

VITA NOSTRA REVUE

MALÝ EDEN STUDENTSKOU KAVÁRNOU A KOMUNITNÍM CENTREM – SVĚTOVÝ DEN BEZ TABÁKU – SVK –
VZPOMÍNKA NA PROF. HORÁKA – ŽENY, ZÁCHRANNÉ SLUŽBY A URGENTNÍ MEDICÍNA –
ANKETA: MATEŘSTVÍ V LÉKAŘSTVÍ – O PODPŮRNÉM PALIATIVNÍM TÝMU NA 1. INTERNÍ
KLINICE – VZPOMÍNKA NA PROF. VOJTU – 25. VÝROČÍ OŠETŘOVATELSKÝCH STUDIÍ –
KOMENTÁŘE PŘEDNÍCH ČESKÝCH NOVINÁŘŮ – OBRAZY JAROSLAVA RÓNY



Máte chuť na lehký oběd?

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

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

Přijďte do Malého Edenu,
rádi Vás uvidíme.

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

Otevřeno: po-čt 9-21
pá 9-15

Po domluvě možno déle

více informací:

MUDr. Ondřej Balík - 774 449 364



EDITORIAL	25. výročí ošetřovatelských studií na 3. LF UK (Hana Svobodová) . . . . .	.2 .61
FACULTAS NOSTRA		
Malý Eden se proměňuje v rukách studentů v útulnou kavárnu a komunitní centrum (Diana Rochovanská)	Proč by měly zdravotní sestry studovat vysokou školu (Michal Anděl). . . . .	.4 .64
31. květen – Světový den bez tabáku (Tereza Kopřivová Herotová, Dagmar Schneiderová, Ilona Bartošová)	Anketa: Co si myslí o vysokoškolském vzdělání samy sestry (Jolana Boháčková). . . . .	.7 .67
Zájem o vědu roste. Na studentské vědecké konferenci představilo své práce zase o něco více studentů než loni (Romana Šlamberová).	TEXT	.10
Jak se liší mužské a ženské srdce (Jolana Boháčková)	Lidé z Hagiboru: úryvek z knihy Nenápadně tvrdohlavá dáma prof. Olga Hníková (Jaroslav Veis) . . . . .	.14 .69
2. interní klinika se stala prvním českým členem evropské sítě center pro vzácná endokrinní onemocnění (Michal Kršek)	RES PUBLICA	.17
Výjimečný lékař Jiří Horák	Privatizace zdravotnictví v režii ČSSD (Miroslav Palát) . . . . .	.19 .75
MEDICÍNA	Jacísi cizinci (Jiří Hanák). . . . .	.75
Ženy, záchranné služby a urgentní medicína (Jana Šeblová)	Makro (Tomáš Sedláček) . . . . .	.27 .78
Anketa: mateřství v lékařství (Anna Ouřadová)	Vládněš Čechům? Nezapomeň bič! (Petr Holub) . . . . .	.32 .80
„Dobrá smrt“ by měla být přirozenou součástí života O podpůrném a paliativním týmu na I. interní klinice (Martin Havrda, Jana Heřmanová, Kateřina Ledererová)	Tajemství volebního úspěchu (Ondřej Vaculík) . . . . .	.37 .82
Ať se lékařům za rozhovor s pacienty platí (Ondřej Nezbeda)	ORBIS PICTUS	.43
Onkologická onemocnění v těhotenství a fertilitu zachovávající terapie gynekologických nádorů (Robin Malina, Michael Halaška)	Výtvarník Jaroslav Róna vystavuje v centru Prahy nové plastiky i malby . . . . .	.50 .85
Reflexní lokomoce podle profesora Václava Vojty (Šárka Špaňhelová).	Když jsem to zvládl já, můžeš to zvládnout i ty (Michele Reboli). . . . .	.53 .94
Terapeutické koncepty profesora Vojty v kontextu doby (Marcela Grünerová)	POST SCRIPTUM	.58
	Léto je tady aneb cesta na severozápad (Jaroslav Veis) . . . . .	.96
VZDĚLÁNÍ		

Editorial

Vážené čtenářky, vážení čtenáři, milé kolegyně, milí kolegové,

vítám vás při čtení druhého letošního čísla časopisu 3. lékařské fakulty, které vychází o prázdninách, takže máte víc času a klidu na čtení. V tomto vydání řešíme několik závažných věcí. Především publikujeme projev děkana fakulty profesora Anděla, který pronesl na konferenci zdravotních sester při příležitosti 25. výročí založení oboru ošetrovatelství na 3. lékařské fakultě. Myšlenky v něm vyjádřené jsou velmi závažné a určitě hodné následování. Jsme velmi rádi, že studium sester došlo až do vysokoškolské úrovně a myslím, že se vším, co profesor Anděl ve svém projevu nastínil, lze zásadně souhlasit. Ovšem všichni, kteří organizují vysokoškolské sesterské studium, ať už bakalářské nebo magisterské, by měli plnit zásady vyjádřené v tomto článku. Rozpor, který někdy vzniká mezi názory, zda sestry mají nebo nemají mít vysokoškolské vzdělání, vychází také z toho, že ne vždy jsou při organizaci vysokoškolského studia splněny všechny nutné a nezbytné zásady. Pro 3. lékařskou fakultu to podle mě neplatí, nicméně jiné lékařské fakulty se s problémy potýkají. K tématu se v krátké anketě v tomto vydání vyjadřují i některé sestry.

Dalším důležitým tématem na stránkách Vita Nostra Revue je otázka feminizace medicíny, kterou řeší nejen u nás, ale i v mnoha dalších vyspělých státech. O tom, že ženy jsou schopné vykonávat jakékoliv lékařské zaměstnání, není pochyb. Výstižně o tom hovoří nová členka naší redakční rady MUDr. Jana Šeblová, Ph.D., v článku „Ženy, záchranné služby a urgentní medicína“,

kde ukazuje, že i v tak náročném a zdánlivě mužském oboru, jako je urgentní medicína, mohou ženy plně soutěžit s muži a dělat naprosto stejnou práci. Dokazuje to sama na sobě. Kromě toho na stránkách našeho časopisu najdete anketu mezi ženami matkami, ve které byly osloveny vynikající učitelky a odbornice naší fakulty. Jejich odpovědi naznačují mimo jiné i to, co všechno bychom měli dělat, abychom zdánlivý handicap ženám, které se kromě práce musejí starat také o děti, minimalizovali a kompenzovali. Naše vynikající kolegyně na svých příkladech rovněž ukazují cesty, kterými by se naše snaha mohla ubírat.

