a FNKV

doc. MUDr. Janka Franeková, Ph.D.

docentka Ústavu imunologie a klinické biochemie 3. LF UK

MUDr. Jara Hornová, CSc.

Oftalmologická klinika 3. LF UK a FNKV

MUDr. Igor Jurikovič

Klinika pneumologie 3. LF UK a FNB

MUDr. Alexander Kolský, CSc.

Klinika dětí a dorostu 3. LF UK a FNKV

MUDr. Petr Kopsa

Klinika revmatologie a rehabilitace 3. LF UK a FTN

prof. MUDr. Pavel Kraml, Ph.D.

profesor Interní kliniky 3. LF UK a FNKV

MUDr. Petr Křepelka, Ph.D.

Gynekologicko-porodnická klinika 3. LF UK a ÚPMD

doc. RNDr. Eugen Kvašňák, Ph.D.

docent Ústavu lékařské biofyziky a lékařské informatiky 3. LF UK

doc. Marie Lipoldová, CSc.

docentka Ústavu lékařské genetiky 3. LF UK

doc. MUDr. Tonko Mardešić, CSc.

docent Gynekologicko-porodnické kliniky 3. LF UK a FNKV

MUDr. Jiří Marvan, Ph.D.

Ortopedicko-traumatologická klinika 3. LF UK a FNKV

prof. MUDr. Karel Odrážka, Ph.D.

profesor Onkologické kliniky 3. LF UK a FNKV

MUDr. Věra Špatenková, Ph.D.

Klinika anesteziologie a resuscitace 3. LF UK a FNKV

doc. Ing. Jana Vránová, CSc.

docentka Ústavu lékařské biofyziky a lékařské informatiky 3. LF UK

MEDICINA



Ať se děje cokoli, vždy se najdou lidé, kteří chtějí pomáhat

Jolana Boháčková

Titulek rozhovoru zní velmi optimisticky a výborně vystihuje také pozitivního ducha Ing. Richarda Smejkal, Ph.D., který je 15 let dobrovolníkem Českého červeného kříže a 8 let byl také velitelem jeho Ústředního krizového týmu. Zkušenosti sbíral při povodních, zemětřeseních i po jaderné havárii ve Fukušimě. Od roku 2014 se pravidelně účastní humanitárních misí na Ukrajině a na jedné z těchto cest spolu s prof. Jiřím Horáčkem, přednostou Kliniky psychiatrie a lékařské psychologie, vymysleli, jak jeho znalosti a zkušenosti zúročit na 3. lékařské fakultě. Vznikl tak nepovinný předmět Pravidla války: interdisciplinární pohled na moderní konflikty pro zdravotníky a humanitární pracovníky. Ing. Smejkal v anotaci píše: „My se na války a válčení podíváme očima těch, kteří při nich strádají nejvíce, a těch, kteří se jim naopak snaží co nejvíce pomáhat (zdravotníci a humanitární pracovníci). Bude nás zajímat, jakou výzvu pro bojující strany představuje dodržování pravidel za války. Porozumět těmto pravidlům však znamená uchopit celé téma válčení interdisciplinárně, tedy z pohledu filozofického, etického, psychologického, sociologického, antropologického a samozřejmě i historického a vojenského.“ Zájem je mezi studenty značný, kurz je zcela zaplněn.

Byl jste vedoucím Ústředního krizového týmu Českého červeného kříže, měl jste na starost dobrovolníky

při pandemii covidu, pomáhal při povodních a různých živelních katastrofách na mnoha místech světa a v roce 2014 jste se dostal k ozbrojenému konfliktu na Ukrajinu...

Tehdejší situace na Ukrajině ještě nebyla ozbrojeným konfliktem, „Majdan“ byly velké demonstrace s velkým počtem zraněných a také zabitých. My jsme tehdy navázali kontakt s Ukrajinským červeným křížem a naši první misí bylo doručit obvazový materiál přímo na Majdan. Zdravotníci tamního Červeného kříže byli na místě, poskytovali zdravotnickou pomoc doslova pod palbou a zajišťovali bezpečný prostor pro odvoz raněných do nemocnic. Zdravotnické týmy v „kotli“, tedy v tom nejnebezpečnějším místě konfliktu, prováděly život zachraňující úkony a poté také evakuaci raněných. A na tento krátký úsek práce potřebovaly značné množství zdravotnického materiálu – takže cílem naší první mise bylo je podpořit, aby skutečně měly ty nejzákladnější prostředky.

Co mají pandemie, zemětřesení, povodeň nebo ozbrojený konflikt z pohledu Červeného kříže společného?

Vždy a téměř s naprostou jistotou si troufám říct (bez geografického rozdílu – ať už jste na východní nebo západní polokouli, ať se jedná o přírodní katastrofu nebo válku), že se aktivizuje ohromné množství dobrovolnické síly. Podle mě neplatí teorie, že při apo-

kalypse nastává boj všech proti všem, ale naopak se aktivují skupiny lidí, kteří se rozhodnou aktivně pomáhat a kterým není situace lhostejná. To mě vždy nabíjí velkým optimismem – ať se děje cokoli, vždycky se najdou lidé, kteří řeknou: já se na to nebudu dívat v televizi, nebudu to přehlížet nebo vytěšňovat, já půjdu nějakým způsobem pomáhat.

Funguje to tak po celém světě?

Jsem přesvědčen o tom, že to funguje všude. Shodou okolností jsem se totiž odborně zabýval tím, jak to funguje v různých částech světa. Dobrovolnictví existuje v Mexiku, Japonsku, Austrálii, prostě kdekoli na planetě.

Vnímání bezpečnosti a rizik je relativní

A teď pojďme k rozdílům. Představuji si, že hlavní rozdíl mezi živelní katastrofou a ozbrojeným konfliktem je z hlediska humanitárních a zdravotnických pracovníků hlavně v té bezpečnosti.

To ano, ale vnímání bezpečnosti je docela relativní. Mění se v čase, místě i kontextu – každý bezpečnost vnímá jinak. Když začínal covid, nevěděli jsme, o jaké onemocnění se jedná, takže jsme bezpečnost vnímali nějak a na jeho konci pandemie zase jinak. Stejně tak kolegové na Ukrajině, se kterými jsem nejvíc v kontaktu, vnímají teď svou bezpečnost jinak než na začátku konfliktu. Jedna z prvních dodávek pro kolegy z Ukrajiny byla balistická ochrana – tedy helmy, ochranné vesty a geolokační zařízení, která umožňují sledovat jejich pohyb v terénu. Když vás kolegové sledují na monitoru, dodává vám to určitý pocit bezpečí a jste tak schopni poskytnout více pomoci a podniknout více akcí, protože máte pocit, že vás někdo „kryje“.

Existují pravidla, která musí válčící strany vůči humanitárním a zdravotnickým pracovníkům dodržovat?

Existují základní pravidla, která se týkají každého ozbrojeného konfliktu a která jsou platná – nelze z nich slevit. Tato pravidla jsou zanesená do Ženevských úmluv a platí pro obě válčící strany. Jinou otázkou samozřejmě je, zda tato pravidla všichni dodržují a pokud ano, tak do jaké míry. V médiích pak vidíme především excesy – někdy systematické porušování, někdy jednotlivé situace v přímo v živém přenosu.

Mediální obraz války

My se informace dozvídáme skrze média, takže můžeme nabýt dojmu, že jedna válčící strana pravidla neustále porušuje.

Aktuálně na světě probíhá více než sto ozbrojených konfliktů, takže více než polovina planety je více nebo méně zapojena do válčení. Proto je potřeba hodnotit dodržování válečného práva konflikt od konfliktu a všimnout si, zda jde o excesy, nebo o systematické porušování práva. Pro zjednodušení uvedu příklad z černé kroniky: Opilý řidič v Praze projel ve vysoké rychlosti křižovatkou na červenou, nezvládl řízení, vjel na chodník a způsobil tragickou nehodu. Když si tuto zprávu přečte obyvatel jiné planety, neznalý kontextu, který nechodí denně po ulicích Prahy, snadno nabyde dojmu, že v Praze všichni jezdí opilí a na červenou. Reportáž o tom, že auta jezdí na zelenou a většina řidičů není opilá, totiž není zajímavá. Pro vzdáleného pozorovatele, který nezná každodenní realitu, tak vzniká zkreslený pohled na věc.

Existuje velká studie, jejímiž respondenty byli lidé po celé planetě. Odpovídali na otázku, jestli si myslí, že existují ve válce pravidla, a jestli se ta pravidla dodržují. Bylo zajímavé, že respondenti z oblastí, kde se válčilo, si

ve větší míře mysleli, že se pravidla dodržují. Nedůvěra v to, že se pravidla dodržují, se naopak objevila u lidí ze zemí, kde se neválčilo, tedy z euroatlantického prostoru.

Pokud člověk nikdy nebyl na místě konfliktu a v médiích vidí obrázky bombardované porodnice v Mariupolu, uvízne mu zkrátka v hlavě tento výjev.

I když existují pravidla, neznamená to, že by neexistovaly válečné zločiny, které jsou definovány tím, že se jedná o úmyslný akt – není to jen nějaká chyba zaměření, selhání technologií, chyba v plánování, ale záměrný akt. Válečné zločiny existovaly, co je lidstvo lidstvem, a mají své viníky. Je samozřejmě otázka, s jakou úspěšností se podaří viníka vypátrat, případ vyšetřit a viníka odsoudit. Když si uvědomíte, jak náročné je vyšetřit vraždu, kolik to vyžaduje úsilí policistů, soudů, následujících odvolání a pak teprve padne konečný rozsudek,

musí vám být jasné, že ve ztížených podmínkách ozbrojeného konfliktu je sbírání důkazů ještě náročnější. I válečné zločiny se musí identifikovat, vyšetřit, pak probíhá soudní proces, může to trvat desetiletí... ale na rozdíl od vraždy nejsou válečné zločiny promlčitelné.

Existuje něco jako spravedlivá a nespravedlivá válka?

Tím vlastně začínáme i náš kurz na 3. lékařské fakultě. Je to velmi slabé místo celé problematiky. Při běžném rozhovoru o válkách, který vedeme s kamarády a známými v hospodě, se zpravidla začnou směšovat dvě věci dohromady a ty se my musíme naučit rozlišovat:

1) Jestli je válka, kterou někdo rozpoutal, spravedlivá z pohledu práva na válku, což znamená, že jeden je agresor a druhý je oběť. To se v mezinárodním právu rozlišuje, je to porušení charty OSN, má to nějaké své konsekvence. To je oblast tzv. *jus ad bellum*.



2) Když už válka začala, bojuje se podle pravidel a ta pravidla jsou pro všechny bojující strany stejná – nebere se ohled na to, kdo je agresor a kdo oběť. A právě o tom jsou například již zmíněné Ženevské úmluvy. Zde hovoříme o tzv. *jus in bello*.

Jus ad bellum (právo na válku) stanoví, zda je válka legitimní, zatímco *jus in bello* (právo ve válce) platí pro všechny bojující strany bez ohledu na to, kdo válku začal.

V diskuzích u piva má člověk potřebu dát oběti větší práva nebo větší možnosti v boji, ale mezinárodní právo v tuto chvíli nerozlišuje agresora a oběť. Oba protivníci mají stejné povinnosti a stejná práva, nemůže mít ně-

kdo víc a někdo méně. Takhle je to zakotveno z pohledu mezinárodního práva a mezinárodních obyčejů. Pak existuje něco, čemu se říká teorie spravedlivé války, což je obrovský koncept filozofických a etických pohledů na válku – od pacifismu až po militarismus. Tady je pak diskuze o tom, jak má vypadat spravedlivá válka, velmi pestrá.

Existují ale pravidla, která se voják učí a má je v kapse v podobě návodu, někdy i kresleného komiksu. Je odpovědností každé válčící strany proškolen své vojáky a především velitele v tom, jak a podle jakých pravidel se vede boj. Takže dříve než začneme analyzovat případ rozstřílené školy nebo hořícího autobusu, je potřeba si říct základní pravidla, jak se k válkám vztahovat, jak je posuzovat – to někdy bývá nepříjemné, zvláště když má člověk k danému konfliktu emoční vztah. A samozřejmě se opět dostáváme k tomu, že když ta pravidla někdo úmyslně nerespektuje, stojí možná krůček od válečného zločinu.

Mají v rámci těchto pravidel nějak vymezené role humanitární pracovníci, zdravotníci a civilní obyvatelstvo?

Ženevské úmluvy vznikaly postupně a v reakci na zkušenosti z ozbrojených konfliktů, a tak se i rozšiřoval okruh chráněných osob a objektů. Po první světové válce byli hlavním tématem váleční zajatci, takže vznikla Ženevská úmluva na ochranu válečných zajatců, po druhé světové válce vznikla Ženevská úmluva týkající se ochrany civilistů. Civilisté nejsou už jen pasivními účastníky konfliktu, protože dost často žijí přímo uprostřed bojiště, boje se přenášejí do měst, neprobíhají jen někde na polích. Jiná věc je, když se civilisté začnou účastnit konfliktu tím, že napomáhají jedné straně –



nemusí hned střílet, ale mohou například pomocí mobilního telefonu hlásit polohu nepřátel. Pokud tím přímo ovlivní průběh vojenských operací, dočasně ztrácejí ochranu před útokem, protože se aktivně zapojili do probíhajícího konfliktu, a po splnění dalších kritérií se mohou stát legitimním cílem pro útočícího nepřítele. Pokud civilista takto podporuje jednu z válčících stran v činnosti, tak ztrácí ochranu, kterou mu standardně Ženevská úmluva dává. Neztrácí ale status civilisty – jakmile přestane napomáhat válčící straně, opět nabývá plné ochrany civilisty; ztratil ji pouze dočasně na dobu, kdy se tohoto nepřátelství přímo účastnil.

Stejnou ochranu má i humanitární pracovník?

Existují pravidla, která definují, kdo je humanitární pracovník, kdo zdravotník a kdo může požívat ochrannou funkci mezinárodního rozeznávacího znaku červeného kříže, červeného půlměsíce nebo červeného krystalu. Jinými slovy ne každý humanitární pracovník je zdravotník a ne každý zdravotník může být označen ochranným znakem (např. červeným křížem). Právě o těchto věcech chceme na našem kurzu se studenty diskutovat.

V oblastech, kde probíhají boje, mají obyvatelé právo na humanitární pomoc a nemělo by být té pomoci bráněno. Humanitární pracovníci, kteří doručují pomoc, nedělají nic nezákonného. Ale i doručení a distribuce humanitární pomoci podléhají pravidlům, která je důležité znát. Jsou jimi nastavena i práva a povinnosti pro velitele jednotky, který danou oblast kontroluje.

Mohou mít zdravotníci zbraně?

Zdravotník, který je vybaven lehkou zbraní pro osobní ochranu a ochranu svých pacientů, neporušuje

Ženevské úmluvy. Představme si například nemocnici, přes kterou se několikrát přežene frontová linie. Do takové nemocnice proudí ranění, kteří mohou být ještě ozbrojeni (i na to pamatují pravidla – co dělat s těmito zbraněmi) a nebo mohou do nemocnice vstoupit ozbrojenci za účelem rabování. Tyto a podobné situace na přednáškách se studenty také diskutujeme.

Humanitární pomoc nesmí vyřadit běžnou ekonomiku

Je humanitární pomoc nějak zneužitelná?

Pod pojmem humanitární pomoc si nejčastěji vybavíme jídlo, pití, deky, dětskou výživu a podobně. U těchto základních potřeb hrozí zneužití v podobě přepravy nebo obchodování. Pak existuje kategorie předmětů, které mohou a nemusí být vždy vnímány jako humanitární pomoc (například stavební materiál, elektronika či přístroje). Zde záleží na kontextu a také na přístupu úřadů v dané zemi a samozřejmě na riziku, že se někdo pokusí vydávat obchodní aktivity za humanitární pomoc. Při povodních v zahraničí jsem se setkal s tím, že se skutečně někdo zmocnil zásob balené vody, kterou tam dovezla jiná humanitární organizace, a začal ji prodávat. Proto Červený kříž distribuuje humanitární pomoc přes své místní pobočky, které znají prostředí. Dalším možným rizikem je, že jedna z válčících stran využívá humanitární pomoc jako nástroj, jak si získat přízeň obyvatelstva a jak jej získat pro spolupráci, nebo naopak jak jiným pomoc úmyslně odepřít (hovoříme o „weaponization of humanitarian aid“).

Na druhou stranu by humanitární pomoc neměla vyřadit z chodu běžnou ekonomiku, která v daném místě fungovala – nemělo by jí tedy být až moc. To se týká zejména dlouhodobých konfliktů. Pokud dané místo

donekonečna zásobujete humanitární pomocí, která je zdarma, vyřadíte z provozu místní obchodníky a infrastrukturu; vzniká závislost na humanitární pomoci. Pokud ale nějaký místní podvodník prodává potraviny vysoce nad cenou, protože jich je nedostatek, může humanitární pomoc naopak fungovat jako regulátor ceny. Jindy je zase lepší namísto zásobování potravinami věnovat peníze na opravu spadlého mostu, aby se dané místo opět zpřístupnilo a místní obchodníci si tak mohli dojet pro zásoby do nejbližšího města s velkoskladem.

Mají dobrovolníci, kteří jezdí do míst po živelních katastrofách nebo do válečných oblastí, nějaké typické vlastnosti?

Společně mají to, že se jich dotýká, když vidí, že se něco děje v jejich okolí. Je úplně jedno, z jakého sociálního prostředí nebo profesní oblasti pocházejí. Jak jsme viděli při pandemii covidu, v nemocnici jsme měli pilota Boeingu, bankéře i pošťáka. Jak je společnost pestrá, tak bývá pestrá i skladba dobrovolníků.

Do vysloveně nebezpečných oblastí už tolik dobrovolníků samozřejmě nejezdí. Lidé mají různou hranici toho, jaká rizika jsou ochotni podstoupit, a záleží, v jaké etapě života právě jsou. Jinak je na tom člověk, který má rodinu, který je sám a který má odrostlé děti, nebo naopak malé děti. A samozřejmě čím větší je nebezpečí, tím menší je množina lidí, kteří jsou ochotni toto riziko podstoupit. Ale je pravda, že vnímání nebezpečí je velmi individuální. Když mi kolegové z Ukrajiny popisují, do jakých operací se pouštějí nyní, vnímám, že se jim hranice oproti začátku války velmi posunula. Mají za tu dobu vycvičený instinkt, poznají spoustu situací podle zvuku, zkrátka pohybují se v určitém pro-

středí už nějakou dobu, adaptovali se na něj a to ovlivňuje jejich rozhodování.

Takhle to bylo i při pandemii covidu – lidé vnímali rizika jinak na začátku a jinak později. Vy jste měl na starost dobrovolníky, co jste vyzpovíval?

Úplně na začátku pandemie jsme spustili registraci dobrovolníků, i když jsme v té době ještě zcela netušili, koho přesně budeme potřebovat a co budeme dělat. Vyhlásili jsme registrační místo na Mariánském náměstí pro lidi, kteří by chtěli pomáhat, a ti se přišli bezkontaktně zaregistrovat přes QR kód; po celou dobu se dodržovaly bezpečné rozestupy. Velice mile nás překvapilo, jaká nekonečná fronta se vytvořila. V prvních dnech jsme na Mariánském náměstí zaregistrovali víc než 5 tisíc lidí. Ačkoli jsme nevěděli, co přesně se bude dít a jak velká bude hrozba, našla se skupina lidí, která přišla a byla ochotna čekat i desítky minut.

Máte jako Červený kříž nějaký univerzální postup, jak při nových hrozbách postupovat? Nic podobného jako covid jsme v Česku ještě nikdy nezažili...

Říká se tomu příprava na katastrofy – aktuálně v Praze připravujeme novou koncepci přípravy na mimořádné události a katastrofy, kde se snažíme projektovat různé scénáře, které by mohly potenciálně nastat. V létě v roce 2019 jsme měli velké cvičení na téma epidemie, kdy jsme s kolegy z Litoměřic simulovali příjezd autobusu se zahraničními turisty nakaženými nebezpečným virovým onemocněním. Řešili jsme, jakým způsobem by probíhalo ošetření v improvizované stanové ošetřovně, jak by v té situaci fungoval celý záchranný systém, jaké bychom použili ochranné pomůcky a oble-

ky a podobně. A pak přišel zcela reálný covid.

Ale samozřejmě existuje celá řada univerzálních nástrojů. Umíme sestavit organizační štáb, postavit stany, zajistit teplo, internet, elektřinu, máme zkrátka nacvičené postupy pro různé situace, jako je povodeň, epidemie a podobně, jen je vždy adaptujeme na daný kontext. Je důležité říct, že to vše cvičíme pravidelně, často o víkendech, protože naši členové jsou dobrovolníci – to je princip Červeného kříže.

Jak se vám povedlo při epidemii covidu vyškolit takové množství nových dobrovolníků, aby mohli pracovat ve zdravotnických zařízeních?

Červený kříž je zvyklý školit první pomoc, ale nikdy jsme neškolili tak masově péči u lůžka. Společně se Všeobecnou fakultní nemocnicí na Karlově náměstí jsme vytvořili jednodenní kurz Základy moderního ošetřovatelství pro například pečující rodinné příslušníky.

Cílem bylo, aby se lidé naučili, jak pečovat o svého nemocného blízkého doma, aby mu bylo pohodlně – jak mu převléknout postel a přitom si nestrhnout záda, jak mu pomoci s každodenními potřebami a podobně. Tento kurz ale nebyl koncipován pro velké množství lidí a tedy nebylo dost školitelů. Takže nejdůležitějším úkolem hned na začátku bylo rychle přeškolit naše lektory první pomoci na nové téma. To se povedlo a mezi prvními absolventy byli i vojáci Armády ČR.

Když na to teď vzpomínám, znovu mě to naplňuje optimismem – i když nastane nějaká zcela nečekaná situace, vždy se najdou stovky lidí, kteří chtějí pomáhat. Ideální by bylo školit dobrovolníky v době, kdy je klid a nic se neděje, ale právě to, že se něco děje, je spouštěčem solidárního chování. Teď, když je relativní klid, bychom tolik dobrovolníků nesehnali – chyběla by jim motivace.

