

VITA NOSTRA REVUE

TRIMED JOB - ČESKO-SLOVENSKÁ STUDENTSKÁ VĚDECKÁ KONFERENCE NA 3. LF UK -
ORGANIZAČNÍ ZMĚNY NA FAKULTĚ - STUDENTSKÁ VĚDECKÁ KONFERENCE STÁRNUTÍ - JANA
ŠEBLOVÁ: STÁRNEME-MY I NAŠI PACIENTI - STÁŽE STUDENTŮ V KEŇSKÉM ITIBO JINÝM POHLEDEM
- VZPOMÍNKA NA JANA SEMERÁDA - O ZOUFALSTVÍ, MELANCHOLII A SEBEVRAŽDĚ V 17. STOLETÍ
- SELHÁNÍ ZVANÉ EUTANAZIE (ROZHOVOR ALEŠE PALÁNA S MARIÍ SVATOŠOVOU) - PŮLSTOLETÍ
JANA PALACHA: NADĚJE, ZOUFALSTVÍ A ČINY - 17. LISTOPAD OČIMA STUDENTŮ

EDITORIAL2**FACULTAS NOSTRA**

Trimed Job navštívilo na 900 zájemců o lékařské povolání (Valerie Síbková) . . . . .	.4
3. lékařská fakulta hostila česko-slovenskou studentskou vědeckou konferenci (Romana Šlamberová). . . . .	.8
Co se změnilo na 3. lékařské fakultě v průběhu roku 2018 (Petr Widimský) . . . . .	.13
Jedno srdce, jedna cesta (Petr Widimský) . . . . .	.16
Významná výročí (Petr Widimský) . . . . .	.18
Zlatá promoce očima Karla IV. (Monika Arenbergerová) . . . . .	.20
Přátelská a otevřená fakulta (Petr Widimský) . . . . .	.23
Studentská vědecká konference Stárnutí už po čtvrté (Hana Georgi) . . . . .	.25

MEDICÍNA

Stárneme – my i naši pacienti (Jana Šeblová). . . . .	.29
Stáže studentů v keřském Itibo jiným pohledem (Lukáš Malý). . . . .	.33
Jan Semerád před sto lety ředitelem vinohradské nemocnice a organizátorem československého zdravotnictví (Pavel Čech) . . . . .	.38
O zoufalství, melancholii a sebevraždě (Petr Honč) . . . . .	.40
Mořovská: Idealismus mi nezůstal, entusiasmus ano (Lucie Ondřichová) . . . . .	.45
Používání GPS navigace v chytrých brýlích může měnit fungování mozku (Iveta Fajnerová) . . . . .	.49
Le bout du tunnel (Na konci tunelu): Jak zvládnout problémy posttraumatického stresu (Richard Rokyta, Leo Klein) . . . . .	.51
Všechny odstíny šedi - krev blahodárná i nebezpečná (Richard Rokyta) . . . . .	.55

RES PUBLICA

Půlstoletí Jana Palacha - naděje, zoufalství a činy (Vladimír Komárek) . . . . .	.57
Výjimečný čin Jana Palacha nesmí být zapomenut (Tomáš Roith) . . . . .	.61
O Babišově utrpení (Ondřej Vaculík) . . . . .	.63
Ne protestuje se proti výsledku voleb. Ale proti chování mocných (Petr Honzejek). . . . .	.65
Brexit, Trump, žluté vesty...Tohle tu ještě nebylo, slyšíme stále častěji. S něčím novým musíme přijít i demokraté (Jan Moláček) . . . . .	.67

TEXT

Selhání zvané eutanazie (rozhovor Aleše Palána s Marií Svatošovou)71
---	-----

VE FOTOGRAFÍCH

Oslovy výročí 17. listopadu v podání studentů nejen 3. lékařské fakulty (Marie Rašková)84
--	-----

POST SCRIPTUM

WC čili věc veřejná (Jaroslav Veis).94
--	-----

Vážené čtenářky, vážení čtenáři a příznivci časopisu Vita Nostra Revue,

máte před sebou čtvrté číslo ročníku 2018, které je zasvěceno mnoha událostem, jež se na fakultě staly v posledních měsících. Především zveřejňujeme velmi zásadní projevy a texty děkana fakulty prof. Widimského, v nichž nastiňuje budoucnost fakulty, její rozšiřování, zvyšování počtu jejích studentů i některé organizační změny na fakultě. V několika svých projevech velmi dobře představuje vizi, kterou má fakulta v budoucích letech naplňovat. A že to nebude období lehké, o tom svědčí rozsáhlá jednání kolem rozšiřování počtu studentů na lékařských fakultách a zároveň rozšiřování výukových kapacit. Je třeba dodat, že se jedná o velice dlouhodobé aspekty, i když přijmeme do ročníku o 15 až 20 procent lidí více, tak teprve za šest let tito studenti odpromují a za dalších pět let se specializují. Čili tato vyhlídka na zlepšení relativně stárnoucí populace lékařů se začne naplňovat až po deseti či 15 letech. Lékařské fakulty a univerzity však musejí s takovou vizí do budoucna počítat. Vize politiků totiž bývají většinou krátkodobější.

Velmi si cením příspěvku Hany Georgi popisujícího studentskou vědeckou konferenci o stárnutí, která je podle mne významným počinem, protože stárnutí patří mezi čtyři nosné pilíře výzkumného zaměření Evropské komise. Problematika stárnutí je velmi důležitá, protože celá populace, nejen česká, ale i evropská, významně stárne. Je třeba řešit problémy stárnutí nejen z hlediska organizačního, ale i z hlediska určité preven-

ce, z hlediska zachování zdraví a podobně. Myslím si, že naši studenti, kteří se zúčastnili studentské vědecké konference, dělají velice dobrou práci pro budoucnost. Důležitá je také studentská vědecká činnost obecně. Proděkanka prof. Šlamberová píše o Česko-slovenské studentské vědecké konferenci, která se konala na naší fakultě. Je dobře, že udržujeme stálé styky s našimi slovenskými kolegy.

Zasvěcený článek dorazil také z Národního ústavu duševního zdraví. Přibližuje výzkum, který zjišťoval, jak GPS navigace v chytrých brýlích mění fungování lidského mozku. Na mozek se v poslední době začínáme dívat komplexněji, hlavně v jeho vertikálních a horizontálních funkcích, proto patří takový přístup k přístupům budoucnosti. Víme, že se 66 procent veškerého výzkumu na světě odehrává v neurovědách a fungování mozku je jedním z nejčastějších důvodů výzkumu. Poznatky získáváme po střípcích, po kouscích, je to jako skládání mozaiky, ale každý ten kamínek v mozaice je nesmírně důležitý.

Jako vždy ale nesmíme opomenout i některé smutné záležitosti jako úmrtí. 27. listopadu zemřela mimořádná osobnost - **prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.** Narodil se v Horažďovicích, studoval lékařskou fakultu v Plzni a stal se internistou se specializací na endokrinologii. Dlouho vedl interní oddělení 2. lékařské fakulty v Nemocnici pod Petřínem. Později působil v zahraničí - v Etiopii, dlouho ve Francii, a nakonec vedl osteocentrum v Ústřední vojenské nemocnici v Praze.



Byl všestranně vzdělaný internista a endokrinolog, jehož vynikající práce všeobecně uznávají nejen v ČR, ale zejména v Evropě a zvláště pak ve frankofonní oblasti. Prof. Blahoš měl také mimořádné organizační schopnosti. V roce 1990 se stal prvním polistopadovým předsedou České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, kterou vedl až do roku 2015. V letech 1999 až 2001 dokonce předsedal Světové lékařské asociaci, v té době bylo sídlo České lékařské společnosti na Sokolské třídě zároveň sídlem mezinárodní organizace. Díky svým jazykovým znalostem nebyl problém pro prof. Blahoše takovému kolosu předsedat. Sám jsem se s ním seznámil hlavně v souvislosti s výzkumem, měl jsem ale také tu čest s ním a s prof. Provazníkem v roce 1990 zakládat Společnost frankofonních lékařů, která se stala součástí České lékařské společnosti. Prof. Blahoš se za své frankofonní zásluhy stal Rytířem Čestné

Legie a pak dokonce jejím důstojníkem, což je jedno z nejvyšších francouzských vyznamenání. Byl to ovšem člověk neobyčejně skromný a přátelský, v mládí vynikající sportovec, lyžař, miloval Šumavu a život vůbec. Všichni, kteří ho dobře znali, vědí, že byl výborný harmonikář, zpěvák a prostě bezvadný člověk. Na profesora Blahoše se skutečně nedá zapomenout.

Přeji vám dobré vykročení do roku 2019, plné radostí, přeji nám všem, aby naše zdravotnické školství, zdravotnictví a zejména naše fakulta a univerzita prospívali co nejlépe, a abychom měli příležitost k tomuto prospívání co nejlépe přispět.

Mnoho úspěchu do nového roku přeje váš

Richard Rokyta,
předseda redakční rady *Vita Nostra Revue*



Trimed Job navštívilo na 900 zájemců o lékařské povolání

Valerie Síbková, studentka 3. LF UK

Třetí středa listopadu patřila již tradičně Veletrhu práce 3. lékařské fakulty TRIMED JOB 2018. Letošní již pátý ročník si nenechalo ujít na 900 studentů a absolventů nejen naší fakulty, ale i lékařských škol z celé České republiky. Cílem veletrhu bylo přiblížit studentům jednotlivé lékařské obory, jejich možnosti uplatnění po ukončení studia a radosti i úskalí života lékaře. Program byl letos zaměřen nejen na studenty a absol-

venty oboru Všeobecného lékařství, ale i pro zájemce a studenty oborů Všeobecná sestra a Fyzioterapie. Předsevzetím pro příští ročník se stává rozšíření programu pro střední a vysoké odborné školy. Akce se konala ve spolupráci s Institutem klinické a experimentální medicíny a Registrem dárců krevetvorných buněk. Záštitu poskytl děkan 3. lékařské fakulty prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc.

U stánků 28 vystavovatelů z řad českých i zahraničních nemocnic se účastníci dozvěděli o možnostech pracovního uplatnění po skončení fakulty i o nabídkách stáží a praxí během studia. Program probíhal letos nově ve třech posluchárnách, kde studenti vyslechli 26 přednášek mladých lékařů, kteří nabídli náhled na jednotlivé obory jak z hlediska specializačního vzdělávání, tak odkryli pro a proti práci v těchto odvětvích. Prostor dostala témata vysoce sledovaná jako postgraduální vzdělávání či možnost kombinace předatestační přípravy a vzdělávání v managementu zdravotnictví, i témata méně obvyklá, ale studenty velmi žádaná, jako medicína a mateřství, nebo jak se stát úspěšným vědcem. Během programu se mohli účastníci seznámit i s příběhy uznávaných odborníků, například plastického chirurga doc. MUDr. Jana Měšťáka, CSc., nebo profesora MUDr. Josefa Kautznera, CSc., FESC. Jeho

přednáška *Katetrizační ablace jako revoluce v kardiologii* z cyklu *Medicína jako věda* přilákala plnou posluchárnu a byla skvělým zakončením celého veletrhu.

Pozvání přijal ministr zdravotnictví Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA, který zahájil veletrh svou přednáškou. Vyzdvihl především podporu, kterou vláda českým lékařským fakultám poskytla schválením jedenáctiletého dotačního programu s rozpočtem téměř sedm miliard korun. Ministr Vojtěch promluvil o snaze víc propojit úsilí 3. lékařské fakulty a Státního zdravotního ústavu, který má sídlo ve vedlejší areálu. Výsledkem by mohlo být například získání větších výukových prostor. „Lékaři, to není jenom nemocnice, ale je to široké spektrum, kde se můžete uplatnit, právě třeba v orgánech ochrany veřejného zdraví. Samozřejmě je to i otázka primární péče, kde vidíme veliký problém a ministerstvo se nyní snaží podporovat rozvoj primár-

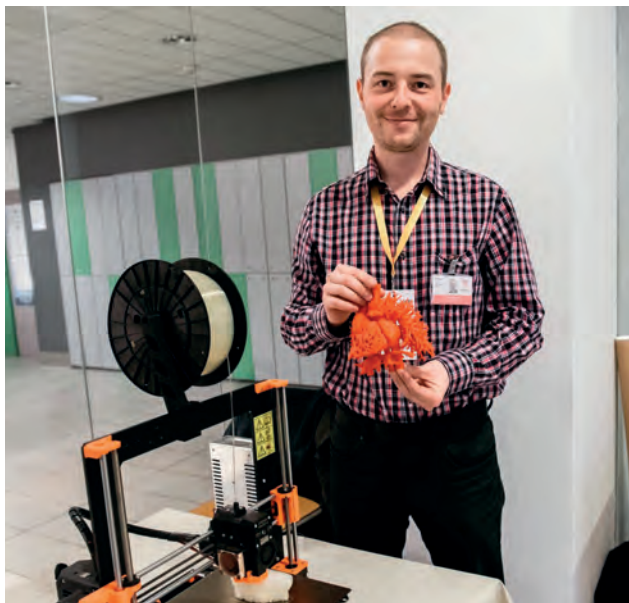




ní péče, aby byla atraktivní pro mladé lékaře. Zejména na periferiích ČR máme problém nahradit stárnoucí odcházející lékaře,“ řekl ministr s odkazem, že v primární péči je věkový průměr mezi 57 až 59 lety u praktických lékařů pro dospělé, což označil za alarmující. K postgraduálnímu vzdělávání připomněl, že převzal dědictví loňské změny zákona č. 95/2004 Sb., o postgraduálním vzdělávání lékařů, na kterou mají navazovat prováděcí předpisy. V jejich vydávání má resort skluz. „Je pravda, že trochu doháníme dluh, snažíme se, aby co nejdřív byly k dispozici všechny podzákonné předpisy, abyste věděli, podle čeho se budete vzdělávat. Podařilo se vydat vyhlášku o základních kmenech, je účinná od 9. října 2018, kdy vyšla ve Sbírce zákonů, takže základní kmeny jsou nastaveny. Na základě toho se nemocnice akreditují, ten proces už probíhá,“ řekl ministr. Na vydanou vyhlášku o základních kmenech navázala práce

na jednotlivých vzdělávacích programech, vytvářejí se postupně, jak na nich pracují „různě aktivní“ akreditační komise. „Věřím tomu, že budeme do konce roku na tom tak dobře, abychom to měli více méně pohromadě,“ řekl ministr. Připustil, že ministerstvo musí pracovat i na dalších předpisech, týkajících se například kompetencí mladých lékařů.

Novinkou letošního ročníku byla zahraniční sekce reprezentovaná cizojazyčnou posluchárnou a stánky nemocnic z Německa. Mladí lékaři, povětšinou absolventi 3. lékařské fakulty působící v zahraničí, promluvili o výhodách i úskalích své práce ve Švýcarsku, Německu, Norsku či USA. Na dotaz, co dělá fakulta pro to, aby absolventi nastoupili do českého zdravotnictví, nebo se po pobytu v cizině vrátili, odpověděl děkan prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc.: „Rolí fakulty je vychovat dobré lékaře. Kam nastoupí, je jejich svobodné



rozhodnutí. Co je po promoci, už je rolí jiných subjektů, zaměstnavatelů, státu a toho, jaké dá mladým lékařům podmínky.“

Velký zájem vzbudil interaktivní program IKEM, který nabídl modely diabetologických pump, 3D tiskárnu či výuku chirurgického šití. Personální oddělení Všeobecné fakultní nemocnice si pro studenty připravilo celodenní kontrolu jejich CV a rady, jak uspět při výběrových řízeních. U stánků Jihočeských nemocnic a nemocnice Liberec byla k vyzkoušení simulace laparoskopické operace.

Nezapomenutelnou atmosféru veletrhu TRIMED JOB 2018 vytvořili nejen skvělí přednášející a vystavovatelé ze všech koutů České republiky i ze zahraničí, ale hlavně návštěvníci, jejichž vzrůstající zájem je hnacím motorem organizátorů, aby každoročně připravovali akci větší a kvalitnější.



Foto: Maria Rašková, Ivo Barabáš a Vasil Kostin



3. lékařská fakulta hostila česko-slovenskou studentskou vědeckou konferenci

Romana Šlamberová, proděkanka pro postgraduální doktorská studia a pro studentskou vědeckou činnost

Ve dnech 17. a 18. listopadu měla naše fakulta tu čest pořádat Studentskou vědeckou konferenci lékařských fakult ČR a SR. Studenti ze třinácti fakult České a Slovenské republiky představili ve dvou dnech celkem 33 prací. Abstrakta soutěžních prací vyšla ve sborníku konference.

Kromě soutěžního klání byly na programu dvě vyzvané čestné přednášky, které vzbudily nadšený ohlas publika: přednáška pana prof. Jana Pirka – „Můj život s kardiologií“ a přednáška pana dr. Marka Váchy na téma „Jak dlouho bude platit článek 13. Ovietské deklarace? Od genových terapií po systém CRISPR/Cas9.“

Účastníci měli možnost rovněž shlédnout ukázky i soutěžní prezentace projektu Science Slam UK za účasti paní prorektorky prof. Mileny Králíčkové. Doprovodný program konference s podtitulem *Interaktivní svět medicíny* zahrnoval praktický nácvik dovedností na laparoskopickém trenažéru, virtuální realitu a praktický nácvik zavedení osteosyntéz a externích fixatérů.

Celou akci jsme se současně pokusili pojmout jako přátelskou k životnímu prostředí, pod značkou ECO. Všechny materiály konference se tiskly s užitím ekologicky šetrných tonerů. Partnerem konference se stal projekt *Frusack – Nakupujte po svém. Bez plastu*, který založila naše absolventka Tereza Dvořáková (v současné době asistentka Ústavu anatomie) a Hana Fořtová (studentka 2. lékařské fakulty). Všichni účastníci konference obdrželi v uvítacím balíčku i sáček *Frusack*. Konečně pak i veškeré občerstvení bylo podáváno na ekologicky šetrném nádobí, buď znovupoužitelném či plně rozložitelném. Namísto PET lahví jsme použili vratné barely s vodou.

Jako členové hodnotících komisí se za naši fakultu zúčastnili MUDr. Jiří Borovec (sekce zubního lékařství), PhDr. Hana Svobodová, Ph.D. (sekce nelékařských oborů), prof. MUDr. Romana Šlamberová, Ph.D. (sekce teoretická a preklinická) a doc. MUDr. František Duška, Ph.D. (sekce klinická).

Vítězové sekcí neobdrželi jen finanční odměnu, ale rovněž dary od našich sponzorů. Hodnotné knihy GRADA s lékařskou tematikou, balíčky se sadou sáčků *Frusack* a možnost stáží na prestižních pracovištích IKEM.

Podobně jako na SVK naší fakulty jsme uspořádali soutěž o *Cenu diváka*. Hlasování proběhlo pomocí mobilní aplikace „Best Talk“. Vítěz i jeden vylosovaný divák obdrželi iPad.

Všem studentům gratuluji k úspěšné prezentaci svých vědeckých aktivit a členům hodnotících komisí děkuji za jejich ochotu a seriózní přístup k hodnocení soutěží. Rovněž děkuji organizačnímu týmu, především pak MUDr. Josefu Fontanovi a MUDr. Martinu Pavelkovi za jejich skvělou práci.







Foto: Ivo Barabáš

Vítězové a ocenění v jednotlivých sekcích

Nelékařská sekce

1. *Testování posturální funkce dle dynamické neuromuskulární stabilizace u zdravých jedinců*
Filip Hrdlička
(3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy)
2. *Posouzení vlivu pravidelného běhu do zatáčky na altetickém ovále na atletovo držení těla*
Anna Selníková
(Lékařská fakulta Ostravské univerzity)

Teoretická a preklinická sekce

1. *In vivo model fokální kortikální dysplázie na podkladě somatické mutace v MTOR signální kaskádě - nová cesta k porozumění mechanismů epiteptogeneze?*
Barbora Heřmanovská
(1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy)
2. *Varianty genu pten u pacientok s hyperplaziou a karcinómom endometria*
Lajos Gergely
(Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave)
3. *Biomarkery progresu u nádorů prostaty*
Dominik Prachař
(Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci)
3. *Expression profiling and epigenetic regulation of interferon - gamma response in two differnt cancer cell line models*
Eliška Selinger, Grygoriy Zolotarov
(3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy)

Zubní sekce

1. *Anomálie progenního typu - srovnávací studie*
Nelly Pařízková, Raphael Mohammad
(Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci)

Klinická sekce

1. *Protilátky proti -synukleínu 5G4 dokáží v črevnej mukóze identifikovať pacientov s manifestnou a prodromálnou Parkinsonovou chorobou*
Kristina Kulcsárová
(Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach)
2. *Traktografie bazálních ganglií u pacientů s Alzheimerovou chorobou*
Barbora Birčák Kuchtová
(3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy)
3. *Efekt intenzívnej tanečně-pohybovej intervencie na mozgovú štruktúru a funkcie u zdravých seniorov a pacientov s miernou kognitívnu poruchou*
Patrícia Klobušiaková
(Lékařská fakulta Masarykovy univerzity)

Cena diváka

- Anomálie progenního typu - srovnávací studie*
Nelly Pařízková, Raphael Mohammad
(Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci)

Co se změnilo na 3. lékařské fakultě v průběhu roku 2018

Petr Widimský, děkan 3. LF UK

Dne 1. února 2018 se vystřídali děkani na naší fakultě. Profesor Michal Anděl, který se nesmírně zasloužil o to, jak dnes naše fakulta vypadá, po dvou úspěšných funkčních obdobích již nemohl pokračovat. Je pro mne velkou ctí, že jsem na podzim roku 2017 získal důvěru fakultního Akademického senátu, a s velkou chutí jsem se vrhl do práce. Mohu mluvit i o štěstí při výběru svých nejbližších spolupracovníků – členů kolegia děkana. Z předešlého kolegia pokračují čtyři jeho členové: prof. Anděl, doc. Dlouhý, dr. Marx a prof. Šlambergová. Novými členy kolegia jsou doc. Arenbergerová, doc. Duška, prof. Džupa a doc. Polák. Rovněž máme novou tajemnici fakulty – ing. Jana Mužíková na vlastní žádost odešla do důchodu. Novou tajemnicí se stala JUDr. Zdeňka Mužíková (shoda jmen je pouze náhodná). Vedení fakulty funguje jako dobrý tým, složení kolegia zajistilo jak kontinuitu, tak i oživení řady činností – včetně např. vnější prezentace fakulty.

Mezi tři nejzásadnější změny za prvních deset měsíců práce nového kolegia děkana patří zvýšení mezd zaměstnanců fakulty, vznik čtyř nových fakultních pracovišť v Thomayerově nemocnici a reorganizace dvou ústavů vedoucí k jejich přejmenování na Ústav fyziologie a Ústav patofyziologie.

Mzdy všech zaměstnanců fakulty se mohly zvýšit v důsledku souběhu dvou navzájem nesouvisejících věcí. Nový vnitřní mzdový předpis UK neumožňuje již

dřívější praxi výplaty další (13., 14., ...) mzdy. Vedení fakulty proto rozhodlo již na jaře 2018 plošně zvýšit mzdy zaměstnancům tak, aby jejich celkový roční příjmem (po započítání odměn a dalších mezd) neklesl proti minulému období. Druhým stimulem pro zvýšení mezd byl vládní program podpory lékařských fakult.

Podpora pro učitele medicíny

V únoru 2018 vznikla de iure Asociace děkanů lékařských fakult České republiky. Za své dva hlavní cíle si asociace dala **zastavit propad prestiže povolání učitele medicíny a tím zabránit budoucímu kolapsu lékařských fakult** (nedostatek mladých akademicky aktivních učitelů medicíny by vyústil postupem času až v hrozící ztrátu akreditace a tím pádem totální ohrožení studia lékařství v horizontu 10 až 20 let) a **zastavit, ev. obrátit negativní trend v počtu lékařů v České republice** (demografické prognózy jasně ukázaly, že již po roce 2019 počet lékařů přirozeně končících v praktické medicíně začne převyšovat počet absolventů českého kurikula studia medicíny). Tyto demografické prognózy (velice profesionálně vypracované ředitelem ÚZIS doc. Duškem) jsou o to horší, že proti poklesu lékařů půjde nárůst počtu osob v důchodovém věku. Jinak řečeno: pokud by se nic nezměnilo, tak za 10 až 15 let bude mnohem méně lékařů pečovat o mnohem

více pacientů. Díky spolupráci všech osmi lékařských fakult s Ústavem zdravotnických informací a statistiky a analýze obrovského množství dat vznikl objemný dokument ilustrující vážnost situace a navrhuující její řešení. Podstata tohoto řešení spočívá ve dvou klíčových krocích:

1. **Navýšení mezd učitelů medicíny a to především v teoretických a preklinických oborech**, kde je deficit mladých absolventů medicíny největší. Cílem je stabilizovat současné akademické pracovníky lékařských fakult a přilákat mladé.

2. Vytvoření materiálních a personálních podmínek pro lékařské fakulty tak, aby byly schopny od akademického roku 2019 až 20 přijmout do prvních ročníků studia **všeobecného lékařství v českém jazyce o 15 procent studentů více**. V reálné představě: na 3. LF to bude znamenat nárůst počtu studentů přijatých do 1. ročníku ze 193 (průměr z let 2015 až 2017) na 211 (plán pro rok 2019).

Po sedmi měsících intenzivních jednání (která byla ze strany ministerstva zdravotnictví i ministerstva školství velmi vstřícná a která podpořil i premiér) dospěla jednání dne 4. září 2018 k tomu, že program podpory lékařských fakult schválila vláda ČR. Vedení 3. LF UK, všichni zaměstnanci děkanátu a přednostové ústavů a klinik navzdory letním prázdninám a dovoleným intenzivně pracovali na náročné administrativní přípravě plánovaných změn. Strategie fakulty je zaměřena zejména na tyto kroky:

a) **Minimalizace rozdílů ve mzdách mezi akademickými pracovníky s plným úvazkem na fakultě a lékaři s plným úvazkem v nemocnicích**. V posledních 10 až 20 letech mzdy v nemocnicích významně narostly, zatímco na lékařských fakultách spíše stagno-

valy, proto mladí lékaři ztráceli zájem o akademické pozice na lékařských fakultách (které přitom v minulosti byly nejen prestižnější, ale i lépe finančně hodnocené). Z tohoto důvodu se mzdové úpravy týkají většinou jen těch akademických pracovníků, pro které je fakulta hlavním zaměstnavatelem a až na výjimky se netýkají těch, pro které je hlavním zaměstnavatelem nemocnice a u fakulty mají jen malý úvazek.

b) **Maximální podpora akademických pracovníků na teoretických a preklinických ústavech**. Tyto ústavy jsou pilířem fakulty a současně v posledních letech je nesmírně obtížné získat pro práci na těchto ústavech mladé absolventy studia medicíny. Proto se mzdové úpravy týkaly výrazněji ústavů nežli klinik. Mzdy těchto akademických pracovníků (tj. učitelů medicíny) vzrostly již od září 2018 jako příprava na budoucí navýšení výuky.

c) **Dovybavení ústavů a klinik v souvislosti s výukou**. V této oblasti probíhá na fakultě dokonce několik projektů, z nichž budou postupně pořizovány pacientské simulátory pro zážitkovou praktickou výuku, obnova nábytku na ústavech i klinikách, obnova vybavení výpočetního střediska, vybavení učeben, aj. V tomto směru bylo možno uspokojit většinu požadavků z praxe.

d) **Rozvoj prostorových kapacit** je nejtěžším úkolem. Zde plánujeme prohloubit spolupráci s mnoha spřátelenými institucemi: s Fakultní nemocnicí Královské Vinohrady a se Státním zdravotním ústavem (jakožto našimi nejbližšími sousedy), s Thomayerovou nemocnicí, s Nemocnicí Na Bulovce, s Ústřední vojenskou nemocnicí, s Národním ústavem duševního zdraví, s Ústavem pro péči o matku a dítě a rovněž s krajskými nemocnicemi v Liberci a Ústí nad Labem. S tím souvisí

i úkol nejobtížnější: Plánované navýšení počtu mediků v českém kurikulu se nesmí projevit dalším zhoršením již nyní suboptimálního poměru počet studentů na učitele, resp. počet studentů na pacienta. Proto zejména zavedení simulační výuky a rozvoj spolupráce s dalšími zdravotnickými zařízeními mohou být cestou, jak tento zdánlivý rozpor vyřešit ke spokojenosti všech: studentů, akademických pracovníků i pacientů.

pracoviště v této nemocnici: Ústav patologie a molekulární medicíny (přednosta doc. Matěj), Interní klinika (přednosta doc. Kohout), Urologická klinika (přednosta doc. Zchoval) a Neurologická klinika (přednostka as. Marková).