Z výukové a výzkumné činnosti bych chtěl ještě zdůraznit článek profesorky Šlamberové o velmi úspěšné studentské vědecké konferenci. Někdo na začátku konference říkal, že se jedná o poměrně novou tradici. Ovšem tradice studentských vědeckých konferencí je velmi stará. Já sám jsem soutěžil na celostátních vědeckých konferencích v 50. letech s takovými velikány oboru, jako byli profesoři Marek a Klener, profesor Švihovec, profesor Kršiak a mnozí další. Řada současných vynikajících představitelů české vědy tímto způsobem soutěže prošla. Chtěl bych také zdůraznit nesmírně závažnou úlohu školitelů, kterým je nutno velice poděkovat, protože vlastně tvoří základ vysokoškolské kontinuity začínající na pregraduální úrovni, která potom po studiu přechází na úroveň postgraduální. Jsem velmi rádi, že naše konference byla v tomto směru úspěšná.

V tomto vydání rovněž publikujeme vynikající článek Šárky Špaňhelové o reflexní lokomoci podle

profesora Václava Vojty, který by se letos dožil 100 let. Tento vynikající český pediatr, fyzioterapeut a lékař pohybové medicíny vymyslel vlastní metodu, kterou uplatňoval nejen v Čechách, ale i ve světě, zejména v Německu. K tématu má historickou poznámku také profesorka Marcela Greenová- Liprtová. Zdůrazňuje ještě některé další aspekty, ze kterých Vojtova metoda vlastně vznikla a rozšiřovala se.

Za úplně zásadní článek považuji rozhovor s lékařkou Irenou Zavadovou o tom, jak citlivě mluvit o smrti. Rozhovor Ondřeje Nezbedy s primářkou hospice Cesta domů vyšel v nové knize Ondřeje Nezbedy „Průvodce smrtelníka“. Myslím si, že primářka Zavadová nastiňuje několik velmi důležitých věcí. O pacienta bychom se měli starat v průběhu celé ontogeneze, to znamená od narození až do pozdního věku a umírání. Musíme si jako lékaři a sestry uvědomit, že člověk nestoná jenom vlastní nemocí, ale že jeho nemoc je doprovázena mnoha somatickými a psychologickými faktory. Chtěl bych upozornit, že v knize Bolest, kterou jsem redigoval (monografie Algeziologie), jsem do motta v druhém vydání napsal, že bolest není jen problém, ale i příležitost, jak ji překonat, ale pak jsem napsal i tuto větu: „Odstraňujeme bolest, ale neodstraňujeme mnohdy utrpení“ a to je velmi důležité. A to právě zdůrazňuje ve svém rozhovoru primářka Zavadová. Moderní medicína se samozřejmě musí vyvíjet ve svých specializacích, musí se skutečně snažit o *Evidence Base Medicine*. Ale to je jen obecný trend a doporučené postupy, které ovšem nejsou všemocné. Důležitý je i druhý aspekt – zkušenosti. Při přednáškách medikům zdůrazňuji, že medicínu se musíme učit celý život. Musíme se učit základní a důležité poznatky, ale tu vlastní medicínu se učíme celý život právě získáváním zkušeností. Nejhorší



je, že se vlastně celoživotně zkušenosti učíme a pak si je většinou s sebou odnášíme na onen svět. Ale takový už je život. Snažme se, abychom v medicíně správně plnili nejen úkol znalostní, ale také psychologický. Rozhovor s paní primářkou Zavadovou to skvěle dokumentuje.

V tomto vydání máme samozřejmě také několik článků o obecných tématech – jako vždy vynikající článek ekonomu Tomáše Sedláčka, velmi roztomilý článek Jiřího Hanáka a další články od Ondřeje Vaculíka či Miroslava Paláta.

Myslím, že textů k počtení je v našem časopise dost. Přeji vám hezké léto a dostatek času na odpočinek, ale také na psaní. Na podzim se s vámi těším na shledanou.

Richard Rokyta

předseda redakční rady Vita Nostra Revue



Malý Eden se proměňuje v rukách studentů v útulnou kavárnu a komunitní centrum

Diana Rochovanská, studentka všeobecného lékařství na 3. LF UK

Možná jste si všimli, že budova přes ulici naproti fakulty ožila. Nevyužité prostory bývalé pivnice Malý Eden se probudily, trousí se tam davy studentů a občas nějaký kolemjdoucí soused. A co že se tam tedy děje?

Studentský spolek Cesta ven zde 15. května v 15:00 za velké slávy a přítomnosti vedení fakulty i samotného děkana prof. Michala Anděla otevřel kavárnu a komunit-

ní centrum Malý Eden. Zatím funguje pouze provizorní provoz, od října by se ale mělo otevřít s plnou parádou a stabilnějšími židlemi. Ale pěkně popořadě.

Nápad využít opuštěné prostory vzešel již v roce 2015 z vedení fakulty a studentského spolku Trimed. Bohužel ani jedni neměli čas a prostor se něčemu takovému naplno věnovat. Vyhlásila se anketa mezi studenty

a díky ní se objevil Viktor Šebo a MUDr. Ondřej Balík s plánem založit zde kavárnu. Plány měli velkolepé, leč jejich převedení do reality vyžadovalo rok přípravování, promýšlení a přibrání dalších členů. Vznikla Cesta ven, nyní již oficiální studentský spolek 3. lékařské fakulty. Jejím cílem je vytvářet prostředí pro setkávání akademické obce se širší veřejností, pro kulturní, vzdělávací a komunitní činnost. Ze široka definované, leč díky tomu poskytuje spolek prostor pro realizaci nejrůznějších akcí. Vlajkovou lodí je jistě multižánrový benefiční festival Dudlík fest, o jehož aktuálně připravovaném třetím ročníku se můžete dočíst v boxu. V loňském roce jsme z výtěžku podpořili částkou 33 tisíc korun Dětské oddělení Psychiatrické léčebny Bohnice.

A teď k tomu, co vás asi zajímá nejvíce, ke kavárně. Ta zatím funguje v provizorním provozu, jak již bylo

zmíněno výše. Což znamená, že si zde můžete dát kvalitní kávu, jedenácti a dvanácti stupňové pivo Hubertus (Kácov), domácí limonádu a k zakousnutí i nějaký sendvič. Do budoucna bychom rádi připravovali i jedno teplé jídlo denně a provozovali zahrádku, zútulnili prostory a vybudovali bezbariérové WC. To je totiž jedním z mnoha našich cílů – vytvořit pracovní místo pro hendikepovaného zaměstnance.

Nejen chlebem živ je člověk. Proto bychom byli rádi, kdyby kavárna měla také kulturní a sociální přesah. Rozhodli jsme se vytvořit zde komunitní centrum, které bude sdružovat jednak studenty z naší fakulty, ale také sousedy a konkrétně seniory. Široký záběr programu, to je náš cíl. V plánu je cyklus přednášek „Proč dělám, co dělám“, což bude diskuze se zajímavými osobnostmi o tom, proč si vybrali právě obor, jímž se



zabývají. Na tento nápad nás přivedl při domlouvání spolupráce s Centrem paliativní péče MUDr. Martin Loučka, Ph.D.