Uvedu příklad. Při povodních v roce 2013 k nám



dorazilo obrovské množství dezinfekce, ale aby ji bylo možné pustit do oběhu (byla na bázi alkoholu), museli jsme ji polepit českým návodem. Jednalo se o desetitisíce lahviček a jen díky rychlé pomoci desítek dobrovolníků (zejména skautů) jsme za noc dokázali všechny lahvičky polepit. To by byl v době, kdy se nic neděje, nad lidský úkol, přišlo by jen pár pomocníků. Důležitá je proto ta atmosféra, kontext.

Příprava na válku

Červený kříž a záchranné složky jsou připraveny na povodně, živelní katastrofy, snad i epidemie, ale co válka? Jsme připraveni na válku?

Pomohu si příkladem ze začátku 2. světové války z Londýna. Připravovala se evakuace celého města, plány existovaly (týkalo se to 1,5 milionu obyvatel), ale realita selhala. Ačkoli se evakuace uskutečnila a mnoho lidí, zejména dětí, opustilo město, v cílových oblastech nefungovala koordinace – místní obyvatelé nebyli dostatečně připraveni a plán nevzali za svůj. Zdá se, že selhala i strategická komunikace před samotným spuštěním evakuace. Teprve druhá evakuace, která probíhala v jiném kontextu (dopadajících bomb a předchozí otevřené informační kampaně), se podařila.

U nás si také nikdo nechce připustit, že by mohla válka přijít. Je těžké balancovat mezi tím, jak lidi informovat a zároveň je nevyděsit. Na tom se hodně snaží pracovat severské země. Vydávají příručky pro obyvatelstvo, kde je popsáno, co dělat při povodních nebo za extrémního počasí ve vánici v horách v autě a podobně. Extrémní situace jsou rozdělené do několika kategorií a u každé jsou pokyny, jak se zachovat v případě, že taková situace nastane. Mezi nimi je i válka.

I u nás se samozřejmě připravují některá opatření,



kteřá se v případě války využijí, ale těch situací, kulis, je celá řada (a ne všechny se nás nutně týkají) – jiné je ocitnout se ve frontové oblasti, jiné je být dál od fronty, kam ale mohou útočit drony nebo rakety, jiné je to daleko v zázemí, kde vznikají přijímací střediska pro uprchlíky nebo vnitřně přesídlené osoby. Těch scénářů je tedy celá řada.

Jak by se mohli lidé sami připravit na takové situace?

Měli by být schopni zvládnout nějaký diskomfort, který ale nemusí přicházet válečnou cestou, ale třeba cestou kybernetického útoku – například blackout. V tu chvíli nepojede metro, tramvaje, někteří z nás neotevřou vchodové dveře, nezaplatíme kartou, nepoteče voda, nepoběží internet a podobně.

Možná bychom se mohli spíš bavit o zvyšování naší individuální odolnosti...

Měli bychom začít vlastní mentální přípravou – zamyslet se nad tím, jestli jsme ochotni akceptovat, že vyjdem ze své komfortní zóny a že pro to musíme něco udělat.

Moje zkušenost je taková, že když někde otevřu toto téma, dostávám se hned do role škarohlída. Ačkoli jeden válečný konflikt je relativně blízko.

To je naše přirozená první reakce. Nemůžeme se zlobit, že lidé takhle reagují. Člověk chce vytěsnit nepříjemnou realitu. Opačný extrém je, když někdo myšlence blížící se války zcela podlehne a upadne do absolutní beznaděje.

Na druhou stranu, když víte, že se blíží silný vítr a Český hydrometeorologický ústav vás varuje, tak je přirozenou reakcí, že nepanikaříte, ale jdete sesbírat věci na zahradu nebo na balkon, aby vám neodletěly a třeba pak někoho nezranily. Když se realisticky podíváme na bezpečnostní situaci okolo nás v posledních pěti letech, asi se shodneme, že není úplně stejná jako před 15 lety, že se změnila. A protože je adaptace jedním z klíčů k přežití už od pradávna, stojí za to se zamyslet a hledat cestu, jak se tomu přizpůsobit a co u sebe a v našem okolí změnit. Tímto jednoduchým přiznáním si změny může začít úspěšný dialog, zprvu sám se sebou, pak rodinný, dále komunitní a nakonec i společenský.

Ve všech školách v Praze od roku 2017 cvičíme tzv. „invakuaci“, tedy že nebezpečí přichází zvenku a všichni se musí uzavřít uvnitř (na rozdíl od evakuace, kdy se naopak nebezpečí nachází uvnitř a všichni musí ven). Po ulici se zrovna pohybuje nebezpečný pachatel nebo se nad Prahou kupí chemický mrak a část dětí je venku na hřišti – a škola je v tuto chvíli velmi zranitelná. Je potřeba, aby se všichni schovali do budovy školy, utěsnili okna a dveře a byli připraveni reagovat na další pokyny. Jde o jednoduchý mechanismus, který se naučí žáci, studenti i učitelé a který mimo jiné říká, že jsou nyní nejen fyzicky, ale i mentálně připraveni na jiné scénáře, než je jen evakuace z důvodu požáru.

Jedním z cílů, který jsme si společně s kolegy na našem spolku (OS ČČK Praha 1) předsevzali, je, abychom se v následujícím období připravovali nejen na personální a technickou přípravu na katastrofy (to se od nás ostatně i očekává), ale abychom dokázali posílit naši odolnost individuální, komunitní a celospolečenskou. Říkám tomu krizová odolnost. Termín, který zatím nikde nerezonuje, třeba se ale ujme. Chápu jej jako soubor znalostí, dovedností, kompetencí, dostupných zdrojů a informačních mechanismů, které jednotlivcům, komunitám a společnosti jako celku umožňují předcházet krizím, připravit se na ně, efektivně na ně reagovat a zotavit se z nich s co nejmenšími dlouhodobými dopady.

V krizové odolnosti navíc vidím klíč ke zvládnání nepohodlí, nestability, krizí, katastrof, zkrátka scénářů, které nás netěší, ale které když se rozhodneme nevytěsnit z našeho povědomí a naopak pro jejich zvládnutí udělat něco už dnes, udržíme si chladnou hlavu a snad i trochu optimismu i zítra.



Pro případ krize nebo války...

Jana Šeblová

Aktualizovanou příručku se stejným názvem, jako zní titulek tohoto textu, našel každý Švéd a Švédka vloni ve své schránce. Brožurka o 32 stranách začínala přehledem systémů obrany (armáda, civilní obrana a NATO), pokračovala přehledem systémů varování a pak následovaly zcela konkrétní praktické rady: jak vypadají kryty, co má obsahovat evakuační zavazadlo, jak připravit domácnost na výpadky energií a vody, jak poskytovat první pomoc, jak o krizích hovořit s dětmi a jak se postarat o domácí zvířata. Nechyběla ani psychická obrana a zvyšování psychické odolnosti.

Text je věcný a vlastně optimistický. Některé formulace mě zaujaly:

Vy všichni jste součástí krizové připravenosti Švédska.

*V případě, že by bylo Švédsko napadeno,
nikdy se nevzdáme.*

Spolu vytváříme Švédsko silnější...

Zkusila jsem si dosadit místo Švédska Česko. A už se mi rozebíhaly představy všemi směry. Jak část lidí vyhazuje příručku obratem do tříděného (v lepším případě) odpadu. Jak druhá část píše protesty na radnice a vládu, aby nás přestala strašit. Jak si další z toho dělají neohrůznou legraci a internetem začínají okamžitě kolovat vtipné komentáře a karikatury... Ostatně pro starší (moji) generaci byla civilní obrana zdrojem ironické zábavy, protože jak jsme měli brát vážně pokyny, že v případě jaderného výbuchu si máme lehnout za nejbližší terénní vlnu nohama k epicentru, když nás na druhé

straně strašili obrázky z Hirošimy a Nagasaki? V rámci „CO“ jsme pak ještě každoročně absolvovali rituál zkoušení protiplynových masek a ucpávali si navzájem vrapované zelené choboty ještě ve čtvrtáku na gymplu...

Jenže vzhledem k tomu, jakou profesi jsem si vybrala, musela jsem se s mimořádnými událostmi vypořádat poněkud seriózněji, ať již v terénní praxi v urgentní medicíně, tak i v manažerských pozicích primářky a později náměstkyně krajské ZZS. Každá mimořádná událost, od nehod autobusů přes povodně až k pandemii, mě něco nového naučila: Čím větší a komplikovanější události čelíme, tím méně medicíny a bezprostředního zachraňování je potřeba, ale o to více systémového přístupu, logistiky a především postupů podle předem nacvičených scénářů. Nehodu několika aut ještě můžete zvládnout intuitivně, nehodu plně naloženého autobusu již stěží a při povodních už se neobejdete bez mnoha dalších hráčů a velmi strukturované činnosti, kde každý ví, kde je jeho místo a jaké má úkoly. Katastrofy nejsou pro sólisty.

Právě pomoc při povodních a potřeba koordinace různých aktérů vedla v nultých letech k vytvoření tzv. krizových zákonů – o bezpečnosti státu, o integrovaném záchranném systému, o krizové připravenosti, o hospodářských opatřeních. Své zákony měla policie i hasiči, v roce 2011 jsme se dočkali i zákona o zdravotnické záchranné službě. V očekávání pandemie byl vytvořen pandemický plán, ale ten byl orientovaný na zvládnutí chřipkové epidemie – jinou jsme si moc ne-

uměli představit. A pandemie prasečí chřipky v roce 2009 nás příliš nezasáhla, na rozdíl od střední a jižní Ameriky, takže jsme neměli důvod k velkým obavám.

Dnes je pojem „integrováný záchranný systém“ úplnou samozřejmostí, stejně jako spolupráce jednotlivých složek. Ve většině situací jsou tito profesionálové ke zvládnutí hrozeb naprosto dostačující a jsem přesvědčen, že loňské povodně toho byly jasným důkazem. Složky IZS dokáží efektivně spolupracovat v bezprostřední fázi reakce na mimořádnou událost a dokáží spolupracovat i se samosprávou na obecní, okresní i krajské úrovni a s dobrovolníky. A všechny složky navíc své zaměstnance pravidelně školí a to i prakticky ve formě realistických nácviků. A některá cvičení jsou součinnostní, tedy všichni trénují na společný zásah u předpokládaných hrozeb společně.

Proč tedy nemůžeme krize a války nechat za dveřmi našich domovů a jejich řešení na profesionálech?

Myslím, že když ne všichni, tak mnozí z nás si pamatují na pandemii – ostatně letos je pětileté výročí. Na to, jak jsme se z premianta dostali na přední příčky v mortalitě i počtu nakažených, na zdravotnictví (a zdravotníky) na hraně kolapsu, na desítky tisíc křížů na vyliďněném Staroměstském náměstí... Dopadům pandemie se nedalo uniknout. Někteří byli přetíženi prací tak, že dojit si na WC nebo vypít kávu bylo ve službě téměř nedosažitelným luxusem, zatímco jiní si zoufali nad pomalým hroucením svých živností, protože seděli zavření doma. Rodičům přibýly role učitelek, školních kuchařek a družinářek a dopady na psychiku dětí odtržených na dva roky od svých kamarádů řešíme stále. Každý měl na všechno svůj „expertní“ názor, který byl založen na pocitech dotyčného a okruhu jeho sociálních sítí, a každý se rozhodl individuálně (a někdy

disto sobecky), jak se postaví k nařízením a doporučením. Jedni reagovali nepřiměřeným strachem a druzí ostentativně porušovali vše, co se doporučovalo (což je ostatně česká specialita). V jistých fázích pandemie nebyl nikdo, kdo by toky informací usměrnil a zpřehlednil. Protože pět ministrů zdravotnictví během krátké doby to opravdu nebylo. Je to sice fráze, ale pandemii se nedalo vyhnout. Jakmile ale odezněla, přesunula se tiše do šera zapomnění. Což je na úrovni jednotlivců zcela pochopitelné a může být způsobem vyrovnání se se závažnou událostí, na úrovni státu a rezortů je to však známkou selhání. Jako občané vůbec netušíme, jak probíhala reakce na ohrožení podobného rozsahu, a to v době, která nejistá je, ať již si to připouštíme nebo ne. Připravit se na možné krize není strašením, je to naopak způsob, jak stres snížit tím, že vím, co mám dělat a mohu se k možné hrozbě postavit alespoň trochu aktivně. Švédové (a jistě mnozí další) to vědí.

Řízení a zvládnání katastrof má své zákonitosti. Existují mimořádné události menšího rozsahu, tam si vystačíme s IZS. U větších a dlouhodobějších roste význam koordinace, spolupráce a zapojení státní správy, ale občan je buď v roli zasaženého, nebo v roli dobrovolníka, ať už skrze instituci, nebo formou sousedské neformální pomoci. A pak jsou události komplexní a nové, vyžadující širší zapojení, někdy i zahraniční humanitární pomoc. A úplně nejvýše mezi hrozbami stojí globální katastrofické katastrofy (ne, není to pleonasmus, ale terminus technicus), k nimž odborníci řadí pandemii a jadernou světovou válku. Zde nevystačíme se zdravotnictvím, hasiči a policií – musí nastoupit stát konající na základě systémové přípravy a s účastí nesčetně profesí a složek a zapojením občanů, protože tyto katastrofy vtahují mezi aktéry každého jednoho z nás.

Takto velké události mají dopady nejen zdravotní a na životech, ale i ekonomické, politické i společenské, jak jsme si na vlastní kůži vyzkoušeli. Řešení a zvládnání není otázkou jedné expertízy a jednoho rezortu. Lékaři, epidemiologové, sociologové, matematici, odborníci na komunikaci, ekonomové, právníci, psychologové, etici, zástupci silových složek, experti na bezpečnost, na logistiku, na mezinárodní vztahy i právo – ti všichni mají dodávat podklady za svoji oblast. Rozhodování však musí být na politické úrovni, byť musí vycházet z vědeckých poznatků. Aby systém fungoval, je zásadní koordinace aktivit. Bez komunikace s občany ale fungovat nemůže, a tak je informování veřejnosti ještě důležitější. Jednoduchá, jasná, pravdivá řeč, s určitým prvkem naděje, někdy i s přiznáním nejistoty. Také musí být jasné, kdo je tlumočnickem oficiálních doporučení. Jestli jsem za pandemii něco zásadně postrádala, tak právě toto. Jedině člověk, který je informovaný a má jistotu důvěry v instituce, může přispět ke zvládnutí krize takového rozsahu. Protože pokud se něco týká nás všech, bez nás to jednoduše nepůjde.

Po proběhlé katastrofě nastává období obnovy, ale současně přípravy na další hrozby. Označuje se to „cyklus katastrofy“. I na té nejnižší úrovni jsme po události s větším počtem zasažených museli sepsat zprávu a ta pak byla podrobena analýze – co by se dalo zlepšit? Jak lépe připravit zaměstnance, jak vylepšit dostupný materiál, skladování, systém svolávání, dokumentaci?

Čekala jsem, že něco takového provede i stát po proběhlé pandemii. Ostatně ozývaly se hlasy o vzniku „českého Kochova institutu“, nějak ale vyšuměly do ztracena. Nevím o žádné analýze, strategickém plánu, zvyšování připravenosti, o zvyšování psychické odolnosti populace, o poučení z pandemie.

Tak to asi zase bude na improvizaci každého z nás... Ověřte si pro jistotu, kde máte nejbližší kryt, co patří do evakuačního zavazadla a kolik vody potřebuje Vaše rodina na týden.

Já se po začátku války na Ukrajině uklidnila až v okamžiku, kdy jsem vyřešila, kam bych přesunula svých pět suchozemských želv. A to jsem ještě švédskou příručku v té době ještě nečetla.



Medaile za práci ve prospěch české fyziologie

Na 100. Fyziologických dnech obdržela doc. RNDr. Anna Yamamotová, CSc., z Ústavu fyziologie 3. LF UK Laufbergerovu medaili za práci ve prospěch české fyziologie. Ocenění předávali předseda České fyziologické společnosti ČLS JEP prof. MUDr. Jaroslav Pokorný, DrSc., a vědecký sekretář prof. PharmDr. Alena Sumová. Gratulujeme!

Zajímavý obor, který se dotýká mnoha specializací medicíny

Jolana Boháčková

Působí už 35 let na záchranné službě, svého času dokonce ve funkci náměstka a ředitele středočeské záchranky, nejraději má ale práci v terénu a také výuku mladých lékařů na 3. lékařské fakultě a záchranářů na Vysoké škole zdravotnické. Řeč je o **doc. MUDr. Jiřím Knorovi, Ph.D.**, jehož kurzy jsou u studentů velmi oblíbené, protože je, jak sám říká, seznamuje se skutečnými případy z vlastní praxe. Navíc je prý výuka studentů skvělý způsob, jak předejít syndromu vyhoření.

Práci záchranné služby se daří popularizovat, existuje mnoho pořadů o záchrance, lidé vás mají rádi...

Společnost je k nám docela nekritická, protože se chlubíme svými úspěchy a lidé získávají pocit, že je medicína všemocná. Lidský život je ale omezený, jsme tu na dobu určitou. Byť jsme jako lidstvo dokázali posunout hranici přežití, tak člověk je pořád smrtelný a od medicíny nemůžeme očekávat zázraky. Slovy klasika: lidé se osvobodí, pokud si uvědomí, že jednoho dne z tohoto světa musí nevyhnutelně odejít.

A vaše cesta na záchranné službě?

Chtěl jsem zachraňovat a měl jsem velké štěstí na odborníky, kteří ovlivnili mojí profesní cestu. Nastoupil jsem hned po škole v roce 1990 na pražskou záchranku na anesteziologicko-resuscitační oddělení k primářce



Jarmile Drábkové. Záchranná služba v Praze totiž tehdy disponovala nemocnicí na Malvazinkách, která vychovávala mladé lékaře pro praxi na záchranné službě. Nemocnice však byla záhy po rekonstrukci za veřejné peníze v 90. letech zprivatizována a nadčasová myšlenka tehdejšího ředitele záchranky o výchově odborníků pro terénní praxi vzala za své.

Ještě před atestací jsem prošel praxí ve vinohradské nemocnici, abych poznal obor anesteziologie v celém spektru, a tady jsem potkal dva klíčové odborníky, kteří měli dominantní vliv, a to odborný i lidský, na moje další směřování: docenta Jiřího Málka a primáře Jana

Šturmu. V druhé polovině 90. let jsem pracoval zároveň v nemocnici i na záchrance (včetně letecké). Trávil jsem tenkrát nezhřídkava 360 hodin měsíčně v práci, to byl tehdy standard mladých lékařů. Sice vyčerpávající, ale myslím, že jinak získat zkušenosti a praxi nelze. V roce 2000 jsem přešel na záchrannou službu v celém úvazku, nicméně s fakultou jsem udržoval stále kontakt, především díky docentovi Málkovi, ze kterého se jakožto z mého medicínského vzoru stal postupně i můj kolega.

Pokud chce lékař pracovat na záchrance, musí mít atestaci z urgentní medicíny?

Na záchrance mohou pracovat lékaři hlavních specializací jako interna, chirurgie, anesteziologie a intenzivní medicína či všeobecné lékařství. Zcela zásadní jsou však pro praxi záchrankového lékaře anesteziologické dovednosti, které musí zvládat rutinně, nikoliv metodou pokus omyl. Atestace z urgentní medicíny se rodila a vznikla v 90. letech původně jako odborné zázemí pro lékaře záchranných služeb. Práce lékaře záchranky je dnes zcela specifická, pokrývá všechny klinické obory, zabývá se pacienty v neomezeném věkovém rozmezí, doslova od narození po pokročilé stáří a terminální stavy.

Od roku 1995 jsem také pracoval pod profesorem Pokorným na Katedře urgentní medicíny IPVZ, organizovali jsme a přednášeli v kurzech neodkladných stavů pro různé lékaře i zdravotníky, zpracovávali jsme okruhy a podklady pro budoucí předatestační kurzy. Měl jsem tak čest být u toho, když byl obor urgentní medicína uznán jako svébytný a zrovnoprávněn s ostatními klinickými obory. Dnes je teoretickým zázemím nejen pro lékaře záchranné služby, ale i pro lékaře rodičích se urgentních příjmů, které jsou propojeny přes pacienty

v kritických stavech s anesteziologií a resuscitací a intenzivní medicínou.

O intenzivní medicíně se mluví spíš v souvislosti s poskytováním intenzivní péče v nemocnici. Nicméně postupy v terénu i v nemocnici jsou prováděny podle stejného paradigmatu, který pro lidstvo v 50. a 60. letech minulého století vypracovali odborníci kolem prof. Petera Safara. Srdeční zástava se zahájenou neodkladnou resuscitací je z hlediska počtu výjezdů záchranky de facto výjimečnou situací (v ČR 90 ze 100 tisíc případů za rok), přesto je hodnocení jednotlivých parametrů neodkladné resuscitace „zlatým standardem“ stanovení kvality každé záchranné služby. A Česká republika se v tomto ohledu pohybuje v pásmu nadprůměru mezi vyspělými státy.

Záchranky loni ošetřily více než 1 milion lidí Stále někde čtu, že výjezdů záchranky přibývá, ačkoliv například dopravních nehod ubývá. Čím to je?

Lidé dnes využívají záchrannou službu nikoliv pouze pro řešení urgentních stavů, kdy jde o život, ale i pro akutně a neakutně vzniklé problémy zdravotního, mnohdy i sociálního rázu. Dostupnost standardní mimonemocniční zdravotní péče se zhoršuje, záchranka může být zejména pro seniory jedinou možnou volbou. Záchranky ošetřily v loňském roce více než 1 milion lidí. Toto číslo samo o sobě vypovídá o tom, že systém primární zdravotní péče zdravý není.

Jaká je skladba pacientů záchranky?