Jsem pevně přesvědčen, že všechny tyto změny přispějí ke zkvalitnění výuky, prohloubení výzkumných aktivit a zvýšení prestiže naší fakulty.

Změny ve struktuře pracovišť na 3. LF UK

Na základě podrobné analýzy výkonnosti a efektivity všech fakultních pracovišť, která jsem všechna navštívil během prvních dvou měsíců ve funkci, jsem kolegiu děkana předložil k diskusi návrh na změnu názvů a s tím související modifikaci pracovní náplně dvou významných ústavů. Ústav normální, patologické a klinické fyziologie byl největším ústavem fakulty s ohromným objemem výuky a relativně nižším (vzhledem k velikosti ústavu) výzkumným výkonem. Naopak Ústav pro studium obezity a diabetu patřil mezi výzkumně nejaktivnější součásti fakulty, avšak jeho podíl na výuce byl velmi malý. Se souhlasem obou přednostů těchto ústavů (prof. Šlamberové a doc. Poláka) rozhodlo vedení fakulty o přejmenování obou ústavů na Ústav fyziologie a Ústav patofyziologie. Výuka patofyziologie (vedená as. Bernáškovou) tak přešla pod doc. Poláka.

3. LF UK měla ze všech tří pražských lékařských fakult nejhorší poměr počtu studentů k počtu výukových lůžek ve spolupracujících zdravotnických zařízeních. Proto po podrobných a velmi vstřícných jednáních s ředitelem Thomayerovy nemocnice doc. Benešem a s vedoucími pracovníky čtyř pracovišť v této nemocnici byla dne 1. listopadu 2018 otevřena čtyři nová fakultní



Jedno srdce, jedna cesta

(proslov děkana)

Petr Widimský, děkan 3. LF UK

Povolání lékaře je respektované a potřebné ve všech dobách, ve všech politických zřízeních a ve všech zemích. Zatímco například právní systémy v různých zemích se liší, medicína je jen jedna. Jediným omezením může být neznalost jazyka, kterým mluví pacienti, jiné zábrany však de facto neexistují. To je ohromnou devizou, kterou právě v dnešní době absolventi lékařských fakult naplno využívají. Mohou si

po promoci vybrat zcela svobodně, v jaké zemi budou svou lékařskou praxi provozovat. V rámci 28 států Evropské unie k tomu kromě znalosti jazyka nepotřebují vůbec nic dalšího, mimo Evropu jsou lékařské diplomy evropských univerzit zpravidla též bez problémů uznávány. To platí o Univerzitě Karlově jakožto nejstarší univerzitě na sever od Alp a na východ od Rýna dvojnásob.

Každý z absolventů měl jistě své vlastní důvody, proč se rozhodl studovat právě medicínu. S většinou jsme tyto důvody diskutovali v rámci přijímacích pohovorů na fakultu. Dovolte mi proto krátkou osobní vzpomínku na dobu, kdy jsem se já sám rozhodoval, čím bych chtěl v životě být. V roce 1968 bylo v mém dětství krátké období, kdy se z Československa mohlo bez omezení vyjet za tzv. železnou oponu do západní Evropy. Část prázdnin jsem trávil s rodinou ve Švédsku, kde otec na půl roku pracoval jako lékař. Ve švédské televizi jsme 21. srpna se slzami v očích sledovali ruské tanky, které okupovaly Prahu a razily si cestu davy demonstrantů. Hned druhý den otec dostal v nemocnici nabídku na trvalé zaměstnání. To na mne v době dospívání udělalo velký dojem – uvědomil jsem si, že lékař má dveře otevřené všude a že tato profese kromě hlubokého uspokojení ze smysluplné práce poskytuje i značnou nezávislost na momentálních politických poměrech.

Jsem přesvědčený, že v současnosti žijeme v Evropě v nejlepším období její historie: s výjimkou lokální války na Balkáně v 90. letech je v Evropě již téměř tři čtvrtě století mír, neexistují hranice mezi státy, pracovat či trávit dovolenou lze kdekoli v Evropě bez jakýchkoli formálních omezení. Važme si toho a v rámci svých možností pomáhejme tento stav udržovat a kultivovat. Medicína je svou podstatou nadnárodní vědou i řemeslem a lékaři se scházejí na mezinárodních konferencích, doplňují si vědomosti z mezinárodních odborných časopisů, díky svým zkušenostem v praxi dobře vědí, že lidské tělo je stejné bez ohledu na barvu pleti, politickou příslušnost či náboženství. Výrazně mezinárodní charakter medicíny je její obrovskou devízou.

Současně ale nesmíme zapomínat na své kořeny. Většina z nás se narodila a vyrostla v České republice, rodiče dnešních studentů se však zcela jistě narodili

ještě v Československu. Žijeme v krásné zemi s nádhernou přírodou, bohatou kulturou a pracovitými lidmi. Fakulta plně podporuje mezinárodní kontakty akademických pracovníků i zahraniční stáže studentů, máme upřímnou radost, když se naši absolventi uplatní v zahraničí. Máme však ještě větší radost, pokud se po získání zkušeností v zahraničí vrátí domů a pomohou kultivovat tuto zem nejen v rámci svého medicínského oboru, ale i v širším kontextu – abychom byli schopni vnímat svět kolem nás v celé jeho šíři a barevnosti a neuzavírali se do „malé české ulity“. V Evropě se žije nyní dobře právě proto, že je Evropou bez vnitřních hranic, Evropou spolupráce.

Každý člověk se v průběhu života dostane na mnoho křižovatek, kdy se musí rozhodnout, kterou cestou se vydá dál. Při rozhodování se samozřejmě používá jak rozum, tak i srdce. Co z toho považoval básník Josef Kainar za důležitější, vyjádřil slovy své slavné básně, zhudebněné legendární českou rockovou skupinou Flamingo v roce 1972:

*Člověk má jedno srdce a jednu cestu též
Když se té cesty bojíš, nedojdeš, nenajdeš*

Proto vám přeji, abyste si v životě vždy uměli vybrat tu správnou cestu, abyste se nebáli na ni vstoupit a aby tato cesta vedla jak k vaší osobní spokojenosti a štěstí, tak i ke spokojenosti vašeho okolí – včetně vašich uzdravených pacientů.

Quod bonum, felix, faustum, fortunatumque sit.

*Autor přednesl proslou u příležitosti promoce studentů 3.
LF UK dne 17. července 2018.*

Významná výročí

(proslov děkana)

Petr Widimský

V roce 2018 jsme si připomněli řadu významných výročí. Dvě z nich se týkají přímo 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Naše fakulta vznikla před 65 lety, roku 1953, rozdělením pražské lékařské fakulty Univerzity Karlovy na tři nástupnické fakulty. Fakticky jsou tedy všechny tyto tři fakulty pokračovatelkami prapůvodní lékařské fakulty vzniklé současně se založením univerzity roku 1348 – tedy před 670 lety. Fakulta se sídlem ve vinohradském zdravotnickém areálu se mezi lety 1953 až 1990 (tedy i v době promoce dnešních jubilantů) nazývala Lékařská fakulta hygienická. Profil jejich absolventů byl více zaměřen na prevenci, hygienu, epidemiologii, ale vzdělání byli v celé šíři medicíny a získávali titul doktor veškerého lékařství (MUDr.) stejně jako absolventi jiných lékařských fakult. Tento titul má v našich zemích dlouhou tradici - je používán od roku 1872. Pouze v 50. letech byl přechodně nahrazen titulem „promovaný lékař“ a absolventi LFH získávali titul „promovaný lékař - hygienik“. V roce 1966 se však obnovilo používání titulu MUDr.

Část absolventů Lékařské fakulty hygienické nastupovala do oborů navazujících přímo na profilaci fakulty (např. do hygienické služby), část však nastupovala do klinických oborů. Z obou skupin absolventů vzešli vynikající odborníci a jsem velice rád, že mezi ně mohou počítat i vás – dnešní jubilanty.

Rok vaší promoce byl rokem plným naděje (ta trvala ještě v čase vaší promoce 4. července 1968), byla však po sedmi týdnech vystřídána šokem z okupace vojsky zemí, které vám byly ve škole i v médiích až do osudné srpnové noci prezentovány jako přátelské země. O tom, jak se přátelství může během jedné noci změnit v nepřátelství a naděje v zoufalství, by mohla celá generace, která to zažila, mnoho vyprávět. I mezi vámi bylo nemálo těch, kdo se rozhodli řešit situaci emigrací. Během následujících měsíců opustilo Československo přibližně 80 tisíc obyvatel – mezi nimi bylo mnoho lékařů. V následujících 20 letech pak emigrovalo přibližně 150 tisíc dalších obyvatel Československa. Tato emigrační vlna je historicky největší zaznamenanou v celých dějinách českých zemí. Lékaři, kteří zůstali (a sem se počítá i naprostá většina dnešních jubilantů), pomohli udržet standard českého a slovenského zdravotnictví a ve své naprosté většině svou práci milovali a věnovali jí nejlepší léta svého života. Za to všem patří veliký dík.

Rok 1989 pak představuje ještě významnější milník v naší historii – a tentokrát jde jednoznačně o milník pozitivní. Do vedení fakulty se dostala nová generace lékařů a do chodu fakulty začal promlouvat demokraticky zvolený akademický senát. Výsledkem bylo přejmenování fakulty do současné podoby a změna jejího profilu směrem zpět ke všeobecnému lékařství. Nicméně své

specifikum a jasnou odlišnost od jiných lékařských fakult jsme si uchovali – spočívá nyní v jiném systému výuky studentů. Tato v tuzemsku originální problémově orientovaná výuka společně s řadou vynikajících vědeckých výsledků v mnoha oborech dokázala fakultě získat uznání nejen v rámci České republiky, ale i v zahraničí.

Kde se tedy nachází 3. lékařská fakulta v současné době? Jaké jsou rozdíly proti době vašeho studia? O tom nejzásadnějším (změna názvu a profilu fakulty) jsem již hovořil. Fakulta se však za posledních 28 let nesmírně rozrostla: místo původních 50 až 100 absolventů dnes každoročně fakultu opouští 200 až 250 nových lékařů a několik desítek bakalářů, kteří u nás studují související zdravotnická povolání. Kromě češtiny a slovenštiny v našich posluchárnách nyní každodenně zní též angličtina (při výuce) a několik desítek dalších jazyků (o přestávkách). Ambicí fakulty je, abychom vedle již dlouho existujícího mezinárodního složení studentů rozšířili též náš akademický sbor o schopné zahraniční vědce a pedagogy. Při tomto rozvoji však rozhodně nechceme zapomínat na naše kořeny. Ba právě naopak: současné vedení fakulty se snaží výrazně zlepšit vztahy a prohloubit spolupráci se Státním zdravotním ústavem, který kdysi stál u zrodu fakulty společně s Vinohradskou nemocnicí.

A právě Fakultní nemocnici Královské Vinohrady patří má poslední poznámka. Vinohradská nemocnice je tím nejdůležitějším pilířem, o který se klinická výuka opírá. I přes různé peripetie a časté výměny svých vedení obě instituce (fakulta a nemocnice) spolupracují velmi dobře a věřím, že se tato spolupráce bude i v budoucnu dále zlepšovat.

Na závěr si dovoluji vyjádřit potěšení z tohoto dnešního setkání, poděkovat dnešním jubilantům za vše, co na poli medicíny vykonali a popřát všem pevné zdraví

a spokojenost tradičním: Quod bonum, felix, faustum, fortunatumque sit.

Projev přednesl děkan fakulty prof. Widimský u příležitosti Zlaté promoce 3. lékařské fakulty UK dne 5. října 2018.

Gratulujeme jubilantům narozeným v listopadu a prosinci!

75. narozeniny oslavil

Doc. MUDr. Václav Janík, CSc.

emeritní přednosta Radiodiagnostické kliniky 3. LF UK a FNKV

70. narozeniny oslavil

Prof. MUDr. Jan Bultas, CSc.

přednosta Ústavu farmakologie 3. LF UK a FNKV

65. narozeniny oslavili

Doc. MUDr. Martina Kubecová, Ph.D.

emeritní přednostka Radioterapeutické a onkologické kliniky 3. LF UK a FNKV

MUDr. Libor Luňáček

odborný asistent Ortopedicko-traumatologické kliniky 3. LF UK a FNKV

MUDr. Jan Paska

odborný asistent Radioterapeutické a onkologické kliniky 3. LF UK a FNKV

60. narozeniny oslavili

Prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA

přednosta Dermatovenerologické kliniky 3. LF UK a FNKV

MUDr. Klára Bernášková, CSc.

odborná asistentka Ústavu patofyziologie 3. LF UK

Zlatá promoce očima Karla IV.

Monika Arenbergerová

Byl pátek 5. října roku 2018 odpoledne. Už jsem se chystal na zasloužený víkendový odpočinek. Celý týden tady v aule probíhaly imatrikulace a pan Kalfus si s varhany nedal pokoj od rána do večera. Škoda, že trochu nemění repertoár, na *Gaudeamus igitur* jsem už trochu alergický.

Od 15. hodiny se začala pomalu plnit aula. Přišli i čtyři studenti pražské konzervatoře Jana Deyla a začali zkoušet nějaké hudební vystoupení. Šumaři to asi dneska v Praze mají těžké, zvláště ten vysoký jinoch má asi hluboko do kapsy a zlaťáky neoplývá. Přišel chudák v kalhotách z rezného plátna světlemodré barvy, které měly sice jenom jednu díru na koleni, ale o to více bílých skvrn. Nějaká mladě vyhlížející proděkanka s ním zapředla řeč, dokonce se na něj chudáka mračila. Přitom lamentovala, že kvůli jeho chudému šatu o své místo přijítí může. Tento se proto uvolil, že zajde do C&A nebo H&M, zřejmě tedy k nějakému šikovnému místnímu krejčímu, který pro něj za půl hodiny nové gatě spíchne. Tak se také stalo. A ta pečlivá dáma nakonec usedla v čele mé auly, která byla v 16 hodin zaplněna do posledního místečka, aby účastníky provedla *Zlatou promoci*.

Zpočátku jsem si při tom, když to vyslovila, pomyslel, že se snad bude přítomným rozdávat část pokladu Království českého, ale nakonec jsem se jen díval na obřad, který byl uspořádán pro ty, které jsem tu už zahlédl před 50 lety, kdy jako mladí opouštěli slovnou alma mater, kterou jsem ostatně pro jejich vzdělání před 670 lety založil.

Spectabilis profesor Widimský mluvil krásně. Připomněl, že jsem už v roce 1348 myslel na lékaře, a proto nezapomněl založit mezi čtyřmi fakultami tu lékařskou. Ta se v roce 1953 rozdělila v Praze na tři menší. Tehdy jsem byl proti, ale nikdo 600 let starého kmeta neposlouchal. Dnes ale musím říct, že to bylo ku prospěchu, protože mladí medicí mohou čerpat vědění z mnohem širší náruče, než jsem jim předtím mohl nabídnout já.

Jeho magnificence profesor Royt říkal spousty zajímavých věcí úplně z hlavy a věděl o mně tolik věcí, jako kdyby to byl můj vrstevník. Kdo jiný by také věděl, že hovořím pět jazyky, nebo kde všude jsem čerpal vědění a proč jsem tolik podporoval felčary. Opravdu zajímavý mladík... Kdyby ale byl mým vrstevníkem, tak by nemohl vědět to, co jsem já viděl tady ze svého piedestalu v roce 1969, kdy tu byla československou vlajkou přikryta rakev Jana Palacha. Víte, že v aule dodnes mezi ostatními chybí.

Ze skupiny zlatých absolventů se najednou vyloupila paní docentka Kneidlová, která o sobě tvrdila, že je jí přes 70 a přitom, že na fakultě stále učí. To za mých časů nebylo. Ženy bývaly celý život v domácnosti a i muži, když se dožili padesátky, tak se chystali k odpočinku.

Nakonec byl pozván na pódium sympatický velkomožný pán. Poznal jsem to hned, měl oblek ušitý snad nejlepším krejčím a jako jediný se v aule honosil ručně vázaným motýlkem. Hovořil rozvážně, poděkoval svým spolupracovníkům, kteří s ním založili i pro mou



latinu srozumitelnou společnost Trimed. Ta prý vznikla v tramvaji někde u Rudolfiny. Rudolfinum, Rudolfinum... aha, zřejmě byl v paláci jednoho z mých nástupců, Rudolfa II., který vládl Čechům dvě století po mně. Víte, že si ten holobrádek nechal teprve podle mého obrazu pro větší důstojnost narůst plnovous? Jen ta tramvaj mi vrtá hlavou. Zřejmě to byla nějaká drožka nebo jakási koňská dráha, která teď brázdí novou Prahu.

Následující hudební vystoupení ve mně zanechalo snad největší dojem. Všiml jsem si, že při modlitbě pro Martu řadě přítomným skanula po líci slza a i já jsem

měl co dělat, abych ze své kamenné tváře nenechal ukápnout kamennou slzu na hlavu pode mnou sedícího spectabilis. Neměl by ze mě radost. Už zmíněný zpěvák, teď v nových černých kalhotách, které ladily se slavnostní atmosférou celého aktu, procítěně odrecitoval píseň Petra Hapky. Musím se vám ale přiznat, že celý víkend jsem myslel na to mladé stvoření, které zpívalo na závěr. Vy, kteří jste byli v aule, jste si museli všimnout, jak se na mě šibalsky otáčela, roztomile podupávala nohou a zpívala celou skladbu pro mě. Určitě mi museli všichni rytíři, ale i měšťané, přítomní v sále, tuhle pannu závi-



dět. Asi si dobře spočítala, jak může být kamenný kmet pro tak mladou děvečku i ve vysokém věku přitažlivý. Moje čtyři nebožky ženy by mohly ostatně vyprávět.

Nepřekvapilo mě, že si se mnou spousta lidí pořizovala ty rychlé barevné obrázky, kterým prý teď říkají fotografie nebo dokonce *selfička*. Dlouho ale přede mnou těm rychlomalířům nepanáčkovali. Účastníci Zlaté promoce se totiž rychle přesunuli do Vlasteneckého sálu. Až k mým uším se nesly charakteristické zvuky plných holb s nazlátlým mokem, určitě z mých královských vinic. Ostatní účastníci ale nezaváhali a vydali se rovnou do sklepení, kde hodovali do tmy, jak hrdlo ráčí.

Kolega Hus mi před chvílí vyprávěl, že prý jedli uzené kýty z panských vepřů, také tu moderní italsko-rakouskou pochoutku ze slepičího masa, které se prý říká řízek. Řízečky ale byly směšně malých rozměrů. Hrdlo si prý svlažovali červeným vínem, které teklo proudem, a život si oslazovali pečenými pamlsky.

Z úplné novinky byl jako u vytržení nejen mistr Jan, řečený Hus, který na ni po očku hleděl hned vedle své sochy, ale samotní staronoví lékaři. Informace se nešíří tak rychle. Před stěnou se znakem 3. LF UK i mé univer-

zity stála budka, která metala blesky. Po každém blesku z ní vypadl obrázek těch, kteří stáli před ní, a věrně zachytil jejich rozjásané obličej.

Na klopách měli modré odznáčky se šikovně pokrouceným hadem, podle kterých tuto veselou partu poznám, až k nám zase přijde za rok. Odcházel za soumraku, požehnej jim proto na cestu Bůh, ať je někde v temných zákoutích Starého města pražského nepřepadnou lapkové.



Přátelská a otevřená fakulta

(proslov děkana)

Petr Widimský, děkan 3. LF UK

Dovolte mi, abych přivítal nové studenty jménem 3. lékařské fakulty – od nynížška **vaší** fakulty. Slovo **vaší** jsem zdůraznil záměrně, protože 3. lékařská fakulta je skutečně fakultou, kde jsou přátelské a otevřené vztahy

mezi pedagogy a studenty tradicí a studenti velmi výrazně ovlivňují atmosféru na fakultě svými pestrými a smyslupnými aktivitami. Již během vstupního krátkého pobytu v letním táboře v Dobronicích jste měli mož-

nost trochu z té atmosféry nasát. Jsme pravděpodobně jedinou fakultou, kde je vstupní soustředění nových studentů organizováno studenty vyšších ročníků a my pedagogové přitom pouze asistujeme. Pevně věřím, že se začleníte rychle do naší velké akademické rodiny.

Většina z vás se rozhodla studovat medicínu. Každý jistě máte svůj osobní důvod či motiv pro své rozhodnutí, ale nepochybně jeden důvod je společný vám všem: práce lékaře je jedna z nejvíce smysluplných činností a pomáhat nemocným lidem je životní náplň, která naprostě většině lékařů vydrží až do pozdního důchodového věku. Je málo povolání, která přinášejí tak velký stupeň pracovního uspokojení a radosti z dosažených výsledků. Vidět pacienta s velkým srdečním infarktem v kritickém stavu nebo mladou ženu náhle ochrnutou při mozkové mrtvici, kteří se po úspěšných lékařských zákrocích vracejí do zcela normálního života, je nesmírně obohacující. Mohl bych vám zde uvést i mnoho dalších příkladů z řady medicínských oborů. Všechny lékařské obory dohromady a jejich pokroky přispívají k tomu, že povolání lékaře je dlouhodobě na nejvyšším stupni společenského uznání.

Avšak nic není zadarmo. Práce lékaře je náročná psychicky a v řadě oborů i fyzicky. Ke zvládnutí náročnosti tohoto povolání je nesmírně důležité být co nejlépe připraven hlubokými vědomostmi a dovednostmi: čím více toho lékař zná a umí, tím klidnější a vyrovnanější pak při své práci může být. Samozřejmě přitom nesmí zapomínat ani na odpočinek. Právě tímto směrem se budeme snažit vám společně pomáhat my pedagogové společně s vašimi staršími kolegy – studenty vyšších ročníků. Mám tím na mysli kombinaci kvalitní a náročné výuky s řadou možností pro aktivní odpočinek a zábavu.

Chci na tomto místě přivítat i další významnou skupinu našich studentů – budoucí bakaláře, kteří se v několika studijních programech budou připravovat na svá budoucí povolání zdravotní sestry, fyzioterapeuta, dentální hygienistky a další. Tato zdravotnická povolání jsou v moderní medicíně čím dál významnější a lékaři by se bez pomoci těchto kvalifikovaných specialistů dnes neobešli. Proto věřím, že studium na naší fakultě a každodenní kontakty povedou i k porozumění a spolupráci obou těchto skupin studentů, což se blahodárně projeví i ve vaší budoucí praxi.

Na fakultě studují vedle sebe studenti z mnoha zemí světa, což považujeme za stimulující a cenné. Tento mezinárodní charakter fakulty se nyní snažíme podpořit i otevíráním fakulty pro zahraniční pedagogy. Přeji vám nejen úspěšný průběh studia, ale také, aby mezinárodní charakter naší fakulty přispěl k vašemu otevřenému pohledu na svět kolem vás.

Quod bonum, felix faustum, fortunatumque sit !

Proslov přednesl děkan fakulty prof. Widimský u příležitosti imatrikulace 4. října 2018.

Studentská vědecká konference Stárnutí už po čtvrté

Hana Georgi, Národní ústav duševního zdraví

Na půdě 3. lékařské fakulty Karlovy Univerzity se ve dnech 19. a 20. října konala 4. mezioborová gerontologická studentská vědecká konference Stárnutí. Zúčastnilo se jí 75 osob - studentů, pracovníků akademických, vědeckých i z praxe. Na programu byly tři zvané přednášky, 31 příspěvků přednesených v tematických blocích a deset prezentovaných posterů. Díky různým zastoupeným oborům, a tedy pestrému programu, panovala inspirativní a také příjemná atmosféra.

Alzheimer nadační fond (ANF) již tradičně vyhlásil soutěž o čtyři nejlepší originální příspěvky zpracovávající téma související s Alzheimerovou nemocí či příbuznými tématy prezentovanými v rámci této konference. Hlavní cenu určenou hlasováním vědecké rady ANF na základě dodaných abstraktů získala postgraduální studentka oboru neurověd 2. LF UK Veronika Matušková



za práci *Neuropsychiatrické symptomy jako časné markery patologického stárnutí*.

Přímým hlasováním prostřednictvím aplikace BestTalk účastníci rozhodli o dalších udělených cenách: nejlepší přednáška prvního dne – Ota Gál, postgraduální student oboru Filozofie na FF UK za prezentaci příspěvku *Může architektura zmírnit freezing u pacientů s Parkinsonovou chorobou?*, nejlepší přednáška druhého dne – Hana Marková, postgraduální studentka oboru Neurověd na 2. LF UK za prezentaci příspěvku *Schopnost tvorby paměťové vazby je narušena u kognitivně normálních seniorů v riziku rozvoje Alzheimerovy nemoci*, a postgraduální studentka oboru Biologie a patologie buňky na 3. LF UK Dagmar Bezděková za poster *Buňčný model tauopatie – krok k porozumění Alzheimerovy nemoci*.

S programem a abstrakty všech příspěvků je možné seznámit se na webu konference. Do konce roku proběhne recenzní řízení dodaných článků a poté bude uveřejněn sborník recenzovaných příspěvků a podána žádost o indexaci na *Web of Science*. Předchozí tři sborníky prošly indexací úspěšně, byť je to otázka několika měsíců.

Děkuji 3. lékařské fakultě, že umožnila konání této konference, a všem jejím pracovníkům, kteří nám vyšli vstříc. Velké díky patří *Alzheimer nadačnímu fondu*

za podporu finanční, a to nejenom za ceny pro vítěze soutěže, ale i za dar 30 tisíc korun určený na realizaci akce. Dále děkuji firmám Hudera a syn a TitBit za darované pohoštění v prvním dni konference. Celou akci dokumentoval fotograficky Ondřej Mazura a organizačně zajistila Jindřiška Kotrlová. A především děkuji všem aktivním i pasivním účastníkům za sdílené poznatky a zkušenosti a milý průběh celé akce.

Prof. Anděl získal prestižní cenu Arnošta z Pardubic

Letošní oslavy Dne boje za svobodu a demokracii a Mezinárodního dne studentstva zakončil slavnostní koncert ve Velké aule Karolina spojený s předáním Cen Arnošta z Pardubic. Toto ocenění získávají akademičtí pracovníci za vynikající pedagogickou činnost. Laureáty vybírá rektor Univerzity Karlovy na doporučení devítičlenné poradní komise.

Cenu Arnošta z Pardubic pro rok 2018 v kategorii pro vynikajícího vyučujícího Univerzity Karlovy získal prof. MUDr. Michal Anděl, CSc. Na 3. lékařské fakultě vyučuje nepřetržitě od roku 1990 vnitřní lékařství a od roku 1996 se podílí i na výuce hygieny, epidemiologie a preventivního lékařství. Jeho práce si cení sami studenti, od nichž v loňském roce obdržel studentskou cenu Syllabova křída za celoživotní vynikající pedagogické výkony.

Akademická obec předala pamětní medaile významným pedagogům

Na slavnostním zasedání akademické obce 31. října děkan prof. Widimský předal pamětní medaile významným pedagogům 3. lékařské fakulty. Ocenění přijali dlouholetá emeritní přednostka Ústavu hygieny prof. MUDr. Milena Černá, DrSc., doc. MUDr. Eva Gojišová, která stála mnoho let v čele Stomatologické kliniky, doc. MUDr. Martina Kubecová, Ph.D., donedávna přednostka Radioterapeutické a onkologické kliniky, doc. MUDr. Jan Mareš, CSc., který do roku 2015 vedl Ústav normální, patologické a klinické fyziologie, prof. MUDr. Jan Pacht, CSc., emeritní přednosta Kliniky anesteziologie a resuscitace a dlouholetá přednostka Ústavu jazyků doc. PhDr. Jana Přívratská, CSc.