Právě kvůli cílové skupině seniorů jsme také navázali kontakt s Centrem pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé péče, konkrétně s Mgr. Danou Hradcovou, Ph.D. Rádi bychom se v této oblasti trochu více vzdělali, neboť demografická křivka míří stále doprava a nás jako budoucích lékařů se to bude stále více a více týkat. V okolí je starších obyvatel hodně a ve spolupráci s místním Farním sborem České církve evangelické se snažíme rozšířit povědomí o chystaném komunitního centra a zjišťovat, co v jejich okolí chybí a o co by byl zájem. Pokud byste i vy chtěli přispět svým nápadem či přáním, nebojte se nám napsat!



Na konci března jsme zorganizovali sousedské a posléze v dubnu i studentské setkání, kde jsme se snažili osvětlit naše plány s kavárnou, komunitním centrem a Cestou ven obecně. Do budoucna bychom v těchto aktivitách rádi pokračovali. Něco jistě připravíme na říjen a jestli vás to alespoň trochu zaujalo, určitě přijďte!

Další aktuality ohledně kavárny a komunitního centra se objevují na facebookových profilech Cesta ven, z.s. a Malý Eden. Vznikají také webové stránky www.cesta-ven.cz. Kdo by měl jakékoli dotazy ohledně aktivit spolku, může se obrátit přímo na autorku textu: diana.rochovanska@cesta-ven.cz.

Dudlík fest 2017

Dudlík fest je multižánrový benefiční festival konaný 27. října 2017. Co si pod tím představit? Hudební program v klubu Chapeau Rouge na Jakubské, divadelní představení ve Studentském klubu na Celetné, workshopy ve Skautském institutu, doprovodný program v Hybernské a přednáškový blok na Rektorátu UK. Odborným garantem přednášek bude MUDr. Robert Zajíček, Ph.D., z Kliniky popáleninové medicíny FNKV. Letošním třetím ročníkem podpoříme neziskovou organizaci Bolíto, zaměřující se na děti s popáleninami.



31. květen – Světový den bez tabáku

Tereza Kopřivová Herotová, Dagmar Schneidrová, Ilona Bartošová

Poslední květnový den je tradičně Světovou zdravotnickou organizací (SZO) vyhlášen jako Světový den bez tabáku. Při této příležitosti se po celém světě koná řada osvětových akcí s protikuřáckou tematikou. Hlavním cílem je upozorňovat na tabákovou epidemii, zdravotní rizika spojená s užíváním tabáku a apelovat na prosazování efektivní politiky vedoucí k omezení aktivního i pasivního kouření napříč všemi

kontinenty. Motto letošního jubilejního 30. ročníku bylo „Tabák ohrožuje rozvoj“. Kampaň upozorňovala na fakt, že užívání tabákových výrobků ohrožuje nás všechny, nejen aktivní uživatele. Ochuzuje rodiny i národní hospodářství – následky užívání tabákových výrobků stojí každý rok bilion dolarů, zatímco celosvětový ekonomický přínos z prodeje tabákových výrobků SZO vyčíslila pro rok 2014 pouze na 269 miliard

dolarů. Kouření přináší utrpení, nemoc a smrt, neboť užívání tabákových výrobků je ročně spojeno s šesti miliony úmrtí (v ČR je to ročně kolem 16 tisíc lidí) a očekává se, že v roce 2030 toto číslo stoupne na osm milionů. Z toho významná část připadá na nevinné oběti – pasivní kuřáky.

Kampaň zmínila i ekologický dopad tabákové produkce a upozornila, že z pohledu trvale udržitelného rozvoje je pěstování tabáku pro Zemi velice zatěžující. Málokdo si uvědomuje, že se při této zemědělské činnosti spotřebuje velké množství umělých hnojiv, které znečišťují vodní zdroje. Každý rok pěstování tabáku využívá 4,3 milionu hektarů půdy, což vede k odlesňování dvou až čtyř procent celosvětového povrchu. Při jeho zpracování se vyprodukuje více než dva miliony tun tuhého odpadu, jehož likvidace opět výrazně zatěžuje životní prostředí.

Letošní Světový den bez tabáku byl z českého pohledu výjimečný dvojnásobně, neboť v tento den u nás konečně vstoupil v platnost dlouho projednáváný tzv. protikuřácký zákon. Ke schvalování zákonů, které mají chránit zdraví občanů tím, že omezí užívání tabákových výrobků či konzumaci jiných návykových látek, zejména alkoholu, jsou naši zákonodárci liknaví. Vzpomeňme Rámcovou úmluvu o kontrole tabáku (FCTC), která byla schválena oběma komorami Parlamentu ČR a následně podepsána prezidentem Václavem Klausem až 2. května 2012, tedy sedm let po svém prvním návrhu na ratifikaci. Česká republika se tehdy stala až 174. zemí, která FCTC přijala a zavázala se tak k boji proti globální tabákové epidemii. Proto asi mnohé nepřekvapilo, že na další krok v onom zmiňovaném boji, tedy na zákon č. 65/2017 Sb., O ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, jsme čekali dalších pět let.

Zákon vymezuje:

- *úplný zákaz kouření klasických cigaret ve všech restauracích, barech, kavárnách, vinárnách a dalších stravovacích zařízeních (výjimku z tohoto zákazu dostaly elektronické cigarety a vodní dýmky), na zahrádkách a předzahrádkách zákaz neplatí*
- *zákaz kouření i na nekrýtech částech zastávek hromadné dopravy*
- *zákaz kouření v zoologických zahradách (výjimku tvoří elektronické cigarety)*
- *zákaz užívání všech, a nově tedy i elektronických cigaret ve školách, nemocnicích, v prostředcích hromadné veřejné dopravy, ve sportovních halách, na dětských hřištích, v zábavních zařízeních a v nákupních centrech*
- *zákaz zřizování kuřáren v kinech, divadlech, koncertních a výstavních sáních, sportovních halách a v areálech zdravotnických zařízení (s výjimkou uzavřených psychiatrických oddělení)*
- *zákaz prodeje tabákových výrobků, elektronických cigaret a alkoholu na internetu v případech, kdy nelze ověřit plnoletost kupujícího*
- *možnost pro obce zakázat kouření (včetně elektronických cigaret) v blízkosti škol a jiných zařízení určených pro aktivity dětí a mladistvých*

Nejvíce diskutovaný je zejména první zmíněný bod zákona – úplný zákaz kouření ve všech restauracích, barech, kavárnách a vinárnách. Je třeba si uvědomit, že jsme až 23. zemí, která k tomuto kroku přikročila. Předběhly nás takové „kuřácké velmoci“, jako je Rusko, Rumunsko, Španělsko, Řecko, Maďarsko, Ukrajina nebo Turecko! V řadě zemí navíc tento zákaz platí již více než deset let. V Irsku dokonce již od března 2004. A na pokles tržeb, což je podle médií největší strašák našich restaurátérů, si provozovatelé restaurací ve zmíněných zemích nestěžují.