Od 90. let, kdy pracuji na záchrance, se skladba našich pacientů postupně mění. Divokost 90. let se samozřejmě promítla do práce záchranných služeb. Ošetřovali jsme tehdy například mnohem více střel-

ných poranění, či stavů po napadení. Dopravní nehody byly četnější a častěji s vážnými a tragickými následky než dnes. Vozový park v Česku byl tehdy naprosto tristní, a to v kombinaci s bezohledností, kterou si mnozí vykládali jako svobodu, často mělo tragické následky. Menší počet závažných dopravních nehod v současnosti je dán nejen lepším vozovým parkem, ale i tím, že se k sobě chováme ohleduplněji, byť to tak na první pohled občas nevypadá. Nicméně dopravní nehody nám stále generují největší počet závažných úrazů, při nichž jde o bezprostřední ohrožení života. Teprve pak následují například pády z výše, popáleniny nebo zásahy u obětí napadení a jiné. Přesto představují úrazové diagnózy pouze 20 % našich pacientů. Význam záchranek u úrazů vždy demonstrují na vlastním zásahu u malého chlapce: Je s mozkolebečným poraněním na místě uveden do umělého spánku a převeden na umělou plicní ventilaci. Jsme na území kraje, který nemá dětské traumacentrum a ani dětský JIP s ventilovaným lůžkem (například Středočeský, Pardubický i Karlovarský). Je neletové počasí, zapomeňte na vrtulník. Co z toho plyne? Bez kvalitní záchranky takového pacienta sofistikovaně neošetříte.

Dalším nosným programem záchranných služeb je kardiovaskulární program, zejména akutní koronární syndromy. Špičkové výsledky v kardiologii v ČR máme mimo jiné i proto, že naše záchranky jsou organizačně kvalitně řízené, mají odpovídající technické vybavení a vycvičený personál. Rozpoznání například akutního infarktu myokardu a zahájení léčby je tak možné už na místě vzniku závažného stavu. Záchranky a kardiologická centra navzájem úzce spolupracují. Díky rychlému předání z přednemocniční do nemocniční péče značně stoupla šance pacientů na přežití. Takhle to ale

nebylo vždycky, záchranky po sametové revoluci prošly bouřlivým vývojem, a to po organizační, technologické, ale hlavně odborně lidské stránce.

Nezapomíná se při dnešních přístrojových možnostech na klasické fyzikální vyšetření? Do Vita Nostry čas od času píší studenti, kteří jezdí do rozvojových zemí, a zmiňují, že v mnoha nemocnicích mají minimum přístrojů, takže se medicí musejí spoléhat sami na sebe – v českých nemocnicích toto nezažívají.

Máme technické vymoženosti a je důležité naučit se je dobře používat, ale neměli bychom hodnotit stav pacienta jen přes dotykovou obrazovku. Vždy je potřeba začít u člověka, to je nejen v přednemocniční péči naprosto klíčové. Paradigma přístupu k pacientovi se nemění, jen máme díky technice mnohem víc možností objektivně vyhodnotit stav pacienta. Do poloviny 90. let jsme neměli v terénu k dispozici pulzní oxymetry, kapnometry se začaly rutinně používat až po roce 2005. Pamatuji se na první případ využití kapnometru u mimonemocniční neodkladné resuscitace v ČR v roce 1998 (také jsme jej záhy opublikovali). Do té doby jsme se spoléhali na své smysly, i tak lze ale dělat kvalitní medicínu.

Souhlasím s tím, že se někdy až příliš spoléháme na přístrojovou techniku a nevidíme za ní člověka. Tuhle tendenci vidím hlavně u mladších kolegů. Moje zkušenost je taková, že na záchrance musíme využívat prověřené postupy. Použití přístroje k diagnostice musí být jednoduché a rychlé, avšak sebelepší technika nenahradí lidský faktor. Přiblížením špičkové péče na místo vzniku kritického stavu dáváme lidem mnohem větší šanci na přežití, ale neméně zásadní roli pak hraje péče v nemocnici.

Jsou však stavy, kde jde především o rychlost zásahu – například u anafylaktické reakce. Ampulka adrenalinu aplikovaná včas na místě dokáže předejít katastrofě, protože pokud se u pacienta rozvine anafylaktický šok, který vyústí do srdeční zástavy, neodkladná resuscitace bývá málokdy úspěšná.

Třeba po včelím píchnutí?

Ano, pro někoho může být smrtící během několika minut. Dojezdový čas naprosto pak rozhoduje o tom, jestli člověk přežije nebo nepřežije. Ale teď jsme se dostali někam úplně jinam.

Ano, zpět ke skladbě pacientů.

Kromě úrazů a akutních koronárních syndromů se systémově podílíme na řešení cévních mozkových příhod. Z cerebrovaskulárního programu profitují všichni, kteří prodělají cévní mozkovou příhodu. Tyto pacienty transportujeme do cerebrovaskulárních center nižšího a vyššího řádu k revaskularizaci, nikoli k „odležení“ jako v 90. letech. Co do počtu případů, je cévních mozkových příhod každoročně přibližně stejně.

Každou altruistickou službu lze zneužít

Proč tedy přibývá zásahů?

Co budete dělat, když vám v sobotu odpoledne najednou vyletí horečka, bude se vám špatně dýchat, bude vás bolet v krku? Bude to vypadat jako angína a vy tušíte, že potřebujete antibiotika?

Zajedu na nejbližší pohotovost? Záchranku mám spojenou s ohrožením života.

Rozlišujeme akutní stavy a urgentní stavy – u těch akutních nejde o bezprostřední ohrožení života. Akut-

ní stav bude většina populace řešit pohotovostí, ale jsou místa, kde kvůli nedostatku či neochotě lékařů primární péče sloužit je pohotovost dostupná několik dní v měsíci. Záchranka je pak zejména pro seniory jediná volba. Jindy zase volají například pacienti s bolestmi zad, migrénou a podobně. K takovýmto akutním, ale nikoli život ohrožujícím stavům operátorka pošle záchranku, protože těžko jim může poradit, aby se sami dopravili na pohotovost.

Proč jim nemůže poradit, aby se sami dopravili na pohotovost?

Zažil jsem situaci, kdy operátorka trpělivě vysvětlila, že by pacientku s bolestmi zad mohli do nemocnice dopravit přítomní rodinní příslušníci, což nakonec udělali, ale dopadlo to tak, že na operátorku podali trestní oznámení a byla odsouzena k finanční pokutě. V některých situacích ale samozřejmě volající laik nemusí správně posoudit závažnost stavu a může mít pocit, že je skutečně nutné, aby přijela záchranná služba. Starší lidé, kteří nemají doma auto a mohou být vyděšení, samozřejmě potřebují, aby záchranka přijela, ačkoli ten stav nemusí být urgentní. Zároveň se může stát, že operátor(ka) na dálku situaci nemusí vyhodnotit na základě kusých a zmatených informací správně a stav může být urgentní.

Pokud si ovšem záchranku zavolá někdo, kdo si nestihl v týdnu zajít k lékaři, vnímám to jako zneužití záchranné služby. Nicméně pokud nabízíme nějakou altruistickou službu, musíme počítat s tím, že se najdou lidé, kteří ji budou zneužívat. My jsme rádi, že můžeme pomáhat, a jsme hrdí, jak naše záchranná služba dobře funguje, a většina populace je rozumná a neuvažuje způsobem: „Záchranka je zadarmo, za taxi do nemocnice bych musel platit.“

Možná chybí Čechům nějaké mentální nastavení nebo jednoduše znalost toho, v jakých situacích volat záchranku.

Nárůst případů ale registrují ve všech záchranných službách v celém vyspělém světě. Není to jen problém Čechů.

Jsou ještě nějaké typy výjezdů, se kterými jste se v minulosti nesetkali?

Množí se psychiatrické výzvy, časté jsou výjezdy k lidem pod vlivem alkoholu či různých drog, většinou k lidem sociálně slabším. Registrujeme častější výjezdy do škol k dětem, které mají panické ataky vyplývající z úzkostných poruch. O tom, že děti trápí úzkosti a deprese, čteme všude. Do toho chybí dětští psychologové a psychiatři, takže logicky některé příhody skončí voláním záchranky. Jindy se volá k banálním úrazům, zažil jsem výjezd, kdy se například dítě jen lehce řízlo do prstu – paní učitelka se ale bojí, že by si rodiče mohli stěžovat, že nepostupovala správně. Nedivím se jim a nevyčítám.

Z nově specifických stavů zmíním ještě pacienty, kteří jsou v domácí péči na umělé plicní ventilaci, třeba děti s nějakým těžkým deficitem, s vrozenou vývojovou vadou. Pokud dojde ke komplikaci, rodiče nemají možnost zavolat nikoho jiného než záchranku.

Máte na mysli paliativní pacienty? Nebývají obvykle v péči nějakého domácího hospice nebo podobných služeb?

V některých regionech hospice fungují, ale to pokrytí není ani zdaleka stoprocentní. Někdy nás volají z pobytových zařízení pro seniory, protože tam lékaři dochází zřídka. Zajišťují spíše sociální péči, omeze-

ně zdravotní. Aktuálně sloužím na stanovišti, kde je v akčním rádiu několik takových zařízení, a výjezdy k těmto pacientům jsou každodenní rutinou.

Pokud se jedná o nějaké polymorbidní pacienty, resuscitujete?

Pokud resuscitaci vyhodnotíme jako neindikovanou, pak takovou aktivitu ukončujeme, byť ji v dobré vůli zahájí nepoučení rodinní příslušníci nebo personál Alzheimer center či jiných pečovatelských ústavů. Je zřejmé, že se tak často ocitáme v nepříjemných situacích, neboť pacienta vidíme poprvé v životě, a to při probíhající laické resuscitaci. Na místě je sice mnohastránková propouštěcí zpráva z nemocnice, v ní ale prakticky vždy chybí rozvaha o prognóze při vyčerpání běžných terapeutických možností u pacienta v terminálním stavu. Rodina je většinou nepoučená a lékař záchranky pak má ve stresující situaci rozhodnout. Tenhle alibismus je v medicíně současnosti bohužel všudypřítomný.

Lidé v režimu mimonemocniční paliativní péče by měli mít rozepsaný plán péče, takzvanou SOS medikaci, a číslo na sestru či přímo lékaře paliatra, nikoliv na záchrannou službu. V plánu péče by měla být epikríza s prognózou, kde je také uvedeno, a to je pro nás velmi důležité, zda je smysluplné v případě srdeční zástavy resuscitovat. Rodina by měla být poučena a vědět, co od záchranky očekávat, když dojde k nějaké komplikaci. V ústavech sociální péče se s takovými plány péče setkáváme zcela výjimečně a personál pak zahajuje neodkladnou resuscitaci například u polymorbidního, dlouhodobě imobilního pacienta s těžkou poruchou gnostických funkcí. Často pak od zaměstnanců těchto sociálních zařízení slyšíme, že rodina by to tak chtěla.

Tohle vnímám jako systémovou chybu, která vyžaduje interdisciplinární řešení.

Kolik lidí po úspěšné resuscitaci žije plnohodnotný život?

Přibližně 60 % pacientů zemře na místě, 10 % se vrátí do života, někteří s lehčím či horším postižením, jako jsou poruchy krátkodobé paměti, rovnováhy, jemné motoriky či psychické problémy, většinou ve formě depresí. Zbývajících 30 % lidí sice přežije, ale s těžkým deficitem většinou způsobeným poškozením mozku.

To, že jsme schopni abstraktního myšlení, že jsme schopni plánovat, komunikovat, pomáhat, že jsme schopni empatie, je výsledek činnosti centrální nervové soustavy. Je to ale vykoupeno právě obrovskou citlivostí na hypoxii – lidský mozek je nejdokonalejší hmota ve vesmíru, ale velmi zranitelná. 20 % kyslíku, který přijímáme v klidovém stavu, spotřebujeme na činnost mozku. Na jedné straně jsme posunuli hranici přežití, urgentní a intenzivní medicína postoupila skokově kupředu, ale na druhé straně jsme způsobili, že část námi léčených pacientů přežívá s těžkým neurologickým deficitem. Z mého pohledu je živoření mezi životem a smrtí ve vegetativním stavu daní, kterou lidstvo platí za naději pro oněch 10 % přežívajících. Neodkladná resuscitace totiž není standardní léčebný postup a má pouze hraniční efektivitu pro zajištění bazální oxygenace. Nejtěžší je rozlišit, kdy mají resuscitační postupy ještě smysl. Nebavíme se ale o eutanázii, ale principu „odkloněné stříkačky“ nebo jak píše doktor Honzák, volbě menšího zla před větším. Na jedné straně máme „heroickou“ medicínu, na straně druhé důstojný odchod ze života. Myslím, že tohle je aktuálně jeden z největších problémů současné medicíny.

Jakou máte zkušenost s pacienty v péči mobilních hospiců?

Velmi vítáme práci mobilních hospiců. Podle statistik u 80 % pacientů, kteří zemřou doma nebo v nějakém zařízení sociální péče, poslední dva měsíce před jejich odchodem ze života opakovaně zasahuje záchranka. To je dlouhodobě neúnosné. Tohle všechno ale odbourávají kvalitně fungující domácí hospice, protože lidé v terminálních stavech nepotřebují další transporty do nemocnice, potřebují hlavně podanou ruku blízkého člověka. My těmi zbytečnými transporty pacienty v terminálních stádiích onemocnění mnohdy spíš trestáme, vytrháváme je z prostředí, kde se cítí nejlépe a benefit z toho nemají v podstatě žádný.

Záchranka má ohledně standardní (neurgentní) péče omezené možnosti. Podstatou urgentní medicíny je princip pyramidy života, termín, který ráda používala docentka Drábková: Znamená, že u pacienta ohroženého na životě musíte nejprve provádět život zachraňující úkony a teprve v průběhu provádění život zachraňujících úkonů zjišťovat, co je vlastně příčinou stavu. To je rozdíl oproti klasické medicíně, kde máte čas na určení diagnózy a následné nasazení léčby. Když se tedy vrátíme k paliativnímu pacientovi. Jaké máme prostředky v terénu? Musíme spolupracovat a dobře komunikovat s rodinou, musíme jí vysvětlit, že pacient je na konci své životní cesty a my mu můžeme pomoci z života odejít důstojně. Pokud je rodina vnímavá, pochopí, že jejich babičce nebo dědečkovi je doma nejlíp a zbytečný transport do nemocnice nevyžaduje. Máme ale na tuto rozmluvu a další úkony omezené množství času, zatímco mobilní hospic s nimi pracuje déle a intenzivněji a léčí chronické problémy, my řešíme jen akutní stav. Rád uvádím jako příklad okres Třebíč, kde je díky

Domácímu hospici sv. Zdislavy pacientů v terminálním stádiu, u kterých zasahuje záchranka v terminálních fázích onemocnění, čtyřikrát méně než jinde v ČR – jenom okolo 20 %.

Ideální by bylo, kdyby někdo z paliativního týmu nemocnice nebo ošetřující lékař pacienta odcházejícího do domácí péče poučil, že může kontaktovat domácí hospic a záchranka by nebyla potřeba.

Naprostý souhlas. Ne každý má ale rodinu, která se o pacienta může nebo chce postarat, a ne každý je schopen či ochoten vysvětlení přijmout. Často je pro seniory jedinou možností pobyt v zařízení sociální péče, proto se opakovaně snažíme přesvědčit personál těchto zařízení, aby si zpracovali plán péče o pacienta, aby nedocházelo k vzájemnému nepochopení nebo dokonce konfliktům. Každý člověk chce ze života odejít důstojně.

Dostáváte víc stížností než v třeba v 90. letech?

Jednoznačně. Dřív museli lidé napsat dopis rukou, dát ho do obálky, nalepit známku a poslat poštou. Dnes pošlou mail nebo použijí nějaký on-line formulář a celé to zabere pár minut. A zdarma. Někdy jsou stížnosti až komické (stížnost, že moc houkáme, nebo naopak, že houkáme až před křižovatkou), jindy jsou sofistikovaně podané přes právní kanceláře. Ze zkušeností, kdy jsem byl náměstkem a ředitelem středočeské záchranky, můžu s klidným svědomím říct, že 90 % stížností je neoprávněných. Nejhorší stížnosti následují po tragických situacích, kdy neočekávaně zemře například mladý člověk, a lidé mají přehnaná očekávání stran možností medicíny. Hledá se viník a záchranka je „první na ráně“. Myslím, že by to mohl být jeden z důvodů, proč mladí lékaři nemají velkou motivaci pro práci na záchrance.

Pouze 15 % světové populace má možnost zavolat si záchranou službu

Je víc stížností nebo děkvných dopisů?

Mnohem víc stížností. Pokud pacienti či příbuzní děkují, děje se to většinou až v nemocnici. Záchranka je však pro mě důležitým měřítkem životní úrovně. Jde o sofistikovaně fungující altruistickou organizaci, která je ochotná a připravená vyjet na pomoc v režimu 24/7. Takhle připravenost aktivně pomáhat komukoliv bez rozdílu má pro společnost přesah daleko za hranice medicíny a zdravotnictví. Máme štěstí, že záchranou službu, navíc bezplatnou a v takové podobě, máme. Pouze 15 % světové populace má možnost zavolat si cosi ekvivalentního záchrané službě v ČR. Avšak altruistické jednání je vždy zneužitelné a vždycky si někdo bude stěžovat. Bez toho se neobejdeme.

Zajímáte se o další osudy pacientů, které vezete do nemocnice?

Bez toho se neobejdeme. Před 10 lety jsme začali na Středočeské záchrance vyhodnocovat retrospektivně různé parametry našich pacientů, kteří postoupili neodkladnou resuscitaci se zaměřením na fenomén dýchání po srdeční zástavě. Zjistili jsme naprosto jednoznačně, že tento fenomén predikuje významně statisticky vyšší dosažitelnost obnovy akce srdeční i dlouhodobé přežití. Ve stejné době publikovali podobné výsledky naši kolegové v Japonsku, Belgii a Francii. Čínští kolegové následně vytvořili a publikovali z těchto článků (včetně našeho) metaanalýzu, která měla větší vědecký dopad než jednotlivé články z různých koutů světa. Tohle jsou momenty, které vás motivují jít dál.

Nedávno se nám podařilo obnovit činnost srdce po zástavě u mladého pacienta, u kterého podle instrukcí



operátorky prováděli jeho kamarádi do našeho příjezdu nepřímou srdeční masáž. Byl následně předán do nemocniční intenzivní péče po úspěšné resuscitaci, ale zemřel druhý den. Zajímala mne příčina a ukázalo se, že třicetiletý muž, stavební dělník, cizinec byl těžce deprivovaný jak sociálně, tak biologicky. Vše se nasčítá – podvýživa, alkohol, nevyspalost, fyzické vyčerpání, následně plicní infekce s bronchopneumonií a jeho organizmus to zkrátka nevydržel. Zpětnovazebné zjištění a dohledání příčiny stavu (třeba i na soudním lékařství) je pro naši další práci nutné i pro vyhodnocení zásahu.

Jakožto docenta se vás musím zeptat, jak se dá spojit záchranka s vědeckou prací?

Určitě to jde a je nás na záchrankách již poměrně hodně, kteří o něco podobného usilujeme. Mě mimo jiné obrovsky motivovalo, když na naši práci kolegové z klinik shlíželi tak trochu z patra a také jsem to kdysi slíbil profesoru Pokornému. Stojí to spoustu času a energie, na druhé straně mě to motivovalo na záchrance vydržet. Bez tohoto úsilí stěží porozumíte patofyziologii kritických stavů, což následně extrapolujete do klinických situací a posunujete se dál.

Máte na kontě také tři učebnice.

S doktorkou Janou Šeblovou a dalšími autory jsme napsali knihu *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. Ta je specifická hlavně tím, že popisuje spoustu případů přímo z terénu. S docentem Málkem jsme pak sepsali knihy *Farmakoterapie urgentních stavů* (vychází 4. vydání) a *Lékařská první pomoc v urgentních stavech*. Myslím, že každá kniha vycházející ze skutečné praxe a reálných situací, je pro obor přínosem. My máme navíc výhodu, že oslovujeme široké spektrum lidí, protože urgentní medicína se dotýká mnoha oborů.

Prošel jsem obdobím, kdy jsme se učili u kritických stavů dávat do souvislosti například odchylky v dostupném laboratorním vyšetření s klinickým stavem a aktivací nespecifického holoorganického sterilního zánětu jako příčiny syndromu multiorgánové dysfunkce a reakce vzdálených orgánů na závažnou noxu. Když se snažíte tyhle pochody v lidském těle opravdu pochopit, jdete stále víc do hloubky a následně se pak různé texty píší lépe. Navíc psaní, kontakt s fakultou a učení je podle mě nejlepší prevence proti syndromu vyhoření.

Rychle se rozhodovat a být empatický

Musí mít lékař záchranky nějaké typické vlastnosti?

V terénu je odkázán sám na sebe, takže se musí umět rychle rozhodovat a zároveň být hluboce empatický – musí se umět vcítit do lidí, ale dokázat jim také říkat nepříjemné věci. Celé je to o práci týmu, takže musí být schopen dobře vycházet s kolegy. Čímž se dostávám k tomu, že náš tým není jenom lékař, ale i další skvělí zdravotníci, kteří dnes již mají možnost studovat záchranařství na vysoké škole. A nesmím zapomenout na často opomíjenou a nevděčnou, ale klíčovou profesi –

operátorky a operátory. Nicméně nositelem odbornosti a také největší zodpovědnosti je především lékař.

Zmínil jste problém předávání pacienta z přednemocniční do nemocniční péče. Stává se ještě, že nějaká nemocnice nechce přijmout vašeho pacienta?

Položil jsem otázku „Co vás nejvíc stresuje?“ třem lidem, kterých si vážím – záchranáři, řidiči sanitky a operátorce. Všichni odpověděli, že předávání pacientů v nemocnicích. Právě tam vznikají naprosto zbytečné konfliktní situace, protože leckde urgentní příjmy ještě nefungují a my vezeme pacienta na konkrétní oddělení či ambulanci, kde ho nechtějí přijmout. Věta „Proč ho sem vezete?“ je noční můrou všech lidí na záchrance. Na druhou stranu chápu postoj přetížených zdravotníků v nemocnicích. Takže ano, problém s předáváním pacientů stále trvá a všichni se těšíme, až budou všude dobře fungovat urgentní příjmy s expektačními lůžky a pohotovostmi a v nemocnicích budou děkovat za každého dovezeného pacienta.

Chtělo by to nějaký optimistický konec...