Studenty ocenil ministr školství

Cenu ministra školství, mládeže a tělovýchovy pro vynikající studenty a absolventy studia na 3. lékařské fakultě za rok 2018 převzala 27. ledna z rukou ministra školství Roberta Plagy Bc. Klára Kutová Šerých a Eliška Selingerová.



Bc. Klára Kutová Šerých absolvovala bakalářské studium Ošetřovatelství na 3. LF UK. Nyní pracuje jako všeobecná sestra na Klinice ortopedie ÚVN v Praze. V době studií byla velkou oporou pro kolegyně a kolegy všech ročníků. Pomáhala jim se zvládnutím obtížných předmětů, radou i vlastním příkladem, jak se vyrovnat s náročnými požadavky odborné praxe. Její podněty a hodnocení silných a slabých stránek kurikula byly velmi důležité v souvislosti s akreditací nového vzdělávacího programu Všeobecné ošetřovatelství na 3. LF UK. Věnuje se paliativní péči a jejím snem je jednou prostřednictvím hudby zmírňovat utrpení těžce nemocným a umírajícím lidem.



Eliška Selingerová je studentkou Všeobecného lékařství na 3. LF UK a zabývá se výzkumem nádorů a výživy na IMG AV ČR a 2. interní klinice 3. LF UK a FNKV. Zde mimo jiné pracuje na rozvoji mezinárodní sítě výzkumu alternativní výživy. Zahraniční zkušenosti v oboru imunologie, epigenetiky a epidemiologie získala na stážích na Universita Magna Graecia v Catanzaru a na EMBL a DKFZ v Heidelbergu. Vyhrála národní finále soutěže Famelab „Bavme se vědou 2016“ a reprezentovala ČR v mezinárodním semifinále. Dále je garantkou lékařské sekce soutěže Science Slam CUNI, členkou souboru Science to Go, nadšenou vědeckou žurnalistkou a ambasadorkou projektu stáží Otevřená věda AV ČR.

MEDICINA



Stárneme – my i naši pacienti

Jana Šeblová

„Jak vypadá paní XY?“ volám kolegovi na koronárku.

„To bys koukala! – sestřičky si dnes dělaly legraci, jestli se mnou náhodou nebyla ráno běhat,“ odpovídá mi vesele mladý kardiolog.

Mám nejméně dvoj-, možná i vícenásobnou radost. Řeč je totiž o devadesátileté pacientce, kterou jsem deset dní před telefonátem přebírala na urgentním příjmu od záchranářů, a jejíž příběh ilustruje typickou tvář dnešní nejen urgentní medicíny, ale i typická rozhodovací schémata a dilemata, která s sebou nese péče o seniory. A radost mám nejen ze zjevně dobrého medicínského vyústění, ale i ze správně indikované úrovně péče, neboť u geriatrických pacientů je to ještě nesrovnatelně těžší, než u mladých a ve středním věku. Tito pacienti generují otázky v mnoha rovinách.

Na začátku tohoto příběhu mi lehce nervózní záchranář předával bledou a opravdu starou paní, která moc nereagovala. Posádka jela na „otevření bytu“, sousedka slyšela slabé volání o pomoc. Obvykle to bývá pád seniora, který není schopen se zvednout – někdy pro dlouhodobé obtíže s mobilitou, jindy pro akutní úraz, mezi nimiž vedou fraktury krčku femuru. Naši pacientku kolegové naložili, vyšetřili, a kromě zhoršeného stavu vědomí zjistili jako náhodný vedlejší nález hypotenzi kolem 80 torrů systolického tlaku a bradykardii kolem 30/min. EKG, které natáčíme rutinně ihned po příjezdu pacienta do nemocnice, tyto hodnoty objasnilo: ukázalo zcela typický obraz infarktu spodní stěny s elevacemi ST. Pacientka, diabetička na inzulinu, byla

schopná minimálního kontaktu, odpovídala s velkou námahou, ale adekvátně. Bolesti vůbec neměla, jen se cítila slabá a dopoledne upadla, nemohla se zvednout, celý stav trval již nejméně čtyři hodiny. Navíc nám glukometr ukázal glykémii kolem 27 mmol/l. Tak co teď, co dříve a co později?

Vzhledem k tomu, že pacientka byla do té doby údajně zcela soběstačná a samostatná (podobné informace máme vždy zprostředkovaně a z druhé ruky, přičemž kritéria „v pořádku“ se velmi liší), rozhodla jsem se informacím věřit a řešit situaci standardním způsobem, tedy bez ohledu na věk. Indikuji adekvátní léčbu akutního infarktu, jednou rukou píši rychle zprávu a druhou držím telefon a volám na nejbližší kardiocentrum. Shrnuji, co vím, a nezamlčuji ani hyperglykémii, kterou беру jako sekundární problém (a kterou opatrně řeším). Kardiolog z centra s překladem souhlasí, a tak zajišťujeme transport s lékařem do 30 km vzdáleného pracoviště. Naději, že paní dojde živá, odhaduji tak 50:50, jde o kardiogenní šok, který má stále ještě nezanedbatelnou mortalitu i u mladších. Na druhé straně mě však urgentní medicína naučila, že i 20 procent a méně může být slušná šance.... Paní ty svoje šance využila bezesbytku. Během transportu byl stav závažný až kritický, perkutánní angioplastiku však v kardiocentru zvládla, po výkonu její stav kolísal, poměrně dlouho byla nutná podpora sympatomimetiky a k výraznému obratu došlo až po více než týdnu.

Přesto měl příběh šťastný konec a paní se vrátila domů. Ukazuje však mnoho typických rysů péče o seniory. U starších pacientů je charakteristická polymorbidita a polypragmasie. Přeloženo: pacienti jsou hodně nemocní a berou hodně léků. Některé léky navíc berou zbytečně, jak opakovaně prokazují výzkumy ve všech koutech světa. Buď se předepisují jaksi ze setrvačnosti, aniž by se racionalita preskripcí ověřovala, nebo se nějaká obtíž pacienta, vyvolaná vedlejším účinkem léku, řeší předepsáním léku dalšího. Příznaky nemocí jsou méně nebo jinak vyjádřené, než ve středním věku, a učebnice nám v tomto případě moc nepomohou. Geriatrictí pacienti v akutním stavu vypadají velmi podobně – ale zatímco někteří profitují z intenzivní péče se vším všudy, jiní potřebují kompenzaci (nebo spíše subkompenzaci) chronických onemocnění a další jsou adepti na paliativní péči. Pro toto rozhodování však lékař potřebuje mnoho informací, od toho, jaká je anamnéza, jaké bere léky, jak je pacient samostatný v běžných denních úkonech, jaký je jeho/její standardní nejen fyzický, ale i psychický stav, a také jaké jsou jeho/její preference. Protože se ukazuje, že mladší pacienti chtějí plné uzdravení za každou cenu, zatímco ti starší by si chtěli co nejdéle udržet soběstačnost a důstojnost, přičemž jsou ochotni tomu obětovat nějaké to omezení a jistou míru bolesti. A jako nejde zobecňovat u mladých, u starších je to ještě ošidnější.

Ve hře je zkrátka tolik proměnných, že část rozhodování se nutně musí opírat i o intuici a zkušenosti. S doporučenými postupy, ověřenými studiemi na homogenní populaci pacientů s jednou jedinou chorobou, si mnohdy nevystačíme. Jestli někde platí teze o personalizované medicíně, tak je to dle mého názoru geriatrictí.

Statistika není zas až taková nuda – může nám mnohé prozradit

Podle statistických údajů se za posledních 30 let u nás zvýšila střední délka života (neboli naděje na dožití). Na přelomu 80. a 90. let 20. století byla hodnota tohoto ukazatele pro ženy 75,5 roku a pro muže 68 let, v roce 2017 byla stejná čísla 82,1 a 76,2 roku. Rozdíly mezi ženami a muži jsou zachovány (jsou celosvětově kolem 10 procent ve prospěch žen), ale mužům se naděje na dožití u nás zvyšuje o něco více. Jsou však u nich, na rozdíl od žen, více vyjádřené regionální rozdíly. Zároveň se v populaci setrvale zvyšuje podíl osob nad 65 let, za posledních 15 let o 4,5 procenta na dnešních zhruba 18 procent.

Tato data jste určitě již zaslechli, nejčastěji v souvislosti s důchodovou reformou (respektive s její neexistencí), ale obrovské dopady mají tyto trendy i na zdravotnictví a na systém sociálních služeb. Úroveň zdravotnictví má na vyšším věku dožití podíl jenom částečný, odhady hovoří maximálně o 20 procentech. Zbylou většinu tvoří směs zdánlivě různorodých faktorů, od těch, co mohou ovlivnit sami jedinci (strava, pohyb, životní styl, abúzus návykových látek), přes faktory životního prostředí (vodní zdroje, čištění odpadů, stav ovzduší, půdy a dalších přírodních zdrojů) až k ukazatelům ekonomickým (hrubý domácí produkt, úroveň infrastruktury), sociálním (kriminalita) a vojenským (zda je země ve válečném stavu – ano, i dnes je mnoho oblastí dlouhodobě ve válečných konfliktech, i když se to evropskou optikou zdá neuvěřitelné).

Cílem snah není pouhé zvýšení střední délky života, ale zejména prodloužení střední délky života **ve zdraví**. Dříve začínala věková hranice seniorů kolem 60 až 65 roku věku (většinou hranice důchodového věku, podle

jednotlivých zemí), nyní hovoříme o „mladých seniorech“ (60/65 až 74 let), „starých seniorech“ (75 až 85) a „nejstarších seniorech“ (85 +). Promítnuto do oblasti urgentní medicíny: ošetřujeme dnes stále více pacientů vyššího věku, a to nejen těžce nemocných a polymorbidních, ale i vitální seniory mezi 70 a 80 lety, kteří spadli z koně či na cyklistickém výletě. Do rozhodování (a prognózování) se nám tak dostává pojem biologického věku, který vůbec nemusí (ve smyslu plus i minus) odpovídat tomu, co je psáno v občanském průkazu.

Specifické rysy péče o geriatrické pacienty v urgentní medicíně

Skupina pacientů vyššího věku je tedy z hlediska medicíny značně nehomogenní a každou konkrétní situaci je potřeba vyhodnotit individuálně. Při klinickém hodnocení kombinujeme věk, funkční stav konkrétního pacienta, aktuální příznaky a chronické komorbidity. Přítomnost více nemocí a zvažování míry naléhavosti řešení každé jednotlivé nemoci v případě seniorské populace můžeme chápat i jako velkou medicínskou výzvu – určit, co z nemocí pacienta ohrožuje, a který abnormální nález je v kontextu jeho zdravotní historie z hlediska akutního ošetření nevýznamný, vyžaduje velmi dobré znalosti a zkušenosti.

Skupina seniorů, kteří vedou plnohodnotný a aktivní život a mají dobré rezervy, v případě náhlého závažného onemocnění či úrazu profituje z intenzivní péče, avšak s vědomím věkových specifik a se zajištěním další kvalitní péče po předání z intenzivní úrovně. Nejčastěji se lékař urgentní medicíny setká s pacientem s více chronickými nemocemi v okamžiku dekompenzace jedné nebo více z nich. Zde k nutnému „know-how“ přistupuje orientace v chronické farmakoterapii, indikacích

a kontraindikacích léků včetně jejich interakcí. A poslední skupina nemocných je v terminálním stadiu závažného onemocnění a je u nich indikovaná paliativní péče; invazivní zásahy a agresivní léčba by pro ně i pro jejich rodiny byla naopak zatěžující. Paliativní péče však neznamená rezignaci na léčbu, ale naopak léčbu symptomů s cílem zajistit pacientovi dle možností komfort, analgesii a v neposlední řadě důstojnost.

Během stárnutí dochází k fyziologickým změnám, které následně ovlivňují i průběh nemocí či hojení po úrazech. Při znatelné redukci fyziologických rezerv se část seniorů přesouvá do kategorie „křehkých“ (*syndrom frailty*), nejohroženější jsou ti nad 85 let věku. Typické příznakové soubory jednotlivých nemocí se stírají a mnoho velmi různých nemocí se manifestuje obecnými symptomy. Za zmateností, slabostí, častými pády či nejobecněji „zhoršením stavu“ se může skrývat cokoli, od sepse přes kardiální selhání po akutní infarkt, bolest či chronický subdurální hematom. Zmatenost se často zamění za demenci či se pacient přesune do sféry psychiatrické léčby, aniž by se diagnostikovala somatická příčina náhle vzniklého deliria. Navíc péče musí být skutečně komplexní, má tedy zahrnovat i psychické potřeby a sociální aspekty. Nezastupitelná je i ošetrovatelská péče (nutrice, hydratace a hygiena), a to od samého počátku.

Napadlo vás někdy, že projevy zmatenosti můžete snadno odstranit tím, že seniorovi přinesete jeho brýle nebo naslouchátko? Navíc podobný léčebný zásah nic nestojí, ani nemá nežádoucí vedlejší účinky.

Paliativní péče a důstojnost dožití

Pokud si myslíte, že urgentní a paliativní medicína stojí na opačných pólech medicínského spektra,

mýlíte se. V terénu i na urgentních příjmech musíme častokrát zvažovat či indikovat postupy paliativní péče. Ta může být v dané lokalitě neodstupná, pečovatelé o ní nejsou informováni, nebo je zaskočí nějaký příznak, který vyhodnotí jako akutní, a volají na tísňovou linku. I pro urgentní medicínu existují standardy paliativní péče s principy rozhodovacích procesů. Například v roce 2017 byl Evropskou společností urgentní medicíny schválen doporučený postup „*End-of-life care in the Emergency Department*“, jehož znění vypracovali členové etického výboru společnosti. Mimo jiné by urgentní příjem měl být schopen zajistit vhodný prostor pro pacienty a jejich rodiny. Tento požadavek v praxi naráží na problémy hlavně organizační. Zajištění přiměřené paliativní péče vyžaduje kromě klidného ostrůvku v hektickém moři urgentního příjmu (často už toto je nedosažitelné!) také stažení sesterského personálu, který může chybět při péči o jiné pacienty. V lékařském systému přednemocniční péče se jednotlivé úkony (analgesie, podání antiemetik, terapie dušného pacienta aj.) mohou paradoxně snáze zajistit v domácím prostředí pacienta, předpokládá to však racionální a poučenou rodinu, schopnou převzít další péči. Navíc by záchranná služba měla být z povahy své hlavní činnosti pouze nouzovým a jednorázovým řešením.

V obecné rovině se lékaři i veřejnost shodují, že prodlužování života v situacích, kdy medicína už je bezmocná, je neetické a medicínsky nesprávné. Stanovit však onu hranici a domluvit se o ní i s pacientem nebo jeho blízkými je někdy velmi obtížné, neboť se u nich střídá strach, zoufalství a naděje. I my sami, byť vybaveni lékařským vzděláním a zkušenostmi, nejsme a nikdy nebudeme přesnými proroky. Když je progresse závažné nemoci nevratná, měl by být zajištěn komfort pacienta

a důstojná smrt, předpokladem je však shoda o tomto postupu všemi zúčastněnými. Předpokladem této shody je dlouhodobá a pravdivá komunikace ošetřujících lékařů (praktických lékařů, onkologů i dalších odborností v celém řetězci péče) s pacienty a rodinami. Při propouštění z lůžkové péče by měl být v dokumentaci zapsán i plán další péče, a to včetně případných kontraindikací neodkladné resuscitace; ponechávat rozhodnutí na lékaři, který je přivolán k pacientovi v urgentní situaci, nezná anamnézu a nemá čas ji nejprve podrobně prostudovat (je-li zpráva vůbec k dispozici), určitě není nejvhodnější postup (o okolnostech a rizicích těchto rozhodovacích procesů jsem psala již dříve).

A hlavně – o reálných možnostech medicíny a o existenci smrti jako přirozené součásti života by měla být zahájena skutečně široká celospolečenská diskuze, neboť plynutí času a smrt jsou jediné jistoty, které má ve svém osudu každý z nás.

Stáže studentů v keňském Itibo jiným pohledem

Lukáš Malý

Našim pacientům, kterým jsme zůstali něco dlužni, u kterých jsme pochybili, pro něž jsme nebyli dost zkušení, prozíraví, vnímaví, ohleduplní, obratní či rychlí, na které jsme neměli dost času, kterým jsme neporozuměli, pro něž jsme nebyli nejen těmi nejlepšími, ale ani těmi pravými, které potřebovali – a kteří nás poučili a učinili moudřejšími. Našim studentům při vstupu do klinické praxe, která je klíčem k pokladu teoretického vědění, s přáním, aby se jim medicína otevřela jako fascinující svět lidských příběhů.

W. Osler, 1847-1919, významný lékař v USA

Sir Wiliam Osler byl vynikající lékař v nemocnici *Johnse Hopkinse*. Často se o něm hovoří jako o otci moderní medicíny. Snažil se studenty z univerzitních lavic přiblížit do klinické praxe. Považoval ji totiž za základ medicíny a za klíč k pokladu teoretického vědění. Nezmiňuji zde tuto osobnost náhodou. Mám dojem, že někdy teoretickou medicínu zaměňujeme s klinickou praxí. Někdy se při studiu medicíny může jevit, že jde hlavně o vědu. Metodologie přírodních věd k tomu vybízí, ale medicína je v klinické praxi z velké části umění. Byl to můj dojem ze studia medicíny a pak postřeh z pozice lékaře. Ještě silněji mě tato myšlenka napadala při práci v Ugandě a Keni. Teď se to ukazuje i v esejích studentů po jejich návratu ze stáží v Keni. Na naší fakultě je velmi oblíbený předmět *Medicína jako věda*. Možná je právě na místě, vytvořit protipól s názvem *Medicína jako umění*.

Studenti naší fakulty vyjíždějí pravidelně od roku 2016 na mise do jihozápadní Keni, do zdravotnického zařízení Itibo. V několika předchozích vydáních tohoto čtvrtletníku se měli čtenáři možnost podrobněji seznámit s průběhem stáží. Ve VNR 4/2016 byl publikován

článek *Za africkým dobrodružstvím*, kde popisují své postřehy i fungování kliniky studenti, kteří se zúčastnili první mise 3. LF. Vedoucí lékařkou byla MUDr. Denisa Mlčochová. Misi navštívil také proděkan MUDr. David Marx, Ph.D, který byl pobytem nadšený. Ve VNR 1/2017 jsem popisoval, jak jsme spolupráci navázali. Od té doby navštívilo Itibo již několik skupin studentů a lékařů z naší fakulty. Mám radost z toho, že se spolupráce daří a podle obrovského zájmu mezi studenty lze tušit, že bude mít pokračování. Manažer kliniky Itibo, Aleš Bárta, Dr.h.c., si spolupráci velmi chválí.

Co vede mladé lidi k tomu, že se rozhodnou odjet pracovat (pomáhat) a sbírat zkušenosti do nejchudších oblastí světa? Je to jednání, které lze vysvětlit čistě altruistickými pohnutky, chtějí získat praxi, poznat nemocnění, se kterými se v Evropě nesetkají? Je to touha po dobrodružství, poznání exotických krajín? Touha vylepšit si životopis? V průběhu léta loňského roku jsem se o motivy studentů začal zajímat více systematicky. Pokouším se využít metod kvalitativního výzkumu, který je pro přírodní vědy a medicínu velmi netypický. Má ale řadu metod, které se hodí k poznávání motivací



Studentka zubního lékařství při práci. Spektrum výkonů je velké, od extrakcí až po výplně dřevných kanálků.

a postojů studentů (rozhovor, pozorování, interpretace textu). Výhodou je, že na misi mají účastníci k sobě velmi blízký vztah a je velký prostor pro rozhovory i pozorování. Míra validity kvalitativního výzkumu se kombinací těchto tří přístupů zvyšuje, nutno přiznat, že na úkor reliability. Tento výzkum však bude dlouhodobý, ale rád bych předběžné výsledky prezentoval v květnu na Studentské vědecké konferenci u nás na fakultě.

V průběhu loňského roku jsem byl v Keni jako vedoucí lékař se skupinou studentů z různých lékařských fakult, později pak i se studenty naší fakulty. Studenti v rámci předodjezdového setkání dostali za úkol napsat esej. Byly stanoveny jisté formální požadavky, ale měli velkou volnost ve vlastní realizaci. Okruhy otázek byly formulovány velice volně s jedním požadavkem: Odpovědi na ně musely obsahovat motivy, které je k misi vedou, očekávání, obavy a na co se těší. Texty byly



Dítě, které pokousala matka, pravděpodobně se jednalo o laktanční psychózu. Bylo nutné provést chirurgický výkon s ATB krytím. Dítě se zahojilo a před několika měsíci jsme jej viděli na kontrole, jizva se hojila, teta malé pacientky poctivě prováděla tlakové masáže.

v mnoha aspektech velmi odlišné (délka, výrazové prostředky, forma apod.)

„...Jaká mám očekávání? Očekávám a doufám, že se v Itibu hodně naučím. Co se týče očekávaného profesního přínosu, tady se řídím slovy jedné mé známé doktorky: „V Africe přestaneš mít strach z pacienta...“

(úryvek z eseje studenta)

V průběhu stáže mám možnost poznat studenty blíže, často v dost extrémních situacích. Studenti se setkají s nejrůznějšími onemocněními a zdravotními problémy. Porody, potraty, úmrtí nedonošených dětí, gynekologické problémy, infekční onemocnění (HIV, tuberkulóza, malárie, brucela, břišní tyfu apod.), chronická a degenerativní onemocnění, úrazy. Vše na ně celý měsíc velmi silně působí. Důležitý je v takových

situacích i *debriefing*, je třeba hovořit o pocitech, jak danou situaci člověk vnímá. Do 14 dnů až tří týdnů po návratu studenti píší druhou esej a hodnotí celou stáž. Eseje jsem měl původně zaslepené, zkoušel jsem poznat, kterou kdo psal. Návratové eseje byly ale více osobní. Většinou mi bylo jasné po prvním odstavci, o koho se jedná.

Zpracovávání esejí je dlouhodobý proces. Různými metodami kódování hledám společné prvky apod. Samozřejmě jsem vázán mlčenlivostí a nemohu zveřejnit jména studentů. U první skupiny jsem teprve zkoušel, jakou formou výzkum vést, jaké metody zvolit, pak při další jsem už měl nějakou představu i v kódování textu. Kvalitativní výzkum funguje odlišně od kvantitativního. Hypotézy lze tvořit i v průběhu, dokonce směr, jakým se bude výzkum ubírat, nemusí být předem jasný. To jsou důvody, proč je tato práce tak zajímavá. Je to pro mě nové. V klinické praxi v České republice běží různé studie, které mají jasně vymezené podmínky. Máme kritéria, který pacient může být zařazený apod. Tady se ale ocitám na úplně jiném poli. Velmi dobře to pomáhá nahlédnout na určitou sociální realitu, ale s vědomím, že nelze moc zobecňovat. Některé postřehy v esejích jsou velmi zajímavé. Jak studenti vnímají realitu klinické praxe v České republice a v Keni. Výrazně se zde také objevují odkazy na kulturní rozdíly, sociální rozdíly, komunikaci. Velmi často srovnávají kvalitu i dostupnost péče u nás a v Keni.

Už v průběhu výzkumu jsem vyvodil některé praktické dopady. Např. v následující další skupině studentů jsme zařadili úplně první večer úvodní seminář o kulturním šoku, odlišnostech komunikace s místními lidmi a daleko větší pozornost věnovali seznámení studentů s praktickými otázkami chodu kliniky a jak skloubit

diagnosticko-terapeutický proces s provozními požadavky. Mělo to dost velký vliv na zapojení další skupiny do provozu. Předtím to neprobíhalo tak systematicky.

Studenti pracují ve směnném provozu, v reálné praxi. Pociťují únavu mezi službami, které jsou leckdy velmi náročné. Často se v esejích vyskytuje téma odpovědnosti, kterou v ambulanci a zejména během nočních služeb silně pociťovali. Ambulance je neselektovaný příjem, kde chodí pacienti všech věkových kategorií. Nejčastěji se jedná o interní problematiku, následují infekční onemocnění a drobná chirurgie. Pracují pod dohledem místního personálu a mají vždy možnost konzultace s lékařem, nebo je rovnou přítomen v ambulanci s nimi.

„...Toho, čeho si nejvíce vážím na Itibo, je zodpovědnost, kterou jsem nesl za diagnostiku našich pacientů. Denně jsem vyšetřil asi 35 pacientů, kterým jsem musel v hlavě přidělit prioritu na základě symptomů a diagnózy, doplnit vyšetření a především nastavil léčbu. Z tohoto pohledu jsem si připadal velmi užitečný...“

(úryvek z eseje studenta)

„...Hlavním přínosem pro mě byla možnost samostatné práce (resp. ve dvojici mediků) a zodpovědnost za pacienta, protože to je něco, k čemu se ve škole nedostaneme a čeká nás to až po nástupu do zaměstnání. Zkusili jsme si také, jak budeme zvládat noční služby a vypjaté situace, jakou byla např. resuscitace. Viděli jsme za krátkou dobu na jednom místě tak široké spektrum nemocí, že jsme měli s trochou nadsázky pocit, že jsme se v Itibu naučili za pár týdnů více, než za celé studium nedostaneme...“

(úryvek z eseje studentky)



Mladá pacientka - otrava organofosfáty. Bohužel se nám nepodařilo zachránit ji, i s tak náročnými situacemi se studenti dostávají do přímého kontaktu.

Sami musejí pacienta vyšetřit, odebrat anamnézu (s pomocí zkušených místních zdravotníků) a navrhnout léčbu a to vše v naprosto odlišném socio-ekonomickém i kulturním kontextu. Čím méně je k dispozici pomocných vyšetřovacích metod, tím více je nutno získat fyzikálním vyšetřením. Když není k dispozici ECHO na vyšetření srdce, musejí se spolehnout na EKG, poslech, ale také poklep či pohmat. Vyšetřování srdce poklepem se už v reálné klinické praxi ani na interních skoro nevyužívá.

„...Ve škole jsme se učili, jak dělat anamnézu (a to docela kvalitně, i když tady nebyla moc možnost, jak to uplatnit kvůli jazykové bariéře), učili jsme se, jak pacienty fyzikálně vyšetřit. Všechno to ale bylo dost na teoretické bázi, takže když jsme hned první den měli vyšetřit komplexně čtyři zraněné, tak jsem měla chvíli problém to přesunout do praktické roviny. Postupně jsem si ale celý postup docela zauto-



Většinou bývá v ITIBO čekárna plná.

matizovala a už teď během školy to oceňuji. Mám v tomhle semestru volitelný předmět, kdy vyšetřujeme pacienty na interním urgentním příjmu a tahle zkušenost se velmi hodí. Všímám si, že mí kolegové mají podobný problém, jaký jsem měla já – vyšetřit všechno tak, aby se na nic důležitého nezapomnělo...“

(úryvek z eseje studentky)

Setkávají se s rozsáhlými patologickými nálezy, které v podmínkách České republiky často neuvidí (*tabes doraslis u pacientů se syfilis, kongenitální syfilis, výrazné deformity těla, vrozené vývojové vady, obrovské elefantiazy apod.*) Nálezy fyzikálního vyšetření bývají velmi výrazné. Poslechové nálezy při onemocnění srdce a plic jsou mnohdy patognomické a musíme se spokojit se stanovením diagnózy bez dalších pomocných vyšetřovacích metod a laboratoře. Měli jsme např. *suspekci na eglotitidu* u dítěte. Klinické příznaky byly učebnicové,

možnosti další diagnostiky omezené, léčba tohoto velmi závažného stavu odpovídala diagnóze *epiglottis acuta*. Mohou se setkat i se značně nebezpečnými stavy (řada dekompenzovaných psychotických pacientů, otravy organofosfáty, tuberkulóza, riziko hemoragických horeček apod.) Vždy se ale klade mimořádný důraz na osobní ochranu, v případě vysoce rizikových nákaz nejsou studenti přítomni na ambulanci.