Řada států jde v ochraně nekuřácké většinové společnosti ještě mnohem dále. V New Yorku je zakázáno kouřit nejen v restauracích, barech, ale i na náměstích a ve všech městských parcích, nezapálíte si tam ani na plážích, stejně jako v Rusku či Austrálii. V řadě kanadských provincií (např. Ontario, Manitoba) je zakázáno kouření ve vozidlech, ve kterých cestují děti mladší 14 let. Překvapivě nejdále v restrikcích zašlo himalájské království Bhútán, které BBC označilo jako první nekuřáckou zemi na světě. Od roku 2005 je zde totiž zakázáno kouření na veřejnosti a od roku 2010 také prodej veškerých tabákových výrobků.

Je potřeba si uvědomit, že restrikce jsou, a to i přes počáteční nelibost části veřejnosti, účinné. Dokazují to výzkumy z řady zemí, které začaly uplatňovat protikuřáckou politiku dříve než ČR. Vzorovým příkladem je New York, kde je v současnosti pouze devět procent pravidelných kuřáků, kdežto v České republice se dlouhodobě pohybujeme mezi 25 až 28 procenty. Ještě smutnější je fakt, že i přes veškeré snahy u nás přibývá mladých kuřáků, zejména kuřáček, do 16 let. Pokud se ovšem bude důsledně kontrolovat naplňování nového zákona, tedy zákazu prodeje a podávání tabákových výrobků osobám mladším 18 let a k tomu se ještě podaří prosadit absolutní zákaz reklamy, jednotné balení a významné zvýšení ceny cigaret, mohlo by se začít i u nás blýskat na lepší časy.

Významnou roli hraje prevence

Důležitou roli v tomto procesu hraje prevence a to jak primární (s cílem vůbec kouřit nezačít), sekundární (časná identifikace, krátká intervence a léčba závislosti na tabáku) tak i terciární (kompenzace následků užívání tabáku). Zdravotnický personál, zejména lékaři

a zdravotní sestry hrají na všech úrovních prevence zásadní roli. Proto je na naší fakultě výuka zaměřená na prevalenci, zdravotní dopady užívání tabákových výrobků, možnosti prevence a léčby závislosti na tabáku zahrzená do výuky magisterského i bakalářského studia.

Všem studentům a zaměstnancům fakulty je také při Ústavu hygieny k dispozici poradna pro odvykání kouření, která zajišťuje první kontakt a poradenství při odvykání kouření vycházející z principů kognitivně behaviorální terapie. Farmakologickou část léčby pro středně a silně závislé kuřáky pak v návaznosti zajišťují pracovníci Centra pro léčbu závislosti na tabáku při Klinice pracovního a cestovního lékařství FNKV (prim. MUDr. J. Malinová, Mgr. Ilona Bartošová). FNKV je navíc zapojena do projektu Evropská síť nekuřáckých nemocnic, proto si i letos 31. května připomněla význam prevence v boji proti kouření akcí pro zaměstnance, pacienty, návštěvníky i studenty. Akci uspořádaly Mgr. Ilona Bartošová z Centra pro léčbu závislosti na tabáku při Klinice pracovního a cestovního lékařství a Mgr. Eva Roubíčková z Onkologické kliniky. Zaměstnanci a veřejnost měli možnost otestovat si míru závislosti na nikotinu a intenzitu kouření měřením obsahu CO ve vydechaném vzduchu. Na této akci participovali i studenti 3. lékařské fakulty UK a zároveň členové studentské organizace IFMSA, kteří oslovovali veřejnost, nabízeli tyto služby a edukační materiály zaměřené právě na léčbu závislosti na tabáku.

Autorky textu Mgr. Tereza Kopřivová Herotová, Ph.D., a doc. MUDr. Dagmar Schneiderová, CSc., působí ve Studentské poradně při Ústavu hygieny 3. LF UK, Mgr. Ilona Bartošová v Centru pro léčbu závislosti na tabáku při Klinice pracovního a cestovního lékařství 3. LF UK a FNKV.



Zájem o vědu roste. Na studentské vědecké konferenci představilo své práce zase o něco více studentů než loni

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

Dne 23. května se konala na 3. LF UK Studentská vědecká konference (SVK). Zahájil ji v zastoupení děkana prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc. Čestným hostem, již šestým v pořadí historie konference, byl prof. MUDr. Bohuslav Ošťádal, DrSc. s přednáškou „Jak se liší mužské a ženské srdce?“. Účast byla hojná a přednáška měla velký úspěch. Jako poděkování od studentů obdržel prof. Ošťádal čestný diplom z rukou statutárního zástupce děkana prof. Widimského. Velký úspěch slavi-

la i přednáška prof. MUDr. Zuzany Motovské, Ph.D., s názvem „Od SVK po Hotlines (nadšení, pracovitost, vědecká „pocitovost“), coby zvaného hosta z řad čerstvě habilitovaných či jmenovaných pedagogů naší fakulty.

Letos se na SVK přihlásilo se svými pracemi 81 studentů. Jejich práce byly rozděleny do šesti kategorií – tři přednáškové (teoretická – osm prací, klinická – osm prací, postgraduální – osm prací) a tři posterové sekce (teoretická – 14 prací, klinická a bakalářská – 25 prací,

postgraduální – 18 prací). Vzhledem k letošní slabší účasti bakalářů (jen dvě prezentace) byla letos bakalářská sekce spojena s klinickou posterovou sekcí.

Prezentující studenti byli hodnoceni podle předem definovaných kritérií bodovým systémem, přičemž jedna je nejhorší a deset nejlepších ohodnocení. Maximální počet bodů od jednoho hodnotitele mohl činit 30 bodů. Body všech členů komise se pak sečetly a na základě dosaženého bodového ohodnocení se stanovilo pořadí pro každou sekci zvlášť.

Ve všech sekcích bylo finančně oceněno první až třetí místo (10 tisíc, 5 tisíc a 3 tisíce korun). Kromě cen určených odbornými komisemi podobně jako v loňském roce udělil cenu v výši 10 tisíc korun také děkan. Obě zúčastněné bakalářky pak získaly čestné ocenění a poukaz firmy Cadenza v hodnotě tisíc korun. Dalším, méně formálním, oceněním byla cena diváka. Všichni zúčastnění měli možnost hlasovat pro jakoukoli přednáškovou či posterovou prezentaci. Vítěz zvolený diváky, stejně tak jako vylosovaný hlasující divák, obdrželi iPad. Finanční ocenění, stejně jako zajištění

celé konference bylo dotováno z projektu Specifický výzkum, který se nám podařilo získat od Univerzity Karlovy.