V naší národní povaze je, že jsme kritičtí úplně ke všem a ke všemu kolem sebe. Člověk má před kritikou ostatních ale začít u sebe, zamést si před vlastním prahem. Měl jsem vlastně obrovské štěstí, že jsem prožil zcela výjimečnou dobu, naskočil do pomalu se rozjíždějícího vlaku a následně prožil obrovský boom oboru jménem urgentní medicína. A neměnil bych.

Dosud neexistovaly laboratorní nebo zobrazovací metody pro diagnostiku schizofrenie. Změna nastává s projektem BRAINSCAPE

Jan Červenka

Schizofrenie se celosvětově diagnostikuje na základě odborného rozhovoru s psychiatrem, chybí však další diagnostické nástroje. Vědci z Národního ústavu duševního zdraví (NUDZ), ve spolupráci s řadou partnerů z akademické i soukromé sféry začátkem nového roku spustili nový projekt BRAINSCAPE. Díky němu by v budoucnu mohli lékaři u pacientů se schizofrenií odhalit změny v mozku z kapky krve a podle analýzy změn zornice dokonce předpovídat možné zhoršení stavu.

Představte si situaci, kdy je mladý člověk poprvé hospitalizován kvůli epizodě onemocnění ze schizofrenního spektra. Jakmile to jeho zdravotní stav dovolí, provedou lékaři vyšetření na magnetické rezonanci a odeberou vzorek krve. Z něj získají informace, které propojí s unikátní databází ESO, díky analýze matematické podobnosti dat dokážou předpovědět nejpravděpodobnější průběh nemoci a nastavit nejvhodnější léčbu. To všechno na základě neinvazivního vyšetření, z jednoho vzorku krve a snímkování v magnetické rezonanci. Právě to je jedním z cílů projektu BRAINSCAPE, který odstartoval v lednu letošního roku a který získal významný grant MŠMT ve výši téměř 100 milionů korun v rámci programu Dlouhodobé mezisektorové spolupráce.

Čekání na nové technologie

„Před více než 15 lety jsme začali vytvářet databázi ESO, která je založena na opakovaných vyšetřeních pacientů se schizofrenií během kritických prvních pěti let od vypuknutí příznaků. Tato studie patří k nejrozsáhlejšími svého druhu na světě a ročně se do ní přidává velké množství dat od přibližně dvou stovek pacientů v časném stadiu nemoci,“ popisuje MUDr. Filip Španiel, Ph.D., vedoucí Centra výzkumu prvních epizod SMI Národního ústavu duševního zdraví.

„Kromě pokročilého vyšetření magnetickou rezonancí jsme v databázi ESO od začátku odebírali také krevní vzorky, které byly pečlivě zpracovány pro dlouhodobé skladování. V době jejich odběru přitom nebyly dostupné metody a technologie, které se objevily až v posledních letech. Umožňují studovat mozkové buňky prostřednictvím obyčejného odběru krve. Všechny buňky v těle včetně mozkových produkují takzvané exosomy. Díky analýze jejich obsahu ve spojení s dalšími daty tak chceme získat přímé informace o stavu mozkových buněk, aniž bychom museli odebírat vzorky mozkové tkáně,“ vysvětluje prof. Pavel Mohr, hlavní řešitel BRAINSCAPE. Cílem projektu není jen rozšířit poznání příčin schizofrenie, ale zejména vytvořit klinickou platformu pro počítačem podporovanou dia-

agnostiku a nové metody prevence opětovného vzplanutí nemoci, a to s využitím digitálních technologií.

Může dynamika zornice předpovědět zhoršení stavu?

„Pokud bude pacient chtít, vybavíme ho aktigrafickým náramkem, který bude monitorovat změny spánku, a speciální podložkou do lůžka, která bude sledovat spánkovou architekturu. Pacient každý týden prostřednictvím aplikace na chytrém telefonu vyplní dotazník sledující časné varovné příznaky a pomocí kapesního přístroje změří svou mozkovou aktivitu na základě analýzy změn průměru zornice. Dynamika zornice totiž přímo odráží změny v mozkové aktivitě. Budeme zkoumat, do jaké míry může tento snadno měřitelný parametr, získaný pomocí jednoduchého zařízení, předpovídat riziko blížícího se relapsu, tedy

náhlého zhoršení onemocnění,“ vysvětluje doktor Španiel.

„Schizofrenie patří k nejzávažnějším psychiatrickým onemocněním. Postihuje okolo 24 milionů lidí po celém světě. Základní účinnost antipsychotik se za posledních 70 let výrazně nezlepšila. Současná léčba zmírňuje pouze malou část celkové zátěže a neřeší hlavní příčiny funkčního úpadku, jako jsou kognitivní postižení a negativní příznaky, včetně snížené motivace a narušené vůle. Proto je 70 % pacientů se schizofrenií trvale invalidních. Neschopnost efektivně léčit schizofrenii pramení z její různorodosti. Pod jednotnou diagnózou se skrývá řada poruch s odlišným biologickým základem, které zatím neumíme rozpoznat a nedokážeme ani předpovědět jejich vyústění. Projekt BRAINSCAPE má pomoci tuto situaci zlepšit,“ uzavírá profesor Mohr.

Mistři medicíny na pultech knihkupectví

Kniha Mistři medicíny vychází z úspěšného dokumentárního cyklu České televize a přináší jedinečný pohled na životy předních českých lékařů a lékařek. Na základě bohatého materiálu, který vznikl při natáčení, se zrodila myšlenka vytvořit knihu rozhovorů, v níž lékaři mohou soustředěněji popsat své myšlenky, pocity i životní filosofii. Renomovaní novináři Renata Kalenská, Blanka Kubiková, Jolana Matějková, Jaroslav Veis a kreativní producentka Alena Müllerová přinášejí dvacet inspirativních rozhovorů, které čtenáře zavedou nejen do odborné praxe, ale také do soukromí těchto mimořádných osobností. Každý rozhovor je plný autentických výpovědí a nabízí hluboký vhled do toho, co znamená být mistrem medicíny – jak v profesním, tak v osobním životě. Mezi respondenty najdeme jména jako Zuzana Moťovská, Kateřina Rusinová, Anatolij Truhlář, Karel Šonka, Martin Anders, Lucie Hrdličková a další.

listopad 2024, Edice České televize, 304 stran



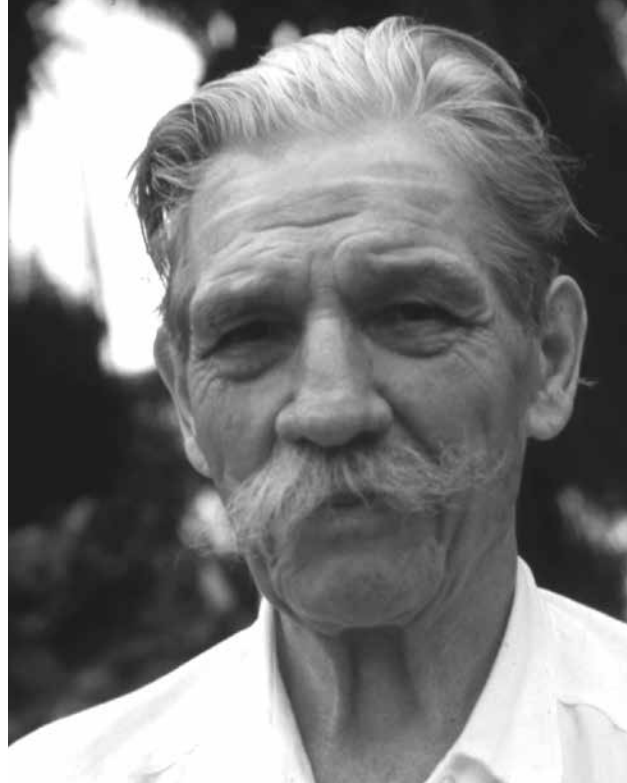
Albert Schweitzer: Humanitární maják v srdci Afriky

Jolana Boháčková

Albert Schweitzer byl výjimečnou osobností, která zasáhla do mnoha oblastí lidského života – byl teologem, filozofem, lékařem, hudebníkem i humanistou. Přestože dosáhl úspěchu v akademické i hudební sféře, rozhodl se zcela změnit svůj život a zasvětit ho pomoci nejpotřebnějším. Ve zralém věku se stal lékařem a odjel do rovníkové Afriky, kde založil nemocnici v Lambaréné. Jeho životní filozofií se stalo heslo „úcta k životu“ a jeho nezištné úsilí o zlepšení zdravotní péče v Gabonu mu vyneslo celosvětové uznání, včetně Nobelovy ceny za mír. Letos od jeho narození uplynulo přesně 150 let.

Albert Schweitzer se narodil 14. ledna 1875 v Kayersbergu v Horním Alsasku, tehdy součásti Německé říše, v rodině luteránského faráře. Dětství prožil v nedalekém městečku Günsbach, kde jeho otec působil jako pastor. Již v raném věku se u něj projevovalo mimořádné hudební nadání a hluboký zájem o filozofii a teologii.

Po absolvování gymnázia v Mylhúzách pokračoval ve studiu na Štrasburské univerzitě, kde se věnoval teologii, filozofii a hudbě. V roce 1899 obhájil disertační práci na téma Kantova náboženská filozofie a stal se jedním z nejvýznamnějších evropských znalců díla tohoto myslitele. Vedle toho se věnoval studiu hry na varhany a stal se uznávaným interpretem děl Johan-



na Sebastiana Bacha, jehož tvorbu později propagoval v mnoha evropských zemích.

Osudové rozhodnutí

V roce 1904 narazil na článek v misionářském časopise, který popisoval katastrofální zdravotní situaci v Africe, zejména v oblasti Gabonu. Tato zpráva ho natolik zasáhla, že se rozhodl změnit směr svého života. Navzdory úspěšné akademické kariéře a hudebním úspěchům se rozhodl stát lékařem, aby mohl pomáhat nemocným v Africe.

V roce 1905 začal studovat medicínu a o sedm let později, v roce 1912, promoval jako lékař. Během studia zároveň pokračoval ve své hudební činnosti a hrál varhanní skladby J. S. Bacha. Finanční prostředky zís-

kané koncertováním pomohly financovat jeho budoucí lékařskou misi.

První cesta do Afriky a založení nemocnice

V roce 1913 se Albert Schweitzer spolu se svou manželkou Helenou Bresslauovou vydal do Lambaréné, tehdy součásti Francouzské rovníkové Afriky (dnešní Gabon). Cesta byla náročná, ale Schweitzer byl pevně odhodlán splnit svůj cíl – vybudovat nemocnici, která by poskytovala zdravotní péči domorodcům. Po příjezdu do oblasti začal pracovat v provizorních podmínkách.

Nemocnice se rychle rozrůstala a brzy se stala centrem zdravotní péče v regionu. Schweitzer se musel vypořádat s obtížnými hygienickými podmínkami, tropickými nemocemi, jako byla malárie, lepra či spavá nemoc, a také s nedostatkem zdravotnického materiálu. Přesto se jeho úsilí začalo vyplácet a jeho pověst se rychle šířila.

Během první světové války byl Schweitzer jako německý občan v kolonii ovládané Francií považován za nepřítele. V roce 1917 byl proto internován a odvezen do Francie, kde byl držen v zajateckých táborech. Po válce pracoval v nemocnici v Alsasku a věnoval se psaní knih a přednáškám, aby získal finance na obnovu své nemocnice. V roce 1924 se vrátil do Afriky a znovu svou nemocnici otevřel. Postupně ji rozšiřoval a modernizoval, přičemž kladl důraz na prevenci nemocí a osvětu mezi místními obyvateli. Jeho nemocnice se stala vzorem pro další zdravotnická zařízení v Africe a začali v ní působit lékaři z celého světa.

Schweitzerova filozofie „úcty k životu“ (Ehrfurcht vor dem Leben) se stala základem jeho přístupu k medicíně i k životu obecně. Věřil, že každé živé bytosti by měla být poskytnuta co největší ochrana a péče. Tento

přístup uplatňoval nejen ve své lékařské praxi, ale také v ekologických a mírových aktivitách.

Nobelova cena za mír a další působení

V roce 1952 byl oceněn Nobelovou cenou za mír za svou celoživotní humanitární práci. Peněžní odměnu spojenou s cenou použil na rozšíření nemocnice v Lambaréné, kde i nadále aktivně pracoval jako lékař.

Albert Schweitzer zemřel 4. září 1965 v Lambaréné ve věku 90 let. Jeho nemocnice nadále funguje a jeho odkaz žije v humanitárních organizacích po celém světě. Jeho filozofie úcty k životu inspirovala mnoho lékařů, humanitárních pracovníků i aktivistů, kteří se zasazují o lepší životní podmínky pro nejpotřebnější. Dnes jeho jméno nese mnoho nemocnic, škol a organizací po celém světě. Jeho odkaz připomínají také četné biografie, dokumenty a pamětní desky, které udržují při životě jeho poselství solidarity, soucitu a nezištné pomoci.

Po stopách věhlasného muže do Lambaréné

Schweitzerův vliv zasáhl i Československo – v roce 1968 se skupina československých studentů pokusila doručit zdravotnickou pomoc do Lambaréné. Iniciátorem akce byl docent Petr Bartůněk, emeritní přednosta 4. interní kliniky 1. LF UK. V úryvku z článku *Česká expedice do Lambaréné inspirovaná strhujícím příběhem Alberta Schweitzera*, který vyšel před 10 lety v našem časopise, vzpomíná:

Strhující životní příběh profesora Schweitzera mě přivedl k myšlence absolvovat prázdninovou praxi mezi pátým a šestým ročníkem právě v jeho nemocnici. Tato vize byla v průběhu času rozšířena o myšlenku materiální pomoci nemocnici v Lambaréné. Přibližně ve stejné době se mi podařilo z mých přátel a spolužáků vytvořit

tým, který splňoval náročná profesní kritéria nezbytná k zajištění cesty v nákladním voze napříč africkým kontinentem. Tak někdy v roce 1966 začaly horečné přípravy na cestu, která jakoby ignorovala nepřízeň onoho času... V tomto kontextu nemohu než zdůraznit klíčovou roli rektora UK pana profesora Oldřicha Starého, přednosta neurologické kliniky naší školy, tehdy Fakulty všeobecného lékařství, dnes 1. LF UK, bez jehož garance a osobní odvahy bychom nikdy cestu nemohli uskutečnit, ale to už je jiný příběh.

V průběhu příprav se díky významné pomoci velkých firem a podniků zahraničního obchodu podařilo zajistit dar skládající se ze zdravotnické techniky, pomůcek, léků i obvazového materiálu v nezanedbatelné ceně. Ten byl transportován v kontejnerech lodní dopravou, zatímco expedice měla na palubě jen první československý tranzistorový elektrokardiograf vyrobený a darovaný Chiranou (UNICARD) a kostní štěpy z tkáňové banky fakultní nemocnice v Hradci Králové, kterou tehdy vedl docent Klen, a které měly posloužit k rekonstrukčním operacím u pacientů znetvořených leprou.

Výpravu tvořila skupina osmi přátel. Vycházel jsem z přesvědčení, že úspěch výpravy se bude mimo jiné odvíjet od specifických odborných znalostí účastníků. Medici jsme byli proto jen dva, já a Jiří Plaček, spolužák z ročníku, známý svými všestrannými kutilskými schopnostmi a především prvotřídní řidič a mechanik. Nyní pracuje jako gynekolog v Kutné Hoře. Navigátorem a druhým řidičem byl Josef Vavroušek, čerstvě promován inženýr ČVUT. Po roce 1989 se stal ministrem životního prostředí. Zahynul pod lavinou v jeho milovaných Tatrách v roce 1995. Dalším byl Luboš Kropáček, můj spolužák z dětství s fenomenální pamětí, ovládající mimo všechny základní evropské jazyky i řadu

dalších, například arabštinu, starocírkevní amharský jazyk, či svahili a jiné. V současné době je považován za předního českého arabistu, působí jako profesor na UK. Klement Kunz byl biochemik, tehdy pracoval jako aspirant Farmakologického ústavu LFH UK. V expedici měl na starosti zásobování a kuchyň. Roli psychologa výpravy plnil Miroslav Topinka. Původně náš spolužák z medicíny, který ale přešel na filozofickou fakultu. Dnes je tento nositel ceny Jaroslava Seiferta, resp. Ceny F. X. Šaldy, považován za významného básníka a esejistu. Kameru a fotoaparáty bravurně obsluhoval kameraman filmového studia Barrandov Jiří Stöhr a zpravodajem výpravy byl zkušený novinář a později i spisovatel Petr Bárta.

Přestože jsme vynaložili velké úsilí v přípravě i na cestě samotné a překonávali nesmírná úskalí, nakonec jsme do nemocnice v Lambaréné nedorazili. Hranice Gabonu jsme překročit nesměli. Několik týdnů jsme se snažili dosáhnout zrušení zákazu vstupu do Gabonu. Na naši podporu jednala řada institucí, osobností. Ale nic nepomohlo. Prezident Gabonu Bongo nereagoval na žádný z četných protestů, z nichž uvádím Společnost přátel A. Schweitzera v Basileji, Ekumenickou radu církví, rektorát UK, ministerstvo školství a další. Bohužel to byly důvody ryze politické.

Nezbývalo tedy, než použít loď. Na palubě lodi, kterou jsme pluli z konžského přístavu Point Noir do nigerijského Lagosu, jsme se setkali s nástupcem tehdy již zemřelého profesora Schweitzera, doktorem W. Munzem a s dcerou profesora Schweitzera, paní Rhennou Eckert-Schweitzerovou. Symbolickou část daru, kterou jsme vezli přímo my, převzal lékař nemocnice Lambaréné – dr. Kopp, který se vracel z dovolené v Evropě.

Trpce symbolický byl náš návrat lodí do Evropy. Vy-

lodili jsme se v Marseille. Nad ránem 21. srpna 1968 nám dělníci z přístavu přinesli rádio a my jsme se tak dověděli o okupaci naší země.

Bolestná konfrontace s realitou třetího světa znamenala každého z nás natrvalo. Nesmírně přispěla k uvědomění si povinnosti přispívat těmto zemím nej-různějšími způsoby a prostředky.

*(Petr Bartůněk: Česká expedice do Lambaréné inspirovaná strhujícím příběhem Alberta Schweitzera, Vita Nost-
ra Revue 1/2015)*

Expedice Lambaréné 1988

O dvacet let později se vydala do stejné nemocnice další československá výprava vedená medikem Miroslavem Křížem. Cestoval společně s Martinem Čechem, Janem Čechem, Milošem Kláštereckým, Vratislavem Mrázkem, Lubošem Pouškem a novinářem Markem Šálkem vozem Liaz přes Saharu. 3. února dosáhla expedice cíle a předala v nemocnici v Lambaréné zdravotnický materiál a 13 tisíc brýlí, které se podařilo nashromáždit veřejnou sbírkou.

Sedmé kolo projektu KAMP odstartovalo

Lenka Veselá, Irena Aldhoon Hainerová

V neděli 16. března jsme zahájili už sedmé kolo projektu KArdioMetabolické Prevence (KAMP), který pomáhá dětem s obezitou na cestě ke zdravějšímu životnímu stylu. Program, probíhající na Klinice dětí a dorostu FNKV a 3. LF UK, letos slaví tři roky své existence.

Novou skupinu tvoří 11 dospívajících a jejich rodiče, které do projektu doporučili lékaři z dětské endokrinologie a obezitologie. První den jsme zahájili registraci a zapůjčením sportovních hodinek Garmin, které pomohou účastníkům sledovat jejich pohybové aktivity. Hodinky jsme hned využili při ukázce zumbly a kruhového tréninku pod vedením fyzioterapeutky. Během cvičení si rehabilitační lékařka všimla u některých dětí odchylek v držení těla, a proto byly rodinám vystaveny žádanky na fyzioterapii.

Poté se skupiny rozdělily – děti podstoupily diagnostiku složení těla na InBody, měření tělesných obvodů a kožních řas pod vedením antropoložky Mgr. Vážné, zatímco rodiče se zúčastnili úvodního setkání s psychologkami a psychoterapeutkami Mgr. Divokou a Mgr. Bala. Do skupinových sezení se aktivně zapojují i studentky psychologie a lékaři vzdělávající se v oboru obezitologii.