Studenti také oceňovali možnosti zažít celý diagnosticko-terapeutický proces v návaznosti všech jeho složek. Pacient přišel s bolestí nohy po pádu z motorky. Odebrali anamnézu, fyzikálně vyšetřili, vyslovili podezření na zlomeninu, provedli RTG, zhodnotili snímek, nohu zasádrali, pacienta adekvátně poučili, naplánovali další kontrolu, předepsali analgetika. To vnímám jako velmi přínosné, v současné atomizované medicíně má tuto možnost málokdo. RTG vyhotoví laborant, sádru udělá další zdravotník apod. Domnívám se, že to velmi podporuje principy holistického pohledu na člověka. V dnešní době, kdy pozorujeme tendence posunu medicíny k biomedicíně, je to nanejvýš přínosné.

„...Postupně jsem si začal uvědomovat, že medicína možná není taková věda, jakou se mi předtím jevila. Potřeba ulevit nemocnému od jeho obtíží dostala do pozadí diferenciálně diagnostické hádanky a posedlost dodržováním předpisů. Během následujících dvou týdnů se moje horlivost postupně uklidňovala a stále více než jejich diagnózy mě začínali zajímat samotní lidé a jejich příběhy...“

(úryvek z eseje studenta)

Přínosy stáží hodnotí studenti velmi kladně, jak v profesní tak osobní rovině. Jsem se studenty po ukončení stáže v kontaktu a vnímám, jak i za několik měsíců

stáž a její přínos reflektují. Znalosti a dovednosti jsou jedna důležitá věc, je ale známým faktem, že postoje se formují dlouhodoběji a je to s nimi složitější. Domnívám se, že Itibo je pro studenty vynikající příležitostí vyzkoušet si znalosti a dovednosti získané na fakultě v praxi. Na kolik to ovlivní postoje, to možná uvidíme dále v průběhu výzkumu.

„...I po lékařské stránce byla mise v Itibu neuvěřitelnou školou. Zejména asi proto, že jsme naplno pochopili, jak důležité je to, co opravdu umíme, a je potřeba být široce vzdělaným lékařem, a že je to opravdu povolání (či poslání), ve kterém prostě musíme usilovat o to, abychom pro naše pacienty udělali vše, co je v našich silách. V medicíně není prostor pro lajdáctví a nedbalost. Medicína je o spolupráci, zkušenostech, odpovědnosti, je o přístupu k pacientovi...“

(úryvek z eseje studenta)

Autor působí jako asistent na Ústavu etiky a humanitních studií 3. LF UK a jako lékař ve Slezské nemocnici Opava, na interním oddělení a hemodialýze.

Jan Semerád před sto lety ředitelem Vinohradské nemocnice a organizátorem československého zdravotnictví

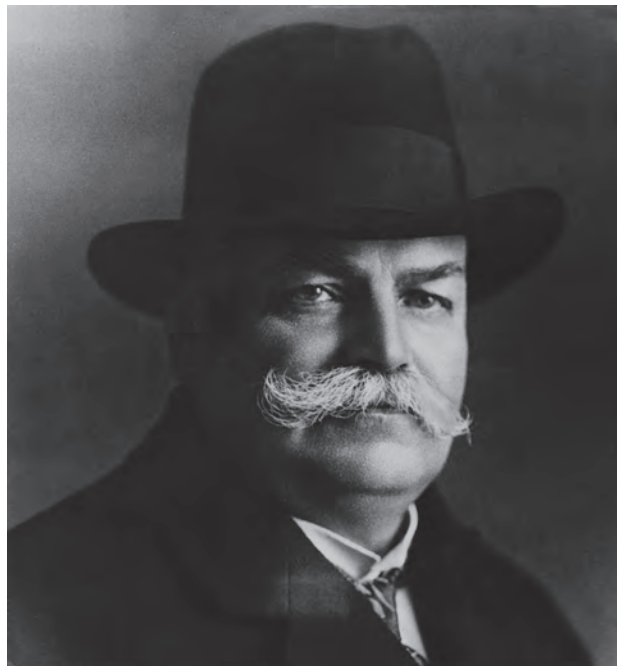
Pavel Čech, Kabinet dějin

lékařství 3. LF UK

Jan Semerád se narodil 24. července 1866 jako syn mlynáře Josefa Semeráda a jeho ženy Kateřiny ve Skuhrově u Habrů. Po maturitě 23. června 1887 na gymnáziu v Německém, dnes Havlíčkově Brodě (kde učitel češtiny a pozdější univerzitní profesor srovnávacích dějin slovanských literatur Jan Hanuš Máchal přenesl na chlapce svůj zájem o jazyky a kulturu Slovanů a lze mu přičíst zásadní vliv na jeho celoživotní panslavismus a rusofilii) vystudoval mladý Semerád na Karlo-Ferdinandově univerzitě v Praze českou lékařskou fakultu; jeho rodný mlýn tehdy vyhořel a rodiče zemřeli, na studiích však Jana hmotnou podporou udržel obětavý bratr, soudce Alois Semerád.

Během studijních let si Jan r. 1889 odbyl půlrok vojny u polních myslivců ve Vídni, po promoci 20. prosince 1894 dosloužil v Čáslavi, v Uhrách a Bosně a pak MUDr. Semerád začal jako externí lékař pražské Všeobecné nemocnice; r. 1897 vykonal studijní cesty do Ruska a Polska; od r. 1898 pracoval jako sekundář a od 1. prosince 1899 do 30. listopadu 1903 jako asistent české I. lékařské (tj. interní) kliniky pod přednostou prof. Janem Bohumilem Eiseltem, jenž ho marně přesvědčoval k habilitaci, od 1. října 1902 pak ještě rok pod Eiseltovým zetěm a nástupcem Emerichem Maixnerem.

Tehdy byl už dlouho zamilován do Marie Anny Párové, s níž ho osud svedl už r. 1899 na klinice, kde sedm-



náctiletá žačka vyšší průmyslové školy v Praze ležela s tyfem. Oženil se s ní však až 15. února 1904, krátce poté, co si na přelomu let 1903/1904 na pražském Poříčí otevřel praxi jako odborný lékař chorob vnitřních, a týden poté, co se odhodlal oznámit sňatek bratrovi.

Chtěl se pak věnovat své odborné praxi na Poříčí, jenže jeho přítel, sotva čtyřicetiletý dr. Erazim Vlasák, první ředitel Vinohradské nemocnice a primář jejího interního oddělení, zemřel 1. března 1904 – pouhé dva roky po otevření tohoto v původním pojetí soukromého léčebného ústavu okresu Královské Vinohrady, a Se-

merád byl povolán jako jeho nástupce v obou funkcích. 15. června 1904 se tedy stal **ředitelem Vinohradské nemocnice**, po přiznání práva veřejnosti 29. září 1905 přejmenované na „*Všeobecnou veřejnou nemocnici císaře a krále Františka Josefa I. okresů Vinohradského a Žižkovského*“, a tamtéž zároveň **primářem oddělení pro choroby vnitřní a sdělné**. Obě funkce vykonával až do konce roku 1918 (také pomocí telefonu, jehož číslo vystačilo se čtyřmi číslicemi – 2052); **zasloužil se o dobudování Vinohradské nemocnice a zejména o vybudování Pasteurova ústavu**, otevřeného pak r. 1919.

Tehdy však už začal plnit nový úkol: je tomu právě 100 let, co po vzniku Československé republiky byl hned 29. prosince 1918 s účinností od 1. ledna 1919 jmenován **státním tajemníkem ministerstva zdravotnictví**; 1920 se stal přednostou **III. hodnostní třídy ministerstva zdravotnictví**, tedy prvním úředníkem ministerstva, významně se podílejícím na **organizaci československého zdravotnictví**; vzhledem k tomu, že první československý ministr zdravotnictví (14. listopadu 1918 – 15. září 1920) Vavro Šrobár byl zároveň i ministrem pro správu Slovenska (14. listopadu 1918 – 25. května 1920) a tuto funkci vykonával postupně ve Skalici, Žilině a Bratislavě, spočívalo ministerské břemeno v Praze *de facto* na bedrech spolehlivého úředníka Semeráda. Byl také **poradcem prezidenta republiky T. G. Masaryka**.

Ke kultivaci české odborné literatury přispěl jako **redaktor Časopisu lékařů českých, Praktického lékaře, Věstníku českých lékařů a Sbírký zdravotnických zákonův a nařízení**; při celoživotním zájmu o kulturu všech slovanských národů sledoval i jejich lékařské písemnictví a už od roku 1894 o něm soustavně referoval zejména v Časopise lékařů českých, při němž pro tento účel založil periodikum **Slovanská bibliografie lékař-**

ská a revue. Českého i mezinárodního spolkového života se pilně účastnil jako **jednatel Ústřední jednoty i Spolku českých lékařů**, čestný člen Spolku českých mediků, **zakladatel Svazu slovanských lékařů**, jejichž sjezdy organizoval, i jako **korespondující člen petrohradské ruské psychologicko-neurologické společnosti**; jako výraz uznání ze zahraničí obdržel řády ruské, srbské i bulharské.

S manželkou Marií Annou, rozenou Párovou (*1881), měl dva syny – právníka Jana (1906–1972) a lékaře hygienika Aloise (1915–1985). Nadějná dcera Jiřinka (1905–1920) skonala v jeho náruči teprve patnáctiletá.

On sám zemřel v Praze ve věku šedesáti let 28. srpna 1926. Pochován byl v čamaře, černém kabátě se stojatým límcem a řadou knoflíků zapínaných na šňůrky; podle svědectví gymnaziálního spolužáka Václava Klofáče (pozdějšího novináře, zakladatele strany národně sociální, poslance říšské rady, předáka domácího prvního odboje, prvního československého ministra národní obrany a předsedy senátu) nosil Jan tento slavnostní stejnokroj polských i českých vlastenců už na gymnáziu a pak i při práci v nemocnici a na ministerstvu zdravotnictví.

Semerádův hrob v severozápadním rohu 24. oddělení Vinohradského hřbitova se r. 2005 stal místem posledního odpočinku také doc. RNDr. Ivo Bártý, manžela jeho vnučky MUDr. Jiřiny Bártové, rozené Semerádové (oba náleží k akademické obci vinohradské fakulty).

U příležitosti 10. výročí Semerádova úmrtí v roce 1936 věnoval *Věstník československých lékařů* trojčíslo 36-38 svého 48. ročníku třem tématům: V. sjezdu Všeslovanského lékařského svazu, VIII. sjezdu Všeslovanského svazu mediků a „*památky organizátora čsl. zdravotnictví a čsl. a slovanského lékařstva MUDr. Jana Semeráda*“.

O zoufalství, melancholii a sebevraždě

Kriminální případ ze 17. století

Petr Honč

„Zatímco ho sluha marně hledal v jeho pokoji, uslyšel někoho mumlat na konci točitých schodů. Vystoupal tam právě v okamžik, kdy si nešťastný kancléř svlékl plášť a kleriku a vrhl se z okna do dvora. Zůstal na místě mrtev, protože výška byla skoro tři patra a on byl kromě toho zcela vysílen.“

Citace je excerpována z italsky psaného anonymního rukopisu, v němž jsou nastíněny dějiny tzv. solní pokladny do roku 1640. Solní pokladna (lat. *cassa salis*) vznikla na základě konkordátu označovaného jako solní smlouva, který uzavřel v roce 1630 papež Urban VIII. s císařem a českým králem Ferdinandem II. Dle jeho znění měla katolická církev dostat z každé do Čech dovezené bečky soli 15 krejcarů jako odškodnění za obrovské majetkové ztráty, jež utrpěla od vypuknutí husitských nepokojů. Konkordát, který církvi přinášel asi 20 tisíc zlatých ročně, zůstal v platnosti až do josefinských reforem, v jejichž rámci se solní pokladna stala součástí náboženského fondu.

Zmíněný rukopis se dochoval ve dvou exemplářích, z nichž jeden se nachází v archivu metropolitní kapituly na Pražském hradě, druhý v harrachovském rodinném archivu ve Vídni. Pouze v tomto vídeňském exempláři je *apertis verbis* zaznamenáno, že hlavním aktérem tragického případu byl Vilém Zumacker, katolický kněz a blízký spolupracovník pražského arcibiskupa a kancléře Univerzity Karlovy Arnošta Vojtěcha z Harrachu (1623–1667). Z ko-

dexu uchovávaném v archivu metropolitní kapituly totiž kdosi záměrně vytrhl stránku obsahující úvodní část popisu celé události, na níž bylo Zumackerovo jméno uvedeno. Jeho životní příběh se odehrával v dramatické době třicetileté války a probíhající rekatolizace.

Vilém Zumacker, doktor teologie a kanonického práva, přišel do Prahy z bavorského města Eichstättu, kde působil jako oficiál a kanovník u starobylého dómu sv. Willibalda. Nevíme, z jaké příčiny byl zbaven svých úřadů a rozhodl se hledat štěstí jinde. Každopádně od roku 1631 ho již nacházíme ve službách pražského arcibiskupa Harracha. Zumacker se do našich dějin zapsal hlavně díky horlivé obraně katolické věci během saského vpádu do Čech v letech 1631 až 1632, za což dodatečně sklídl od církevních hodnostářů velké uznání a získal výsadní postavení mezi spolupracovníky kardinála Harracha. Roku 1637 byl Zumacker jmenován jeho kancléřem a svou plnou důvěru mu dával arcibiskup najevo i tím, že mu v době své časté nepřítomnosti svěřoval do péče finance a správu solní pokladny, jež se nacházela přímo v arcibiskupském paláci.

Tím se však kardinál dostával na tenký led, poněvadž prostředky ze solní pokladny nebyly vlastnictvím pražského arcibiskupství, ale přímo Apoštolského stolce, který nad jejich správou dohlížel prostřednictvím Kongregace pro šíření víry (lat. *Congregatio de propaganda fide*). Je zajímavé, že slovo „propaganda“ je odvozeno právě z názvu tohoto kuriálního úřadu, ačkoli pejorativního významu nabylo až během 18. století, kdy řada náboženských aspektů čelila ostré osvícenské kritice. Vlastní správu *cassa salis* měli na starost pražský arcibiskup a dva kanovníci z metropolitní kapituly. Každý z nich měl mít v držení jeden klíč od pokladny, aby byl výběr peněz možný jen s vědomím všech tří pověřených osob. Pražský arcibiskup, jenž klíč kvůli své časté nepřítomnosti předal Vilému Zumackerovi, byl povinen zasílat každoročně kongregaci do Říma vyúčtování o příjmech a výdajích.

V létě roku 1634 se sasko-švédské oddíly pohybovaly na území Čech a vládl všeobecný strach před opětovným vpádem vojsk do hlavního města. Proto se přistoupilo i k bezpečnostním opatřením týkajícím se solní pokladny. Byly z ní vyzvednuty všechny peníze, z nichž část byla převezena do Vídně a část ukryta v arcibiskupském paláci. Všechny tři klíče od dočasně prázdné pokladnice byly odevzdány do prozatímní úschovy Vilému Zumackerovi. Právě tehdy se mu naskytlá příležitost k uskutečnění plánu, jenž se mu zrodil v mysli pravděpodobně již dříve.

Tajně si nechal vyrobit duplikáty od všech klíčů umožňujících přístup do solní pokladny. Po konsolidaci vojenské situace se do pokladny znovu začaly ukládat peníze a klíče od ní se vrátily povoláním osobám. Nikdo z nich však netušil, že již nejsou jediní, kteří jimi disponují. Jelikož se Zumacker po většinu času

zdržoval na arcibiskupském kancléřství, kde se nalézala i pokladna, nevbuzoval sebemenší podezření a měl k penězům přístup, kdykoli ho napadlo. Aby na první pohled nebylo patrné, že peníze ubývají, uchýlil se kancléř k chytré lsti a naplnil prázdný měšec pískem a slámou. Pro oklamání osob majících přístup do pokladny navíc nasypal navrch měšce několik mincí, aby vzbudil zdání, že je stále plný peněz, a zapečetil ho.

O kancléřově věrnosti by nadále nebyly nejmenší pochybnosti, kdyby se byl kardinál Harrach nerozhodl vypracovat vyúčtování, které byl povinen zaslat do Říma. Stalo se tak dne 6. března roku 1637, v pátek po první neděli postní. Ačkoli muselo být Zumackerovi jasné, že jeho podvod bude nyní prozrazen, zachoval zdání klidu. Pouze přítomným oznámil, že si musí zajít do svého pokoje pro klíč, ať jdou zatím napřed. Jistě však je, že nešel do svého pokoje, jak všem řekl, ale vystoupal až do nejvyššího patra arcibiskupského paláce k oknu vedoucímu na dvůr. Zde si svlékl kožich, plášť a kněžský biret, na okenní rám položil svůj klíč a měšec s několika zlatými a vrhl se střežhlav dolů na dlažbu. Stalo se tak právě v okamžiku, kdy nahoru vystoupal sloužící, kterého arcibiskup poslal za dlouho se nevracejícím kancléřem. Ten také podal svědeckví o tomto činu.

Při následné kontrole solní pokladny se zjistilo, že v ní chybí 7112 zlatých. Poté arcibiskup nařídil prohledat kancléřův pokoj ve snaze nalézt odcizené peníze. Peníze se však již nikdy nenalezly a nepodařilo se ani dodatečně zjistit, jak s nimi Zumacker naložil. Jistou stopou by mohla být poněkud nejasná poznámka v arcibiskupově deníku, že „*na radnici na Malé Straně byli předvedeni otec a bratr Vilémovy dámy, aby se zjistilo, kde jsou jeho peníze.*“ *Cherchez la femme...*

Ať už byla Zumackerova vina jakkoli velká, východisko, které si zvolil, bylo ve své době, zvláště u církevních představitelů, zcela ojedinělé. Právě jemu jako doktoru teologie a církevního práva, musel být velmi dobře znám postoj, který k sebevraždě zaujímala tehdejší společnost pod vlivem učení katolické církve. Již svatý Augustin vztáhl příkázání „nezabiješ“ rovněž na sebevraždu. Zumackerovi tedy muselo být jasné, že si tímto činem uzavírá cestu ke spáse své duše a volí si věčné zatracení. Zemřel totiž, jak napsal autor rukopisu, „*sine crux et sine lux*“ (bez kříže a bez světla), tj. nekřesťanským způsobem.

V raném novověku byla sebevražda považována za nejhorší možnou variantu smrti, za nevděk vůči samotnému Stvořiteli, který lidem život daroval. Jak ve své knize „*Hřích, zločin, šílenství v čase odkouzlování světa*“ podotýká Daniela Tinková, trest za sebevraždu byl tvrdší než za vraždu, „*protože vrah druhého zabíjí pouze tělo, ale nemůže uškodit duši.*“ Sebevrahovu duši lidé považovali za nečistou a nebezpečnou, neboť nenalezla kýžený klid na věčnosti a je odsouzena k nekonečnému blouďení. Svým dobrovolným odchodem ze společenství živých se vyloučila též z komunity mrtvých.

V této době se rozlišovaly dvě hlavní pohnutky ke spáchání sebevraždy. Prvním byla sebevražda *ex non compos mentis* (kvůli neschopnosti ovládat mysl), která souvisela s duševní chorobou a v důsledku rozumové nezpůsobilosti sebevraha nebyla trestně postihnutelná. Dobové označení pro rozličné formy duševních poruch bylo nejčastěji melancholie, hypochondrie či fantasy. Naopak sebevražda *ex desperatione* (ze zoufalství, zlého úmyslu) byla posuzována nejhůře, neboť byla učiněna za plného rozumu a vědomí. Podle kanonického práva bylo v případě prokázání sebevraždy ze zoufal-

ství zakázáno mrtvolu pohřbít do posvěcené půdy. Uložení těla proběhlo rychle, beze mše, procesí a zvonění. V případě dobrovolné smrti šlechtice či duchovního byla proto patrná snaha o uznání stavu nepřičetnosti, neboť jen tak bylo tělo ušetřeno potupného nakládání a opovržení.

Když Vilém Zumacker spáchal sebevraždu, byl jeho čin prisuzován hypochondrii či melancholii, která ho podle svědectví některých osob postihla již před časem, „*neboť se často zdálo, že už není jako dřív.*“ Za příčinu melancholie bylo v této době stále považováno přílišné množství černé žluči (*melancholé*) v těle a sídlo choroby bylo lokalizováno do oblasti podžebrí (*hypochondrium*). Tato teorie vycházela z hippokratovského modelu o poměru tělesných tekutin.

Zumacker měl proto nárok na pohřeb do posvěcené půdy. Dne 7. března 1637, již za tmy, vynesli na příkaz kardinála Harracha z katedrály sv. Víta jeho tělo doprovázené pouze sakristiánem, muzikanty z katedrály a sloužícími s šesti loučemi. Přemístili ho do blízkého kostela sv. Benedikta na Hradčanském náměstí, kde ho barnabité soukromě pohřbili na svém hřbitově. Arcibiskupovu kancléři tedy byla navzdory způsobu jeho smrti poskytnuta možnost spočinout v posvěcené půdě, ale přenesení těla a pohřeb probíhaly tak, aby nevyvolaly veřejné pohoršení.

Není jasné, zda byl Zumackerův hrob označen. Podle zápisu z kardinálova deníku bylo tělo zakopáno na starém hřbitově, který pravděpodobně již řeholníci nevyužívali a za saského vpádu zde byli pohřbíváni pouze saští vojáci. Možná byl kancléř posledním zde pochovaným nebožtíkem. Hřbitov byl později, pravděpodobně během josefinských reforem, zrušen, neboť při příchodu karmelitek v roce 1792 již neexistoval. Na jeho mís-

tě byla zřízena malá zahrádka, která v areálu kláštera existuje do současnosti.

Po čase zaujal kardinál Harrach k příčině Zumackerovy smrti jiné stanovisko. V důsledku odhalování jeho dalších četných pochybení se arcibiskup začal domnívat, že svůj čin spáchal spíše ze zoufalství nad prozrazením, když „*posedlý ďáblem změnil svoji víru v nevíru.*“ Jenže ani posedlost zlými duchy, která mohla být považována za příčinu zoufalství, nebyla polehčující okolností. Samozřejmě jeho melancholické (tj. depresivní) stavy nelze vyloučit, nicméně bezprostředním impulzem k sebevraždě byla patrně ryze účelová snaha vyhnout se trestu či potupě a ztratit dobré pověsti, jíž se jako hrdina z doby saského vpádu těšil. Podle měšce s několika penězi, který nechal ležet na okně, se také usuzovalo, že chtěl peníze později vrátit, ale když zjistil, že je částka nad jeho finanční možnosti, propadl bezmeznému zoufalství a zvolil raději smrt.

V důsledku jeho neslavného konce života byla osoba kancléře Viléma Zumackera postížena jistou formou *damnatio memoriae* (zatracení památky), to znamená, že se veškeré zmínky o něm eliminovaly na minimum. Je pochopitelné, že se arcibiskup a jeho poradci snažili, pokud možno, udržet tento nešťastný případ v tajnosti. Do Eichstättu, v němž Zumacker svou církevní kariéru zahajoval, se zpráva o konci jeho života dostala později a s velkými nepřesnostmi. Měl podle ní zemřít okolo roku 1640 v Praze, když byl „*někým shozen na ulici z oken paláce kardinála Ditrichštejna.*“ V Bavorsku byla nepochybně známa česká tradice násilného vyhazování z oken, ale můžeme si být jisti, že v tomto případě se o defenestraci nejednalo.

PhDr. Petr Honč, PhD., je přednostou Ústavu jazyků 3. LF UK. Příspěvek je zkrácenou a upravenou verzí studie Petra Honče a Adély Hončové, „Caso disgratiato“ aneb Nečekaný pád Viléma Zumackera, in: Oldřich Chládek et alii (edd.), Jdi svou cestou a nech lidi mluvit. Variety sociálních a kulturních dějin. Profesoru Jaroslavu Čechurovi k 66. narozeninám, Praha, Nakladatelství Lidové noviny 2018, s. 397–410.



Mořovská: Idealismus mi nezůstal, entusiasmus ano

Lucie Ondřichová

Evropsk kardiologick společnost (ESC) je organizací s obrovskou prestiř a významem. O mořnost podílet se na jejím veden se vede ostr soutěř. Letos byla do jejího výboru zvolena prof. MUDr. Zuzana Mořovská, Ph.D., z III. interní kardiologick kliniky 3. LF UK a FNKV.

S jakou strategií jste do voleb do výboru ESC vstupovala?

V motivačním dopisu jsem zformulovala tři směry, o kterých si myslím, že by se jimi ESC měla vyvíjet. Za prvé by podle mého názoru měli být do vsich aktivit mnohem více zapojeni pacienti. O tom jsem bytostn p řesvdena. S pacientem se m diskutovat, měl by mít prostor se vyjdřt k tomu, zda o danou lcbu stojí. Pro kařdho z nás je dležit něco jiného. Mnoho lidí up řednostn kvalitu řivota p řed jeho délkou, coř ne v řdy zohlednjeme. Chtěla bych kardiologii více otev řt pacientům, i pokud jde o jejich informovanost o otevíraných studiích. Během pobytů v USA jsem se setkala s tím, že pacient je tam skutečně partnerem, ne pasivním p řijemcem na řeho rozhodování. Ve srovnání s americkými zvyklostmi v tom máme vci nemocným velk a zásadní dluh, v Āesk republice urit, u ostatních evropských zemí nevím p řesn. Spolupráce s organizacemi pacientů se specifickm onemocněním je nesmrn p řnosn, lka řím umořn pochopit specifika pot řeb pacientů a pacientům význam lcby.

Za druhé by ESC měla být tm, kdo iniciuje studie, u nichř je jasn, že je jiný subjekt organizovat nebude, protože to není lukrativní. A měla by takov nezvisl

studie nejen iniciovat, ale také se podílet na jejich financování.

A posledn mou snahou bylo podpo řt hlub ř diskusi o etice klinického výzkumu. Ne říkám, že se v rámci evropsk kardiologie provádí výzkum neeticky, ale urit nedo ře řen otázky tu jsou. Tyto návrhy pravděpodobně nějak s atmosférou v ESC rezonovaly a asi měly svou váhu p ř konenm rozhodování volitel. Roz řn vztahů s pacienty jsem pak v novém výboru dostala i na starost.

Kongres ESC je vedle zasedání Americk společnosti klinick onkologie asi nejvt ř a nejsledovanj ř medicínskou akcí na světě. V Āem byl pro vás letos jin než jin roky?

Je pravda, že jsem tuto prestiřn akci letos vnímala jinak než v p ředchozch letech. Mnohem více jsem si v řmala organizace kongresu a jeho struktury a musím říci, že jsem se a ř divila, jak promy řlen a dotařen v řechno je. Je neuvěřiteln, kolik pozornosti je věnováno tomu, aby se ke kařdmu z účastníků dostalo co nejvíce poznatků. Opravdu kařd zde mohl najít, co chtěl a pot řeboval, něco, co jej njakm způsobem posune. Obdivuhodn také je, k jakým zdrojům mj účastníci

přístup, všechny prezentace jsou téměř okamžitě k dispozici jako webcast na webu, velkou část z nich doprovázejí i komentáře nejvýznamnějších osobností v dané problematice, které dávají informace do kontextu. Zaujalo mě také, jak precizně je průběh kongresu analyzován. Například výbor pověřil některé své členy, aby se zabývali zjišťováním zpětné vazby. Tito členové si náhodně vybírali účastníky kongresu a detailně se jich po skončení akce ptali na jejich zkušenosti.

Co vás na jednání výboru ESC překvapilo?

Především asi neuvěřitelná aktivita jeho členů, ve všech případech jde o výrazné a inspirativní osobnosti. Jejich diskuse nemá hluchá místa. Od první do poslední minuty se jednání obejde bez nějakých frází a vše směřuje k nějakému cíli.

Daří se výboru vidět Evropu jako jeden celek a vyhnout se tomu, aby iniciativu převzali dominantně zástupci vyspělých zemí a ti ostatní byli spíše v pasivní pozici?

Aby tomu tak bylo, je teď i mým úkolem. Současná předsedkyně výboru ESC prof. Barbara Casadei ve svých inauguračních projevech na kongresu ESC a následně i na prvním zasedání výboru zdůrazňovala, že ESC je organizací všech členů. Výboru pod jejím vedením záleží na tom, aby ESC byla blízko ve vztahu ke každé zemi i ke každé problematice. Chce působit selektivně a cíleně podle toho, jaké má daná země konkrétní problémy.