Chtěla bych touto cestou poděkovat všem studentům i absolventům, kteří se podíleli na organizaci konference. Jmenovitě pak především MUDr. Peteru Ivákovi, pro nějž to byla letos jubilejní 10. konference a který má stále nové nápady, jak konferenci vylepšit. Dále pak MUDr. Martinu Pavelkovi, MUDr. Josefu Fontanovi, MUDr. Pavlu Sekerkovi, Davidu Megvinetovi, Kateřině Šubrtové a Alžbětě Kantorkové a mnoha dalším studentům, kteří se organizace konference účastní. Můj velký dík patří také PhDr. Martině Hábové a jejím kolegům za pomoc při tvorbě sborníku a zajištění čísla ISBN. Rovněž pak velký díl práce odvedli i všichni porotci, kteří s velkým nasazením hodnotili v průběhu celého dne jednotlivá vystoupení studentů. Neměli bychom zapomínat ani na obětavost školitelů, kteří se věnují studentům při plnění jejich studentské vědecké aktivity a prožívají s nimi jejich předkonferenční stres.

Vystoupení studentů hodnotily odborné komise

Komise pro rozdělení příspěvků:

Prof. MUDr. Pavel Kalvach, CSc.,
Prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.,
Prof. RNDr. Jan Kovář, DrSc.

Komise pro teoretickou přednáškovou sekci:

Doc. MUDr. Miloslav Franěk, Ph.D.,
Doc. RNDr. Ing. Petr Tůma, Ph.D.,
PharmDr. Magdaléna Šustková, CSc.

Komise pro klinickou přednáškovou sekci:

Prof. MUDr. Zuzana Moťovská, Ph.D.,
Prof. MUDr. Ivana Štětkařová, CSc.,
Doc. MUDr. Pavel Kraml, Ph.D.

Komise pro postgraduální přednáškovou sekci:

Prof. RNDr. Jan Kovář, DrSc.,
Prof. RNDr. Eva Samcová, CSc.,
Prof. MUDr. Josef Stingl, CSc.

Komise pro teoretickou posterovou sekci:

Doc. MUDr. Jan Polák, Ph.D.,
Doc. MUDr. Jan Trnka, Ph.D.,
MUDr. Klára Bernášková, CSc.

Komise pro klinickou posterovou sekci:

Prof. MUDr. Tomáš Kozák, Ph.D.,
Doc. MUDr. Petr Toušek, Ph.D.,
PhDr. Hana Svobodová, Ph.D.

Komise pro postgraduální posterovou sekci:

Prof. MUDr. Jiří Horáček, Ph.D.,
Prof. RNDr. Ilona Hromádková, Ph.D.,
Doc. MUDr. Petr Zach, CSc.

Umístění na předních místech jednotlivých sekcí

Teoretická sekce – přednášky

Jan Rambousek (doc. MUDr. Jan Polák, Ph.D.): Míroskopické metody ve studiu hypoxie jako faktoru vzniku diabetes mellitus

Petr Michenka (MUDr. Matěj Patzelt): Porovnání komerčních kontrastních látek s etanolovou metodou pro zobrazování měkkých tkání v mikro-CT

Mária Šuhajdová, Nikol Tomášová, Ivana Lukášková (Mgr. Anna Holubová): Ovlivňuje perinatální stres kognitivní funkce potomků drogově závislých matek?

Klinická sekce – přednášky

Pavel Novák, Adam Derner (doc. MUDr. Rastislav Hromádka, Ph.D., MUDr. Otakar Raška, Ph.D.): The posterolateral complex of the knee: choosing an adequate length of the graft for reconstruction surgery based on measured bone parameters, a cadaveric study

David Šilhán (doc. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D.): Vizuální hodnocení parietální atrofie mozku na magnetické rezonanci u Alzheimerovy nemoci

Metoděj Renza, Vojtěch Míra (MUDr. Roman Sýkora, Ph.D.): Audiovizuální konzultace v PNP: proveditelnost pomocí běžných low cost systémů

Postgraduální sekce – přednášky

MUDr. Martin Holec (MUDr. Bashar Aldhoon, Ph.D.): Radiofrekvenční ablace atrioventrikulární funkce k optimalizaci resynchronizační terapie u pacientů se srdečním selháním a fibrilací síní

Mgr. Čestmír Vejmla (MUDr. Filip Tylš, Ph.D.): EEG koreláty účinku serotonergních halucinogenů jako parametr hodnocení translační validity serotonergního modelu psychózy u laboratorního potkana

Mgr. Marek Lapka (PharmDr. Magdaléna Šustková, CSc.): Útlum metamfetaminem navozené preference místa po aplikaci ghrelinového antagonisty u potkanů

Teoretická sekce – postery

Gabriela Valigová (prof. RNDr. Aleš Stuchlík, Ph.D.): Administrace klomipraminu a jeho vliv na chování potkanů jako nový animální model obsedantně – kompulzivní poruchy

Alexandra Poláková (prof. Kourosh Saeb-Parsy M.B., M.A., Ph.D.): Optimisation of a novel cryoprotectant for preservation of human haematopoietic stem cells

David Albrecht (RNDr. Kamila Balušíková, Ph.D.): Stanovení hladiny proteinů metabolismu železa ve svalu kontrolní a veganské populace

Klinická sekce – postery

Kristýna Štolbová, Jurgen Shtëmbari (doc. MUDr. Petr Toušek, Ph.D.): Normální koronarografický nález u pacientů s podezřením na stabilní ICHS – chybňá diagnostika nebo důležitá informace?

Milan Janoušek (doc. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D.): Jaká velikost hipokampu je ještě normální u starších osob?

Ludmila Košinová (doc. MUDr. Zdeněk Šumník, Ph.D.): Pilotní projekt: „Analýza příčin nízké ALP a depistáž hypofosfatázie u českých dětí“

Postgraduální sekce – postery

MUDr. Martin Holec (doc. MUDr. Jiří Kettner, CSc.): Presepsin u pacientů s mechanickou srdeční podporou

Mgr. Anna Holubová (prof. MUDr. Romana Šlamberová, Ph.D.): Vliv dlouhodobého postnatálního stresu na habituaci a pozornost ovlivněného jedince v dospělosti

PhDr. Michal Šmotek (PhDr. Jana Kopřivová, Ph.D.): Prokognitivní účinek umělého osvětlení: objektivní a subjektivní charakteristiky vigily u zdravých dospělých po expozici světlu různé vlnové délky

Cena děkana

Milan Janoušek (doc. MUDr. Aleš Bartoš, Ph.D.): Jaká velikost hipokampu je ještě normální u starších osob?

Cena diváků

Pavel Novák, Adam Derner (doc. MUDr. Rastislav Hromádka, Ph.D., MUDr. Otakar Raška, Ph.D.): The posterolateral complex of the knee: choosing an adequate length of the graft for reconstruction surgery based on measured bone parameters, a cadaveric study

Čestné ocenění

Pavlna Hrdinová (PhDr. Hana Janečková, Ph.D.): Péče o seniory s demencí v nemocničním prostředí z pohledu sestry

Lucie Šponiarová (Mgr. Renata Vytejšková): Orientace pacienta se zrakovým postižením v nemocnicích

Novinka letošního roku

V letošním roce nás požádala Univerzita Karlova o možnost pořádání 1. ročníku Science Slam, který se uskutečnil v odpoledních hodinách v Burianově posluchárně, a zvláště pro nezasvěcené se jednalo o překvapivě silný pozitivní zážitek ze všech prezentací. Naši studenti se na podobných akcích umisťují pravidelně na předních místech.