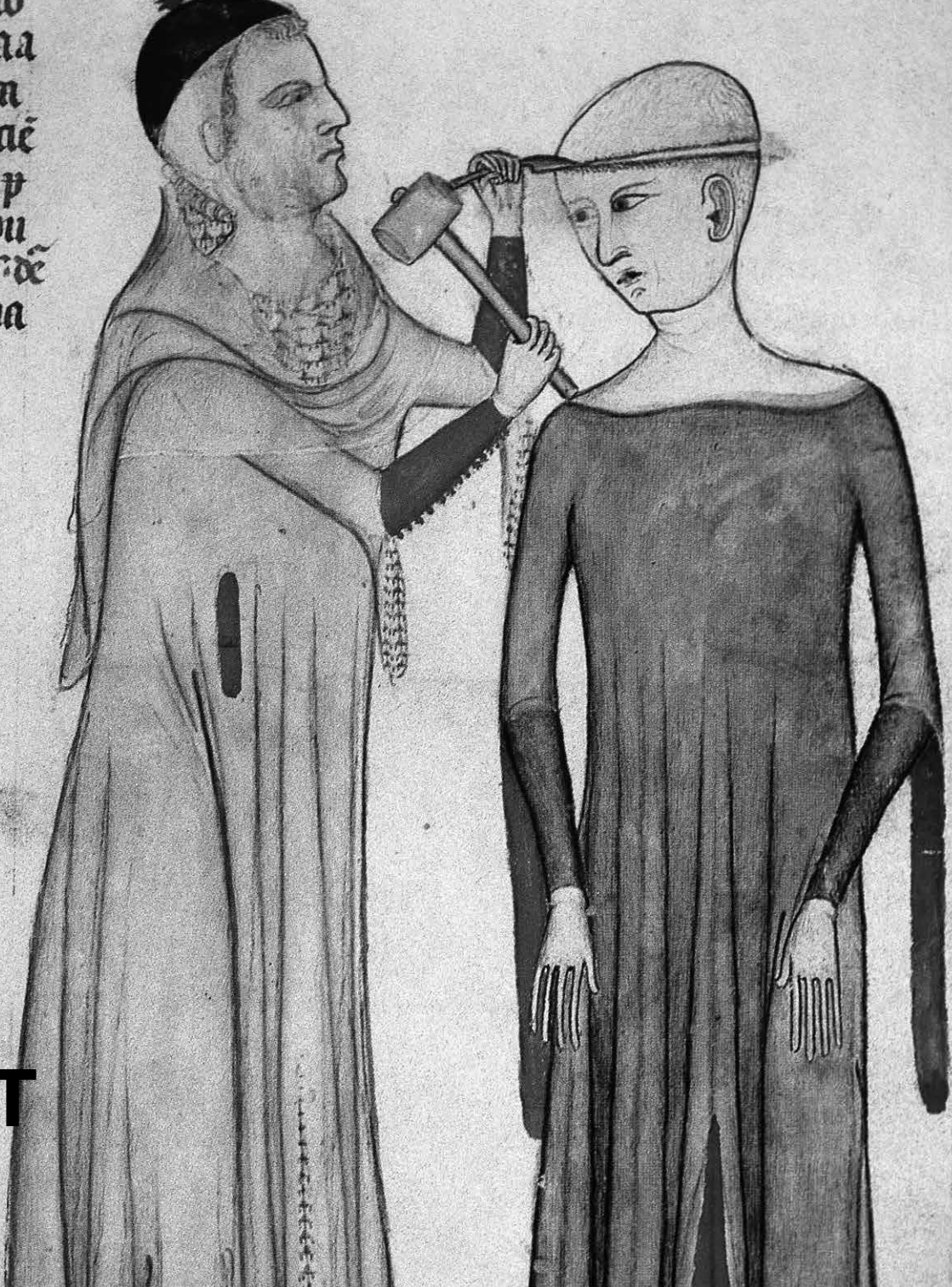
Po obědě si skupiny prohodily role – děti se setkaly s

psychologickým týmem, zatímco rodiče podstoupili měření na InBody a vyslechli si výsledky krevních testů svých dětí. Společně jsme pak naplánovali nadcházejících 12 týdnů, během nichž účastníky čekají pravidelné psychologické a výživové lekce a možnost online cvičení třikrát týdně.

Na závěr společného dne jsme si ukázali, jak správně číst potravinové obaly a vyzkoušeli si to v praxi... snad už každý vidí rozdíl v slazené limonádě a obyčejné vodě. Závěrečné setkání máme naplánováno na začátek června a doufáme, že se všichni sejdeme o pár kilo lehčí a šťastnější. Znojmo. Neshledanou v Mariánských Lázních na přelomu listopadu a prosince.



ma ligna a
thome in qua a
mouetur os ca
pitis causa faciē
di auochiam p
ipius ossis ⁊ du
az pelliculaz. s. de
matset pie ma
ts et cerebri.



TEXT

Čtyři principy lékařské etiky

Autonomie

(úryvek z knihy)

Barbora Řebíková

V nakladatelství Togga by měla každým dnem vyjít kniha *Černé zrcadlo: Vybrané kapitoly z lékařské etiky* autorky Barbory Řebíkové, přednostky Ústavu etiky 3. LF UK. Publikaci v předmluvě krásně popisuje Marek Vácha, po němž Barbora Řebíková vedení ústavu nedávno převzala: „Knihu těžko zařaditelnou, neboť se nejedná o klasickou odbornou učebnici či monografii. Není to však ani kniha jednoznačně popularizační, neboť jak v odborné, tak i v popularizační literatuře je nejprve předvedeno téma a na různých úrovních, pro čtenáře přijatelných, je o něm následně pojednáno. *Černé zrcadlo* takové je, ale zároveň má i něco navíc: jako i dvě další doposud vyšlé Barbořiny knihy, je nanejvýš osobní. Neexistuje v česky psané literatuře kniha pojednávající o lékařské etice, ve které by byl autor sám takto osobně a přiznaně zaangażován. V podání autorky se etika stává vpravdě dobrotou, dobrodružstvím, výchovou k dobru.“ Jako úryvek vybíráme kapitolu *Čtyři principy lékařské etiky*, ještě konkrétněji její první podkapitolu *Autonomie*.

Čtyři principy lékařské etiky

Autonomie, spravedlnost, nonmaleficence a beneficence. Správná odpověď do testu. Ano, studenty testujeme písemným testem. Na první přednášce medikům říkám, že ideální forma zkoušení z lékařské etiky je hodina, dvě přímého rozhovoru. Říkám to vtipněji, ideální forma zkoušení je dát si s každým z vás pivo, dvě, resp. kávu, dvě a důkladně si popovídat o tom, jaké postoje zaujímáte, jací jste lidé a čím se v etickém uva-

žování a rozhodování řídíte. Ale přeci jen je vás přes dvě stě, a to já bych, no, všechnu tu kávu asi vypít nedokázala a neměla. Takže test. A dobře si pamatovat, že prvním základním principem lékařské etiky je **respekt k autonomii pacienta**.

Autonomie

V praxi to znamená například to, že pacient musí lékaři udělit **informovaný souhlas** se zamýšlenou lékařskou péčí, zákrokem, léčbou či vyšetřením. Ano,

přesně ten souhlas, který tehdy ta má dobrá známá, kamarádka, přítelkyně, které tu diagnózu nakonec potvrdili a která tedy nikdy neměla děti, lékařům neudělila. Informovaný souhlas musí být opravdu „informovaný“, a to znamená, že lékař, musí to být lékař!, by měl pacienta kvalifikovaně a zároveň srozumitelně informovat o podobě, průběhu a následcích léčby, zákroku či vyšetření. A to bývá někdy těžké. Během toho informování se totiž mnohdy sejdou dva úplně cizí vesmíry s jiným slovníkem, jazykem, vzděláním a je na lékaři, aby potřebné informace tlumočil takovým způsobem a takovou formou, aby pacient všemu porozuměl a mohl svobodně a informovaný souhlas udělit. A když se pak nakonec pacient svobodně a informovaně rozhodne, že souhlasí, souhlas uděluje písemně, ústně, nebo dokonce mlčky, konkludentně, například tím, že si sedne do zubařského křesla a otevře pusku. I to je vyjádřením souhlasu. Zaklonit hlavu a otevřít pusku. A vrrr. Brrr.

Pacient ale také může lékařskou péčí, nebo jen nějaký konkrétní postup, či zákrok odmítnout. Drsně a ve zkratce to studentům říkáme tak, že dospělý, autonomní, svobodný a kompetentní pacient má plné právo zemřít v bolestech sám doma a myslíme tím to, že každý pacient má plné právo na to léčbu odmítnout, a to i tehdy, kdyby neměla žádné vedlejší negativní účinky a velmi by mu prospěla. Že každý člověk, pokud je schopen porozumět následkům svých rozhodnutí, má právo dělat se svým tělem to, co považuje za správné a že žádná forma osobního vlastnictví není osobnější než vlastnění svého vlastního těla. A že tedy, ačkoli je princip *beneficence* – tedy činění toho, co je pro pacienta dobré a o čem bude za chvíli řeč – důležitým cílem medicíny a jedním z hlavních etických principů, princip autonomie je považován za důležitější a v případě konfliktu má přednost.

Jinak řečeno, automechanik vám nemůže opravit vaše auto bez vašeho souhlasu, a to ani tehdy, když udělá práci zdarma, stav vozu je otřesný a oprava by mu objektivně prospěla. Ještě jinak řečeno – lékař přece není automechanik a pro jeho povolání platí jedny z nejvyšších etických standardů vůbec, to už všechno dávno víme, a navíc tady ty standardy konečně máme – lékař vám bez vašeho souhlasu nemůže vyléčit zápal plic, nebo odstranit nádor, nebo uříznout nohu, a to ani tehdy, když by zákrok neměl žádné vedlejší účinky (ano, ta noha asi není úplně vhodný příklad) a velice by vám prospěl. Člověk má právo zemřít v bolestech sám doma. Pro budoucí lékaře, kteří jsou intenzivně trénováni v tom, aby jednali v nejlepším zájmu svého pacienta a nyní důrazně varování před tím, že právo pacienta jednat proti svému nejlepšímu zájmu je přednější, to musí být strašné. Smířit se s tím, že přání a volby pacienta jsou přednější. Že jeho autonomie je přednější. A to je! To je princip autonomie.

Lékař však může tento princip za jistých okolností porušit (pacient je v bezvědomí a jeho stav vyžaduje okamžitý zásah) a někdy ho dokonce porušit musí. Například tehdy, činí-li pacient něco potenciálně nebezpečného, či protizákonného, jako třeba výroba bomby, co by mohlo ohrozit ostatní. Nebo je-li pacient HIV pozitivní, má tuberkulózu nebo sexuálně přenosné choroby. V těchto případech tedy lékař princip autonomie porušit musí, protože jeho neporušení by bylo proti zákonu. Na lékaře se v těchto případech vztahuje oznamovací povinnost a pokud ji nesplní, pokud ji z nějakého důvodu splnit opomene, či nechce, hrozí mu trestní stíhání. Je třeba respektovat práva a přání pacienta, ale jen tehdy, pokud tato práva a přání neohrožují a nepoškozují další osoby.

Nic to ale nemění na tom, že přání a volby dospělého, autonomního, svobodného, kompetentního pacienta jsou přednější než lékařův sebelepší úmysl a že lékařský zákrok proti vůli pacienta lze provést jen v jasně daných a velmi omezených případech.

Pokud se vám to zdá strašné a říkáte si, že: Jak je to možné, jak k tomu lékaři přijdou, že nemohou své pacienty léčit. Že přeci lékař musí pacientovi poskytnout lékařskou péči vždy a že za neposkytnutí této péče mu hrozí postih. Že přece proto budoucí lékaři studují medicínu, aby mohli zachraňovat životy a léčit nemocné. Že to je jejich povolání, poslání, že přeci člověka musí zachránit vždy a vždy jednat v jeho nejlepším zájmu a že zachování života v jeho nejlepším zájmu rozhodně je. Tak si mezi slova „zachování“ a „život“ vložte třeba slovo „kvalitního“, nebo „hodnotného“ a hned vám to tak strašné a nepochopitelné nepřijde.

Lékaři jsou jistě odborníci na medicínu a na to, jak život zachránit, to ano, ale říci, že jsou také odborníci na můj život a na to, co ho činí kvalitním, co jsou důležité hodnoty mého života, to už jistě tak jednoduše říci nelze. Co když následky nějakého zákroku, lékařského zásahu ovlivní můj život tak zásadním způsobem, že ho nebudu považovat za kvalitní, hodnotný, že takový život nebudu považovat za smysluplný, že ho nebudu chtít žít? Co když zůstanu upoutána na lůžko, s trvalými bolestmi, znetvořená, přijdu o kognitivní funkce, co když trvalé následky nějaké léčby budou takové, že bych byla raději, kdyby jediným trvalým následkem toho, co léčbě předcházelo, byl můj přirozený skonek? Co v nějakém takovém krajním případě budu ještě považovat za smysluplný život a co už za něj považovat nebudu? Kolik bolesti spojené s léčbou budu ochotná zaplatit za její výsledek? To jsou otázky, na které nyní nemám odpo-

vědi, ale byla bych ráda, abych na ně, pokud to bude nutné a možné, odpovědět mohla, abych v nějaké konkrétní situaci dostala šanci se k věci vyjádřit. Tedy pokud zrovna nebudu ležet v mdlobách, protože mi právě prasklo slepé střevo. V takové situaci se samozřejmě zcela spoléhám na to, a pevně v to také doufám!, že mě lékaři zachrání a že se mě na nic ptát nebudou, že výchozí situace medicíny, a to chci říct jasně a důrazně, je taková, že lékaři v první řadě život zachraňují a pak až teprve vedou dialogy. Chci tím celým říct jen tolik, že i toto je smyslem principu autonomie, že odpovědi na otázky mého života a mého zdraví by neměl určovat jen a pouze lékař, ale že by měly vzejít ze společného dialogu, ve kterém se sejdou dva typy odborníků. Lékaři coby odborníci na medicínu a pacienti coby odborníci na svůj život. Jen v takovém dialogu, kde se obě strany respektují a chápou druhého jako experta v jeho oblasti, je myslím možné přijít na to, co je v té které situaci nejlepším řešením a co je skutečně v nejlepším zájmu konkrétního člověka.

Než vám budu vyprávět příběh, který snad trochu osvětlí, co se to tu právě snažím vysvětlit, chci ještě dodat, že výše uvedené otázky, tedy, za jakou cenu život pacienta zachraňujeme a zda bychom ho měli zachraňovat za úplně jakoukoli cenu, nabyly na významu až v nedávné době, až zhruba od sedmdesátých let minulého století. Jsou to tedy otázky nové a v dějinách medicíny vlastně dost nevídané. I když se v jisté míře a podobě vynořily po každé válce, po které zůstalo mnoho celoživotně poznamenaných a mrzačených vojáků, po staletí byla každá záchrana lidského života vnímána jako veliký úspěch medicíny, jako úspěch lékaře, jehož vážnost a prestiž tím rázem velmi vzrostla. K zásadnímu obratu došlo po druhé světové válce, kdy o medicíně hovoříme

jako o „vítězná medicína“, která konečně umí léčit i dřívě nevyléčitelné nemoci a která umí zachraňovat a prodlužovat životy dosud nebývalým způsobem. Která ale také, a to chci říct velmi citlivě a opatrně, začíná produkovat i nebývalé množství chronicky nemocných lidí, invalidů a pacientů někdy zcela závislých na následné lékařské péči. Od sedmdesátých let dál toho v medicíně umíme ještě víc a umíme i takové věci, které nám sice umožnily zachraňovat a prodlužovat životy ještě lépe a na ještě delší dobu, díky kterým se ale také ve vši vážnosti a naléhavosti vynořily otázky: zda by si pacient záchranu či prodloužení svého života těmito všemi dostupnými prostředky opravdu přál? A pokud ne, co s tím, a pokud ano, pak jakými prostředky a za jakou cenu ještě ano a jakými prostředky a za jakou cenu už ne? A kdo o tom celém smí a má rozhodovat? A opravdu v medicíně smíme a musíme dělat všechno, co umíme, co technicky dokážeme?

Tato poslední otázka je jednou z klíčových otázek lékařské etiky dodnes, resp. je to zásadní otázka lékařské etiky a bioetiky současnosti, kdy toho technicky dokážeme už opravdu hodně a kdy se medicína zásadním způsobem proměňuje. Kdy se z pacientů stávají (třeba i zcela zdraví) klienti, kteří si kupují či požadují specializovanou službu od specializovaných odborníků.

Dax Cowart

Teď ten příběh. Příběh Donalda Cowarta, který si později změnil jméno na Dax, protože přišel o zrak a částečně i o sluch a bylo mu trapné, když opakovaně reagoval na otázky mířené na jiného Donalda, jehož přítomnost nemohl vidět. Dax je natolik neobvyklé jméno, že si mohl být jistější, že řečník myslí opravdu jeho.

Dax se narodil v roce 1947 v Texasu a když mu bylo osm let, začala válka ve Vietnamu, ve které později sloužil jako pilot Amerických vzdušných sil. A vrátil se z ní a jeho příběh s válkou nesouvisí. Souvisí spíše s jeho otcem, realitním makléřem, se kterým si Dax, chvíli potom, co se z té války vrátil a bylo mu pětadvacet let a byl velmi pohledný, mladý, sportovec, válečný hrdina, který má celý život před sebou, jel jednoho letního dne roku 1973 prohlédnout pozemek, který chtěl jeho otec koupit. Prostě si jednou v létě vyjeli s tátou za město prohlédnout kus půdy, která byla na prodej a kterou chtěli vidět před tím, než ji koupí. Dojeli na místo, vše si prohlédli a když to udělali, chtěli jet domů. Jenže to nešlo. Auto nešlo nastartovat. Zkoušeli to znovu a znovu, ale marně. A když se jim to nakonec povedlo a auto naskočilo, tak vybuchlo. Ono tedy nevybuchlo to auto, ale plyn, který unikal z plynovodu vedoucího skrz ten pozemek a který byl v jednom místě porušený a plyn z něj unikal. A protože plyn je těžší než vzduch, hromadil se při zemi, a protože není vidět, Dax s tátou si ničeho nevšimli.

V okamžiku výbuchu byl Dax uvnitř vozu a jeho otec venku. Daxe zasypala sprcha skleněných střepeň a jeho otec venku zasáhla první ohnivá vlna napřímo a plnou silou. Později během převozu do nemocnice Daxův otec zemřel. Daxovi se podařilo z auta vyprostit a utéct. Musel ovšem proběhnout třemi ohnivými clonami, třemi řadami ohnivého pekla. Proběhl jimi a o kus dál, popálen na většinu svého těla, na cestě zkolaboval.

Prvního muže, který výbuch uslyšel a který k němu dorazil, Dax žádal, aby mu dal zbraň, aby mu pomohl zemřít, protože „copak to nevidíš, jsem mrtvý muž, tohle stejně nepřežiju, chci to utrpení ukončit“. Tohle mu na smrt popálený Dax říkal, protože to bylo v Texasu,

kde má zbraň každý a každý ji umí používat, a protože Dax nevěřil, že by taková poranění mohl přežít. Byla to jeho první vyslovená žádost o smrt, o možnost zemřít a uniknout nesnesitelné bolesti. Žádost, kterou vyslovil hned v první chvíli po tragédii a kterou později v nemocnici opakoval mnohokrát. Pořád dokola. Nechci léčbu, nechte mě zemřít, ta bolest je nepředstavitelná, nesnesitelná, nechci dál žít, nepokračujte v tom, co děláte, ukončete léčbu, zavolejte mi právníka, chci, abyste přestali s tím, co děláte.

Nepřestali. Dax byl popálen na šedesáti pěti procentech těla a v prvních okamžicích po převozu do nemocnice mu dávali jen dvacetiprocentní šanci na přežití. V průběhu měsíců se ta šance postupně zvyšovala. Léčili ho i přes jeho opakovanou, svobodnou a kompetentní žádost o to, aby léčbu ukončili, aby ho nechali zemřít. Léčili ho čtrnáct měsíců, a to i přes to, že rok 1973 byl rokem, kdy Americká lékařská asociace schválila právo dospělého kompetentního pacienta rozhodnout, zda v život prodlužující léčbě pokračovat chce, či zda v ní pokračovat nechce. Léčili ho a neumožnili mu přístup k právníkovi, nebo právnímu konzultantovi, který by mu s prosazením jeho vůle a přáním léčbu ukončit pomohl. Léčili ho.

Amputovali mu jednu ruku a na druhé nechali pouze pahýl palce. Převazovali mu rány, které kvůli rizi-ku infekce opakovaně dezinfikovali. Neposkytli mu dostatečné bolesti tlumící léky, protože neznali jejich možné vedlejší účinky a obávali se jich. Dax to celé prožíval a popisoval jako svlékání kůže zaživa. Provedli mu celou řadu operací, při nichž zbytek zdravé kůže na jeho těle, kterou měl víceméně jen na ploskách nohou, použili pro rekonstrukci rtů, nosu a očních víček. O očních jamek mu později vložili umělé modré oči. Lé-

čili ho čtrnáct měsíců proti jeho vůli, ale na výslovné, opakované a naléhavé přání jeho matky, která ztratila manžela a syna ztratit nechtěla. Dax přišel o zrak a částečně o sluch a zažil tolik bolesti, že pro ni a pro prodělanou léčbu nenašel nikdy jiná slova než mučení a nepředstavitelné utrpení.

Když bylo jasné, že Dax přežije, že je možné léčbu ukončit a z nemocnice ho propustit, tak ho nakonec skutečně propustili. A Dax se doma pokusil o sebevraždu. Tedy ne hned, protože, jak sám později vylíčil v rozhovoru pro *Washington Post*, prakticky každou minutu ho sledovali a on neměl kdy a jak svůj záměr provést. Navíc neviděl a nebylo pro něj snadné si cokoli opatřit. Až později, asi dva roky po propuštění z nemocnice, se předávkoval léky na uklidnění a léky na spaní a dalšími jinými léky, které našel, a podřezal si žíly. Byl to ale neúspěšný pokus o sebevraždu a ani žádný další se mu nezdařil.

Zdařilo se mu ale vystudovat vysokou školu. Stát se úspěšným právníkem specializujícím se na lékařské právo a práva pacientů. Šťastně se oženit a pořídit si vlastní dům. Soudit se se společností provozující plynovod na pozemku, kde se ona osudná nehoda stala. Nikdy se nesoudit s lékaři ani nemocnicí, ve které mu zachránili život. A po deseti letech po propuštění z nemocnice poskytnout onen rozhovor pro *Washington Post*, ze kterého vám teď malý kousek nabízím, aby promluvil i Dax.

Titulek rozhovoru je výmluvný: *Ani pozdější šťastný život mučení nevyvynahradí*. Rozhovor s Daxem Cowartem vedla Margaret Englová. Vyšel 26. června 1983.¹

¹ Celý rozhovor je možné nalézt zde: <https://www.washingtonpost.com/archive/opinions/1983/06/26/a-happy-life-afterward-doesnt-make-up-for-torture/ab680b30-237b-4b7a-b6da-1f7ab-3da9208/>. Překlad autorky.

V jednom rozhovoru jste řekl, že jste se v nemocnici cítil jako vězeň. Proč si myslíte, že lékaři ignorovali vaši žádost o ukončení léčby?

Lékaři věděli, že na následky zranění nezemřu a že je tu i šance, že budu opět chodit. Určitě si mysleli, že když mě k léčbě donutí, později změním názor a budu chtít dál žít. Myslím si, že měli pocit, že z dlouhodobého hlediska je to pro mě nejlepší.

Byly jejich motivy špatné?

Jejich motivy špatné nebyly. Špatné bylo to, že mě k léčbě nutili. Bylo zcela zřejmé, že jsem schopen jasně přemýšlet a svou situaci zvážit. Věděl jsem, že jsem velmi popálený, i to, že nechci dál žít. Nechtěl jsem žít jako slepec a mrzák. Když pacienta nutíte podstoupit léčbu proti jeho vůli, nutíte ho také přijmout jakoukoli léčbu, tedy cokoli, pro co se lékaři rozhodnou. Člověk je jim vydán zcela na milost a nemilost. I když jsem nějaký zákrok odmítal podstoupit, stejně mě zvedli, položili na nosítka a odnesli tam, kam chtěli. Jak je možné, aby byl někdo, kdo je schopen sám uvažovat a přemýšlet, nucen podstupovat bolestivé zákroky proti své vůli?