Když se čím dál více díváte z evropského nadhledu, jak jsou léčeni naši pacienti?

V tom, jak jsou léčeni naši nemocní s manifestním kardiovaskulárním onemocněním, jsme na špičce. Jiná

věc je, jak jsou u nás aplikována preventivní opatření, tam bych řekla, že poněkud pokulháváme. Tato stránka má ale především aspekt historický, souvisí s životním stylem, úrovní vzdělání, přístupem a ekonomickými možnostmi nemocných. Nemám ale naprosto žádné pochyby, že se situace zlepší i v této oblasti. Povědomí a uplatňování zdravého životního stylu v populaci postupně narůstá.

Pokud jde o finanční obrat, dala by se ESC přirovnat k větší nadnárodní firmě. V zásadě je ale její vedení dobrovolnou činností – asi všichni takto zainteresovaní odborníci mají svá hlavní zaměstnání. Kolik je to práce? Kolik emailů, schůzek, jednání, telefonátů? Čas jste měla rozpočtený na minuty už předtím...

Samozřejmě každý den selektuji, co je důležité. Vždy, když něco přibývá, musí něco jiného ustoupit do pozadí. Kdybych si nemyslela, že na práci ve výboru ESC budu mít prostor, tak do toho nejdu. Tohle je pro mě velká výzva, je to příležitost toho hodně udělat, otevírá se tak možnost skutečně měnit věci, které jsem dlouho měnit chtěla.

Mezinárodně respektovaného kardiologa dělají především jeho publikace. Vy v tomto směru rozhodně nelétáte nízko. V prestižních časopisech publikujete běžně. Vysoký impakt faktor ale nemusí být všechno. Která z vašich prací měla největší dopad do klinické praxe?

Byla jsem zatím koordinátorkou a řešitelkou tří velkých studií PRAGUE. Doufám, že každá z nich přinesla důležitou evidenci. Předností těchto studií je, že se jedná o akademický, zcela nezávislý výzkum. Například výsledky první ze studií PRAGUE, na které jsem

spolupracovala s prof. Petrem Widimským (studie PRA-GUE-8), změnila doporučení ESC o předlčení klopido-grelem před plánovanou koronarografií. Ta poslední, v minulém roce ukončená studie PRAGUE-18 vzbudila velký zájem a byla prezentována mezi nejvýznamnějšími studiemi v oblasti duální protidestičkové léčby v updatovaných doporučeních ESC.

Čím se nyní zabýváte z výzkumného hlediska? Na jakých studiích a projektech pracujete?

V současnosti probíhá iniciace zatím sedmnácti center, jež se zapojí do nového projektu studie PRA-GUE-23, který bude srovnávat parenterální a perorální protidestičkové léky u nemocných s infarktem myokardu v kardiogenním šoku. Už nějakou dobu se intenzivně zabývám touto populací nemocných. Hospitalizační mortalita nemocných s infarktem myokardu je díky efektivní antitrombotické a reperfuční léčbě nízká, pod deset procent. Pokud někdo umírá, jsou to právě pacienti v kardiogenním šoku. Z těch umírá i přes pokroky v léčbě téměř každý druhý pacient. Proto je mým zájmem přispět ke zlepšení jejich prognózy. Provádět randomizované studie u nestabilních nemocných je mimořádně náročné, a to jak v přípravné fázi, tak ve fázi realizace. Na přípravě tohoto projektu jsem pracovala skoro tři roky.

Kardiologie je hodně kompetitivní obor a ta intervenční nebo akutní obzvlášť. Cathlabům dominují muži a příliš mnoho žen se mezi ně nedostane. Vám se to podařilo. Máte pocit, že jste se musela snažit více než vaši mužští kolegové?

Nemám ráda genderové diskuse a pohledy na profesní realizaci a „úspěch“ z pohledu pohlaví. A to pře-

devším proto, že pro dosažení pracovního naplnění je podstatný zájem, nadšení. Lhala bych, kdybych řekla, že jsem se jako žena nesetkala s despektem. Mne ale zajímali moji pacienti, zajímal mne problém, odpověď na otázky, které se mi v té souvislosti otevíraly. Četla jsem, co je o tom známo, obdivovala jsem invenční lidi, kteří publikovali výsledky svých projektů. Proto jsem před skoro osmnácti lety oslovila prof. Widimského s dotazem, zda se mohu přijít podívat, jak řeší pacienty s infarktem. Četla jsem jeho studie a nesmírně obdivovala jeho práci.

Chtěla bych, aby otázka rozdílného přístupu ženy nesvazovala. Ten podstatný přístup je v hlavě, v nastavení. Upřímná odpověď na otázku by mohla být: ano, musela jsem se snažit více. Ale mělo by to mít pokračování – než kdo? Nechce se mi tím zabývat. To, že jsem žena, mne nikdy nespoutávalo. Jedna moje studentka doktorského studie mi jednou řekla: když přijímají do práce ženu, otázkou je, co už dokázala. Když muže, pak jaký je jeho potenciál. Souhlasím s tím. Nikdy v životě jsem se tím ale nezabývala. Zajímají mne vize, jak je naplnit, jak něčím přispět...

Je pro vás postavení žen v kardiologii téma? Podporujete činnost takto zaměřené platformy na půdě ESC (Women in ESC)?

Téma to pro mě rozhodně je, ale na druhou stranu nejsem přesvědčenou příznivkyní nějakých pevných struktur, které se zabývají postavením žen v kardiologii.

Sama máte za sebou delší odborný pobyt na Texas Heart Institute v americkém Houstonu. Co byste poradila absolventům a absolventkám lékařských fakult, kteří svou kariéru v kardiologii začínají, případně

o ní uvažují? Mají se pokusit co nejdříve získat místo v zahraničí, nebo jim české nemocnice jsou schopny zajistit srovnatelné příležitosti ke vzdělávání jako zahraniční rezidenční programy?

Myslím si, že naše vzdělání je schopné konkurence. Když jsem se chystala na svůj první tříměsíční pobyt v USA, říkal mi kolega, který už tuto zkušenost měl za sebou: „Uvidíš, že když se vrátíš, začneš pracovat méně, protože Američané tolik nepracují.“ Tak to se tedy nestalo. Zapojila jsem se tehdy do práce skupiny prof. Kara. Říkali: „Přijď na vizitu, začínáme v sedm ráno.“ Říkala jsem si, to asi není myšleno úplně vážně, přece nebudou tak brzy budít pacienty. Oni ale opravdu v 7:05 vycházeli z prvního pokoje. Vizita je tam dvakrát denně a nikdo z rezidentů si nedovolil se zeptat, kdy začne ta druhá, aby mohl jít domů. Kompetice je tam obrovská. Naše kardiologická příprava dá mladému lékaři dobrý základ a v USA by takový start kariéry byl vykoupen mnohem draž.

Na internetu se dá nalézt článek z Fraštických novin s titulkem *Dievčatu z malého mesta sa plnia veľké sny*. Tam v rozhovoru říkáte, že během středoškolských studií vaše sny byly: „Velké slova, velké činy, vždy biely plášť a úsmev na tváři...“ V čem z těchto snů ta dívka z Hlohovce musela slevit? Přiznám se ale, že nevím, kde je Fraštacko...

Hlohovec bol niekedy Frašták...

Je zvláštní, jak okamžitě přecházíte do slovenštiny...

Je to moje mateřština, a když se řekne Hlohovec, tak mi naskočí. Jinak ale zpátky k těm snům. Jsem dneska realista, vím, že je to tvrdá práce. Idealismus mi nezu-

stal, ale entusiasmus ano. To děvče by snad nebylo zklamané, kdyby mě dnes vidělo. Ta práce je krásná a díky ní se dostávám do kontaktu s výjimečnými lidmi.

Rozhovor vyšel 26. listopadu v časopise Medical Tribune (24, 2018).

Etika a komunikace v medicíně

Richard Rokyta

*V kongresovém centru hotelu Olšanka se konala 6. prosince konference **Můžeme to, co umíme o etice a komunikaci**. Byla pokračováním cílených každoročních konferencí na toto téma, které pořádá Česká lékařská komora a speciálně pořadatelé doc. Ptáček a doc. Bartůněk.*

*Letos bylo předneseno celkem 14 velmi zajímavých sdělení, která si vyslechlo překvapivě mnoho návštěvníků. Z naší fakulty přednášel Mgr. Vácha na téma **Jak dlouho ještě bude platit článek 13 Všeobecné deklarace o lidském genomu a lidských právech?** Já jsem měl přednášku společně s doc. Ficovou na téma **Lékařské tajemství a informace o bolesti**. Z tohoto zasedání vzejde kniha, kterou vydá Česká lékařská komora.*

Používání GPS navigace v chytrých brýlích může měnit fungování mozku

Iveta Fajnerová, Národní ústav duševního zdraví

Moderní technologie nám usnadňují život v celé řadě oblastí: bez některých vynálezů už si svůj život prakticky nedovedeme představit. Jak ale tyto novinky ovlivňují své uživatele? Nová studie českých vědců ukazuje, že tento vliv může být zásadní.

Výzkumníci z Národního ústavu duševního zdraví (NUDZ) se snažili experimentálně odpovědět na otázku, zda používání chytrých brýlí s vestavěnou GPS navigací mění strukturu a funkci mozku. Magnetickou rezonancí vyšetřili skupinu dobrovolníků a polovina z nich následně po dobu tří měsíců používala při chůzi navigaci vestavěnou do chytrých brýlí.

Na rozdíl od nových léků, jejichž zavádění do praxe podléhá velmi přísným bezpečnostním regulacím, je zavádění nových technologií regulováno mnohem méně nebo vůbec. Řada z těchto bouřlivě zaváděných technologií však může lidské zdraví rovněž ovlivnit. Zvláště to pak platí pro technologie, které mají za cíl zlepšit nebo zvýšit kapacitu lidského myšlení.

Spolehněte se na brýle – mozek se přizpůsobí

Typickým příkladem mohou být například tzv. brýle augmentované (obohacené) reality. Tato varianta chytrých brýlí doplňuje pohled na vnější okolí o některé důležité informace, například popis ulic nebo mapu. Tyto informace se objevují buď na sklech brýlí, na displeji

nebo jsou promítány přímo na sítnici oka. Brýle vybavené například plnohodnotnou GPS navigací (podobně jako známe ze svých aut) tak umožní nositeli najít nejkratší cestu k neznámému cíli.

Prof. Jiří Horáček, náměstek pro vědu NUDZ a spoluautor studie, vysvětluje: „V tomto projektu nás především zajímalo, co se stane s mozkem, když některou z jeho přirozených funkcí či dovedností tzv. externalizujeme. To znamená, že tuto funkci místo toho, abychom ji i nadále vykonávali vlastním mozkem, prostě přemístíme do technického zařízení“. Když vědci z NUDZ porovnali výsledky magnetické rezonance, překvapivě zjistili, že u lidí, kteří v běžném životě používali navigaci v brýlích, došlo k funkčním změnám v jedné z klíčových struktur mozku.

U osob, které se v experimentu začaly spoléhat na navigaci v brýlích, došlo ke snížení míry propojenosti (konektivity) jejich hipokampů s jinými částmi mozku. Hipokampus je struktura, která je zcela zásadní právě pro prostorovou paměť a orientaci v prostředí. Výzkumníci z NUDZ ve spolupráci s NTC Západočeské univerzity v Plzni navíc sledovali, jak intenzivně dobrovolníci navigační aplikaci v brýlích používali v každodenním životě. Zjistili, že zmíněné změny funkce (konektivity) hipokampu byly tím výraznější, čím častěji a déle dobrovolníci navigaci používali.

Znatelné změny? Stačí tři měsíce

„Nález je založený na skutečnosti, že náš mozek je mimořádně plastický, tedy v neustálé přestavbě. Pro různé oblasti mozku totiž platí, že když jsou používány, vznikají v nich nové spoje, nejsou-li používány, synapse v nich zanikají. Tato přestavba je tak výrazná, že jsme schopni ji zachytit i současnými vyšetřovacími technikami. Nejpřekvapivější pro mne bylo zjištění, že ke snížení propojenosti hipokampu došlo velmi rychle, tedy již po třech měsících nošení brýlí s navigací,“ doplňuje profesor Horáček.

Nálezy vědců z NUDZ souvisejí se starší studií u londýnských taxikářů, kteří ve svých vozech navigaci naopak nepoužívali. Bylo zjištěno, že čím déle taxikář jezdil po Londýně a trénoval si tak prostorovou paměť, tím větší měl hipokampy a vůbec lepší prostorovou paměť. V případě nové studie vědců z NUDZ se jedná vlastně o přesně opačný efekt. Člověk se stále učí a za učení jsou zodpovědné nově vzniklé synapse v mozku. Funkce, která je trénována a zatěžována, má tedy tendenci se zlepšovat tím, že vznikají nové spoje. Avšak když nějakou funkci mozku přestaneme využívat, protože ji *přeneseme* do technologické pomůcky, tak mozek šetříme, a potřebné synapse zanikají. Je to podobné jako se svaly: zvětšují se, když cvičíme a naopak se zmenšují, když cvičit přestaneme.

Nález výzkumníků z NUDZ nejen potvrzuje, že náš mozek je v neustálé přestavbě, trénováním se posiluje a šetřením naopak oslabuje. Poukazuje současně také na nutnost administrativní kontroly nově zaváděných technologií. Ty sice výrazně usnadňují život, na straně druhé nás však také šetří, čímž nás mohou oslabit v některých našich původních přirozených schopnostech. „Vzpomeňme, kolik telefonních čísel jsme si byli schop-

ni zapamatovat v dobách, kdy jsme se ještě nespolehali na adresáře v našich mobilních telefonech,“ uzavírá profesor Horáček.

Autorka textu, Mgr. et Mgr. Iveta Fajnerová, Ph.D. je výzkumná pracovnice Národního ústavu duševního zdraví.



Le bout du tunnel (Na konci tunelu): Jak zvládnout problémy posttraumatického stresu

(recenze knihy)

Richard Rokyta, Leo Klein

Knihu napsal švýcarský lékař Daniel Dufour. Původní specializací chirurg, získal bohaté zkušenosti v mnoha misích organizovaných Mezinárodním výborem Červeného kříže (ICRC) v oblastech válečných

a jiných konfliktů a humanitárních krizí po celém světě. Sám operoval více než dva tisíce raněných příslušníků uniformovaných složek i civilních pacientů. Později pracoval jako koordinátor této pomoci v ICRC.

Od roku 1987 se v Ženevě plně věnuje obětem těchto násilných konfliktů, kteří trpí tzv. posttraumatickým stresovým syndromem (PTSD). Svým holistickým přístupem k medicíně se snaží postihnout a ovlivnit jak příčiny, tak i projevy těchto patologických stavů. Kniha má 200 stran, vyšla ve francouzštině v dubnu 2018 v nakladatelství *Les Editions de l'Homme* v kanadském Montrealu.

Autor se zabývá posttraumatickým stresovým syndromem velmi zevrubně a knihu rozdělil do desíti kapitol. Nejprve se zamýšlí nad příčinami této nosologické jednotky, především pojednává o traumatech a traumatismu a snaží se postihnout patologii tohoto onemocnění. Příčinou je vždy trauma, které může být jak fyzické, tak také psychické. Mezi traumatismy patří syndromy psychologické, to znamená především agrese nebo útek, nebo ustrnutí - ztuhlost. To jsou stavy, které jsou podstatou traumatického faktoru. Studium této problematiky se rozvinulo zejména po první válce v Perském zálivu (operace *Pouštní štít* a *Pouštní bouře*), kde měla celá řada především amerických vojáků, kteří tam bojovali, posttraumatický stresový syndrom. Autor názorně popisuje klinické příklady, čímž se snaží postihnout obrovskou šíři diagnostických možností. O traumatu jako takovém pojednává druhá kapitola.

Třetí kapitola se zabývá třemi možnostmi, které vždy mohou doprovázet posttraumatický syndrom. Jednou z možností je, že lidé jsou agresivní a útočí na své okolí nebo před ním utíkají - to je *fuite*. Nakonec přichází určité *ustrnutí* - *úlek*. Postižení ustrnuli ve svém vývoji, ale stres se v nich dále rozvíjí. Autor velmi pečlivě příčiny psychologicky pojmenovává. Například *coler* je hněv, zlost nebo vztek a to jsou všechno příznaky, které traumatismus doprovázejí.

Čtvrtá kapitola se zabývá akutním stresem, který se skládá ze tří částí: fáze po akutním stresu, fáze relaxace a fáze zklidnění. Po nich následují znovu příznaky akutního stresu.

Pátá kapitola rozebírá velmi podrobně psychologické součásti, zejména hněv, zlost a vztek, pacienti jsou naštváni na válku, vědí, že byli ve válce, ale nelíbí se jim, že tam byli.

Šestá kapitola rozebírá symptomy, které mohou být různé zejména u dospělých. Tento syndrom existuje i u dětí a dospívajících, má však zcela jiné příznaky, než obdobná situace u dospělých.

Sedmá kapitola už přináší možnosti léčby na základě teorií vzniku choroby. Především představuje materialistickou teorii, ale rozebírá i další možnosti, například hypnózu nebo emoční svobodnou techniku transcendentální meditace. Důležitá je i mezoterapie, která je ve Francii a frankofonní části Švýcarska velmi často používána.

I osteopatie přispívá k možnostem léčby posttraumatického syndromu. Od osmé kapitoly se autor věnuje popisu léčení - v první části se věnuje otázce, zda je toto onemocnění fatální a zda se mu nedá nějak zabránit, nebo zda je to určitý vzkaz těla, že v organismu něco není v pořádku a že se s tím něco musí dělat. A tady nastupuje psychologický přístup. Autor se přiklání k určitému přístupu globálnímu, holistickému nebo také integrativnímu. Samozřejmě u léčení a při výkladu onemocnění vychází i z kvantové fyziky, což nás vede k závěru, že epigeneticky nemoc léčit můžeme. Epigenetika dnes v léčbě hraje velice důležitou roli, zejména v léčbě psychiatrických onemocnění.

Devátá kapitola se zabývá léčbou typu „převráceného ega“. Je to čistě psychologický přístup, popisuje po-

drobně ego - je to vlastně „oge“ (obráceně ego). Popisuje metodiku, jak léčit strach, panické změny, posuzování věcí a vůbec mentální přístup k pacientovi a jeho léčení. Je třeba vždy najít příčiny nemoci, dobře je popsat a dobře se vžít do situace člověka a nechat ho, aby se také mohl ke všemu vyjádřit. Základem jsou tři pilíře, to znamená: najít si představu o svém zdraví, najít znovu svou kreativitu a potom najít jádro psychologických potíží.

Závěrečná desátá kapitola shrnuje všechny poznatky, jak léčit, jak se vyrovnat s psychologickými, to znamená mentálními, ale také fyzickými nedostatky pacienta. Autor popisuje dva příklady, v nichž exprimuje kauzistiky: jedna je o hasiči Pavlovi a druhý o Veronice, která byla napadená a následně jí začaly nesnesitelné (intenzivní) bolesti zad. Ve svých 35 letech už měla za sebou téměř všechna možná vyšetření, léčebně však bez úspěchu, až u ní nakonec propukla tato nemoc. V kapitole je popsáno celé její léčení, jak musela znovu získávat své ego a z nemoci se postupně dostávat.

Závěrem autor tvrdí, že nemoc je možné léčit, ale že je to nesmírně obtížné, vyžaduje to naprosto personalizovaný individuální přístup. Vojáci bojují za něco, co není přímo v jejich vlastním zájmu. Je to jenom přenesené nebezpečí. Spousta agrese ve světě se vysvětluje tím, že někdo hájí na vzdáleném území zájmy své vlastní země. To je v mnoha případech (nezřídka) těžko pochopitelné. Naskytá se otázka hybridních válek a dalších neduhů, které doprovázejí současný svět, a proto lze knihu doporučit i našim čtenářům, především psychologům, psychiatrům a lékařům zabývajícím se psychosomatickou medicínou. Může však být také cenným zdrojem informací a poučením pro další specialisty napříč medicínskými obory, kteří se blíže a hlouběji zajímají o problematiku PTSD.

Jeden z autorů textu, doc. MUDr. Leo Klein pracuje na katedře Válečné chirurgie Fakulty zdravotnictví Univerzity obrany v Brně.



Bezdomovectví ve středním věku

Publikace autorů Marie Vágnerové, Jakuba Marka a Ladislava Csémyho vychází z tříletého výzkumu provedeného u subpopulace pražských bezdomovců středního věku. Studie, která obsahově navazuje na předchozí čtenářsky úspěšnou monografii *Bezdomovectví jako alternativní existence mladých lidí*, si dala za cíl prozkoumat, jakým způsobem lidé středního věku bez domova chápou příběh svého života. Jak rozumí své minulosti, jak si vysvětlují svůj propad na ulici a jaké představy si utvářejí o své budoucnosti. Jde o první výzkum u českých bezdomovců středního věku, který nabízí náhled na problematiku bezdomovectví z vlastní perspektivy těchto lidí.

Knihy vyšla v druhé polovině roku 2018 v nakladatelství Karolinum.

Urgentní medicína v klinické praxi lékaře

2., doplněné a aktualizované vydání



Urgentní medicína v klinické praxi lékaře

Koncem října vyšlo v nakladatelství Grada druhé přepracované a doplněné vydání úspěšné odborné publikace „Urgentní medicína v klinické praxi lékaře“ Jany Šeblové, Jiřího Knora a dalších autorů. Kniha byla slavnostně pokřtěna na národní oborové konferenci 25. Dostálovy dny v Ostravě dne 24. října 2018.

Publikace je určena nejen lékařům urgentní medicíny, ale všem lékařům, kteří se setkávají s nediferencovanými obtížemi pacienta ve svých ambulancích nebo v ambulancích nemocnic, a může pomoci i studentům vyšších ročníků medicíny.

Urgentní medicína je celosvětově dynamicky se rozvíjející lékařskou specializací. Zahrnuje přednemocniční neodkladnou péči, časnou nemocniční péči a připravenost na řešení mimořádných událostí. Pro urgentní medicínu je charakteristický komplexní pohled na pacienta, nutnost široké diferenciatní diagnostiky na základě symptomů a neustálé přehodnocování priorit. Autoři kladou důraz na pochopení patofyziologie jednotlivých poruch, na diagnostickou rozvahu a na celkový management situace. V jedné z úvodních kapitol je detailně rozebrána patofyziologie kritických stavů s důrazem na procesy, které jsou v jednotlivých kritických stavech totožné. V dalších kapitolách jsou probrány nejzávažnější nebo nejčastější klinické

stavy, se kterými se lékař zdravotnické záchranné služby nebo urgentního příjmu setkává. V těchto kapitolách jsou probrány stavy s ohrožením vitálních funkcí (náhlá zástava oběhu, dušnost, poruchy vědomí), jejich příčiny, diagnostika a terapie. Následují urgentní stavy kardiologické, neurologické, pediatrické, gynekologické a porodnické a nejčastější typy intoxikací. Pozornost je věnována i psychosociálním urgencím, které se v posledních letech přesouvají do oblasti urgentní péče na celém světě. Druhé vydání je doplněno i o problematiku farmakoterapie urgentních stavů, geriatrické a závažných infekcí. Knihu uzavírá forenzní problematika, která je v urgentní medicíně čím dál tím důležitější. Text je doplněn kasuistikami z praxe, které ilustrují náročné a různorodé rozhodovací procesy v kritických stavech při prvním kontaktu s nemocným či poraněným.

Všechny odstíny šedi – krev blahodárná i nebezpečná

Richard Rokyta

Letošní název už 11. ročníku kongresu České lékařské akademie zněl *Všechny odstíny šedi – krev blahodárná i nebezpečná*. Tato významná konference se konala ve dnech 29. listopadu až 1. prosince a byla velmi úspěšná.

Začínali jsme obecnými přednáškami. Prof. Kučera z Lausanne, člen naší akademie, přednesl text pravděpodobně prof. Frankenbergera o eozinofilii - nádherný text latinský. Další obecnou přednáškou *Metafyzický význam krve ve starověkém Izraeli v raném křesťanství* zaujal docent ThDr. Beneš z Husitské teologické fakulty. Srovnával Starý zákon a různá evangelia.

O životě a objevech prof. Janského mluvil MUDr. Pavel Čech z Katedry dějin lékařství naší fakulty. Vynikající přednášku na téma vrozené a naučené chování měl prof. Höschl.

V dalších dvou dnech se prostřídaly jednotlivé specializace. Výborné přednášky jsme vyslechli především z oboru kardiologie a kardiochirurgie. Přednášeli prof. Ošťádal, doc. Ošťádal, prof. Pirk a prof. Pudil.

Prof. Linhart vedl jednání *Tromboembolická nemoc*, v jehož rámci přednášel on, pak doc. Karetová, doc. Danzing a doc. Fricová. Doc. Vilma Marešová řídila sekci *Krev a infekce* s přednášejícími dr. Trojánkem a Šonkou. Další problematikou byly *Krvácivé stavy* pod vedením doktorky Kurcové a přednášel také prof. Cibula, dr. Líbalová, dr. Vlk a dr. Šípková. Vynikající byla sekce *Krev a imunita*, kterou řídila prof. Bartůňková a dalšími přednášejícími byli doc. Milota, dr. Smrž

a dr. Střížová. Vše zakončila výborná přednáška dr. Kristiny Höschlové o krvácivém traumatu v horském terénu.

Myslím si, že přednášky byly opravdu dobré. Zájemci je mohou najít na internetu a jako každý rok vyjde s ročním zpožděním kniha. Letos jsme pokřtili knihu *Nejvýznamnější inovace v medicíně*, která byla předmětem 10. kongresu České lékařské akademie a kterou tradičně editujeme s prof. Cyrilem Höschlem (Rokyta, Höschl).

Kromě tohoto programu jsme ještě slyšeli krásný koncert klasické hudby v podání ansámblu Lucis pod vedením Lucie Sedlákové-Hůlové a také jsme vyslechli přednášku o historii mariánskolázeňských pramenů od bývalého primáře Společenského domu MUDr. Pavla Knáry. Znovu zdůrazňuji, že všechny knihy ze všech kongresů jsou vydávány nakladatelstvím Axonite, nakladatelstvím lékařské literatury v edici Axonite revue a je možné si je objednat.

V příštím roce budeme pořádat již 12. ročník s tématem *Stáří a stárnutí* ve dnech 28. až 30. listopadu 2019 opět v Mariánských Lázních.



RES PUBLICA

Půlstoletí Jana Palacha - naděje, zoufalství a činy

Vladimír Komárek

Když při imatrikulačních či promočních projevech hovořím o starobylosti a proslulosti Univerzity Karlovy, tak studentům i absolventům připomínám význam akademických svobod a mravní rozměr těch, kteří za svobodu slova a za pravdu obětovali život. Připomínám, že to byl Jan Hus, Jan Patočka a Jan Palach – k smrti prvních dvou přispěli jejich učitelé, posledně jmenovaný se rozhodl zcela dobrovolně. Proč? Jaký by byl jeho další život, kdyby to neudělal? Jaký by byl jeho osud, kdyby strašlivé popálení přežil? Čekaly by ho výslechy na STB a donucení k popření svého činu a k zohavenému tělu by přibyla další ponížená zmrzačená duše? Jak změnil jeho čin nás, jeho vrstevníky a celou naši generaci, která prožila 40 let v totalitě? Tyto otázky jsem si za posledních padesát let mnohokrát kladl, když jsem procházel kolem kašny Národního muzea a v posledních desetiletích postával u dvou nenápadných hrbolků v dlažbě a skromného kříže s nápisy Jan Palach a Jan Zajíc.

Pražské jaro 1968 začalo klíčit už v létě předchozího roku – v červnu 1967 se konal IV. sjezd Svazu československých spisovatelů, který se stal platformou otevřeného protestu proti politice vládnoucího komunistického režimu. Během tří dnů vystoupili Milan Kundera, Václav Havel, Ludvík Vaculík, Ivan Klíma a Pavel Kohout. Hlavním tématem byla svoboda tvorby i zrušení cenzury. Dalším podnětem k lednovému „tání“ byly podzimní studentské nepokoje a zejména nepřiměřeně brutální reakce vládnoucí moci. Na strahovských

kolejích se opakovaně vypínal elektrický proud a ve tmě a zimě strádající studenti vyšli do ulic s voláním „Chceme světlo“. Policejní jednotky z Hrdlořez pokojně demonstující studenty v Nerudově ulici bezhlavě zmlátily obušky tak, že někteří měli trvalé následky. V té době jsem byl studentem prvního ročníku Fakulty dětského lékařství UK a Jan Palach studoval na Vysoké škole ekonomické.