Dovolte mi osobní postřeh z této akce. Když jsem slyšela o soutěži Fame Lab a slyšela jsem, že něco podobného bude pořádat Univerzita Karlova pod názvem Science Slam, trochu jsem kroutila hlavou. Nevěřila jsem, že se dá referovat o vědecké práci v průběhu několika málo minut a chápala jsem

kolegy, kteří říkali, že se jedná o „degradaci vědy“. Musím ale přiznat, že jsem byla velmi mile překvapená. Přišla jsem do posluchárny v průběhu vystoupení jednoho ze soutěžících studentů. Koukala jsem překvapeně a říkala si, co se to tam dělo než jsem přišla? Na zemi rozbitá sklenička a rozházené papíry. Posléze jsem pochopila, že to byla součást vystoupení soutěžícího studenta, který názorně ukazoval problém člověka po operaci ruky, která vedla k poškození inervace svalů, a navrhoval jiný přístup s menším rizikem poškození inervace.

Rovněž další názorné prezentace symptomů různých chorob a metaforické vyobrazení např. mozkového nádoru v podobě brokolice či Alzheimerovy nemoci v podobě košatého stromu, který postupně ztrácí listy, bylo velice nápadité a inspirativní. Bylo vidět, že soutěžící nad problematikou přemýšleli a nápaditým a originálním způsobem své téma výzkumu vysvětlili tak, aby to pochopil i naprostý laik.

Domnívám se, že se jedná o zajímavý a atraktivní způsob prezentace, který sice nenahradí klasickou prezentaci ústní či posterovou, ale rozhodně vědu zatraktivní a obohatí. Doufejme, že se v příštím roce této soutěže zúčastní zástupci z více lékařských fakult. Hlavním z pořadajících za naší fakultu byl MUDr. Josef Fontana, za což mu patří veliký dík.



Jak se liší mužské a ženské srdce

Jolana Boháčková

„Musím začít tvrdou kritikou Hippokratovou, který prohlásil, že srdce nemůže onemocnět, neboť by přestalo bít. Jak velké chyby se dopustil. Vždyť choroby srdce a cév jsou odpovědné za více než padesát procent všech úmrtí a jedna polovina úmrtí z té poloviny je způsobena jedinou chorobou – ischemickou chorobou srdeční,“ zahájil květnovou Studentskou vědeckou konferenci čestný host prof. MUDr. Bohuslav Ošťádal, DrSc., s přednáškou „Jak se liší mužské a ženské srdce?“

Ischemie myokardu vzniká jako výsledek disproporce mezi množstvím kyslíku dodaného srdeční buňce a množstvím kyslíku, které srdeční buňka spotřebovává. Za dodávku kyslíku zodpovídá krevní zásobením, tedy koronární řečiště, za spotřebu kyslíku pak funkční stav srdeční buňky. Trvá-li tato ischemie určitou dobu, objevují se morfologické změny označované jako infarkt myokardu.

Snahou experimentálních a vědeckých pracovníků je omezit poškození vzniklé infarktem myokardu. V současnosti je jediným jasným řešením časná reperfuze (obnovení průtoku krve) poškozeného myokardu. „Více než padesát let je snahou kardiologů přidat nějaké další protektivní ovlivnění, které by bylo použitelné v klinické praxi. Přes řadu nadějných kroků a výsledků však doposud žádná taková protetická možnost zatím není. Máme ale jeden důležitý poznatek. Ne všichni lidé jsou stejně citliví k ischemii. Liší se to v závislosti na věku a pohlaví,“ říká prof. Ošťádal.



Srdeční sval je vůči ischemii nejodolnější bezprostředně po narození, odolnost pak prudce klesá až do dospělosti, kdy je nejmenší. Neklesá ale lineárně, na oně křivce se objevují v průběhu lidského života různé ondulace. „V roce 1984 jsme spolu se slavným českým kardiologem prof. MUDr. Jiřím Widimským, DrSc., publikovali práci, ve které jsme ukázali, že odolnost srdečního svalu samic k nedostatku kyslíku je podstatně větší než odolnost srdce samců. Byl to jakýsi by

produkt a dál jsme se tomu nevěnovali,“ popisuje prof. Ošťádal a pokračuje: „Od roku 1989 počet publikací na toto téma začal strmě stoupat. Zřejmě ze dvou důvodů. Prvním je obecně vzestup zájmu o pohlavní rozdíly v citlivosti u kardiovaskulárních chorob a druhým možná rozporuplné názory na hormonální substituční terapii v menopauze, která zklamala. Ukázalo se, že podávání estrogenu v menopauze přináší riziko karcinomu prsu.“

Rozdíl mezi ženským a mužským myokardem

I normální myokard mužů a žen se liší. Levá komora u mužů ztrácí 45 milionů kardiomyocytů (svalové buňky, které tvoří srdeční svalovinu) za rok, pravá komora 19 milionů kardiomyocytů za rok, zatímco v ženském myokardu (ani v levé, ani v pravé komoře) se počet kardiomyocytů nemění. Nicméně u samců v průběhu života počet kardiomyocytů zároveň stoupá o 51 procent, zatímco u samic jen o osm procent. Další rozdíly lze sledovat například v některých protektivních aktivitách u mitochondriálních enzymů. V samičím myokardu jsou výrazně vyšší než v samčím. Mužské a ženské srdce se liší také z hlediska transplantace. Jestliže je muž příjemce a dárcem je žena, pak příjemce umírá mnohem častěji, než když je dárcem také muž.

Liší-li se normální myokard, musí se lišit myokard i za patologických situací. „Budeme se zabývat ischemickou chorobou srdeční, která u žen před menopauzou začíná o deset let později než u mužů, infarkt dokonce o dvacet let později. Ovšem po menopauze se situace mění. Výskyt ischemické choroby srdeční u žen stoupá až desetkrát, zatímco u mužů stejného věku pouze 4,5 krát,“ vysvětluje prof. Ošťádal.

Experimentální výzkum a estrogen

Experimenty se provádějí téměř výhradně na samcích laboratorního potkana a navíc výzkum pohlavních rozdílů mezi samci a samicemi může být výrazně ovlivněn stádiem estrálního cyklu samic. Nicméně samozřejmě mnohá data existují. Infarkt u samců je výrazně větší než u samic a to bez ohledu na to, jak dlouho trvá. Když čelí samčí a samičí myokard ischemii, návrat k normálu pomocí reperfuze bývá podstatně úspěšnější u samic než u samců. S nastoupením pohlavních orgánů se zvyšuje odolnost k ischemii u samic, respektive zůstává na vysoké úrovni, zatímco odolnost u samců prudce klesá.