Jak je podle Vás možné, že se pacienti do takové situace dostanou?

Protože lékaři mají moc. Jejich cílem je záchrana pacientova života. Dělají to, o čem se domnívají, že je v jeho nejlepším zájmu. Jenže to, co za nejlepší zájem považují lékaři a co za něj považuje pacient, jsou dvě odlišné věci, a přesně to ukázal i můj případ.

Kolik operací jste prodělal?

Ani bych to nedokázal spočítat. Už si to nepamatuji.

Proč jste chtěl zemřít?

Kvůli nepředstavitelné bolesti. Den za dnem jsem musel podstupovat tolik bolestivých zákroků, že mi každý den připadal jako rok. Čas plynul neuvěřitelně pomalu a také jsem nevěřil, že po uzdravení povedu kvalitní život.

A vedete?

Jestli se ptáte na to, zda jsem teď šťastný, tak musím říct, že každý den zažívám mnoho věcí, které mne velmi frustrují. Frustruje mne vše, co zdravý člověk považuje za samozřejmé a co já dělat nemohu. Ať jde o oblékání, chození na záchod, nastupování do auta, nakupování, nebo čtení novin a pošty. Je to opravdu skličující. Vždy jsem byl velmi nezávislý. Nyní se musím zcela spoléhat na někoho jiného. Je to velmi frustrující.

To, že jste z toho frustrovaný, je však přece jen něco jiného, než kdybyste nic z toho nemohl vykonávat vůbec. Stále se domníváte, že vás lékaři měli nechat zemřít?

Nejlépe na tuto otázku dokáži odpovědět tak, že jsem zažil velmi šťastné chvíle, které bych samozřejmě neprožil, kdybych zemřel. Přesto trvám na tom, že jsem to měl být já, kdo se měl tehdy rozhodnout. A kdybych se rozhodnout mohl, léčbu bych odmítl. Nevěřím tomu, že účel světlí prostředky.

Chcete tím říct, že nic z vašeho pozdějšího života nevyvažuje to, čím jste si prošel?

Ano. Kdyby se mi to zítra stalo znovu, rozhodl bych se stejně. I kdybych věděl, co mě v následujících deseti letech života potká, mé rozhodnutí by to nezměnilo.

Chováte k lékařům a sestřám, kteří se podíleli na vaší léčbě nějakou zášť?

Ne, žádnou zášť necítím. Dokonce ani k těm, na které jsem byl naštvaný nejvíc. Něco mě ale rozhořčuje i dnes, když si na to vzpomenu. Například sestry, které pacientovi sebraly jídlo z ledničky a snědly mu ho. Nebo když malému chlapci, který byl popálený elektrickým proudem a měl amputované obě ruce, položily sestry jídlo na stůl a odešly, aniž by ho nakrmily. Nechaly ho tam a řekly mu, ať se nají. Na druhou stranu, v nemocnici byly i sestry, které tam zůstaly někdy i hodinu po konci směny a s pacienty si povídaly.

V jednom z článků se o vás píše, že jste ve skutečnosti nechtěl zemřít, že jste se jen chtěl dovolat svých práv a rozhodnout se sám. Co si o tom myslíte?

Druhý předpoklad je správný, první je špatný. Chtěl jsem obojí. Chtěl jsem mít právo na rozhodnutí, ale také jsem chtěl zemřít. Chtěl jsem se zbavit bolesti. Nebylo to jen jedno, nebo druhé. Bylo to obojí.

Strávil jste dlouhé hodiny přemýšlením o svém osudu a o životě. Co si myslíte, že je základem lidského života?

Dnes je nepředstavitelné, aby byli nevléčitelně nemocní pacienti nuceni podstoupit třeba chemoterapii nebo cokoli jiného, pokud si to sami nepřejí. To, co ve skutečnosti děláme, není prodlužování života, ale pouze prodlužování procesu umírání. Možná, že zachováváme „život“, ale to, co z pacienta zbývá, je možná jen skořápka. Nezbude mu žádná kvalita života. Žádná schopnost fungovat, dokonce ani myslet. Pokud definujeme život jen jako skutečnost, že se jedinec nerozkládá, není to myslím život, o jehož zachování by měl kdokoli, koho znám, zájem.

Dax Cowart, celým jménem Donald Herbert Cowart, zemřel v Kalifornii v roce 2019 ve věku 71 let. V učebnicích lékařské etiky je jeho případ uváděn v souvislosti s právy pacientů a s principem autonomie. O jeho příběhu byly natočeny dva dokumenty *Prosim, nechte mě zemřít (Please, let me die)* a *Daxův případ (Dax's case)*. U nás na fakultě jeho příběh vypráví a všechna etická dilemata s ním spojená studentům třetího ročníku představuje můj milý kolega Miloš Mauer, který i mě jednou na Daxův příběh upozornil.

Paternalismus vs. partnerství

To, co jsme na Daxově příběhu mohli sledovat, lze v lékařské etice nazvat paternalismem, či paternalistickým přístupem. Než ale vysvětlím rozdíl mezi paternalismem a partnerstvím, chci říct jednu důležitou věc. Tedy dvě.

Zprvte tu, že v medicíně jsme dnes pochopitelně dále než v sedmdesátých letech minulého století, že v medicíně došlo k posunu. Že k němu došlo i díky případu Daxe Cowarta a také proto, že čtyři principy se staly nedílnou součástí etických standardů lékařské péče. Tedy v Americe rozhodně, a i v Evropě, i když spoléhá na širší základnu filosofických přístupů, zdomácněly natolik, že i zde je lze považovat za základní pilíře lékařské etiky. Že zatímco kdysi jsme byli novými možnostmi medicíny zcela fascinováni a třeba i nutili pacienty k léčbě všemi prostředky, dnes už takto fascinováni nejsme. Dnes bychom příklady nějaké marné (futilní) léčby, do které pacienta, nebo jeho rodinu nutí lékaři, hledali dost těžko. V českém zdravotnictví rozhodně. Ryze prakticky proto, protože jednoduše nemáme finanční zdroje na zkoušení něčeho, co je marné, co

nemá smysl a co jen trápí pacienta. Zní to asi hrozně. Říkám to ve zkratce. A eticky proto, protože lékaři už znají možnost přechodu na paliativní péči a nebrání se jí. Bránit by se jí neměli. Ani pacienti. Ani jejich rodiny. Smrt není nemoc a nelze ji vyléčit. Říkám to ve zkratce a asi to zní hrozně. Chci tím jen říct, že péče (*care*), tišení bolesti, podpora, pomoc a porozumění vždy a až do posledního okamžiku života. Ale že léčba, *cure*, jen do okamžiku, kdy má smysl a kdy může reálně pomoci.

A za druhé: Dax lékařé žádal o to, aby ho nechali zemřít, nežádal je o to, aby ho zabili. Chci říct, že je veliký rozdíl mezi tím, když někoho žádám, aby mi něco nedělal a tím, když ho žádám, aby mi něco dělal. Jinak a lépe. Princip autonomie lze chápat tak, že lékaři mě nesmí léčit, pokud to sám nechci a nedal jsem k tomu souhlas, i kdyby následkem toho byla má smrt. Neznamená to ale, že lékaři jsou povinni dělat něco, co chci, a čehož následkem by například mohla být i má smrt. Respektovat pacientovu autonomii ve smyslu nedělat to, co nechce, není totéž jako dělat to, co chce. Medikům to říkáme tak, že pacient nemá právo domáhat se například antibiotik nebo jakéhokoli jiného typu léčby, není-li indikována lékařem. Princip autonomie znamená, že pacient může lékaři diktovat, co má dělat. Je to podobné jako se zlatým pravidlem etiky, které bývá častěji formulováno negativně. Nedělej druhým to, co nechceš, aby oni činili tobě. Obráceně už nefunguje. Dělej druhým to, co chceš, aby i oni činili tobě. Tedy nefunguje tak spolehlivě a bez dalších mravních zásad.

Přesto je princip autonomie jedním z hlavních úběžníků debaty o eutanázii, která je možná jednou z nejbouřlivějších a nejkontroverznějších debat současné etiky. Evidentně i autonomie má dva póly, dva extrémy. Žádná autonomie, zcela neomezená autonomie.

Myslím, že Beauchampa a Childresse vedla k původní formulaci principu autonomie hrůza z prvního extrému, z žádné autonomie, ale že v průběhu času a díky proměně nejen medicíny, ale i celé společnosti, se stále více vyjevuje i její druhý pól, autonomie bez hranic. Autonomie, která si ve svém jménu nárokuje takřka vše a vybudela v naprosto přemrštěný individualismus.

V oblasti etiky se sice vždy pohybujeme na nějaké škále, mezi nějakými extrémy, mezi tím, co je eticky naprosto v pořádku, co je zcela neproblematicky přípustné a tím, co je zcela nepřípustné, co je eticky naprosto špatně. Problém ale je, že se někdy neshodneme ani na těch extrémech, natož na jasné hranici oddělující jednu a druhou stranu. Téma eutanázie je toho zářným důkazem.

K tématu eutanázie vyšlo v posledních letech opravdu nebývalé množství literatury. Tisíce stran faktů, dat, interpretací a argumentů. Není mým záměrem tuto debatu představovat, ani shrnovat. Není to dnes myslím už ani reálně možné. Stručně se k věci vyjádřit. Myslím, že buďto dlouhá, předlouhá kapitola, nebo rovnou kniha. Nepustím se ani do jednoho. Jen stručně vyjádřím svůj názor, že jsem proti tomu, aby u nás byla eutanázie zákonem schválena, aby bylo jasné, na jaké straně bariéry stojím, až se mnou bude chtít někdo diskutovat.

Myslím si, kromě toho všeho ostatního, co by tedy asi mělo být v té knize, že problém bolesti dokáže účinně řešit paliativní péče a pokud ne, pak bychom měli zlepšovat tu. Že lékaři by neměli problémy pacientů řešit tím, že je zabijí. Že bych se velmi bála poslat svého syna do nemocnice, kde by si mohl požádat například o asistovanou sebevraždu, protože je mu čerstvě osmáct a má zlomené srdce a taky třeba nohu, nebo komplikovaný zápal plic a v bolestech si požádá o asistenci

se sebevraždou, protože jeho život nemá smysl a protože je Kanadán, kde je od roku 2016 legalizován program MAID, lékařské asistence při umírání, a kde ho lékaři zabijí, pomohou mu zemřít, protože je autonomní a kompetentní a svobodný a svou žádost opakoval. Přes Zoom třeba, nebo přes WhatsApp.² Že naše společnost (ani zdravotnictví) na to není ani náhodou a ani zdaleka připravena. Na to, aby byla lidem lékaři poskytována smrt a aby jim byla poskytována opravdu jen ve velmi vzácných a jen ve velmi výjimečných případech.

Myslím si, že je naprosto iluzorní se domnívat, že zrovna u nás by nikdy nedošlo k omylu, či ke zneužití, k zabítí pacienta omylem. Že lékař by pacientovi nikdy nenabídl smrt místo léčby a péče a že by o smrt lidé nežádali jen proto, aby nebyli nikomu na obtíž, nebo proto, že nemají dost finančních prostředků, nebo že je jim samotným smutno. Nemyslím, že by se dalo snadno a rychle zjistit, zda snad nedochází k pochybením a ta pak rychle a snadno napravit. Že by takový zákon nebyl nebezpečný pro lidi křehké a pro ty, kteří ještě nejsou smrti na dohled. Že zrovna u nás by nedošlo k tomu, k čemu všude jinde, všude tam kde eutanázii, nebo asistovanou sebevraždu povolili, dochází. K překračování původních hranic. Ke klouzání ze svahu dolů. Veliké téma. Veliká kontroverze. O každé mé větě můžeme dlouze diskutovat. A debatu bych začala třeba otázkou, co je to důstojnost člověka a zda ji opravdu chráním tím, že člověka usmrtím?

Možná, že i otázka eutanázie souvisí s tím, že si v rámci medicíny nárokujeme čím dál tím více věcí a že medicínu už dávno nechápeme jen jako disciplínu,

kteřá má lidem navracet zdraví a zachraňovat jim životy. Že na medicínu klademe čím dál tím větší nároky, máme na ni daleko větší požadavky a ona prorůstá i do takových oblastí našich životů, kde by vlastně ani neměla být. **Medicinalizace** se tomu říká. Tomu, kdy medicína řeší problémy, které medicíně vlastně vůbec nepřísluší, které vlastně vůbec nejsou nemocí, nebo zdravotním problémem. Jsou třeba sociálním problémem, jako chudoba či pocit osamění, nebo nejsou problémem vůbec. Těhotenství a porod třeba, jako tradiční příklady. Být těhotnou ženou a rodit není nemoc, ani zdravotní problém. Přesto je zcela nemyslitelné, že by se těhotenství a porod obešly bez lékařů a lékařské péče.

Na druhou stranu neplodnost lze opravdu chápat jako nemoc a jako takovou ji také léčit. Ale pozor. Léčba neplodnosti neznamená totéž jako povinnost naplnit touhu po dítěti. Komukoli a kdykoli. Vysvětlím to otázkou. Měla by medicína umožňovat, aby si například bohatí plodní single muži kupovali pohlavní buňky, v laboratořích si z nich nechali technikou IVF vytvořit embryo a pak ho nechali vložit do dělohy ženy, surrogátní matky, která jim dítě jen odnese a porodí a pak předá a oni ho adoptují a odvezou třeba své matce, která touží po vnoučatech a na syna už dlouho tlačí, aby si nějaké dítě už konečně pořídil? Operace Španěl. Dvě slova do vyhledávače a budete vědět to, co vím já, že přesně toto současná medicína umožňuje. Že z dítěte se stala komodita na prodej. Chci k tomu říct víc. K surrogátnímu mateřství. Ale ne tady. Až v kapitole o něm. Teď mluvíme o medicinalizaci.

Nemám automaticky právo na všechno, co medicína umí. Ani na všechny dostupné léky nemám nárok, na léky na všechno, co mě v životě potká, na všechny

2 Velmi doporučuji článek „Hranice osobního rozhodnutí. O asistované sebevraždě a pastí vypjatého individualismu“ v *Respektu* č. 23, 5.-11. června 2023.

nesnáze, které mě snad v životě potkají. Myslím to tak, že mnoho problémů, které řešíme léky, nejsou zdravotní povahy a že i to je projevem medicinalizace. Stejně jako jiné nemedicínské problémy, které svěřujeme medicíně. Stáří třeba, jako poslední příklad. Stáří není nemoc, nelze ho vyléčit a nikdy nekončí terapie a specializované léčby možná někdy starým lidem spíše ubírají možnost prožít nezávislé stáří. Možná spíše než léčbu, potřebují péči a podporu k tomu, aby byli více soběstační. O medicinalizaci u nás na fakultě také přednáší Miloš Mauer a přednáší to velmi zajímavě. Slyšela jsem to už několikrát na horách, na tom víkendovém kurzu, kam Miloš jezdí, skvěle tam přednáší a ochotně a výborně hraje večer u piva na kytaru. Nedělám mu reklamu, i když to tak začíná vypadat. Jen odkrývám karty a ukazuji, kdo je kdo a co učí. *Who is who* Ústavu etiky a humanitních studií 3. lékařské fakulty UK. Miloš Mauer, psycholog, oblíbený pedagog, milující otec a muž s nejvíce přezdívkami, kterého znám. Prozradím jen jednu. Tedy její význam, protože to indiánské slovo, to jeho jméno, přezdívkou si nepamatuju. Znamená ale něco v tom smyslu: ten, který dělá vtipy, v nichž je obsažena hluboká pravda. Jakože Miloš udělá vtíp, vy se zasmějete, haha, a pak si řeknete, aha.

Ale abych tedy konečně také něco řekla k tomu partnerství a paternalismu. Jenom něco málo a pak už rychle dál. Podle principu autonomie, kterým se stále ještě zabýváme, by pacienti měli s lékaři sdílet odpovědnost za svou léčbu a jejich vzájemný vztah by měl být **spíše partnerský, a nikoli paternalistický**. Přesně tak to stojí i v *Etickém kodexu* České lékařské komory: „Lékař se má vzdát paternalistických pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partne-

ra se všemi jeho právy i povinnostmi, a to včetně jeho zodpovědnosti za své zdraví“.³

Vzdát se paternalistických pozic však může být pro lékaře těžké. Už v Hippokratově přísaze totiž stojí, že „lékař bude své lékařské úkony konat v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a svého úsudku“. Dle *svých* schopností a *svého* úsudku, a nikoli dle schopností a úsudku *svých i pacienta*. Hippokratova přísaha zakládá tradici, která je daleko delší než závaznost kodexu, který vzniká až se vznikem České lékařské komory v roce 1991. Tradice paternalismu je daleko delší a partnerství se vlastně teprve učíme.

Paternalistický postoj je takový postoj, ve kterém je lékař pacientovi nadřazen (asi jako pečující otec, který ví všechno nejlépe a který chrání své dítě před vším špatným, a to i proti jeho vůli) a nebere v úvahu, či přímo úmyslně ignoruje jeho preference, zájmy a přání. Partnerský postoj je naopak takový, kdy lékař zájmy, přání a preference pacienta v potaz bere a řídí se jimi. A dokonce na pacientovi nechává i rozhodování o jeho léčbě. A tady to začíná trochu drhnout. Pacient totiž někdy neví, jak se má rozhodnout. Nechce být spoluautorem své léčby. Chce od svého lékaře jasné rady, a i rozhodování o dalším postupu by raději někdy nechal na něm. Vzdát se paternalistických pozic tak může být těžké nejen pro lékaře ale i pro pacienta. Pacient je ale někdy jenom trochu váhavý a potřebuje „jenom“ trochu popostrčit a pošouchnout, aby nějaké rozhodnutí učinil. A pokud to lékař udělá a pošouchne ho, je toto popostrčení výrazem spíše paternalistických, anebo partnerských pozic? Hm? Asi jde o to, jak a kam ho

³ Etický kodex České lékařské komory. Volně přístupný na stránkách www.lkcr.cz

popostrčí, zda směrem, který chce pacient, či směrem, který chce lékař, to máte pravdu, ale stejně je, myslím, otázkou, co takové opravdu zcela rovnocenné a partnerské postavení mezi lékařem a pacientem je a zda ho vůbec lze dosáhnout. Přeci jen lékař věnoval nemalé úsilí tomu, aby pacienta v lékařských znalostech převyšoval.

Marek Vácha, který u nás přednáší studentům prvního ročníku čtyři principy lékařské etiky, tedy toto všechno, a kterého myslím není zapotřebí představovat, ve své přednášce na tomto místě uvádí takový zajímavý postřeh. Že mimo nemocnice se člověk s paternalistickým přístupem setkává běžně a běžně ho také toleruje. Že stát je vůči občanům v mnoha ohledech dost paternalistický a snaží se je chránit před nimi samotnými i proti jejich vůli. Že přeci platí zákaz kouření v restauracích, zákaz hracích automatů, zákaz prodeje měkkých drog, povinnost užívat bezpečnostní pásy v autech (to si pamatuju z dětství, že jsme se v autech nepoutali a na zadní sedačce litali sem a tam), povinné přilby pro cyklisty do 18. let apod. A že lékař podobně jako voják, policista, či kněz jsou zkrátka postaveni do jisté role s určitou autoritou, která se projevuje mimochodem i jejich oblečením, a že v mnoha případech by pacient v bolestech a utrpení dal asi raději přednost pevnému, ale citlivému zásahu ze strany lékaře, než aby se před ním otevřel diskurz o tom, co by se dělat mělo a co ne. Že pacient někdy možná rád autoritu lékaře respektuje a paternalistický (chce se mi dodat jemně a citlivě paternalistický) přístup vítá.

Ale abychom si rozuměli. Nezpochybnuji nijak princip autonomie, ani snahu o partnerský vztah mezi lékařem a pacientem. Ustoupení od tvrdě paternalistických pozic je dobré a je to jistě také cílem a smyslem toho-

to principu. Realita je však zatím, myslím, taková, že v praxi se pohybujeme někde mezi měkkým paternalismem a skoro partnerstvím a že to není jen proto, že by z paternalistických pozic nedokázali ustoupit lékaři – i když pro některé je to opravdu velmi těžké a těm je tento princip zapotřebí připomínat –, ale i proto, že z nich někdy nedokáží ustoupit pacienti. Že pacienti si zatím úplně běžně partnersky nežádají druhý názor, názor dalšího odborníka v oboru, když se chtějí před chystaným zákrokem dobře rozhodnout, že se nevyptávají na úspěšnost lékaře, který je bude operovat a pokud se jim něco nezdá, požádají o jiného, že nevedou s lékaři dlouhé rozhovory, při nichž aktivně tvoří plán své budoucí léčby, že nevnímají lékaře jako partnery, ale jako mocné bytosti v bílých pláštích, do jejichž rukou vkládají své životy.

USMLE

Marek Orko Vácha během té své přednášky o čtyřech principech uvádí také příklady testových otázek z USMLE (United States Medical Licensing Examination).⁴ Série standardizovaných testů, kterými musí v USA projít lékaři, kteří zde chtějí získat lékařskou licenci. USMLE se skládá ze tří částí, jedna je těžší než druhá, a všechny musí být úspěšně složeny, chceli kandidát licenci získat. Jedna z otázek USMLE, kterou Orko při výuce používá, je tato. Zkuste si na ni odpovědět. Zjistíte, zda jste dávali pozor, zda principu autonomie už dobře rozumíte a zda tedy můžeme jít dál.