Jaro 68 bylo neskutečným uvolněním – do té doby šedá studená Praha se stala radostným diskusním fórem a proluka Myslbek se proměnila v Hyde park, kde se střetávaly nejrůznější názory a představy o dalším vývoji. I pro Jana Palacha toto období znamenalo zásadní životní zlom - zúčastnil se řady diskusních setkání a mítinků, pomáhal na VŠE zakládat Akademickou radu a svým přátelům rozdával strojopisné texty, mezi nimi dopis Alexandra Solženicyna, texty Ludvíka Vaculíka či přepisy projevů ze sjezdu spisovatelů.

Byla to doba plná nadějí - proto byl srpnový vpád okupačních vojsk v srpnu tak zdrcující. Nicméně jsme následujících několik týdnů doufali, že ztráta svobody není definitivní.

Jan Palach se 17. srpna 1968 vrátil ze zájezdu do Sovětského svazu a doma na něho čekalo oznámení o schválení jeho žádosti k přestupu na Filozofickou fakultu. 21. srpna 1968 se okamžitě vypravil do Prahy, kde strávil několik následujících dní. Začátkem října se poprvé podíval za železnou oponu a ve Francii pomáhal při vinobraní.

V listopadu 1968 se na Filosofické fakultě UK aktivně zapojil do studentské okupační stávky, která skončila fiaskem. Několik jeho přátel a spolužáků později při výsleších uvedlo, že změna v jeho chování nastala právě v tomto období. Osobně jsem na lékařské fakultě stávku na Albertově aktivně prožil a jsem přesvědčen, že obrovské zklamání z lhostejného nezájmu společnosti i z chování řady vrstevníků bylo hlavní příčinou Palachova činu. Proč vlastně k této stávce došlo? Když Dubčekem vedený ústřední výbor KSČ v říjnu schválil smlouvu o dočasném pobytu sovětských vojsk a v listopadu ustrašeně zakázal pietní shromáždění studentů k 17. listopadu, vyhlásil Vysokoškolský svaz studentstva okupační stávku na podporu deseti bodů adresovaných jak vedení strany i vlády, tak veřejnosti. Všichni jsme tehdy doufali, že naše stávka něco změní. Vzpomínám si, jak jsme uzavřeli jednotlivé ústavy lékařské fakulty a celé čtyři dny jsme od rána do večera diskutovali ve velké posluchárně na Albertově a v noci jsme trochu spali po chodbách ve spacácích. První dny panovala velká euforie, kterou zchladila předvídavá slova Ludvíka Vaculíka: „Jděte domů, nemá to smysl, nikdo se k vám nepřidá, nic nezměníte“. Bohužel měl pravdu. Dlouho jsme tomu nechtěli, podobně jako Jan Palach a jeho kolegové na filosofii, uvěřit. Byli jsme naivní. Myslím, že to charakterizuje i má zkušenost z posledních dnů stávky. Tehdy nebyly mobily a tak jsem dostal za úkol kontaktovat vedení stávkového výboru právnické fakulty a konsultovat legislativní aspekty dalšího postupu. Vydal jsem se noční Prahou, a když jsem na právnickou fakultu dorazil, nikde jsem stávkový výbor nenašel. Za každými dveřmi, které jsem otevřel, se pragmatičtí právníci a právníčky milovali.

Na konci stávky v nás všech narůstal pocit zoufalství až deprese. Doufali jsme, že se našimi požadavky bude někdo zabývat, ale nikdo se neozval - bylo ticho, naprosté ticho. Myslím, že právě tenhle listopadový propad do bezmoci a ztracenosti mohl vést u tak citlivých lidí, jako byl Jan Palach, jak k hluboké beznaději, tak i k touze něco udělat a národ probudit.

Pravděpodobně proto Jan Palach v prosinci sepsal a na počátku ledna 1969 poslal studentskému vůdci Lubomíru Holečkovi na shromáždění studentů Filozofické fakulty UK v Praze návrh na obsazení hlavní budovy Československého rozhlasu a vysílání výzvy ke generální stávce (dokument byl nalezen ve spise Státní bezpečnosti, která ho zabavila na počátku sedmdesátých let v archivu Univerzity Karlovy). V souvislosti s neúspěchem okupační stávky v něm Jan Palach navrhl, aby se iniciativy chopila malá a odhodlaná skupina studentů, která strhne k odporu širší veřejnost. V tomto dokumentu se také objevují teze, které Palach později použil také v dopise „Pochodeň č. 1“.

Když se Jan nedočkal odpovědi, rozhodl se pravděpodobně sám pro radikální čin. Je otázkou, jak jeho rozpoložení ovlivnil pohřeb jeho strýce a mše, která se konala 15. ledna v evangelickém kostele v Libiši u Neratovic. Miloš Rejchrt se v článku „Jan Palach a kostelní obraz pelikána“ domnívá, že Palacha inspirovalo zpodobnění pelikána jako symbolu Kristovy nejvyšší oběti: *Jan Palach nemohl přehlédnout nápadnou dřevořezbu, překvapivý figurativní prvek ve výzdobě jinak kalvínsky strohé modlitebny. U stropu, na stříšce nad kazatelnou, jako by žehnal dění v prostoru pod sebou, rozpíná svá křídla pelikán, a při tom vlastní krví krmí svá mláďata.* Obětoval se pro nás Jan Palach podobně jako Kristus?



Jisté je, že druhý den odjel ze Všetat do Prahy a na spořilovské koleje přijel patrně okolo osmé hodiny ráno. Na pokoji napsal čtyři dopisy, které podepsal jako „Pochodeň č. 1“ a adresoval je spolužákovi z VŠE Ladislavu Žižkovi, studentskému vůdci z FF UK Lubomíru Holečkovi, Svazu československých spisovatelů a čtvrtý odnesl na místo činu v aktovce. V dopisech uvedl, že je členem skupiny, která se rozhodla pro sebeupálení, aby probudila veřejnost z letargie. Vznosl dva požadavky související se svobodou slova – zrušení cenzury a zákaz rozšiřování *Zpráv*, které vycházely od konce srpna 1968 jako tiskovina okupačních vojsk. Žádal, aby lidé zahájili na podporu těchto požadavků časově neomezenou stávkou. Pokud by nebyly požadavky do 21. ledna 1969 splněny, měly vzplanout „další pochodně“.

Z koleje Palach odešel okolo jedenácté hodiny a kolem dvanácté si koupil dva kanystry, do nichž si nechal v Opletalově ulici načepovat benzín. Pak se vydal rovnou pod rampu Národního muzea. Ke kašně přišel několik minut před půl třetí odpoledne.

Lékařka MUDr. Marta Zádorožná při jeho přijetí na oddělení popálenin Kliniky plastické chirurgie FN Vinohrady konstatovala, že utrpěl popáleniny druhého a třetího stupně na téměř 85 procentech těla. Jedna z ošetřujících lékařek Jaroslava Moserová vzpomíná ve své knize na Jana Palacha takto: *Shořel, aby otrásl naším svědomím, abychom nepodléhali malomyslnosti, abychom se nevzdávali a hlavně nezaprodávali svoji duši. Jan Palach ji pro nás obětoval.*

Jednou z prvních akcí na podporu Palachových požadavků byla hladovka, kterou 18. ledna 1969 v 17 hodin zahájil student Fakulty dětského lékařství UK Tomáš Roith a student ČVUT Zbyněk Prousek pod rampou Národního muzea. Hladovkáři zůstali v mrazu pod stanou čtyři dny, poté byla hladovka ukončena.

Dne 19. ledna 1969 v 15.30 hodin konstatovali lékaři Janovu smrt.

20. ledna prošel Prahou tichý pietní průvod, kterého se zúčastnilo mnoho desítek tisíc lidí. Rakev s Palachovými pozůstatky byla již od pátku 24. ledna 1969 vystavena v Karolinu, kam se přišly se zemřelým studentem rozloučit desetitisíce lidí. Na stejném místě, poblíž sochy Jana Husa, bude u příležitosti 50. výročí Palachova činu odhalena pamětní deska.

Dopoledne 25. ledna 1969 tryzna pokračovala, krátce po poledni pak začal na nádvoří Karolina smuteční obřad, po kterém byla rakev přenesena do pohřebního vozu, za nímž se seřadil průvod, který prošel přes Ovocný trh, Celetnou ulicí na Staroměstské náměstí a zastavil se před budovou Filozofické fakulty na náměstí, které bylo již 20. ledna 1969 na počest Jana Palacha spontánně přejmenováno. Vzpomínám si, že v den Palachova pohřbu se Praha ponořila do nejhlubšího ticha, jaké jsem kdy zažil.

O dvacet let později 15. ledna 1989 chtěli představitelé disentu uctít Palachovu památku položením květin na Václavském náměstí. Policie uzavřela náměstí a improvizovaný pietní akt se proto uskutečnil u budovy tehdejšího Federálního shromáždění. Asi tisícovku přítomných rozehnal Veřejná bezpečnost pomocí obušků, slzného plynu, psů a vodních děl.

Tvrdý zákrok spustil protestní lavinu a od pondělí 16. ledna do pátku 20. ledna demonstrovaly každé

odpoledne na Václavském náměstí v Praze desetitisíce převážně mladých lidí. Policie je opět rozháněla slzným plynem a vodními děly. Řada lidí utrpěla zranění, na 1 400 osob bylo zadrženo. Tento „Palachův týden“ byl předzvěstí sametové revoluce.

Dovolu mi, abych vzpomínku na „Půlstoletí Jana Palacha“ zakončil slovy, které pronesl můj spolužák a kamarád MUDr. Tomáš Roith na pietním shromáždění ve Všetatech:

Oběť Jana Palacha přesahuje hranice naší země, má nesmírný význam pro vědomí tisíců lidí, kteří potřebují světlo, které jim ukazuje cíl života. Oběť pro jiné lidi není zmařený život. Je to život prožitý v nejvyšších lidských hodnotách, konfrontovaný pouze relativitou času. Největší osobnosti světa vždy v historii předávaly lidem své dílo v čase tomu určeném, některé dlouhé roky, některé v době nesrovnatelně kratší. Velikost lidského díla není měřena časem zrodu, ale časem, kterým toto dílo přetrvá v mysli lidí. Jan Palach nám předal víru, naději, lásku a sílu v několika okamžicích a jeho život se naplnil na věky. Proto nikdy nelze uvažovat o zmařeném životě, byl to život prožitý s nejvyšším a také splněným cílem. Život prožitý pro prospěch a pokrok ostatních lidí je naplněn vrchovatě, za jediný okamžik může být vykonáno víc než za padesát let.

Autor textu, prof. MUDr. Vladimír Komárek, CSc., je děkanem 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Od roku 1991 do roku 2016 vedl Kliniku dětské neurologie 2. LF UK a FN Motol.

Výjimečný čin Jana Palacha nesmí být zapomenut

Tomáš Roith

Od 16. ledna 1969 do dnešních dnů zastávám názor, že výjimečný čin Jana Palacha nesmí být zapomenut. Význam Jana Palacha musí být stále jasný a úcta k němu probouzena u našich dětí a dětí jejich dětí. Nelze se s tímto činem srovnávat nebo si připisovat kousky jeho významu. Proto jsem nikdy nechtěl osobně připomínat okolnosti studentské hladovky z ledna 1969. Také si myslím, že každá událost by měla být zaznamenána i tradována přesně, právě proto, že bychom si neměli zvykat ani v maličkostech na postupné přetváření a přizpůsobování historických dat. Musím tedy reagovat na Váš rozhovor, který jsem slyšel ve vysílání Svobodné Evropy 20. ledna 1999.

O činu Jana Palacha jsem se dozvěděl 16. ledna 1969 večer, byli jsme doma otřesení tou zprávou a měli jsme pocit, že bychom měli vyjádřit sounáležitost k člověku, který se za nás obětoval. V pátek 17. ledna jsem cítil, že o Janu Palachovi, který zápasil o život v nemocnici v Legerově ulici, ví málo lidí a děsila mne představa, že by bylo možné tuto oběť utajit, a také, že jsou ohroženy životy dalších mladých lidí. Jistě víte, že poselství Jana Palacha zcela konkrétně určovalo politickým představitelům dobu pěti dnů, kdy měli podniknout kroky proti okupaci republiky, jinak se měl upálit další mladý člověk. Jiné informace jsem v té době neměl. Obcházel jsem své známé, ale nikdo nevěděl, co dělat. V sobotu ráno jsem se dohodl se svým kamarádem Zbyňkem



Student lékařské fakulty UK Tomáš Roith v lednu 1969.

Prouskem, že se pokusíme upozornit veřejnost na to, co se děje, uspořádáním hladovky v místě, kde se Jan Palach upálil.

Kolem poledne 18. ledna jsme u kašny na Václavském náměstí postavili stan a vyvěsili transparenty informující o hladovce. Hladovka byla vyhlášena na období do večera 21. ledna, to je na dobu stanovenou Janem Palachem k upálení dalšího z lidského řetězu. V tom případě bychom neomezeně pokračovali v hladovce.

Do večera se u nás zastavovali lidé a vyjadřovali účast s činem Jana Palacha, také se o nás dozvěděli novináři. Měli jsme dojem, že snad trochu přispějeme k uvědomování oběti Jana Palacha. Noc jsme považovali za kritickou z hlediska možné represe ze strany státní bezpečnosti. Kolem půlnoci jsme šli spát do stanu a celou noc nás hlídali naši přátelé, kteří také vyrobili nové velké transparenty na rampě musea. Ráno se již stala hladovka věcí veřejnou, když jsme vylezli ze stanu, byl v našem okolí ohromný dav lidí a hlásili se další účastníci hladovky. První byl pan Kozák, další jména bych těžko dokázal seřadit. V té době nás perlustrovali strážníci veřejné bezpečnosti, ale nic nepodnikli.

K večeru 19. ledna 1969 Jan Palach zemřel, zanechal známý odkaz a jeho čin byl již nesmazatelně věcí našeho národa. Večer, nebo druhý den, to již nevím, nám pan Zoubek přinesl posmrtnou masku Jana Palacha, stáli jsme u ní potom střídavě čestnou stráž. Ještě dnes mi běhá mráz po zádech, když si vzpomenu na demonstraci, která následovala, Václavským náměstím defilovalo tisíce lidí v naprosté tichosti, bylo slyšet jenom kroky. Od té doby věřím, že český národ nezahyne.

21. ledna k večeru byla původní deklarace hladovky naplněna, také snad byl naplněn záměr přispět k burcování lidí. Rozhodli jsme se se Zbyňkem Prouskem hladovku ukončit. Neexistoval důvod, který jsme předem vyhlásili pro neomezené pokračování hladovky. Většina původních účastníků hladovky souhlasila s dodržením původních pravidel a z Václavského náměstí odešla. Část lidí, kteří se k nám připojili po smrti Jana Palacha, v hladovce pokračovala.

Jedním z nich byl jediný člověk, kterého lze s Janem Palachem srovnávat, Jan Zajíc.

Autor MUDr. Tomáš Roith, působící jako praktický lékař v Neratovicích, napsal tento text původně jako dopis adresovaný redaktoru rádia Svobodná Evropa 20. ledna 1999. V roce 1969 byl studentem na Fakultě dětského lékařství, dnešní 2. lékařské fakultě.



O Babišově utrpení

Ondřej Vaculík

Patřím k těm, kteří se snažili ušetřit Andreje Babiše všech těchto nepřijemností, které nyní s ním musíme jako s jedním z nejvyšších představitelů státu prožívat, musíme se nějak vůči němu vymezovat, tříbit si názor, ba s mnohými se kvůli němu hádat, což nás neúměrně zatěžuje, takže ani já nejsem schopen ničeho rozumnějšího než o tom psát. (A přitom mám v šuplíku tolik znamenitých a poučných témat, například o ustavujícím zastupitelstvu v našem městečku.)

Zvláštní věc: Ukazuje se, že lépe by všem bylo, a zejména Andreji Babišovi, kdyby se předsedou vlády nikdy nestal. (Bohuslav Sobotka to věděl, my si to mysleli, ale bylo nás na to málo. A Andrej tak strašně chtěl...) Teď

už ani nezáleží na tom, jestli ve věci jeho-nejeho Čapího hnízda Andrej přímo podváděl, nebo jenom chytračil. Výsledek trestního stíhání je stejně za devatero horami, devatero řekami a dalšími roklemi a stržemi.

Evidentní ale je, jak kvůli těm padesáti milionům ublížil vlastní rodině, a kdoví komu všemu v jeho okolí přivodil velké nesnáze, obavy a strach z budoucnosti. A to je možná jen ona příslovečná špička ledovce.

Co víme i bez vyšetřování, je okolnost, že pan Babiš mladší určitě nejel na Krym na ozdravný pobyt a dobrovolně. Kdyby nebylo Babiše v čele státu, asi by se do jeho blízkosti nedostala ani tak podivuhodně podezřelá osoba, jako je pan Protopopov (coby prototyp literárních

Popovů v díle Dostojevského), o němž nikdy nebudeme vědět, zda je spíše únoscem mladého pana Babiše, nebo jeho kamarádem, kterého se ale „trochu bojí“.

Nebudeme ani vědět, jestli ta paní, s níž se pan Babiš mladší díky onomu Protopopovovi na Krymu skamarádil, mu více pomohla, nebo naopak ublížila. Nebudeme znát její jméno, ani měla-li nějakého jiného poslání než jen pana Babiše mladšího potěšit, a kam se pak ta žena poděla? Existuje vůbec? Cokoli sám pan mladý Babiš řekne, připíše se na vrub jeho duševní nemoci, kdy věrohodné stejně může být naprosto nevěrohodným, a obráceně.

Pro nás by bylo nejlepší, kdyby pan Babiš mladší vůbec nemluvil, ale přiznávám, že vyšetřovatelé možného podvodu by se měli snažit o opak. Proč zrovna paní doktorka Protopopovová, která pana Babiše mladšího léčila (a Národní ústav duševního zdraví v jejích lékařských zprávách nenašel žádné pochybení), získala privilegované postavení poradkyně ministra zdravotnictví pro reformu psychiatrické péče, také nevíme. Souvisí to s péčí o mladého pana Babiše?

Všechno nás to velice zajímá, ale nejsprávnější by bylo, kdybychom o tom nemuseli vědět nic. Kdyby těchto okolností vůbec nebylo, takže by ani pan Babiš – premiér nikdy nemusel vyslovit tak hrůzyplná slova o tom, že „nikdy neodstoupí“. Tím prohlášením před celým národem se zbavil možnosti, ba výsady, kterou jako premiér má, a to je právě odstoupit a snažit se nám i politické situaci ulevit. A možná by to ocenila i jeho rodina, že i on sám je schopen něco obětovat, když svou chamtivostí přivodil rodině takové nesnáze.

Tím pitomým Čapím hnízdem jsme všichni potrestáni až neúměrně. Právě výrok starého Babiše, že dobrovolně nikdy neodstoupí, nás bude nadále dělit: pro

jedny to bude chrabrost, pro jiné pohrůžka či zoufalý projev člověka, jenž si kvůli svým čachrům nemůže dovolit ani odstoupit.

Uvědomují si voliči Babiše, že mu zkazili život? Zůstane-li ve funkci, co ho – a tím pádem i nás – čeká? Čeho se máme obávat, co nás dále bude dělit na ty, kteří ho obdivují za kolty pověšené proklatě nízko, a na ty, kdo o šerifa se špatnou pověstí nestojí, ani o jeho westernový způsob vlády?

Novináře v Babišově kauze můžeme obdivovat, nebo se naopak rozhořčovat nad jejich drzostí, že pátrajíce po temném Babišově pozadí se vloudí i k jeho nemocnému synovi; což neskončí, dokud on bude premiérem. Bude-li snad odvolán, a pan prezident Zeman, jak již prohlásil, ho znovu pověří sestavením vlády, komu to prospěje? Kdo stojí o to, snad kromě Zemana a Babiše, aby nás znovu vyděsilo, kolik příznivců má jejich světele a pomstychtivost?

Tady už ani nejde o to, jestli se nějaká vina Andreji Babišovi staršímu prokáže a on jako pravomocně odsouzený nebude moci svou funkci vykonávat. On se, aniž bychom si to přáli, neustále odsuzuje sám k utrpení, které s ním chtě nechtě musíme sdílet.

Zvláště my, kteří jsme ho nevolili, jsme s ním solidární a cítíme se v té jeho situaci stejně špatně jako on. Pokud on se snad necítí špatně, pak jsou pro to vysvětlení jen dvě. Netřeba je tu formulovat. Plyne z nich však chmurný závěr: V historii našeho státu jsme patrně neměli nevhodnějšího premiéra, než je on. Bez ohledu na samo „Čapí hnízdo“ a na případné závěry vyšetřování.

Autor je spisovatel a publicista. Text vyšel v Deníku Referendum 20. listopadu 2018.



Neprotestuje se proti výsledku voleb. Ale proti chování mocných

Petr Honzejk

Během politické krize, která vyvolala další vlnu demonstrací proti Andreji Babišovi, jsme od představitelů establishmentu často slyšeli větu, že „se demonstruje proti výsledku voleb“.

Je to samozřejmě nesmysl. Nikdo nedemonstroval proti výsledku voleb. Desetitisíce lidí protestovaly jen proti chování aktuálních držitelů moci. Jenže u tohoto prostého konstatování skončit nelze. V podtextu jasněho argumentačního faulu je totiž něco hodně závažného. Jeho cílem je protestující občany nejen zesměšnit a marginalizovat, ale hlavně očernit. Přesně v duchu

prohlášení prezidenta Miloše Zemana, že „kdo protestuje proti výsledku voleb, není demokrat“. V důsledku tak nejde o nic menšího než o pokus politiků delegitimizovat občanské protesty, což je z pohledu budoucnosti varující.

Demonstrace totiž nejsou ústavně zaručeným právem pro nic za nic. Funkční demokracie je postavena na kontrole moci a k tomu slouží nejen institucionální mechanismy (parlament, soudy, svobodná média), ale i hlas občanů v ulicích. V rámci politického provozu totiž mohou ti u moci někdy přistoupit ke krokům, které

jsou v krajním případě nebezpečné pro samotnou podstatu demokracie. I ze světa přece známe případy, kdy se sice někdo dostal k moci skrze svobodné volby, ale následně začal postupnými krůčky směřovat k autoritářství. Z dobrých důvodů proto mají občané v případech, že s chováním svých zvolených zástupců nesouhlasí, zaručené právo se ozvat. Ideálem demokrata opravdu není člověk, který hodí do volební urny lístek a pak drží ústa a krok, ať se děje co se děje. I když by si to někteří politici přáli.

V Česku bohužel poslední dobou sledujeme nenápadný, ale nebezpečný posun ve vztahu moci k občanským protestům. Ještě donedávna nikomu nepřišlo na mysl, že by bylo možné legitimitu demonstrací zpochybňovat. Když například v roce 2012 zaplnili odboráři Václavské náměstí a pod heslem „Stop vládě“ požadovali demisi pravicového kabinetu Petra Nečase, nikoho ani nenapadlo říkat, že „protestují proti výsledku voleb“. Bralo se za samozřejmé, že protestují proti restriktivní vládní politice, která je podle jejich přesvědčení poškozovala. I sama pravicová vláda chápala demonstrace jako sice nepřijemné, ale legitimní vyjádření občanského protestu. Kdyby tehdy někdo řekl, že demonstranti nejsou demokraté, protože požadují demisi vlády, která vzešla ze svobodných voleb, měli by ho všichni za pomatence. Dnes to prezident s klidem na adresu demonstrantů říká a ještě sklízí potlesk.

Zeman a další delegitimizátoři občanských protestů mají bohužel na co navazovat. V Česku má myšlenkový směr stojící na představě, že by se veřejnost neměla do vládnutí míchat, bohatou tradici. Za normalizace se komunistická moc dovolávala „klidu na práci“ a všechny, kdo proti ní protestovali, nazývala „rozvraceči“ a „živly“. Po pádu komunismu se tento narativ postupně

přetransformoval do klausovské mantry, že se lidé mají omezit na účast ve volbách a všechno ostatní nechat na politicích. Aktivní veřejnost dostala opovržlivou nálepku „nikým nevolených aktivistů“. A dnes jsou lidé nespokojeni s výkonem moci označovani prezidentem a dalšími rovnou za „protofašisty“.

Dnešek samozřejmě nelze srovnávat s komunistickým režimem. Společný jmenovatel je ale v tom, že kdo oponuje moci, začíná být opět vykreslován jako někdo, kdo jde proti „vůli lidu“. Pokusy označit protesty proti vystupování premiéra či prezidenta za nelegitimní a nedemokratické je proto nutné odmítnout. Jinak bychom se mohli rychle rozjet z kopce. Za plně demokratický se může označit jen režim, kde se nejen konají svobodné volby, ale kde nikoho ani nenapadne zpochybňovat oprávněnost protivládních demonstrací. V polodemokratickém režimu se sice konají volby, ale demonstranti mohou očekávat trable. Pak už následuje jen režim autoritářský, ve kterém jsou i volby jenom jako.

Než mávneme rukou, že to nám nehrozí, protože zdejší mocní přísahají na demokracii, připomeňme si jednu drobnost: všichni začínající autokraté zpravidla tvrdili, že jednájí v zájmu všeho lidu.

Autor je komentátorem Hospodářských novin, kde text vyšel 8. listopadu 2018.



Brexit, Trump, žluté vesty... Tohle tu ještě nebylo, slyšíme stále častěji. S něčím novým musí přijít i demokraté

Jan Moláček

Pokud někdo měří frekvenci pojmu „bezprecedentní“ v médiích, nejspíš mu křivka v posledních letech vystřelila strmě vzhůru. Nové fenomény najednou určují běh dějin všude, kam se člověk podívá.

Ve Francii se demonstruje proti prezidentovi. Na tom není nic zvláštního. Jenže ve Francii protestuje hnutí, s nímž ani renomovaní politologové nevědí, co si počít. A volá po odstoupení prezidenta, jakého země ještě neměla. Žluté vesty jsou bezprecedentní. Je to nový fenomén. Prezident selfmademan, který poprvé od války nevyšel ze zaběhnutých politických stran, taky.

Totéž platí o zvolení Donalda Trumpa. Vítězství outsiderů i mizerných kandidátů zná jistě i americká historie

víc. Ale co paměť sahá, nikdy nepřevzal nejvyšší funkci v zemi prezident tak křiklavě, barvotiskově odlišný.

Chtěl jsem původně napsat „neschopný ji zastávat“, což si o Trumpovi myslím, ale to není podstata problému. Můžete ho klidně pokládat za skvělého prezidenta, ale pravděpodobně se shodneme, že dramaticky vybočuje z řady svých předchůdců.

Ne mírou svých schopností nebo svého diletantství. Rozdíl je kvalitativní, ne kvantitativní. Běžným měřítkům se vymyká způsob, jakým zvítězil (mnohé nasvědčuje, že s pomocí nepřátelské velmoci), způsob, jakým komunikuje (absolutní nezájem o soulad svých výroků s realitou, pro který muselo jeho okolí dokonce hned na

začátku mandátu vymyslet zvláštní termín – alternativní fakta), i způsob, jakým vládne.

Totéž platí pro *brexit*. Ten není jen jedním, byť významným, politickým rozhodnutím v jedné, byť významné zemi. Jeho výjimečnost přitom nespočívá ani v tom, že je důležitější než jiná rozhodnutí. To jistě je. Kromě toho je ale, podobně jako Trump, kategorií sám pro sebe. Poprvé se západní země rozhodla (lépe řečeno, nešikovně sama sebe vmanévrovala do rozhodnutí) pro obrátku čelem vzad na přirozené, logické a pro všechny výhodné cestě spolupráce.