Zajímavé jsou výzkumy, při němž byla zvířata vystavená perinatální hypoxii. Zatímco perinatální hypoxie negativně ovlivňuje dospělý myokard samců, působí protektivně u samic. „Jedna americká laboratoř se pokusila tento rozdíl vysvětlit. V prenatalním období jsou podle ní daleko více vyjádřeny estrogenové receptory u samic než u samců,“ říká prof. Ošťádal.

Estrogen podle něj výrazně snižuje rozsah ischemicko-reperfučního poškození. Samci mívají větší infarkt, po provedení suplementace estrogenem však velikost infarktu klesá. Estrogen ovlivňuje NO syntázu, která vede k vzestupu protektivní molekuly oxidu dusnatého. Ten brání vstupu vápníku do buňky, protože velké množství vápníku by v buňce vedlo k nekróze. A jestliže se podaří částečně bránit vstupu vápníku do buňky, pak nedochází k jejímu přetížení a poškození buňky je tedy menší.

Estrogeny nejsou jediné hormony, které ovlivňují myokard. Další důležité hormony jsou androgeny, které ovšem mají obrácený efekt – zvyšují riziko ischemické choroby srdeční. Progesteron zase působí protektivně pouze u samic.

Obrat k mitochondriím

„Nakonec se kardiologie, jako jedna z posledních disciplín, obrátila také k mitochondriím. Mitochondrie jsou odpovědné za metabolismus kyslíku, proč by tedy neměly hrát roli v odolnosti srdečního svalu k nedostatku kyslíku?“ ptá se prof. Ošťádal. „Ukázalo se, že mitochondrie mají takzvanou vnitřní mitochondriální membránu, která odděluje intermembránový prostor a má jeden velmi zajímavý útvar - mitochondriální pór.“ Za normálních okolností je pór uzavřen, protože otevření má katastrofální důsledky pro srdeční buňku. Membránový potenciál zkolabuje, stoupá oxidační stres a mitochondrie a následně srdeční buňky jsou zničeny. „Francouzští kliničtí kardiologové začali podávat pacientům blokátor tohoto póru – cyklosporin. Ukázalo se, že se těmto pacientům rozsah ischemického poškození snížil. Pak ale zjistili, že cyklosporin má řadu negativních důsledků a nedá se používat v klinické praxi,“ dodává prof. Ošťádal.

Mitochondriální pór ale uzavírají také estrogeny. „Snažili jsme se vysvětlit bobtnání srdečních mitochondrií u samečů a samic. Jak jsou náchylné k přetížení vápníkem. Ukázalo se, že samičí mitochondrie jsou odolnější, zatímco samčí křehčí,“ popisuje prof. Ošťádal a domnívá se, že různá citlivost ke kalciumu není ovlivněna složením póru, ale je spíše důsledkem rozdílu v regulaci funkce toho póru. Zdá se tedy, že pohlavní rozdíly ve funkci mitochondrií se mohou podílet na rozdílech citlivosti srdečního svalu.

A proč selhala hormonální substituční terapie? Podle prof. Ošťádalové poslední výsledky ukazují, že protekce estrogenu klesá s věkem, zvětšuje se arterioskleróza a stoupá také cholesterol, který antagonizuje vliv estrogenu na protektivní molekulu.

A proč je vlastně srdce ženy odolnější než srdce muže? Kvůli zajištění reprodukční funkce, musí vydržet zátěž zejména v těhotenství a při porodu. Ženské a mužské srdce se liší v řadě parametrů za fyziologických i za patologických podmínek. „Ještě si počkáme, než budou detailně prozkoumány rozdíly v těchto mechanismech, avšak již víme, že jsou tak velké, že by na ně měl již nyní být brán zřetel v klinické praxi. Jednou se třeba dočkáme mužské a ženské kardiologie,“ uzavírá známý kardiolog.

Prof. MUDr. Bohuslav Ošťádal, DrSc.

28. ledna 1940 ve Zlíně

V roce 1963 promoval na Fakultě dětského lékařství UK v Praze. Pak pracoval v Ústavu patologické fyziologie. V roce 1965 přešel do Fyziologického ústavu AV ČR, v letech 1990-1995 byl jeho ředitelem, do roku 2005 vedoucím Oddělení vývojové kardiologie, nyní odpovědným řešitelem Centra pro výzkum chorob srdce a cév. Zabývá se normální fyziologií, experimentální kardiologií, zvláště problematikou odolnosti srdečního svalu k nedostatku kyslíku v průběhu vývoje. Je čestným členem International Society for Heart Research, International Academy of Cardiovascular Sciences a dalších kardiologických organizací.

2. interní klinika se stala prvním českým členem evropské sítě center pro vzácná endokrinologická onemocnění

Michal Kršek, přednosta 2. interní kliniky 3. LF UK a FNKV

2. interní klinika 3. LF UK a FNKV se stala prvním endokrinologickým pracovištěm pro dospělé v České republice, které je členem evropské sítě referenčních center pro vzácná onemocnění v endokrinologii (tzv. Endo-ERN – European Reference Network on Rare Endocrine Conditions). Povedlo se to také za spolupráce a podpory Kliniky dětí a dorostu 3. LF UK a FNKV. V současnosti tedy v ČR existuje jedinečný funkční celek dvou endokrinologických pracovišť začleněných do této sítě. Zajišťuje kontinuální péči o pacienty s endokrinologickými chorobami po celou dobu jejich života.

Endo-ERN je síť vytvořená s cílem zvýšit dostupnost vysoce kvalifikované a vysoce kvalitní péče o nemocné s endokrinologickými chorobami, zejména s těmi se vzácným výskytem. Mezi takové choroby patří například akromegalie nebo Cushingův syndrom, ale i řada dalších.

Problémů spojených se vzácnými onemocněními je celá řada. Již samotné stanovení diagnózy je často opožděné, protože se s nimi lékaři nesebkávají běžně a nepomýšlejí na ně. Například u akromegalie může od začátku onemocnění do stanovení diagnózy uplynout i více než 10 let. Za tuto dobu již onemocnění stihne napáchat řadu škod, které mohou být i nevratné. Další problematikou je stanovení správné etiologické diagnózy a volba správné léčby, které mohou být u některých diagnóz obtížné a vyžadují spolupráci zkušených odborníků různých specializací.

Komplikací nemusí být jen stanovení správné léčby, ale i její náročnost, včetně náročnosti finanční. Často

musíme používat u nás neregistrované léky, nebo používáme léky na diagnózy, na které nemají u nás registraci (tzv. off-label), a v neposlední řadě se často jedná o léky extrémně drahé a jejich úhrada zdravotními pojišťovnami je často komplikovaná a problematická.

Ze všech těchto faktorů vyplývá, že péče o tyto pacienty by měla být soustředěna do několika málo center s dostatkem zkušeností a vytvořenými multidisciplinárními týmy. Jen tak může být účinná, správná a efektivní.