Na jednu z pravidelných prohlídek do vaší ordinace přichází sedmatřicetiletý muž. Domníváte se, že trpí těžkými depresemi, ale pacient odmítá mluvit o svých

4 <https://www.usmle.org/>

pocitech a nechce se bavit ani o případné terapii. Antidepressiva odmítá. Jeho jedinou léčbou jsou vitamíny. Vaše vzájemné vztahy jsou vynikající, i když se s vámi pacient za žádnou cenu nechce bavit o svých pocitech a explicitně odmítá sebevražedné úmysly. Předepíšete mu SRI (inhibitor zpětného vychytávání serotoninu) a řeknete mu, že se jedná o vitamín. Během několika následujících měsíců se pacientův stav výrazně zlepší a pacient se cítí mnohem lépe.

Která z následujících výpovědí nejlépe charakterizuje váš postup a váš vztah k pacientovi?

- a) Váš postup byl správný, neboť pacientovi prospěl.
- b) Váš postup byl správný, neboť u tohoto typu léčby nejsou žádné vedlejší škodlivé efekty.
- c) Váš postup nebyl správný, neboť nejste psychiatr.
- d) Váš postup nebyl správný, neboť jste léčil/a pacienta bez jeho informovaného souhlasu.
- e) Váš postup byl správný, neboť jste se podle svého nejlepšího svědomí a vědomostí snažil/a pacientovi prospět.
- f) Váš postup je přijatelný za podmínky, pokud nyní, kdy se pacient cítí lépe, jej plně informujete.

Co myslíte? Jakou odpověď jste vybrali? Už víte, že pacienta můžete léčit jen tehdy, pokud vám k tomu udělil svůj souhlas, takže... Chvilka napětí. Mám vám to prozradit? Chcete to vědět? Ano, famfáry, za é. Váš postup byl správný, protože jste se podle svého nejlepšího svědomí snažil/a pacientovi prospět. Né! Není to za é, nic mi nevěřte, je to jen vtip! A navíc takový nahořklý. Vtip, který není vtipem a který platil v medicíně po mnoho staletí. Dnes už ale ne! Dnes už neplatí! Dnes je správně za dé! Váš postup nebyl správný, protože jste

léčil/a pacienta bez jeho informovaného souhlasu. Pacient musí s léčbou souhlasit a vy ho nesmíte léčit bez jeho vědomí a bez jeho informovaného souhlasu. To je správná opověď. A pokud ji uchazeč o lékařskou licenci v USA nezná, nestane se lékařem.

Chcete ještě jednu? Další otázku z USMLE? Tady je:

Diskutujete s rodinnými příslušníky o péči pro velmi starou ženu. Ačkoli je pacientka při vědomí a bystře myslící, je velmi nemocná a fyzicky již velmi křehká. Čekáte na výsledky biopsie, které potvrdí podezření na rakovinu. Metastáze jsou již po celém těle. Rodina žádá, abyste příbuzné o výsledcích informoval přednostně. Rodina je velmi milující a pečující a stále pacientku obklopuje a pečlivě se o ni stará. Podle názoru rodiny nemá žádnou cenu, aby byla žena uváděna do dalších depresí, a protože není žádná naděje na uzdravení, nevidí rodina žádný důvod k tomu, aby byl život pacientky dále ruinován nepříznivou informací o jejím stavu.

Co byste měli dělat?

- a) Budete ctít názor rodiny.
- b) Budete souhlasit s názorem rodiny a požádáte ji o písemnou žádost.
- c) Požádáte členy rodiny o dovození informovat etickou komisi dané nemocnice.
- d) Informujete rodinu o tom, že je vaší povinností informovat pacientku o všech nálezech.
- e) Vysvětlíte rodině, že rozhodnutí může udělat pouze určený zástupce pacientky (*the health-care proxy*).

Za dé. Vaší první a hlavní povinností je plně informovat pacientku o průběhu a záležitostech její lékařské

péče. Pokud zde není jednoznačný důkaz o možné psychologické škodě, máte povinnost informovat především pacientku. Povinnosti máte k ní, nikoli k rodině. Zda je rodina pečující, nebo nenávidějící nehraje roli. Pokud je pacientka schopna činit rozhodnutí, názory rodiny nejsou odlišné od názorů jakéhokoli jiného člověka a nejsou pro vás závazné.

Dříve vyslovená přání

Výklad o autonomii jsme zahájili tím, že pacient musí lékaři udělit informovaný souhlas, ve kterém schvaluje zamýšlenou lékařskou péči, zákrok, léčbu či vyšetření, a zakončíme ho tím, že dnes existují i tzv. **dříve vyslovená přání** (*advance directives, living will*), která pacientovi umožňují, aby svůj souhlas, či nesouhlas vyjádřil předem. S nějakou budoucí léčbou či zákrokem. Typicky v případech, kdy je pacient nevléčitelně nemocný a nepřeje si resuscitaci. Nebo si nepřeje být vyživován uměle, nebo být léčen antibiotiky, nebo dýchat s pomocí přístroje, pokud by snad upadl do kómatu, nebo pokud se obává pokročilé ztráty kognitivních funkcí a chvíle, kdy už o sobě nebude schopen rozhodovat sám.

Dříve vyslovené přání se však musí vztahovat na nějakou konkrétní předvídatelnou situaci, musí být písemné, opatřené úředně ověřeným podpisem, nebo učiněno během hospitalizace před svědkem a lékařem, zaneseno do zdravotnické dokumentace a všemi uvedenými také podepsáno. Dříve vyslovená přání byla původně dost volně představena v *Úmluvě o biomedicině*, podepsané v Oviedu roku 1997 a u nás ratifikované v roce 2001, v článku 9 a později podrobněji rozpracována v § 36 *Zákona o zdravotních službách* z roku 2011. Věnuje se mu také jedna věta nového *Občanského záko-*

níku z roku 2012. „Při zákroku i při udělení souhlasu se vezme zřetel na dříve vyslovená známá přání člověka, do jehož integrity má být zasazeno.“⁵ Jedná se tedy o poměrně novou záležitost, na kterou si v českém zdravotnictví stále ještě zvykáme. Je to ale záležitost či spíše možnost ukotvená v zákoně i v *Úmluvě*, takže se jedná o možnost velmi solidní.

Kromě několika konkrétních příběhů, kazuistik vztahujících se k předem vysloveným přáním, o kterých bude ještě později v rámci principu non-maleficence řeč, mám v hlavě také příběh hypotetický. Příběh, který se ještě vztahuje k eutanázii a týká mé obavy z toho, že zůstanu „uvězněna“ v nemocnici, odsouzena k péči, kterou nechci. Připoutána nemocí k lůžku, na kterém trpím, a na kterém mi už není pomoci, ale na kterém mě stále ještě nechce navštívit smrt. Pokud je mé utrpení opravdu nesnesitelné a já chci jít smrti aktivně vstříc, vykročím k ní nikoli žádostí o eutanázii, ale žádostí, předem vysloveným přáním o to, aby mi lékaři nebránili nepřijímat potravu a tekutiny, a až upadnu do bezvědomí, a nebudu tedy schopna o sobě rozhodovat, aby mě v něm nechali a umělou výživu mi neposkytovali, aby mé přání respektovali, aby, prosím, tišili mé bolesti a aby nechali smrt, ať si pro mě přijde. Mrazivý příběh, já vím, ale celý koncept dříve vyslovených přání se velkou měrou týká přání nebýt uměle udržován při životě a já rovnou střílím ostrými a ukazují jeho krajní podobu. Ve svých mírnějších podobách ale znamená hlavně to, že člověk má možnost vyjádřit se k tomu, co pro sebe chce a co ne, co považuje za přijatelné a co už za něj nepovažuje, a to v situacích, v budoucích situacích, kdy o sobě nebude schopen sám

5 <https://www.kurzy.cz/zakony/89-2012-obcansky-zakonik/paragraf-98/>

rozhodovat a k lékařské péči se vyjádřit. Na jeho přání, dříve vyslovená přání, pak „bude brán zřetel“, jak mu to zaručuje zákon.

Co konkrétně to ale bude znamenat, co přesně znamená „bude brán zřetel“, to není tak úplně jasné a je to také jeden z problémů celé myšlenky. Dalším je například to, že v mezičase, v čase mezi tím, kdy předem vyslovené přání napíšu a tím, kdy k té mnou předem předvídané konkrétní situaci dojde, se může medicína tak zásadně posunout, že na mé onemocnění již existuje lék a že ta situace, kterou předem předvídám, je už úplně jiná. Nebo budu jiný já. Ve smyslu následujících otázek: rozhoduji se stejně v okamžiku, kdy jsem ještě v relativní pohodě, jako ve chvíli, kdy už své přání nejsem schopen artikulovat. Jsem schopen odhadnout, co pro sebe budu považovat za nejlepší, až budu v situaci, kterou si možná vůbec nedovedu představit. Budu jako trpící vidět věci stejně jako netrpící, budu na svět hledět stejnou optikou, nebo to budou dva jiné pohledy. A nakonec, co když změním názor, co když v tom scénáři, který výše načrtávám, dojde k okamžiku, kdy budu lékaře v agónii žádat o to, aby mi poskytl tekutiny a výživu, ale v mém předem vysloveném přání bude uvedeno, že si nic z toho nepřeji, ani kdybych o to později v agónii žádala. Evidentně mám odpor k otázkám, ale všechno jsou to otázky, etické otázky, na které není snadné nalézt odpovědi.

Dříve vyslovená přání mají pomáhat. Lékařům v nejasných situacích, aby lépe rozpoznali, jak jednat v nejlepším zájmu pacienta. A pacientům s respektováním jejich autonomie. Mají ji protáhnout z přítomnosti do budoucnosti, zaručit pacientům možnost rozhodovat o sobě dopředu, v budoucnosti, která se dá předem předvídat. Jedná se však o *přání* a člověk možná ne vždy

dostane to, co si přeje. Nebo ne přesně to, co si přeje. Nebo to dostane, ale už si to nepřeje. S přáními to není tak jednoduché. A člověk by na svá přání měl být možná opatrný.

RES PUBLICA





Kdo se tu zbláznil?

Petr Fischer

Rusové nejsou blázni, žádnou válku nezačnou, je to blamáž CIA, řekl před třemi lety český prezident Miloš Zeman. Dva dny na to byli Rusové na ukrajinském území a hlava státu musela svůj odborný pohled politického „profesionála“ rychle změnit: Putin se musel zbláznit, jinak to není možné.

Tři roky od začátku války se začíná rýsovat jakési vzdálené příměří či mír a opět si možná až příliš mnoho lidí říká, že se tu musel někdo zbláznit. Vladimir Putin to ale není, neboť jeho územní a další požadavky na jednání s americkou diplomacií v Rijádu tvořily základ dohadování. Vypadá to, že jednání řídí Rusové, píše

BBC, americké stanice si pro změnu všímají, že ministr zahraničí Mark Rubio chválí genialitu a prozíravost Donalda Trumpa, aniž by cokoli řekl k obsahu jednání.

Zbláznili se snad Američané, že po třech letech ruského zabíjení, při němž kromě vojáků zemřelo i mnoho civilistů včetně dětí, poskytují uznání ruské imperiální politiky a dávají šanci jejímu naplnění? Zbláznil se snad Trump, když tvrdí, že Ukrajina válku sama začala, a když jí nabízí vojenskou záchranu, pokud Americe prodá strategicky důležité vzácné kovy za půl bilionu dolarů? Což je – mimochodem – v přepočtu mnohem větší suma než reparace Německa po první světové válce, které tehdy vznikající demokracii přivedly na bubny, a zhruba šestkrát větší částka než vojenská pomoc poskytnutá za tři roky Ukrajině Spojenými státy.

Jakési šílenství – doufejme, že krátkodobé – postihlo i Evropu. Ta pláče nad ztrátou velkého zámožského přítele, který ji nepozval k jednání s Rusy, neví si rady se svou obranou a pošilhává po riskantní ekonomické politice nového amerického lídra, jenž všem vyhrožuje cly a tarify, aby je donutil k výrobě zboží na americkém území. A tak jediným, kdo zůstává v celém tom bláznivém kole rozumný, je ukrajinský prezident Volodymyr Zelenskyj.

Musí, protože jeho lidé umírají a přicházejí o střechu nad hlavou a celá města a nemají čas zaobírat se finančními a politickými spekulacemi. „Nemůžu Ukrajinu prodat,“ odpověděl Zelenskyj Trumpovi a nenápadně pohrozil Americe, že jejich absurdní, směšnou, ale ponižující nabídku na prodej nerostů zveřejní, zatímco Ukrajinci budou dál odolávat Putinovým vojskům na frontě.

Možná že se zbláznil i prezident Zelenskyj, když jde teď více méně proti všem, ale je to postoj přinejmenším

sympatický a pochopitelný. I Češi si přece pamatují, jaké to bylo, když jim velitelé v roce 1938 museli říct, konec, chlupci, jde se domů, nepřítel si vezme, co chce a potřebuje, cizí politici se tak dohodli.

Pro budoucí klid světa, včetně toho českého, který stále ještě stojí ve většině na straně Ukrajiny, by bylo nejlepší, kdyby se přestalo bláznit a do vyjednávání se místo byznysového vypočítavého nátlaku vrátil politický rozum, spolu s rozlišováním přátel a spojenců od nepřítelů. Čekat se to nedá, ale něco pro to udělat lze. Zachovat si sebevědomý postoj a nehrát poníženou hru, že nemůžeme nic dělat, neboť o světě rozhodují jen ti silní, protože prostě můžou.

Válka musí skončit! Doufejme, že se tak stane způsobem, po kterém se už nikomu nebude chtít znovu bláznit.

Autor je komentátorem týdeníku Euro, v němž text vyšel 24. února, a šéfredaktorem revue Přítomnost.



Evropskou obranu vyztuží miliardy eur. Ale jak?

David Klimeš

Ještě před několika týdny měl americký prezident Donald Trump po Evropě davy příznivců, a to i v establishmentu. Po jeho brutálním bezpečnostním, vojenském i ekonomickém odstrižení od Evropy a speciálně pak od Ukrajiny, je to minulost. Jedna věc se ale nepochybně Trumpovi povedla. Opuštěná Evropa až do

sud spoléhající na bezpečnostní záruky Ameriky musí urychleně zbrojit a posilovat svoji a v ideálním případě i ukrajinskou vojenskou sílu.

To už si otřesení evropští lídři slíbili několikrát a mají to na programu summitu Evropské unie. Jenže jak na to?

Předsedkyně Evropské komise Ursula von der Leyenová navrhuje nový vyzbrojovací plán Evropské unie za 150 miliard eur. Mělo by jít o půjčky během pětiletého plánu radikálního posílení evropské obrany.

Problém ani tak není částka, jistě obrovská, ale v situaci opuštěné Evropy více než zdůvodnitelná. Problém je, jak moc půjčky mají být pod kuratelou von der Leyenové, a jak moc pod správou národních států.

Role Unie je nutná

Je to hra, kterou už dobře známe – Evropa se nechce nikdy v ničem federalizovat a když přijde krize, najednou se horečně hledá řešení, byť to už dávno mohlo být připravené.

Takto von der Leyenová mocensky posílila při pandemii covidu, když unijní orgány najednou zajišťovaly nákup vakcín, nyní by to chtěla zopakovat.

Proti tomu se staví mnohé národní státy – od Finska po Polsko. Chtějí mít větší vlastní volnost ve vynakládání prostředků.

Mají také na své straně dobrý argument, proč ustavit finanční polštář koalice ochotných spíše než vše hnát přes unijní shodu.

Jen těžko se dá představit, že by maďarský premiér Viktor Orbán či jeho slovenský kolega Robert Fico souhlasili s masivním vyzbrojováním zjevně namířeným proti imperiálnímu Kremlu.

Pravděpodobně se najde nějaký kompromis. Role Evropské unie je zde nezbytná, protože je třeba jasně říct, že vyzbrojovací miliardy se nepočítají do deficitu států a Evropská komise je tak za to nebude trestat. Zároveň je třeba najít mechanismus, který nezablokuje Orbán a zároveň zahrne i zásadního spojence Británii.

Ve vlastním zájmu

Dohoda nakonec jistě nějaká vznikne. Nečekaný velmocenský duopol Donald Trump –Vladimir Putin Evropě už nic jiného neumožňuje. Tím ale nic nekončí, ale teprve začíná.

Naslouchejme vojenským expertům, kteří říkají, že nejde jen o peníze, ale i co za ně kupovat. Není možné mít v Evropě 12 druhů nekompatibilních tanků a ráže granátů plus mínus desítky milimetrů. Evropa tak ani teď nepotřebuje federalizaci jako spíše standardizaci – transfery licencí a kompatibilitu zbraní.

Pak ty stovky vynaložených miliard eur budou mít smysl a otřesená Evropa se vyšvihne tam, kam by měla ve svém vlastním zájmu vojensky patřit – na roveň nebo alespoň na dohled USA i Ruska.

Autor je publicista a politický komentátor. Text byl vyslán 5. března na stanici ČRo Plus.



Západ na dvě půlky: čeká nás konec demokracie, jak ji známe?

Tomáš Sedláček

Buď je strategie Donalda Trumpa s Ruskem a Evropou pokrokově geniální, nebo se děje něco, co znamená počátek rozpadu Západu a radikální změnu směřování USA. Buď Trump a jeho administrativa stílí „curveballs“, tedy míří za roh a jeho verbální projevy se liší od jeho skutečných záměrů, nebo to, co říká a dělá, myslí smrtelně vážně, přímočaře a bez jakékoli nadsázky. A pak je to průšvih, na který nikdo nebyl připravený.

Upřímně doufám ve variantu číslo jedna. Že má ce-

lou dobu připravenou promyšlenou strategií na několik šachových tahů dopředu s tajným pozadím riskantní hry, která se zjeví až za nějakou dobu. A všichni se plácnou do čela a řeknou: „Jo aha! Tak takhle to měl vymyšlené a celou dobu připravené!“

Varianta číslo jedna tedy je, že Trumpova administrativa fabuluje, že to tak nemyslí, že Trumpovi skutečně jde o zastavení Ruska, že přehání a aplikuje nějakou vyšší školu vyjednávání, která nám zatím není známa.

Že skutečně ukončí válku na Ukrajině, vyřeší složitou a křehkou skládačku necitlivým kladivem a že si lichotkami a postavením se za Rusko nějak ochočí Putina. A až si sedne prach, věci půjdou historií dál podobným směrem jako před začátkem války. Evropa se probere ze svého růžového spánku, zvýší výdaje na obranu a přestane se tvářit a chovat, jako bychom žili ve světě o dvě stě let morálně vyspělejších, než ve skutečnosti je. Že budeme potřebovat jádro, že si nemůžeme dovolit příliš doufat v laskavost člověka, že existují nepřátelé svobodného světa, které není možné tolerovat, ale je nutné je porazit. A že Evropa konečně vezme vážně například Draghiho zprávu a začne se podle ní chovat – totiž že popožene a dokončí svou integraci a – slovy zprávy – „přestane vyrábět dvanáct druhů tanků, když USA vyrábějí jen jeden jednotný“.

Jenže pokud se člověk ponoří do duchovního zdroje Trumpovy a zejména Muskovy víry, možná dostane jiný obrázek. Najde tam mimo jiné části filozofie Petera Thiela, Jordana Petersona, Solovjova, Bensona, teleevangelistů a jejich Hnutí víry, stejně jako části Yarvina a jeho konceptu Dark Enlightenment. Jsou to relativně různorodé směry, ale v přehnané stručnosti a kombinaci říkají zhruba toto: demokracie evropského střihu je přežitá, jedince spíše bude osvobozovat technologie, kterou demokracie a jí vytvořená všeobíjající byrokracie jen brzdí. Postmoderna vše jen dekonstruovala a již příliš dlouho nám dává napít jen a jen mrtvé vody – roztrhala víru ve velký narativ v hegelovsko-židovsko-křesťanském smyslu.

Ať už Trump hraje riskantní šachovou partii s budoucností Západu, nebo sledujeme nevyhnutelný rozpad starého řádu, jedno je jisté – svět, jak jsme ho znali, se mění rychleji, než jsme ochotni si připustit.

Možná nás čeká návrat k reálné politice, kde Evropa už nemůže spoléhat na americký bezpečnostní polštář a bude se muset postavit na své vlastní nohy. Možná sledujeme zrod nové technologické elity, která nevěří v demokracii, ale v algoritmy a moc jednotlivců. Možná se Západ nerozpadá – jen se transformuje do podoby, kterou zatím nedokážeme pochopit.

Co když už dávno žijeme ve světě po Západu? Zvykli jsme si přemýšlet v pojmech starého řádu – liberální demokracie, transatlantické vazby, sdílené hodnoty. Jenže zatímco my stále diskutujeme, jestli Evropa a Amerika patří do stejného civilizačního prostoru, dějiny už běží dál. Čína buduje paralelní světový systém. Umělá inteligence začíná měnit samotnou podstatu lidské práce. Tradiční politické instituce se hroubí pod vahou globálních změn, na které nebyly stavěné. Možná se tedy neptáme správně. Pokud skutečně vstupujeme do éry techno-mesiášů, firem silnějších než státy a nových ideologií, které nepočítají s demokracií, pak bychom si měli položit zásadní otázku: Budeme v tom novém světě ještě hrát hlavní roli, nebo se z nás stane jen nostalgická vzpomínka na zlatý věk?

Každopádně jedno zůstává jisté: žádná civilizace neexistuje ve vakuu. Pokud se staré struktury hroubí, něco nového je nahradí. Otázkou je – co? A kdo bude tahat za nitky?

Autor je ekonom a v současné době působí jako ředitel Knihovny Václava Havla. Text byl publikován 28. února v Hospodářských novinách.



Srdce žirafy v zajetí je o dvanáct kilo lehčí

Kristýna Mikulková

V průběhu léta jsem se rozhodla, že se vydám s dětmi na Benátské bienále (*La Biennale di Venezia*), světovou přehlídku současného umění. Poprvé a také naposledy jsem ho navštívila v roce 2014, a od té doby jsem chtěla jet znovu, ale nakonec jsem toto dlouhodobé přání realizovala až o dekádu později. „Skrze umění nacházím sebe samu, zrcadlím se v umění jiných, jsme pospolitý propojený organismus.“ To je myšlenka, která mě provázela v průběhu bienále, kde jsem ohledávala základy vlastního já zrcadlící se v umění. Tento článek bych ráda začala lehce dramatickou osobní výpovědí, protože putování či cestování pro mě vždy skrývá další duchovní rozměr.