Je to nová situace, což vynikne ve srovnání s milníky nedávné historie. Nejzásadnějším dějinným obratem v době mezi pádem železné opony a momentem, kdy se západní svět začal zmítat v krizi demokracie, bylo bezpochyby 11. září 2001.

Není sporu o významu a dalekosáhlých důsledcích teroristického útoku na New York a Washington. Podobné, doufáme, nebude mít *brexit* ani žlutý chaos ve francouzských městech.

Přesto – *jedenácté září* bylo „jen“ velkým teroristickým útokem, ničím jiným. Výjimečné bylo pouze rozsahem. Všechny ostatní aspekty této tragédie jsme až příliš dobře znali z dřívějšíka. Nepřítel, radikální islamismus, nebyl nový a nezasáhl nás poprvé. Pouze se mu to poprvé podařilo v tak obrovském rozsahu.

Dokonce i samotný rozpad komunistického bloku koncem osmdesátých let minulého století – jakkoliv byl skutečným dějinným zvratem – nás nestavěl před žádné nepřekonatelné interpretační otazníky. Komunismus nikdy nenaplnil vizi šťastné beztřídní společnosti, zato naplnil bezpočet masových hrobů. Když mu došel dech, část planety jeho tyranii svrhla a začala s menším či větším úspěchem budovat demokracii

a svobodnou společnost. Důležité, přelomové, ale nijak záhadné.

Dnes jsme v situaci, kdy pro nás záhadu představuje pár desítek tisíc demonstrantů ve Francii. O příčinách *brexitu* nebo Trumpova vítězství se píší celé knihy. A stejně nejsme o mnoho dál v jejich pochopení než 24. června nebo 9. listopadu 2016 ráno, kdy jsme na mobilech, rozešpalí, nevěřičně četli zprávy z Británie a USA.

Do jisté míry chápeme aspoň to, proč je nechápeme. Je to proto, že informační revoluce exponenciálně znásobila a zneřehlednila změť faktorů ovlivňujících naše vnímání světa a rozhodování. Výsledek voleb v zemi s deseti televizemi a padesáti novinami se analyzuje relativně snadno. Politické procesy uprostřed globální džungle miliard webů, videí na YouTube a účtů na sociálních sítích dosavadními nástroji analyzovat téměř nelze.

Co z toho plyne?

Nejspíš závěr, že i východisko z krize demokracie, pokud nějaké je, leží vpředu, ne za námi.

Řada dnešních populistických vůdců uspěla u voličů s iluzí, že dokážou zařadit zpátečku. Ne náhodou obsahuje heslo jednoho z nich – *Let's make America great again* – slůvko *znovu*, tedy odkaz k minulosti.

Tito politici slibují *znovu* svět, kde práce v průmyslu zajišťovala dobré živobytí a pohodlný důchod. Kde byli lidé z jiných koutů světa v sousedství rarita a islám koloritem exotických pohádek, ne samozřejmou součástí našeho světa. Kde bylo jasné, že Západ vládne a ostatní se buď přidávají a prosperují, nebo se staví proti a přištipkaří.

Jistěže sami této iluzi nevěří. Vědí, že jsou maximálně schopní udržet ten či onen uhelný důl, továrnu nebo jadernou elektrárnu v provozu o pár let déle, postavit

někde plot, zavést cla, ale ne zastavit dějiny. Voličům slibují minulost, sami se ale dívají dopředu, do časů, které budou podle jejich přesvědčení patřit jim.

Jenže – nedělají ti, kdo se jejich mocenské choutky snaží držet na uzdě, totéž?

Populisté žijí z nostalgie po suverénních národních státech s kulturně a etnicky homogenním obyvatelstvem. Jejich odpůrci ovšem také sní o návratu – někam před rok 2008, do doby poklidné integrace, růstu a nevzrušených volebních střetů mezi levicí a pravicí, mezi nimiž prakticky nebyl rozdíl. Těžko říct, která představa je větší iluze.

Je to stejné jako ptát se, zda je desetkrát snazší vrátit se v čase o deset než o sto let. Není. Obojí je stejně nemožné. Svět přelomu tisíciletí, v němž „skončily dějiny“, je stejně pasé jako svět, v němž hlavní role hrály národní státy.

Nějakou dobu bylo legitimní věřit, že krize demokracie je pouze přechodná a pomine. Ale tři roky po migrační vlně, která ji eskalovala, jejíž odeznění ale krizi demokracie nijak neumenšilo, už je nutné si přiznat, že se to samo od sebe nestane.

Má-li aspoň v části dnešního demokratického světa zůstat zachovaná nynější míra svobody, bezpečnosti a blahobytu, budou muset odpůrci populistů více přemýšlet o cestách, které vedou dopředu, ne zpět. Zní to jako čirá utopie a nesmysl, v kurzu je nostalgie. Ale z opojení minulostí mají už teď mnohde kocovinu. Třeba ve Velké Británii.

Můžeme se smát Trumpovým voličům, že mu skáčou na špek dávno minulé Ameriky, ale oč rozumnější by od nich bylo skákat na špek iluzi, kterou jim často nabízejí Trumpovi odpůrci? Tedy že se pro ně nějakým zázrakem najde role ve světě, jaký byl před Trumpem.

Politici, kteří chtějí zabránit vítěznému tažení neliberálních a autokratických vůdců, musí radikálně změnit strategii. Musí přestat nabízet minulost, ale přijít s něčím, co tu „ještě nebylo“. Tedy svobodnou společností, kombinující otevřenost s ohledy na zájmy těch, kteří z ní dosud neprofitovali.

Taková *Svobodná společnost 2.0* musí garantovat nejen práci, ale důstojné postavení a úctu manuálně pracujícím. Ano, i netržními mechanismy, například prací pro stát, u nás třeba při budování infrastruktury. Musí být nemyslitelné, že někdo dostane za stejnou práci méně peněz jen proto, že je cizinec, a vytlačuje tak domácí z pracovního trhu.

Bude muset garantovat bezpečnost. Ne iluzi absolutní bezpečnosti, kterou slibují populisté. Ale nesmí se stávat, že spáchá zločin radikál, který měl být dávno deportovaný ze země.

A bude muset obnovit základní důvěru, s níž každá svobodná společnost stojí a padá – důvěru, že se děti budou mít lépe než rodiče. A to tak, že jim bude poskytovat vzdělání, které umožňuje orientaci a fungování v měnícím se světě.

Svět bude každopádně za deset let jiný. Budeme se asi muset smířit s tím, že hranice mezi jeho svobodnou a nesvobodnou částí bude o něco méně ostrá, než jsme byli zvyklí. Maďarsko se nejspíš nestane vyloženou totalitou, současně už teď ale není plnohodnotnou demokracií, a bude jí čím dál méně.

Stále je tu možnost, že aspoň v části světa čirá, nezkalená svoboda a demokracie přežije. A Česko má pořád ještě dobrou šanci být u toho.

Autor je komentátorem DeníkuN, kde text vyšel 13. prosince 2018.



TEXT

Selhání zvané eutanazie

Kapitola z knihy *Neboj se vrátit domů: Marie*

Svatošová v rozhovoru s Alešem Palánem

*Co se stane, pokud pacientovi o jeho zdravotním stavu dlouhodobě lžeme? Má vážná choroba nějaký smysl? A proč umírající nezabíjet, jak si přejí zastánci eutanazie, ale naopak respektovat jejich život až do přirozeného konce a být jim nablízku? Nejen o těchto věcech hovoří v knize rozhovorů *Neboj se vrátit domů* lékařka a zakladatelka hospicového hnutí v ČR Marie Svatošová. Rozhovor s ní vede spisovatel a novinář Aleš Palán.*

Právě dr. Svatošová před lety přišla s myšlenkami hospicové paliativní péče. Byla to ona, kdo v Červeném Kos-

telci iniciovala první český hospic. A je to stále ona, kdo neúnavně jezdí po republice s hospicovými přednáškami a je rádkyní hospicům nově vznikajícím. Marie Svatošová v knize mluví také o své rodině, studiu medicíny, vlivu, jaký na ni měl P. Ladislav Kubíček či o svém trapistickém „fan clubu“.

V mnoha hospicích najdeme citát: „Naším cílem je naplnit dny životem, nikoliv život dny.“ Autorka tohoto výroku Marie Svatošová dokázala životem naplnit celý svůj život. A nejen životem, také smyslem a neokázalou službou.

Hospice jsi chtěla zakládat mimo jiné proto, abychom o naše umírající pečovali, abychom je nezačali zabíjet. Hlasy volající po eutanazii přitom neustávají. Stala se někde chyba?

Právě proto, že těch hlasů přibývá a že sílí, zvláště před volbami, jsem hluboce přesvědčena, že se chyba nestala. Přesně naopak. Vůbec nelituji, že jsem ihned po revoluci, už v lednu 1990, opustila ordinaci, zavrhlá lákavou možností privatizace, udělala bez koruny v kapse skok do tmy a pustila se do boje. Už v prvních dnech znovunabyté svobody mi v hlavě zvonilo jako na poplach, že jednou může někdo s tím šíleným nápadem přijít. Představa, že by v naší zemi mohla být beztretnost eutanazie uzákoněna, že by někdo chtěl mé pacienty zabíjet, místo aby jim solidně dosloužil, mě nenechávala spát.

Pokusila ses tomu předejít.

Že bych tomu mohla do budoucna zabránit, jsem si nenamlouvala. Tak dlouhé prsty jsem neměla a nemám ani dnes. Stačí podívat se na rozložení sil v parlamentu a je po iluzích. Ve volbách mám pouze jeden hlas. Ale Bohu díky máme už docela slušný náskok. Máme alternativu. Můžeme si vybrat. Se zřizováním a provozováním hospiců nejsme u cíle, jsme v půli cesty – no, snad i kousek za půlkou. V celorepublikové síti lůžkových hospiců zbývá zacetit už jen poslední díru, tu na Vysočině.

S velkým nepochopením, zejména ze strany zdravotních pojišťoven, se ovšem stále potýkají hospice domácí. Jedno je však jisté – do země je už nikdo nezadupe. Po téměř třiatdvaceti letech činnosti mají u nás hospice

velké renomé, tisíce rodin s nimi prošlo pozitivní osobní zkušeností. Lidí si už nenechají hospice vzít.

Jsou hospice alternativou k eutanazii? Je to buď, anebo?

To záleží na okolnostech. Podle toho, co je příčinou úvah o eutanazii nebo důvodem žádosti o ni. Pokud to jsou nevládnuté příznaky pokročilého onemocnění, může být hospic jednou z alternativ. Lékař by měl nemocného pravdivě, podrobně a srozumitelně informovat nejen o diagnóze a možnostech léčby, ale i o prognóze. Měl by mu vysvětlit, co mu v jeho situaci může nabídnout nemocnice, co lze zvládnout doma, co v lůžkovém hospici. Je potřeba zohlednit i stránku sociální. Jde o člověka s rodinným zázemím, které je schopno nemocného podepřít po všech stránkách, nebo je osamělý?

To všechno je nutno zvážit a dovolit pacientovi, aby si z daných alternativ svobodně vybral. Hospic určitě nebude alternativou v případě žádosti o eutanazii odůvodněnou „otráveností životem“. V zemích, kde lidé žijí v blahobytu, jako je tomu u nás, se bohužel tento motiv vyskytuje čím dál častěji. Takový člověk všude byl, všechno má, všeho se nabažil, už ho nemá co překvapit, nezná smysl svého života a ani se nesnaží ho odhalit, a tak z něj chce utéct. V takovém případě není alternativou péče hospicová, nýbrž psychologická, případně psychiatrická. Zajímavé v té souvislosti je, že v zemích třetího světa, kde lidé žijí v opravdové bídě, tyhle starosti nemají a daru života si mnohem víc váží.

Znám lidi, kteří hospicům fandí, a přitom jsou pro eutanazii. Rozumíš jejich postojům?

Mnohokrát jsem se s takovými lidmi setkala, naslouchala jim, snažila se je pochopit a následně vyvést

z omylu. Prakticky vždy se ukázalo, že jde o nedorozumění, které lze při troše trpělivosti vysvětlit. Mnohokrát jsem byla s přednáškou o hospicích pozvána ke studentům středních škol. I když na ni byli nahnání v rámci výuky povinně, nemůžu si stěžovat na jejich nezájem. Na začátku jsem je nechávala vyplnit jednoduchý dotazník. Z výsledků jednoznačně vyplynulo, že téměř 100 procent těch děcek je pro eutanazii. Měli k tomu své důvody. Vesměs to byly zlé zkušenosti s mizernou péčí ve zdravotnických a sociálních zařízeních. V hlavě jim zůstal nesmazatelný obraz milované babičky umírající ve vlastních výkalech, v bolestech, s hlubokými dekubity a okoralým jazykem. O hospicích měli studenti představu většinou jen mlhavou, přesto jim fandili, protože od nich očekávali, že těmto hrůzám zabrání právě eutanazií.

Mysleli si, že se v hospicích provádí eutanazie?

No právě. Šokovalo mě to, ale aspoň jsem věděla, na co se musím ve výkladu zaměřit. Po dvouhodinové přednášce jsem rozdala obdobný dotazník znovu a ke své velké radosti zjistila, že otočili o 180 stupňů. Pochopili, že nepotřebujeme zákon o eutanazii, ale kvalitní a dostupnou paliativní hospicovou péči. A v neposlední řadě taky uzdravení mezilidských vztahů.

Pokusím se shrnout některé argumenty zastánců eutanazie. Bude mě zajímat, jak odpovíš. I když: všechny tyhle výhrady jsi asi už slyšela. Jak se ti s lidmi propagujícími „důstojnou smrt“ ostatně diskutuje?

Špatně. Jako kdybych mluvila s Turkem. Míjíme se, nemůžeme se pochopit, není to možné, protože vycházíme z naprosto odlišných předpokladů. Tím mým je osobní zkušenost žitého vztahu s Bohem. Primár-

ně tedy jde o vztah dvou osob, člověka a Boha, nikoliv o argumentaci. Ta se však od onoho vztahu, od jeho síly a hloubky, zákonitě odvíjí. Na čele to sice napsané nemám, ale v argumentaci se to okamžitě pozná, i kdybych slovo Bůh vůbec nepoužila. V bouřlivých diskuzích se zastánci eutanazie jsem to nepochopení, někdy i pohrdání na různých konferencích i v soukromých rozhovorech zažila mnohokrát. V lepším případě mi víru závidí a rádi by ji měli taky. Zajímá-li se někdo z nich upřímně o to, kde se moje víra bere, ráda mu vysvětlím, že má kořeny v tisíckrát opakované zkušenosti s tím, že všichni toužíme po lásce a po životě. Bohužel, moje zkušenost s bojovníky za eutanazii je většinou jiná. Názor mají hotový, víru mi nezávidí, nebo si to aspoň nepřiznají, spíše mi ji neomaleně omlátí o hlavu. Zesměšňují, uráží, ale s tím křesťan musí počítat.

Zvládáš to?

Ježíš nás na to vysloveně upozornil, tak si z toho nic nedělám. Ale přiznávám, že ve svém věku už mnohem uvážlivěji hospodařím s časem. Jakmile zjistím, že se někdo chce jen hádat a urážet, odmítám ztrácet drahocenný čas. Házení hrachu na stěnu mě už opravdu omrzelo.

Začněme klidně tím termínem „důstojná smrt“, používaným některými zastánci eutanazie. Co na něj říkáš?

Slovo eutanazie je složeno ze dvou částí. „Eu“ znamená v českém překladu „dobrý“, „thanatos“ označuje „smrt“. Být zabít ve stavu utrpení a beznaděje rukou druhého člověka, ať lékaře nebo nelékaře, rozhodně není smrt ani dobrá, ani důstojná. Vždy jde o selhání. Buď selhání lékařské nebo ošetřovatelské péče, nebo

o selhání pacientova blízkého okolí, případně jeho samotného. Nebo všeho dohromady.

Proč nechat člověka, který stejně brzy zemře, trpět nesnesitelnou bolestí? Není humánnější – pokud o to opakovaně požádá – sprovodit ho ze světa?

Lékaři, který by při dnešních možnostech paliativní medicíny nechal nemocného trpět nesnesitelnou bolestí, bych bez pardonu odebrala diplom a doporučila mu rekvalifikaci na obor, kde nebude druhým nebezpečný. Pokud si sám s léčbou bolesti neví rady, vždycky má možnost obrátit se na specialistu v oboru léčby bolesti. Sprodit ze světa člověka, lhostejno zda zdravého nebo nemocného, je u nás stále ještě trestným činem. Zákon rozlišuje dva pojmy: zabití a vraždu. V obou případech jde o usmrcení člověka. V tom prvním o neúmyslné, například při autonehodě, ve druhém o úmyslné, předem promyšlené a plánované. Tomu pak taky odpovídá výše trestu.

Nechala bys vážně zraněného psa – dejme tomu přejetého autem, trpícího, a přesto žijícího – zvěrolékařem „uspat“, jak se tomu říká?

Pokud by zranění bylo léčitelné a vyléčitelné, například zlomeniny kosti, očekávala bych od veterináře adekvátní léčbu, včetně účinné léčby bolesti. V případě nevléčitelného zranění a neodvratné smrti bych bez zaváhání nechala zvířátko „uspat“ a neměla bych s tím žádný morální problém. Pejsek, na rozdíl od člověka, nemá nesmrtelnou duši, takže mu na ní nemohu nijak ublížit. V tomto smyslu bych promluvila i s jeho majiteli a snažila se jejich bolest ze ztráty domácího mazlíčka tišit.

To je ale argument, na který může slyšet jen věřící člověk. Co říct bezvěrcům?

No pravě, jak říkám, turecky neumím, těžko si vzájemně porozumíme. Na druhé straně je fakt, že skutečného bezvěrce, tedy ateistu, jsem snad ještě v životě nepotkala. V bližším rozhovoru se většinou ukáže, že jde o agnostika. Je přesvědčen, že není v lidských možnostech existenci Boha ani dokázat, ani vyloučit a tím má problém vyřešen. Lidé ale nejsou slepí, a tudíž nemohou přehlédnout v mikrokosmu i makrokosmu nezpochybnitelný řád. Připustí, že to asi nebude náhoda, ale že „něco“ nad námi musí být. Znovu opakuju, že odmítám ztrácet čas s tím, kdo se chce jen hádat. Ubezpečím-li se však, že dotyčný „něcista“ chce věci přijít na kloub, nemám právo ho odbýt, ale taky mu nemohu předat svou víru založenou na osobním vztahu s Bohem. To bychom byli opět u té turečtiny, neporozuměl by mi. Mohu však udělat něco jiného. Mohu mu poradit, ať zkusí na chvíli zcela nezávazně připustit eventualitu, že Bůh je, že je Osoba, tedy Někdo, a nikoliv něco a že se mu v okamžiku smrti ocitne tvář v tvář. Ať si to živě představí. Co v tom případě udělá? Jak se zachová? Uzná, že byl celý život vedle jak ta jedle? Začne se vmlouvat, nebo pokorně vyhlásí bankrot a přijme odpuštění? Pokud dotyčný přistoupí na dialog v této rovině, byť hypotetické, jsem ochotna mu věnovat tolik času, kolik bude potřeba. V opačném případě by to byla ztráta času a s ním já už ve svém věku musím opravdu hospodařit uvážlivěji.

Říkáš, že od bolesti se dá člověku dnes pomoci. Nehrozí pak závislost na opiátech?

To je jeden z mýtů rozšířených mezi laiky a – nerada to přiznávám – bohužel i mezi některými lékaři. Ná-

sledky bývají katastrofální. Nejenže pacient zcela zbytečně trpí, ale jeho okolí, které trpí spolu s ním, z této zkušenosti vyvodí mylný závěr: potřebujeme zákon o eutanazii. Není to pravda. Je třeba přísně rozlišovat tři pojmy: farmakologická tolerance, závislost fyzická a závislost psychická. Tolerance je normální fyziologickou odpovědí na dlouhodobou léčbu opioidy. Jinými slovy, k dosažení stejného účinku bude pravděpodobně později potřeba použít o něco větší dávku. To není problém. Častějším důvodem nutnosti navýšit dávku u onkologických pacientů je však progresse onemocnění, nikoliv farmakologická tolerance. Obava z rozvoje tolerance u těchto nemocných nikdy nesmí být důvodem k odkládání účinné léčby bolesti.

A ty závislostí?

Se závislostí fyzickou je to obdobné. Tak jako je diabetik závislý na podávání inzulínu, je pacient s nádorovou bolestí závislý na podávání opioidů, nezabírají-li léky jiné. Ani v tom není problém. Nemocnému je potřeba vysvětlit, že nasazení opioidů neznamena, že se bez nich už nikdy neobejde. Podaří-li se bolest zmírnit nebo odstranit jinými prostředky, například radioterapií, můžeme dávky opioidů postupně snižovat o 10 až 20 procent denně.

Problémem je ten třetí pojem, a sice závislost psychická. Jde o psychickou poruchu, charakterizovanou nutkavou snahou obstarat si drogu za účelem „příjemného“ psychického stavu. Tohle riziko je však u pacientů s nádorovou bolestí téměř nulové, s výjimkou bývalých narkomanů. Ale i ti mají právo na účinné tišení nádorové bolesti. Oddalovat nasazení opiátů z obavy, že dojde k závislosti, je neprofesionální, neetické a nelidské. Bohužel se to v praxi ještě někde děje.

Vzpomínám na pacientku s rakovinou slinivky, přijatou do litoměřického hospice. Řadu týdnů se doma pro kruté bolesti v břiše nevyspala. Tady se po injekci morfia vyspala hned první noc. Tím to ovšem nekončilo, nýbrž začínalo. Zbavena bolesti byla schopna přijmout návštěvu kněze, patera Ladislava Kubíčka. Tehdy ještě působil jako farář v nedalekých Třebenicích a zároveň jako hospicový kaplan v Litoměřicích. Díky jeho pomoci se nemocná po mnoha letech usmířila s Bohem a v souvislosti s tím se jí krátce nato podařilo i něco, v což už vůbec nedoufala – po dlouhé době se usmířila i se svou snachou. Na svou slinivku téměř zapoměla a stále opakovala, jak je šťastná.

To ale platí jen v terminálních stádiích nemoci. Dokáže současná medicína zbavit kruté bolesti člověka, který aktuálně neumírá a má před sebou prognózu dlouhých roků s bolestí? Tady už závislost hrozí.

Ano, máš pravdu, u chronické bolesti při ukvapeném a neuváženém nasazení opioidů vznik závislosti skutečně hrozí. Proto tu máme speciální zákon o omamných látkách. Kdyby lékař předepsal opiát na obyčejný recept, lékárna ho nevydá. Musí k tomu použít recept s modrým pruhem.

S většinou chronických bolestí si poradí nemocný buď sám, nebo za pomoci svého praktického lékaře. Je-li však chronická bolest urputná a běžnými prostředky neovlivnitelná, patří do rukou specialisty. Ten bude v první řadě pátrat po příčině bolesti a bude se ji snažit ovlivnit léčbou kauzální, tedy léčbou postihující příčinu. Například doporučí nahradit artrotické koleno endoprotézou. Nelze-li příčinu odhalit či odstranit, teprve pak přijde na řadu léčba symptomatická, tedy léčba příznaků, nikoliv nemoci samotné. Ovšem i zde



algeziolog nejprve vyčerpá všechny ostatní prostředky, než sáhne po opiátech. Léčba to musí být komplexní, nejen medikamentózní. Proto algeziolog úzce spolupracuje s kolegy z jiných oborů – chirurgie, anesteziologie, neurologie, neurochirurgie, radioterapie, psychoterapie a s dalšími. V současné době máme v České republice více než sto specializovaných a odborně garantovaných Center léčby bolesti. Jejich seznam si každý může najít na internetu.

Co člověk s dušností? Dokážeme i jemu pomoci? Bojovat o každý nádech musí být strašlivé!

Kdo se nikdy nedusil, neumí si to představit. I když se lidé nejvíce bojí tělesné bolesti, dušnost musí být příznak subjektivně mnohem horší. Stejně jako u bolesti, léčba dušnosti patří do rukou lékaře. Postup se bude

lišit podle příčiny a podle toho, jestli je chronická nebo akutní, trvalá nebo námahová. Je-li příčina odstranitelná, například způsobená mechanickou překážkou v dýchacích cestách, musí být neprodleně proveden příslušný zákrok. Pokud tomu tak není, přichází v úvahu léčba symptomatická. Nenahraditelné jsou v tomto případě opiáty, ale zdaleka nejen ty. Úzkost pacienta lze výrazně zmírnit anxiolytiky, kortikoidy pomohou tam, kde se na vzniku dušnosti podílí například otok, jindy nemocnému uleví bronchodilatancia nebo léky stimuluující dechové centrum. Jestliže se na dušnosti podílí retence tekutin způsobena kardiálním selháváním, jsou na místě i diuretika. Asi už zabíhám do podrobností...

Ano, pravě tomu přestávám rozumět.

To jsem nechtěla, ale jestli tím výčtem někoho zbavím strachu z dušnosti na konci života, snad to není zbytečné. V léčbě dušnosti dnes nejsme bezmocní a týká se to i domácí hospicové péče. Máme zkušenost, že pouhé zapůjčení koncentrátoru kyslíku nebo i jen ta možnost, zbaví pacienta a jeho rodinu strachu z případné dušnosti a zabrání zcela zbytečné hospitalizaci terminálního pacienta. Objektivně vzato, mnohdy by stejnou službu udělal proud čerstvého vzduchu z otevřeného okna, ale kyslík má v těchto situacích nezpochybnitelný a blahodárný placebo efekt.

Jak postupovat v případech nemoci jako ALS, kdy se nakonec člověk, jemuž mozek stále funguje, stane vězněm svého těla?

Amyotrofická laterální skleróza je závažné neurologické onemocnění. Nemocný v jeho průběhu trpí nejrůznějšími příznaky, existuje přesná metodika, jak

který z nich řešit, ale nemocní a jejich blízcí se právem nejvíc bojí terminálního stadia, kdy hrozí udušení. Nemá smysl jim toto nebezpečí zatajovat nebo bagatelizovat, protože prostě existuje. Pacient se však takového konce vůbec nemusí dožít, může zemřít dříve na úplně jiné onemocnění nebo na některou z četných komplikací ALS.

Ale to předem nemůže nikdo vědět, proto je nutné s nemocným a jeho rodinou včas probrat, který ze dvou postupů v případě hrozby udušení preferují. Zabránit mu lze intubací a zavedením umělé plicní ventilace – nemocný je uveden do umělého spánku a v něm za něho dýchá mašina. Je pochopitelné, že o tento „komfort“, který současná lékařská věda technicky dokáže zajistit, málokdo stojí. Je proto možné formou negativního reverzu předem vyslovit přání umělou plicní ventilací nezavádět. Takové pacientovo rozhodnutí je zaznamenáno do zdravotní dokumentace, kopii má u sebe doma, připravenou například k nahlédnutí lékaři rychlé záchranné služby. Pacientovo přání, vyjádřené negativním reverzem, musí být respektováno.

A druhá možnost na výběr?

Pacient je uveden do umělého spánku, v jehož průběhu zemře na nedostatek kyslíku, tedy na svou nemoc, nikoliv rukou lékaře. Ten se pouze postará o to, aby pacient dušení subjektivně nevnímal, aby netrpěl, ale spal. Zdůrazňuji, že se v tomto případě nejedná o eutanazii, protože zde chybí úmysl nemocného usmrtit. Jak vidíš, ani v tak vyhocené situaci žádný zákon o beztrestnosti eutanazie nepotřebujeme. Vystačíme si s negativním reverzem. Pacient má právo rozhodnout, co si od lékařů ještě líbit nechá, a co nenechá. Není povinen podstoupit všechno, co je technicky možné.

V některých západoevropských zemích už eutanazie několik let funguje. Proč by nemohla u nás?

Zeptám se tě obráceně. Ve většině západoevropských zemí eutanazie nefunguje, proč by měla u nás? Ale ujasněme si nejprve pojmy. Nikde na světě není uzákoněna eutanazie, pouze v některých zemích je uzákoněna beztrestnost lékaře, pokud eutanázii spáchá za přesně zákonem definovaných podmínek. To je velký rozdíl. A jak nesnadný oříšek je to i pro zákonodárce, o tom svědčí kompromis z roku 1998 ve státě Oregon. Neuzákonili si beztrestnost eutanazie, jako třeba v Holandsku, ale beztrestnost asistované sebevraždy, za do držení přísně stanovených kritérií.