Už dávno se zešeřilo. Mrholí. Dva světelné kužely osvětlují několik desítek metrů krajiny přede mnou. Pociťuji silnou únavu a pohrávám si s myšlenkou, že hodinu před cílem to zabalím a zastavím u náhodného hotelu. V kolech mám jen něco přes 450 km, ale cesta trvá již skoro devět hodin. Pětiletý Viktor spí a roční Maxmilián se střídavě probouzí a pláče. Povídám si s navigací, která se rozhodla vyhnout se dopravním zácpám, ale já si nejsem jistá, jestli to byla dobrá volba. Při výjezdu z hlavního tahu na Salzburg nás do zácpy vrátili policisté. U druhého pokusu jsem projela „jen“ pár zákazů vjezdu pro turisty. Cestu ještě zkomplikoval první zářijový sníh. Při míjení povodňových zábran zapochybují, že opouštět kolonu byl dobrý nápad. Není cesty zpět, na každé straně se tyčí horské stěny rakouských Alp a uprostřed rozvodněná řeka neznámého jména a vedle ní já sama s dětmi v autě. Z horských kopců se valí rozvod-

né potoky. Rozbité okénko zalepené kartonem našťěsti stále drží. Ve chvíli ticha mi myšlenky odbíhají k nicotnosti lidského života a pak obzvláště k bezvýchodnosti některých zákoutí života. Mlží se mi okna.

Nacházím se v nepříznivé životní situaci matky samoživitelky na rodičovské a myslím, že tahle cesta za uměním byla klíčová. Křest ohněm. Pokud i ve zdánlivě bezvýchodné situaci stále věříte v nějaké své vlastní ideály, tak je pokračování možné, ač ne snadné. Často se v životě musíme rozhodnout mezi tím, co je správné, a tím, co je snadné. A to, co má kola udržela v pohybu, je láska k dětem a umění. Také jsem přemýšlela nad lidmi, kteří se na nelehkou životní pouť vydávají z daleko závažnějších důvodů a třeba jim u toho ještě létají rakety nad hlavami a v cílové destinaci nemají objednané ubytování a ani nemají představu o vlastní další existenci. Tyto myšlenky z putování se zajímavě potkaly s letošním tématem bienále. Pro ročník 2024 bylo vybráno téma *Cizinci všude* (*Stranieri Ovunque – Foreigners Everywhere*), které se zaměřuje na otázky migrace, identity, příslušnosti a sounáležitosti ve světě, kde se stále více prolínají různé kultury a národnosti.

Miluji umění, protože mi přináší nekonečné variace reality života. Nekonečně mnoho interpretací světa okolo nás a ve své podstatě je to v současné chvíli jediná věc, které věřím. Věřím v jeho moc, dlouhodobý vliv a to, že lidé jsou schopni umění vytvářet, je pro mě jeden z důkazů, že lidství existuje, i proto jsem zvolila přímou cestu na Benátské bienále.

Benátské bienále je prestižní mezinárodní přehlídka současného umění, která se koná každé dva roky v italských Benátkách. Bylo založeno v roce 1895 a postupně se stalo jednou z nejvýznamnějších kulturních událostí na světě. Bienále zahrnuje různé umělecké disciplíny, jako je výtvarné umění, architektura, film, divadlo, tanec a hudba. Hlavní část výstavy je situována do prostor Arsenale a Giardini, kde jednotlivé země mají své národní pavilony. Každý ročník bienále má své ústřední téma, které reaguje na aktuální společenské, kulturní a politické otázky. Vedle hlavního výstavního programu je udělována řada ocenění, včetně Zlatého lva (*Leone d'Oro*) za nejlepší umělecké dílo nebo celoživotní přínos. Letos byly oceněny brazilská umělkyně italského původu Anna Maria Maiolino a turecká umělkyně žijící v Paříži Nil Yalter. Ročník 2024 přinesl inovativní pohledy na globální výzvy a kreativní dialog mezi kulturami.

Eva Kořátková je jednou z nejvýznamnějších českých umělkyně současnosti, která byla vybrána pro reprezentaci v Československém pavilonu na výročním šedesátém Benátském bienále s výstavním projektem *Srdce žirafy v zajetí je o dvanáct kilo lehčí*. Eva Kořátková je česká vizuální umělkyně, jejíž tvorba se pohybuje na pomezí sochařství, instalace, koláže a performance. Ve svých dílech se zabývá všeobecně tématy společenských norem, výchovy, autority, moci a jejich vlivu na jednotlivce. Kořátková zkoumá jak instituce, jako jsou školy, rodina nebo zdravotnická zařízení, které formují chování a myšlení lidí, tak mechanismy kontroly a manipulace, které v těchto systémech fungují. V dlouhodobém horizontu zkoumá také role a pozice jedince v různých společenských a sociálních systémech. Jakýmkoliv odchýlením se spouští řada následných událostí, která se složitou cestou vracejí do nové vyváženosti.

Zpočátku se zabývala především lidskými stereotypy, rituály, pravidly a systémy, které postupným zobecněním dovádí až k jakési univerzální plošné platnosti těchto principů. Tato tendence se dle mého názoru viditelně emancipovala na velké výstavě *Moje tělo není ostrov*. Sama říká, že projekt původně vznikl pro muzeum v CAPC v Bordeaux a reagoval na historii jeho budovy, která byla původně skladištěm koloniálního zboží. Tady začala pracovat s myšlenkou skladiště, ale nejenom skladiště němých předmětů nebo předmětů obecně, ale především místa, kde se dočasně shromažďují těla a jejich příběhy. Toto se stalo základním východiskem. Co to znamená skladovat, něco skladovat? Obvykle to je proces, měření, diagnostikování a klasifikování a zařazování. To se obvykle děje i s našimi těly a tak tuto metaforu vztahuje i na živé bytosti, lidi, ale i zvířata a rostliny. Připadá mi, že celá společnost je protkána rozdělováním, kategorizováním lidí, zvířat, věcí, vlastností a prakticky všeho...

Na tyto tendence přirozeně nasedá i kolaborativní projekt prezentovaný na šedesátém Benátském bienále *Srdce žirafy v zajetí je o dvanáct kilo lehčí*, pro který byl podnětem příběh žirafy Lenky odchycené v roce 1954 v Keni. Lenka byla následně odvezena do pražské zoo, kde se stala vůbec první československou žirafou. V zajetí přežila jen dva roky a poté bylo její tělo darováno Národnímu muzeu v Praze, kde byla vypreparována a byla zde jako exponát až do roku 2000, jak píše kurátorka celého projektu Hana Janečková.

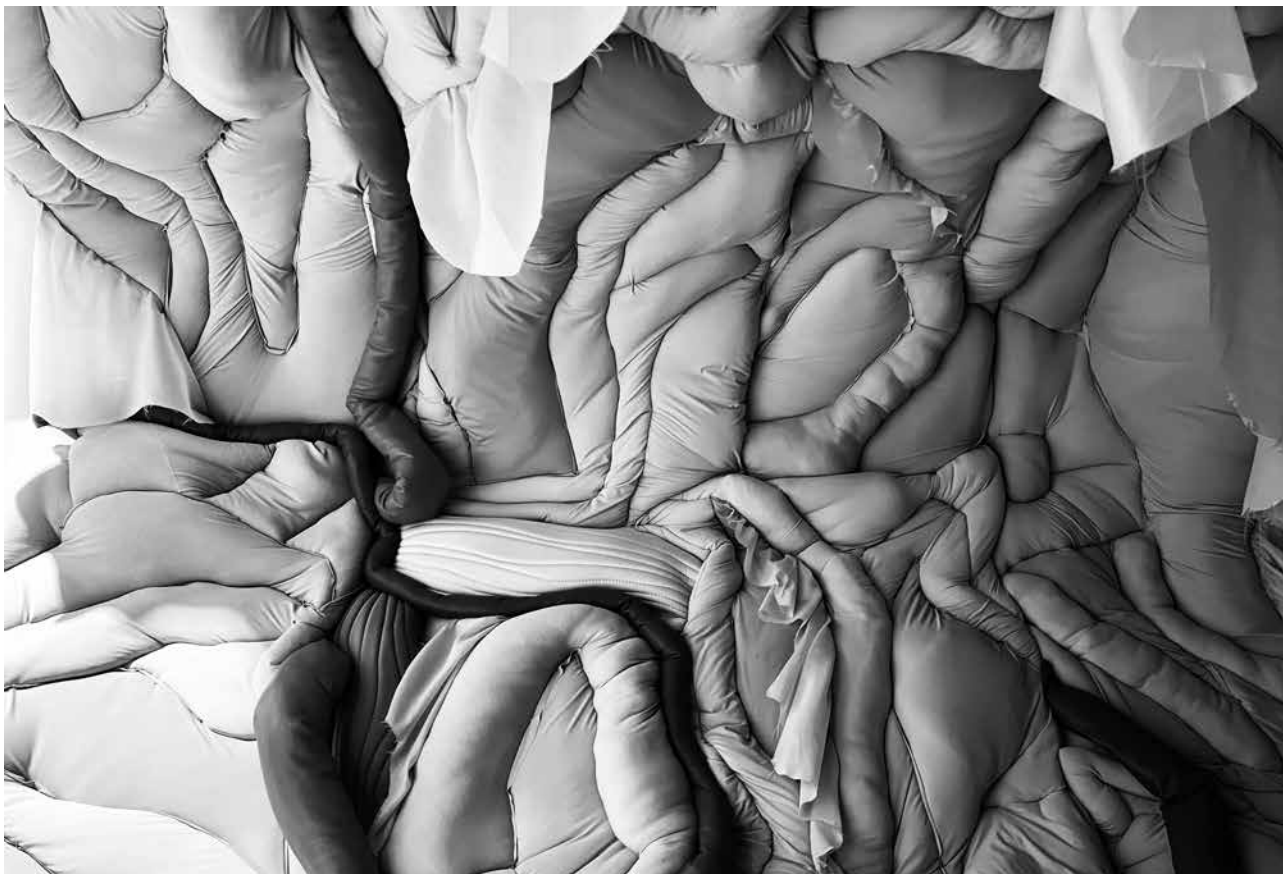
Nejen že znovu oživením příběhu Lenky se otevírají tématicky dekolonizace a současných ekologických perspektiv, ale také zažité všeobjímající staré principy, které je potřeba prozkoumat, vztáhnout k současnosti a postupnými kroky dekonstruovat, proměnit a posunout se

do nové současnosti. Tak si vykládám metaforu v českém pavilonu instalace žirafího krku jako sdíleného těla, ve kterém můžete procházet skrz krk, zaposlouchat se do ozvěn minulosti ve formě reparativní poezie, vytvořené z historických nahrávek Lenčiny životní i posmrtné cesty, která vede až na bienále a která byla vytvořena umělci a skladateli jako soundscape „The world of the free“ (Himali Singh Soin a David Soin Tappeser). Pro tuto výstavu byla také naskenovaná taxidermie vnitřku žirafy se zaměřením na praskliny a trhliny, které potom přetvořila v hmatové objekty rovněž korelující s prasklinami prostoru pavilonu a znovu tyto trhliny můžeme chápat metaforicky a vztáhnout je k vnitřnímu světu či společnosti samé. Kořátková v instalaci vybudovala složitý „metabolismus“ vytvořený z příběhů, trhlin, básní a zvuků, který nás motivuje k průzkumu vnitřního těla či světa, nejen žirafy.

Na interpretaci Lenčina příběhu Kořátková spolupracovala nejen se skladatelským duem, ale i s dětmi, pedagogy a seniory, kteří byli Lenčinými současníky a jejichž hlas spolu s instalací vytváří kolektivní tělo pro sdílení a vyprávění (Gesturing Towards Decolonial Futures). Jedině skrze „trhliny“ můžeme probudit souznělost, emoce, doteky a vazby vyššího řádu na místo tvrdých rozdělovacích pojmů identity a národa. Stejně tak dnes chápu, že mé vlastní vnitřní trhliny nemají jen bolestivý charakter, ale především vytváří prostor soucitu a empatii s trhlinami druhých.











Eva Kofátková in collaboration with Himali Singh Soin and David Soin Tappesser (Hylozoic/Desires), Gesturing Towards Decolonial Futures, groups of children and older people

Eva Kofátková, in collaborazione con Himali Singh Soin e David Soin Tappesser (Hylozoic/Desires), Gesturing Towards Decolonial Futures e gruppi di bambini ed anziani

The heart of a giraffe in captivity is twelve kilos lighter

Like the giraffe was captured in Kenya in 1954 and transported to Prague Zoo to become the very first Czechoslovak giraffe. The animal only five years in captivity, after which her body was donated to the National Museum in Prague. In the museum's collection of her horns, her hooves are displayed, leaving only her skin, which her caretaker was reportedly relieved that the public would never see.

With the heart of a giraffe in captivity is twelve kilos lighter. Eva Kofátková brings together multiple collaborative investigations of life in life to not only explore the violence of captivity, but also possibilities for healing and recovery. Inside of the giraffe's heart, inscribed on the back of the animal in the zoological notes of 1954, chapters of Larkia's journey are signed and printed by children, educators and older people, who worked with Eva Kofátková in a series of workshops at schools and community centers around the Czech Republic in collaboration with the collective *Hylozoic/Desires Towards Decolonial Futures*.

The exhibition seeks to question the taxonomic and extractive practices embedded in the way we encounter, view and learn about animals. It traces an elusive script of the Czechoslovak history of animal acquisition from the country of the Great South, but also suggests modes of engagement where care and imagination are embedded in historical narratives of the world. The world is composed by the artist and co-creators Himali Singh Soin and David Soin Tappesser (Hylozoic/Desires) - people whose practice is composed from historical records of Larkia's journey and histories of her death and afterlife as a museum object. The one remaining horn of a sleeping giraffe is captured and under translation of the national archive. It is the creature's last word on her journey.

Larkia makes herself present in the position to testify to another stage of her life for endless generations as an object of science in the museum's storage facility. In this exhibition, the giraffe's aged body is not shown in situ and its parts were cast, one by one, for the viewer and artist. Transformed by the artist and co-creators, the result of the work is a project in the continuous and iterative in the position of the giraffe, which inhabits an ethno-ecology, which is by the imagination of artists and co-creators, notions of reclamation, care and healing, are translated and healed.

Text by Hans-Joachim

Il cuore di una giraffa in cattività è dodici chili più leggero

La giraffa fu catturata in Kenia nel 1954 e trasportata allo zoo di Praga per diventare la prima giraffa cecoslovacca. Solo cinque anni dopo era in cattività, dopo la quale il suo corpo venne donato al Museo Nazionale di Praga. Nel museo sono esposti i suoi corni, le sue zanne, le sue unghie, lasciando solo la sua pelle, che il suo curatore si era sentito sollevato che il pubblico non la vedesse mai.

Con il cuore di una giraffa in cattività è dodici chili più leggero, Eva Kofátková recupera molti record collaborativi della vita di Larkia per esplorare la violenza della cattività ma anche le possibilità di guarigione e recupero. All'interno del cuore della giraffa, incisi sul retro del animale in note zoologiche del 1954, capitoli del viaggio di Larkia sono firmati da bambini, educatori e persone anziane, che hanno lavorato con Eva Kofátková in una serie di workshop presso scuole e centri di comunità in tutta la Repubblica Ceca, in collaborazione con il collettivo *Hylozoic/Desires Towards Decolonial Futures*.

L'esposizione intende porre in discussione le gerarchie e le pratiche esecutive e estrattive del modo di incontrare, guardare e imparare sugli animali. Si traccia un'elusiva traccia di storia ceca e cecoslovacca, ma suggerisce anche modi di coinvolgimento in cui la cura e l'immaginazione sono importanti quando il racconto storico, nel senso "storico del fatto" - realizzato dagli artisti e co-creatori Himali Singh Soin e David Soin Tappesser (Hylozoic/Desires) - si pone in dialogo con la comunità e partecipa dagli archivi storici del museo. Il solo corno rimasto di una giraffa dormiente è catturato e sotto traduzione di un archivio nazionale. È la creatura's ultima parola sul suo viaggio, ma non è quello che non è stato detto.

Larkia si rende presente in una posizione per testimoniare un'altra fase della sua vita. In questa esposizione, le parti del corpo della giraffa invecchiata non sono mostrate in situ e le sue parti sono state gettate, una per una, per il visitatore e l'artista. Trasformate dall'artista e dai co-creatori, il risultato del lavoro è un progetto in continuo e iterativo in una posizione di giraffa, che abita un'etno-ecologia, che è per l'immaginazione degli artisti e dei co-creatori, le nozioni di recupero, cura e guarigione, sono tradotte e guarite.

Un testo complesso "Hylozoic/Desires" - formato da storie, sogni, poesie e suoni - ci invita a imparare insieme in questa storia (presentando) e ascoltando. Questo è un lavoro che non è stato ideato e progettato separatamente. Il risultato è un lavoro che si apre come una storia (partecipando e ascoltando) invece che attraverso relazioni di potere identitarie, etnoecologiche, e storiche e esplicative.

Texts by Hans-Joachim









Myši v Kongresu a terapie tresčími játry

Jaroslav Veis

Říká se, že když Amerika kýchne, dostane svět rýmu. Jenže od chvíle, kdy se ujal svého druhého prezidentství Donald Trump, to vypadá na větší komplikace, než jen nosní. Putinovské impérium se už nenamáhá skrývat svou agresivitu a Trump se svým oficiálním viceprezidentem J. D. Vancem i neformálním spolu-prezidentem Elonem Muskem jen souhlasně přikyvu-jí. Nejde jen o bezpečnostní agendu, byť je nejdůleži-tější. Kapénková infekce kýchající Ameriky létá všemi směry, kromě jiného i do biomedicínského výzkumu a zdravotnictví. Jde z toho docela strach. Ostatně, posuďte sami.

Když Donald Trump ve svém prvním projevu v Kongresu horlil proti rozhazování peněz daňových poplat-níků, nevynechal ani podle jeho názoru zbytečné, ba přímo škodlivé biomedicínské bádání. Předchází Bide-nova administrativa podle něj vyhodila oknem 8 mili-ónů dolarů za výzkum, jehož cílem bylo „stvořit trans-genderové myši“.

Kongresmani v sále zareagovali potleskem, média i sociální sítě posměchem. Komentátoři usoudili, že prezident nemá potuchy, že ve skutečnosti jde o experi-menty využívající myši transgenní, tedy geneticky mo-difikované organismy, které v biomedicínském výzku-mu mají nezastupitelnou roli.

Píároví specialisté Bílého domu však dospěli k názo-ru, že posměch nemůžou nechat jen tak a nejspíš poprvé v dějinách Spojených států vydal Bílý dům oficiální in-formaci věnovanou laboratorním hlodavcům uvedenou sdělením, že „prezident Trump měl jako obvykle prav-du“. Následoval výčet grantů na laboratorní experimen-ty s hormonální terapií na myších modelech, jejichž cílem bylo získat poznatky související se zdravotními riziky v humánní medicíně.

S cílem zachovat si v tomto sporu nestrannost obrá-til jsem se na umělou inteligenci, aby rozhodla, o čem vlastně Donald Trump v Kongresu mluvil. Ptal jsem se údajně té momentálně nejchytřejší, zvané Grok, verze 3. Vyvinula ji společnost xAI patřící Elonu Muskovi, takže nelze předpokládat, že by se chtěla americkému prezidentovi nějak protivit.

A tohle jsem se dozvěděl: „Jestli existují ‚transgen-derové myši‘? Ne tak, jak by se mohlo zdát podle Trum-pových slov. Myši nemají genderovou identitu a ani neexistuje žádný vědecký výzkum, jehož cílem by bylo učinit je ‚transgenderovými‘. Existují však transgenní myši, které jsou rozsáhle používány v lékařském výzku-mu. Trumpova formulace ovšem oba pojmy spojuje... Jde buď o chybu, danou nedovzdělaností nebo kalku-lovaný úmysl zesměšnit politiku rozmanitosti a celou

„woke“ ideologii.“ Tolik AI Grok 3. Jak ovšem praví Bílý dům, prezident měl jako obvykle pravdu a biomedicínský výzkum není to, oč ve skutečnosti jde.

Ještě horší však je, že ve svém úsilí o nový přístup k medicíně není Donald Trum sám. Dobrého pomocníka má ve svém ministroví zdravotnictví Robertu F. Kennedym, který ještě dříve, než byl Senátem potvrzen do úřadu, informoval, čím hodlá přispět k řešení opioidové krize, jednoho z největších problémů současné Ameriky. Podle jeho názoru je důležitější nežli využívání moderních adiktologických přístupů zakládání „wellness farem“, na nichž budou nejen lidé závislí na návykových látkách, ale také pacienti trpící depresemi nebo pacienti s ADHD pěstovat zeleninu a chovat hospodářská zvířata v biokvalitě. Zdravá strava, práce v přírodě a pevná vůle jsou přece účinnější než poznatky moderní adiktologie a antidepresiva.

Kennedy vyděsil i svým přístupem k rozvíjející se epidemii spalniček v Texasu. Kdo chce, může se nechat očkovat moderní vakcínou, soudí, avšak on doporučuje tresčí játra, ve kterých je vitamín A, nebo případně vyzkoušet některou méně konvenční metodu, například steroidy (budesonid) nebo antibiotika (klarithromycin). „Když jste zdravý, je téměř nemožné, aby vás zahubila nějaká infekční nemoc,“ řekl televizi Fox News a myslel to nejspíš upřímně.

Tak jsem se zkusil zase zeptat AI, co na to ona. Grok3 obsáhlou odpověď nakonec shrnula takto: „Z pohledu vědy a praxe je očkování lepší volba. Tresčí játra si nech jako chutný doplněk stravy, ale pokud jde o spalničky, nespolehej se na ně. Co tě k téhle otázce inspirovalo?“

VITA NOSTRA REVUE: Časopis 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy.
Vychází 3× 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 35, číslo 1, duben 2025

Redakční rada:

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

Členové: prof. MUDr. Michal Anděl, CSc., FCMA; prof. MUDr. Monika Arenbergerová, Ph.D.; Jolana Boháčková;
PhDr. Martina Hábová; Mgr. Barbora Řebíková, Ph.D.; 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, spol. s r.o.

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>