V čem je to jiné?

Hlavní rozdíl oproti eutanázii spočívá v tom, že lékař smrtící prostředek (záměrně neříkám lék, protože nejde o lék, ale o jed) nemocnému pouze obstará, avšak aplikuje si ho nemocný sám. Po dvaceti letech je už ve státě Oregon k dispozici dost zkušeností a statistických údajů, abychom si z toho mohli vzít ponaučení. Ty jednoznačně vyvrací mylný předpoklad, že pacientovo rozhodnutí skoncovat se životem je vždycky definitivní, nezvratné a nebude ho chtít změnit. Plná třetina žadatelů tam umírá přirozeně na svou nemoc dříve, než lékař stihne vše v souladu se zákonem splnit a jed mu obstarat. Je tedy zřejmé, že ti lidé toužili po smrti ve chvíli, kdy ji už měli na dosah ruky. Dalších 19 procent žadatelů smrtící prostředek od lékaře sice dostalo, ale rozhodlo se ho nepoužít. Na poslední chvíli změnili názor. To by ovšem v případě eutanazie udělat nemohli! Zákon o beztrestnosti asistované sebevraždy je ve státě Oregon, k velkému překvapení těch, kdo ho kdysi prosazovali, využíván minimálně. Vliv na to má jistě i po-

stoj lékařů. Pouze pětina z nich by byla ochotna smrtící prostředek nemocnému předepsat.

Tohle jsou fakta, snadno dohledatelná, jenže zastánci eutanazie nad nimi mávnou rukou, nechtějí je vidět, protože se jim nehodí do krámu. Nejhlasitěji bývají slyšet před volbami, když honí politické body. V tomto případě jdou za svým cílem – ať mi ten výraz prominou – doslova přes mrtvolu. Nechutné. Nemohu s nimi souhlasit, nemohu je volit. Ale nemám problém jim dosloužit, podobně jako Hospic Anežky České profesionálně a s láskou dosloužil paní senátorce, která u nás uzákonění beztrestnosti eutanazie, dokud byla zdravá, prosazovala.

A kdyby byly pro eutanazii přesně nastavené podmínky a hlídalo se jejich dodržování? To podle tebe není možné?

To se ještě nikde nepodařilo. Teoreticky se dá uhlídat a zpětně zkontrolovat pouze to, co je na papíře. Ne, co se stalo ve skutečnosti. Mrtvý už nepromluví. I tady se můžeme opřít o zkušenosti z Holandska, kde si to vyzkoušeli. Ani se nesnaží ono trestuhodné a bohužel velmi časté porušování zákona zatajit. Přiznávají chyby, uvádějí čísla, procenta. Je evidentní, že se nůžky mezi legislativou a praxí rozvírají. V roce 1982 proto byla sepsána takzvaná Rotterdamská kritéria. Že nejsou dodržována, potvrzuje Rimmelinkova zpráva z roku 1991, která zkoumala všechna úmrtí za předchozí rok. Zjistila, že ve více než 38 procent ze všech úmrtí, akutních i neakutních, došlo ke zkrácení života buď skutkem, nebo opomenutím. V případě úmrtí neakutních bylo číslo ještě otřesnější: celých 54 procent.

Malér je, že to všichni vědí a nikdo to netrestá. A pokud trestá, tak pouze symbolicky, a po takzvaném

kluzkém svahu se to dál řítí jak namydlený blesk. To by nás čekalo taky. Začalo by to eutanázií vyžádanou pacientem, který je plně při smyslech, pokračovalo by nevyžádanou eutanázií těch, „kteří by si to určitě přáli, jen to nedokážou říct“, brzy by přišli na řadu „neproduktivní“, o nichž někdo rozhodl, že jejich „život není hodný žití“, protože nevytvářejí žádné hodnoty. Stát jako správce veřejného sociálního pojištění a důchodového zabezpečení by to mlčky toleroval. O zdravotních pojišťovnách nemluvě. Pro ty by to bylo ekonomicky zvlášť výhodné.

Nekřivdíš jim?

Absolvovala jsem řadu konferencí na téma eutanazie a nevzpomínám si, že by se následně diskuze aktivně zúčastnil někdo za zdravotní pojišťovny. Že by se zastal svých pojištěnců. Pouze tiché mlčení, vyčkávací postoj, sledování cvrkotu. Nezájem? Nebo naopak zájem? Jako jejich klient si dovoluji položit otázku, co je jejich prioritou? Jsou to jejich peníze, nebo moje zdraví? Uzákonění beztrestnosti eutanazie by nutně vedlo k otupení lidského svědomí. Lidí by si zvykli, že zabít slabého je „normální“. Nechci ani domýšlet, co by to udělalo s některými lékaři, co by to způsobilo v rodinách, v nichž už dnes „dědeček a babička ujdají z krajíčka“.

Proč by se některý lékař nemohl specializovat na eutanazii, podobně jako se jiní zaměřují na stomatologii či třeba pediatrii?

Co by nemohl? Mohl. Spiš jde o to, zda a kdo by byl ochoten. Doba se ale rychle mění a někteří lidé s ní. Přizpůsobují se. Krátce po revoluci mi volali z Českého rozhlasu. Přípravovali pořad o eutanazii, měli lékaře, který byl proti, a nemohli najít druhého, který

by byl pro eutanazii. V té době jsem věděla o jediném kolegovi, který se netajil tím, že je pro uzákonění eutanazie. Byl to poměrně známý psychiatr, dnes už nežije. Dala jsem jim na něj kontakt. Za chvíli mi telefonoval a prosil, ať už ho víckrát do podobných debat nedoporučuju, protože nechce být nazýván „doktor Smrt“. Dnes bych ti bohužel mohla zastánců uzákonění beztrestnosti eutanazie z řad lékařů vyjmenovat celou řadu. Je mi z toho smutno, nechápu je, ale taky nejsem slepá.

Co tím myslíš?

V médiích se čas od času objeví zprávy o únosech lidí za účelem obchodu s orgány. Aby byly použitelné, nemůže je odebírat kdejaký řezník, ale speciálně vyškolený lékař.

To je ale jen spekulace.

Je, ale nepopřeš, že i mezi lékaři se najdou zrůdy – za nacismu v koncentračních táborech byli lékaři ochotni dělat pokusy na lidech. Opravdu si nedělám iluze. Pokud by specializace na eutanazii byla oficiálně uznána, měla svou atestaci a pojmenování, aspoň by bylo jasno. Takový „lékař“ – to slovo dej prosím do uvozovek – by měl zdaleka viditelnou nálepku a pacient by se nemusel bát každého bílého pláště. To bohužel není nadsázka. Strach z lékaře by se v případě uzákonění eutanazie okamžitě stal realitou. I tohle je doložitelná zkušenost ze zemí, kde tuto „vymoženost“ mají.

Pravda, motivace studovat lékařství proto, aby druhým pomáhal do hrobu, by byla dost ošemetná...

Co my vlastně víme o motivaci jednotlivých lékařů? Kdo ji zkoumá? A je vůbec možné ji prozkoumat?

Jak? Pomocí dotazníků nebo pohovorů? A nemůže se během života a pracovní kariéry změnit? To se přece běžně stává.

Nevěřící se uprostřed života stane křesťanem a z gruntu přehodnotí žebříček hodnot. Mohl jít před dvaceti lety studovat medicínu z čistě pragmatických důvodů a dnes to vidí jinak. Nebo naopak, jde studovat s nejmistšími ideály, léta obětavě slouží, a pak podlehne syndromu vyhoření, pacienti mu jsou na obtíž.

Za to, co ti teď řeknu, mě nejspíš bude někdo chtít kamenovat, ale je to pravda, za kterou si stojím. Většina gynekologů, kteří šli s největší pravděpodobností studovat medicínu proto, aby uzdravovali nemocné, dnes dělá cosi diametrálně odlišného. Některým lidem ani nedovolí, aby se narodili. Kyretou je usmrtí dřív, než se stačí poprvé nadechnout vzduchu.

Co si myslíš o sebevraždě?

V konkrétním případě bych si nedovolila vynést jakýkoliv soud, protože neznám všechny okolnosti, které onoho nešťastníka k tak zoufalému kroku přivedly. Mohu udělat jedinou rozumnou věc – odevzdat zemřelého Božímu milosrdenství a doufat, že za svůj čin nebyl plně odpovědný. To lze předpokládat například u těžké, neléčené deprese nebo u jiných duševních onemocnění. Taky mohu doufat, že v prostoru mezi smrtí klinickou a tou definitivní ještě stihl neuváženého činu litovat a vědomě přijmout Boží odpuštění.

Obecně lze říct, že u sebevraždy s největší pravděpodobností došlo k nějakému selhání. Mohlo selhat okolí, které podcenilo příznaky počínající deprese. Mohl selhat lékař nebo pacient sám. Zanechá-li sebevrah dopis na rozloučenou, nešlo o náhlé hnutí mysli, ale o čin připravovaný delší dobu. Avšak ani tehdy ne-

můžeme nikoho soudit. Sebevrahovi můžeme pomoci jedinec modlitbou. Jsou tu ale ještě jeho blízcí. Rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé. Ti budou naléhavě potřebovat pomoc a možná i dlouhodobou podporu psychologickou, lidskou a duchovní. Výčitky svědomí, až oprávněné či neoprávněné, by v krajním případě mohly k sebevraždě dohnat i je.

V čem je hlavní etický rozdíl mezi asistovanou sebevraždou a sebevraždou jako takovou?

Zatímco sebevraždu lze nazvat záležitostí soukromou, u asistované sebevraždy tomu tak není. Spolupachatelem je další člověk, který si po zbytek života ve svědomí nese obrovskou zátěž. Možná se mu ji po nějakou dobu bude dařit vytěšňovat a zdůvodňovat, ale nejpozději na smrtelné posteli se s ní utká znovu.

Jsem liberál, řekl mi jeden známý člověk v diskuzi o (ne)oprávněnosti eutanazie. Přímo takto to nevylovil, ale došlo mi, že nevidí rozdíl – respektive tomu předřazuje možnost svobodného rozhodnutí – mezi možnostmi žít, zabít se či si nechat ke smrti dopomoci. Proč by se každý prostě nemohl svobodně rozhodnout?

Nezvládnutelnou bolestí argumentují zastánci eutanazie v posledních letech už zcela výjimečně, protože vědí, že jim to vyvrátí i medik z vyššího ročníku. Nově se ohánějí svobodou jednotlivce, kterou nadřazují nad život samotný. V tomto bodě se zákonitě dostávají do střetu s těmi, kteří si daru života cení víc než daru svobody. Pravda je, že svobodu má každý člověk, pokud není zbaven svéprávnosti, např. z důvodu těžké demence či psychózy. Každý se může svobodně rozhodnout k čemukoliv, nejen k eutanazii nebo sebevraždě, ale do-

konce i k vraždě, ke lži, k pravdě, k dobru, ke zlu. Musí ale počítat s tím, že za své rozhodnutí ponese důsledky. Těm se vyhnout nelze. Svoboda jednoho končí tam, kde začíná právo druhého.

V diskuzi s jiným zastáncem eutanazie jsem užil následující argument. Představ si, že jsi prezidentem. Vyznamenáš 28. října lidi, kteří vynikli v různých profesích, ale toho, kdo zabíjí – byť legálně – druhé, asi ne. Nebo snad ano? Dotyčný mi odpověděl, že se to takhle už děje, když prezident vyznamenává odbojáře či vojáky. Šokovalo mě, že naše umírající dotyčný člověk pokládá vlastně za nepřítele.

Hm, další liberál. Doufejme, že to dotyčný plácnul jen tak, bez rozmyslu. I když, co my víme? Za „vlády neviditelné ruky trhu“ může být nevyléčitelně nemocný, který už nikdy nebude platit daně a bude jen ze společné kasy odčerpávat, snadno někým vnímán jako úhlavní nepřítel. Odtud už je pak jen krůček k vyznamenávání těch, kteří nás takových „nepřítel“ zbaví. Nebylo by to nic nového pod sluncem, už jsme to tu přece měli. Nejen za Hitlera. Zhoubný plod takového uvažování vidím v pozvolné ztrátě schopnosti rozlišovat mezi dobrem a zlem. Usmrcení „neperspektivního“ pacienta může být pro někoho dobro prokázané jak jemu, tak celé společnosti. Naopak láskyplná, dlouhodobá péče je drahá. Společnost, ve které žijeme, je názorově rozdělena, někdy rozhádaná, což jistě ideální není, ale svobodu slova tu naštěstí máme. Za to, co jsem ti teď řekla, by mě dřív zašili, až bych byla černá.

Kdyby společnost na eutanazii kývla, mělo by to podle tebe dopad na vztahy mezi lidmi, na mezigenerační solidaritu jako takovou?

Jsem si jista, že by to mělo na mezilidské vztahy

dopad obrovský. Samozřejmě negativní. A nemám teď na mysli jen hyeny, které se nedočkavě třesou na dědictví. Nemám na mysli jen to, že by nemocnému mohla rodina nenápadně naznačovat, že jeho nemoc trvá příliš dlouho a leze to do peněz. Mám na mysli i samotné nemocné, svou rodinu milující a rodinou milované, kteří by se mohli cítit být jaksi povinni vyklidit mladým pole, nezatěžovat, nepřekážet. Zcela jistě by došlo k posunu ve smýšlení. Jakmile něco zákon dovoluje, v podvědomí většiny lidí je to automaticky chápáno jako „normální“. Vidíme to na interrupčním zákoně. Zpočátku to možná ještě někým otrásl, pak si lidi zvykli.

Vyprávěl mi kolega z jednoho hospice, že za ním přišli příbuzní s otázkou: „Pane primáři, podívejte se na tu naši babičku. Nedalo by se to nějak zkrátit?“ Nevím, jestli bych si troufla, ale on si servítky nebral: „Samozřejmě, že dalo. Ale víte co? Uškrťte si babičku sami.“ Teprve pak jim docvaklo, co to po něm vlastně chtěli.

Jak je to s tzv. oživováním? Lékaři se pokusí zachránit člověka dejme tomu i po rozsáhlém mozkovém krvácení, kdy je jasné, že dotyčný už bude mít vážně poškozený mozek.

Problém je v tom, že to většinou jasné není. Aspoň ne v první chvíli, kdy se záchranáři pro resuscitaci rozhodují. Nejsou vševědoucí. Musí se pokusit život zachránit, i když nevědí, jak to nakonec dopadne. Po světě chodí spousta lidí, kteří byli úspěšně resuscitováni nejen po rozsáhlém mozkovém krvácení, ale i po úrazech, tonutí, zasažení elektrickým proudem nebo bleskem apod. Příkladů je hodně. S přibývajícím možností záchrany přibývá i počet těch, kteří

by před pár lety rychle a bez bolesti zemřeli, ale dnes přežijí. Bohužel ne vždycky je to výhra. Někteří zůstanou dlouhodobě v tzv. vegetativním stavu, kdy je nenávratně zničena šedá kůra mozková, ale vývoje nižší, životně důležitá centra v mozkovém kmeni, fungují. Málokdo by si asi přál být v takovém stavu měsíce nebo roky někde hospitalizován. Ty jo? Já určitě ne.

Odpojení od přístrojů, které za člověka dýchají, rozvádějí krev, žijí v podstatě za něj, je tedy podle tebe přijatelné? A kdo o tom má rozhodnout, není-li pacient schopen komunikovat?

Každý lékař ti řekne, že tohle je na medicíně nejtěžší. Proto je nutná týmová spolupráce, nikdy o tom nemůže rozhodovat jeden lékař. Samozřejmě zde existují standardy a metodické pokyny, ale v posledku stejně rozhoduje lékařovo svědomí. To je nutno celoživotně kultivovat, aby bylo funkční.

V mnoha případech by lékařům pomohlo pacientovo předem vyslovené přání. Zvláště v situaci, kdy se názor jednotlivých rodinných příslušníků diametrálně liší – odpojit, neodpojit. Výraz „předem vyslovené přání“, známý taky jako „living will“, je pojem právníkový, zakotvený v novele Zákona o zdravotních službách. Každý má právo za určitých okolností nebýt resuscitován či jinak zachraňován. Od tohoto zákona si lékaři slibovali víc, než ve skutečnosti přinesl. Jsou tu dva problémy. Jednak o této možnosti mnoho lidí vůbec neví, a pokud ví, tak ji včas nevyužijí.

Což je zjevně i můj případ.

Pokud si to přeješ, měl bys tedy vyplnit složitý příslušný formulář, podpis nechat ověřit notářem a doku-

ment uložit ve své zdravotnické dokumentaci. Kopii bys měl mít stále u sebe, protože nemůžeš vědět, kdy se co přihodí.

Ty něco takového v kabelce nosíš?

Nachytals mě na švestkách. Měla bych to napravit. Zatím tam nosím pro případ náhlé nehody jen prosbu o přivolání katolického kněze. Je tu ale ještě druhý problém. Ten je v množství podmínek, které podle zákona musí být splněny, aby lékař mohl pacientovo přání respektovat. Na zkoumání, zda jsou ony podmínky splněny, nebo ne, není při zástavě srdeční činnosti čas. Z obavy, že respektování pacientova předem vysloveného přání pak někdo soudně napadne, na něj lékař někdy nedbá. Prostě se kryje.

Co by pomohlo? Další novela, nebo spíš odvaha?

Obojí.

Ukončení marné léčby tedy není eutanazie.

Ukončení marné, zbytečně pacienta zatěžující léčby eutanazie není. Naopak, neukončení marné léčby je chybou lékaře. Nazývá se to dystanazie neboli zadržovaná smrt. Byla to pravě hrozba dystanazie, která stála u kolébky hospicového hnutí. V různých částech světa na hrozbu dystanazie reagovali lidé různě. Ve Spojených státech u sebe začali nosit lísteček se třemi písmenky DNR, což vyjadřuje přání neresuscitovat! V Holandsku si ze stejné obavy odhlasovali beztretnost eutanazie a ve Velké Británii začátkem šedesátých let minulého století vzniklo hospicové hnutí. Odtud se rozšířilo do celého světa.

Bohužel i dnes se běžně v mnoha zdravotnických zařízeních s dystanazií setkáváme. Chápu, že pacient a jeho rodina to nemusí včas rozpoznat, nebo se z ne-

znalosti věci dokonce marně léčby dožadují. Pak je to ale věcí komunikace mezi nimi a lékařem. Ta ovšem vyžaduje čas a toho se mnohdy lékařům nedostává. Nemocní zbytečně trpí. Nechápu ale, že si v tom pořádek neudělají zdravotní pojišťovny. Platí drahou, prokazatelně marnou léčbu, často i zbytečně zatěžující vyšetření par dnů před smrtí. Tady se vyhazují peníze, které pak ve zdravotnictví chybí jinde.

Jaké to asi musí být: rozhodnout o smrti svého blízkého!

To záleží na okolnostech. Stává se, že lékař alibisticky pokračuje v marné léčbě, aby ho příbuzní neobvinili, že něco zanedbal. Pokud ho však rodina ujistí, že udělal, co bylo v možnostech současné medicíny, uleví se všem: pacientovi, lékaři i rodině. V praxi to bohužel není tak jednoduché. Jak může nezdravotník vědět, že lékař vyčerpal všechny prostředky a další léčba je nemocnému spíš ke škodě? Vědět to nemůže, ale vytušit ano. Láska vnímá srdcem. V pochybnostech je zapotřebí konzultovat nezávislého lékaře a nechat si poradit. Většina lidí si přeje pro svého nemocného to, co je pro něj nejlepší. Někdy méně znamená více. Upustit od marné léčby a přijmout neodvratnou smrt je opravdu úlevné. A naopak, pokud by se stalo, že by se pacientova rodina spolčila s lékařem ochotným spáchat eutanazii, zatížila by si svědomí.

Co je to přirozená smrt?

Díky pokroku medicíny je to dnes přece něco úplně jiného než dejme tomu před pěti sty lety. Nemůžeme určitě prohlásit, že použití skalpelu či antibiotik je nepřirozené. Přirozená smrt je vlastně jen následek „sešlosti věkem“. Nikoliv smrt následkem nemoci, ale celkovým opotřebováním organismu stářím. To se však podaří

málokomu. Většina lidí umírá na nějakou nemoc, přírodně na úraz, což rozhodně nelze označit jako přirozené. Dnes musíme častěji řešit otázku, co ještě léčit, a co už neléčit, protože by to bylo ke škodě, nikoliv k užítku pacienta. Ta hranice se s rozvojem lékařské vědy posouvá dál a dál. Právo veta však náleží pacientovi. Lékař je povinen poskytnout mu srozumitelné a úplné informace. Existuje reverz pozitivní, kterým nemocný vyslovuje souhlas s léčbou, a reverz negativní, kterým léčbu odmítá. Na obojí má právo a my musíme jeho rozhodnutí respektovat.

Nikdo není neomylný. Nemůže se mýlit i paliativní medicína? Myslím v tom smyslu, že by se zdravotní stav pacienta, kdyby byl například dál ozařován, přece jen nakonec zlepšil?

Za těch více než dvaadvacet let, co u nás hospice fungují, vím o jediném případě, kdy se lékař zmýlil a pacienta poslal do hospice, kam nepatřil. Zmýlit se může každý, ale v tomto případě to nebyla chyba lékaře z oboru paliativní, nýbrž akutní medicíny. Jednalo se o lymfom, jeden z nejkurabilnějších, tedy dobře léčitelných nádorů. Hospic si tehdy vyžádal konziliární vyšetření pacienta na onkologické klinice a ta pacienta okamžitě převzala do péče. Nevím, žije-li dodnes, ale nejmíň deset roků ještě spokojeně žil. Stát se taková chyba může, i když by neměla.

Součástí lékařské profese je i prognostika. Dokázala bys předpovědět, jak se bude vyvíjet postoj společnosti k eutanazii?

To je spíš otázka pro nějakého sociologa, ale budiž. Pokusit se můžu. Máme parlamentní demokracii. Zvolíme si poslance a ti pak další čtyři roky rozhodují za nás.

Poslední prezidentské volby dopadly téměř půl napůl. Převáží-li v příštích parlamentních volbách, byť o jeden jediný hlas, počet voličů, kteří nadřazují svobodu jednotlivce nad principy desatera, zákon o beztrestnosti eutanazie ve Sněmovně projde. Polovina národa s tím sice souhlasit nebude, ale někteří si časem zvyknou. Ocitneme se na onom kluzkém svahu, stejně jako v zemích, kde ten zákon už delší dobu mají. Není pravda, že se nemáme kde poučit z chyb druhých, pravda je, že lidé jsou většinou nepoučitelní.

Co v tomto směru může každý z nás, dokud ještě ne- umíráme, dělat?

Využívat své volební právo, denně kultivovat své svědomí. Každý může poznat hospice zblízka, přesvědčit se na vlastní oči, že tělesné příznaky smrtelného onemocnění lze účinně léčit, stejně jako bolest psychickou, sociální a duchovní, že je možné umírat důstojně, smířen s lidmi i s Bohem. Tuto osobní zkušenost předávat dál, edukovat nepoučené lidi ve svém okolí, podporovat hospicové hnutí. Rázně se ohradit proti marné léčbě, netolerovat dystanazii, zastat se nemocného, který už nemá sílu se bránit. A ten, kdo se umí modlit, by se měl modlit i za ty, kdo to neumí nebo zanedbávají. Jsem přesvědčena, že síla modlitby je tou největší silou, kterou my smrtelníci máme na tomto světě k dispozici. Disponují jí i naši zdánlivě bezmocní umírající. Jednou se budeme divit, co všechno pro nás na své smrtelné posteli vybojovali!

*Knižní rozhovor **Neboj se vrátit domů** vyšel v nakladatelství Kalich v roce 2018.*



**Jak vypadaly oslavy výročí 17. listopadu v podání studentů nejen
3. lékařské fakulty na Albertově. Očima fotografky Marie Raškové**



















WC čili věc veřejná

Jaroslav Veis

**Motto: Záchod, zejména ten veřejný, je přehlíženou, leč neobyčejně často úpěnlivě vyhlíženou součástí civilizace.
(Forcefam White)**

Neúspěšný pokus o recenzi

Řeknu to rovnou: některé cíle jsou příliš vysoké, i když máme tendenci hledět na ně spatra a pokus o recenzi veřejných záchodků patří mezi ně. Už proto, že jejich zásadní vlastností je jejich tékavost, přírodovědci definovaná jako schopnost látky vypařovat se. Ač zdravý rozum praví, že veřejných záchodků je nespočet, ve chvílích, kdy je nejvíc potřebujeme, se často vypaří. I proto jsem pokus o objektivní recenzi poměrně brzy vzdal a rozhodl se místo exaktního hodnocení pro několik poznámek k tématu.

Poznámka hodnotící: Zdá se, že kvalita veřejných záchodků souvisí s návratem demokratických poměrů a zejména tržní ekonomiky. Zatímco v letech totality a později normalizace je charakterizovala především jejich ohavnost a zejména čpavost, jsou dnes převážně čisté a nečpí. Někdy dokonce svými uměle chemickými sanitárními vůněmi až obtěžují, takže by směle mohly sloužit jako názorná ilustrace latinského rčení *Pecunia non olet* čili peníze nepáchnou, připisovaného císaři

Vespasianovi, který údajně vynalezl poplatek za jejich používání.

Poznámka závistivá: Přes jasně znatelný pokrok, pokud jde o kvalitu a čistotu, nedosáhli jsme dosud stavu, kdy veřejné záchodky jsou tak obdivu hodné, že se stávají, když ne turistickou atrakcí, tak alespoň předmětem zájmu náhodných příchozích i odborníků. Nemáme u nás dosud obdobu záchodu v motelu Madona Inn v kalifornském San Luis Obispo, který je tak originálně kýčovitý, že návštěvníci města jsou nabádáni k jeho návštěvě, ani žádný z českých, moravských a slezských veřejných záchodků nebyl zařazen do každoročního výběru 10 „best public toilets“, zveřejňovaných na britském serveru věnovanému architektuře a designu DesignCurial. Ani se mi dosud nestalo, aby mi někdo doporučil restauraci se slovy, „a nezapomeňte tam zajít na záchod, je to skvělý design“, jak se mi to jednou přihodilo v New Yorku.

Poznámka dopálená: Tvůrčí zápal se u nás zatím vybívá pouze v piktogramech na dveřích, kde kdysi stačil jen panáček či panenka, když už ne strohé M a Ž. Býva-

jí tak vynalézavé, že by se někdy člověk skoro počůral, než přijde na to, které dveře to jsou. Pokud se kreativita bude rozvíjet stejným tempem jako dosud, lze předpokládat, že nás úspěšně mine debata, která už začala ve vyspělém světě: zda rozdělení veřejných záchodků podle (pouhých) dvou pohlaví není náhodou diskriminační. Všichni budou rádi, že vůbec poznají dveře na jakákoli záchod, když už dnes nepáchne.

Poznámka pochvalná a závěrečná: IBD je organizace pacientů, kteří trpí nespecifickými střevními záněty a dostupnost záchodu je pro ně velmi podstatná. Díky její péči vznikla mobilní aplikace „wckompas.cz“, na níž lze nalézt víc než tisíc veřejných záchodků po celém Česku. Najdete v ní záchody nejen veřejné ze své podstaty, ale třeba v restauracích a kavárnách, kam můžete zajít, aniž si při té příležitosti musíte objednat alespoň malé pivo nebo espresso. Co víc, na tvorbě této nadmíru užitečné mapy se může podílet každý – i vy.

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

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

Ročník 28, číslo 4, prosinec 2018

Redakční rada:

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

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

MUDr. Lucie Hubičková Heringová, Ph.D.; Anna Ouřadová; doc. MUDr. Hana Provazníková, CSc.;

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

Šéfredaktorka:

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

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

Grafický návrh: Carton Clan, Petrohradská 3, Praha 10

Sazba: Jan Murdych

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

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

Objednávky na distribuci a inzerci: přijímá šéfredaktorka

Časopis je zájemcům zasílán bezplatně.

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

Registrace: MK ČR E15377

ISSN 1212-5083

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