Dalšími samostatnými problematikami jsou pak vzdělávání lékařů, vytváření patientských organizací a spolupráce s nimi. A právě vytváření podmínek ke kvalitní péči o pacienty se vzácnými chorobami, zajištění její rovnoměrné kvality v rámci Evropské unie a vzdělávání odborníků jsou hlavními cíli, se kterými je síť specializovaných pracovišť vytvářena.

V rámci této sítě jsou nyní vznikají pracovní skupiny (tzv. work packages), které se budou věnovat

jednotlivým diagnózám a jednotlivým dílčím problémům, skupiny pak pracují na svých prioritách a plánech činnosti do dalšího období. Naše centrum by se chtělo systematicky věnovat vzácným hypofyzárním a nadledvinovým onemocněním a Klinika dětí a dorostu pak navíc vzácným onemocněním štítné žlázy.

Přihláška a celý proces selekce center sítě Endo-ERN byly poměrně složité. Museli jsme deklarovat dostatečné počty pacientů v jednotlivých skupinách onemocnění, kvalitu péče o ně, multidisciplinární spolupráci, publikační aktivitu, kvalitní tým a podobně. Vše muselo odsouhlasit a doporučit Ministerstvo zdravotnictví ČR. Následně byly přihlášky centrálně hodnoceny a namátkově vybraná centra musela absolvovat externí audit. Vybraná centra a celou síť pak odsouhlasila Evropská komise. Celý proces trval přibližně půl roku.

Od účasti v projektu si slibujeme především možnost mezinárodní spolupráce na vybraných problémech a možnost spolupráce vědecké. Také doufáme, že by mohla být péče o pacienty se vzácnými endokrinologickými onemocněními ve specializovaných centrech do budoucna podporována či zvýhodněna také finančně. Podle mého názoru se centralizace a zkvalitnění péče o pacienty se vzácnými onemocněními nakonec vyplatí i ekonomicky.

Slavnostní shromáždění ke Zlaté promoci Vladislava Holá



Pro nás, kteří jsme v roce 1967 promovali na Lékařské fakultě hygienické University Karlovy (dnešní 3. lékařská fakulta), byl letošní 26. květen velkým svátkem. Zúčastnili jsme se Slavnostního shromáždění ke Zlaté promoci v aule Karolina. Sešlo se nás 50 absolventů.

Náš promoční ročník 1967 je velice zvláštní tím, že se od roku 1992, kdy jsme měli 25. výročí, schází pravidelně každý rok. Každý pátý rok se sraz koná v Praze a mezi tím po českých i slovenských místech. Pořádají jej vždy kolegyně a kolegové, kteří tam působí.

Scházíme se poslední víkend v květnu, aby naši spolužáci, roztroušení nejen po celé republice, ale i blízké a daleké cizině (Kanada, Německo, Holandsko, Švýcarsko), mohli s termínem předem počítat. V posledních letech náš společný víkend začíná už středou. Věříme, že toto naše setkávání bude ještě dlouho pokračovat.

Děkujeme všem, kteří nám Zlatou promoci uspořádali. Všem nám zanechala v srdcích krásné vzpomínky.



Výjimečný lékař Jiří Horák

20. října 1945 – 31. května 2017

(Úryvky z rozhovoru s prof. MUDr. Jiřím Horákem, CSc., vedeného v létě roku 2015, který byl součástí knihy *Medicína je výjimečné povolání*, edice *Osobnosti 3. LF, sv. 1*)

Jednou jste řekl, že jste se stal lékařem tak trochu nedopatřením, přesněji řečeno v důsledku peripetií vývoje moderních dějin. Nezažil jste někdy chvíli, kdy jste toho nedopatření litoval?

Absolutně ne. Dokonce vzhledem k tomu, co jsem musel prodělat, než jsem se lékařem mohl stát, jsem si toho naopak vždy nesmírně vážil. Pro mě studium, i když vůbec nebylo snadné, znamenalo jednu velkou radost. Tím jsem se asi nejvíc lišil od většiny kolegů, kteří se na medicínu dostali snadno, automatickým sledem událostí základní škola – střední škola – medicína. Hodně často proto, že jejich rodiče byli lékaři nebo maminka si to přála, to druhé ovšem byl i můj případ. Ale nikdy jsem rozhodnutí stát se lékařem nelitoval, medicínu jsem měl od počátku rád a myslím, že jsem se v ní našel.

Jaké vlastnosti by podle vás měl lékař mít?

Určitě by měl být pokorný... Sebejistých lékařů se bojím, jako pacient bych se jim vyhýbal. Ať jste sebelepší, ať jste sebevýše na žebříčku odborníků, nikdy nevíte všechno a vždycky se můžete dopustit nějakého omylu. Nikdo před tím není uchráněn, a kdo tvrdí, že je, nemluví pravdu. To podstatné je dokázat se ze svých omylů poučit. Bez takovéto pokory nelze jít vpřed a přílišná sebejistota může být strašně nebezpečná věc.

Stalo se vám někdy, že jste se do takové situace dostal a uvědomil si, že jste byl příliš sebejistý?

Stalo, třeba při jaterních biopsiích. Dnes se díky rozvoji zobrazovacích metod dělávají méně často, ale já jich nejprve v IKEMu a pak na Vinohradech celkově udělal jistě přes tisíc. Vzpomínám na dva případy... V jednom jsem použil nesprávné instrumentárium, příliš dlouhou jehlu, takže jsem pacientovi perforoval žlučník. Vyvolal jsem mu peritonitidu a on musel být urgentně operován. Všechno sice dobře dopadlo, ten žlučník by musel být tak jako tak odstraněn, ale přesto, poškodil jsem pacienta. Po několika letech se mi něco podobného stalo ještě jednou.

Ale také můžete být sebeopatrnější, jenže pacient má zvláštní anatomii. Jednou jsem při jaterní biopsii prostě nasál žluč, pravděpodobně jsem se dostal do žlučníku. Přitom jehla byla krátká, postupoval jsem lege artis, a když jsem potom ještě pacienta vyšetřoval ultrazvukem, žádnou anomálii jsem nenalezl. Zkrátka záhada. A nepochybně jsem se také někdy mýlil v diagnóze.

Narazíte často na takové záhady?

Občas se stává, že máte případ, na kterém je něco nevysvětlitelného. Stalo se mi asi před půlrokem, že jsem

dělal jaterní biopsii a vůbec jsem nebyl schopen nabrat jaterní tkáň, jako kdyby tam ta játra nebyla. Ale ona byla! Nevím, co se stalo, já ta játra prostě nenabral. V medicíně zkrátka narazíte na situace, kdy se pacient nevejde do žádné škatulky, neodpovídá žádné definici. Ale v tom je také její půvab.

A co když se počáteční nadšení a pokora promění v rutinu? V nejednom povolání to tak prostě chodí.

Když je člověk mladší, stačí pár let praxe a může snadno získat pocit, že toho dost umí a pokora se může začít vytrácet. Ale moje životní zkušenost je jiná. Myslím, že se věkem mi pokory přibývá.

Jak důležité je pro lékaře sociální citění? Může se bez něj obejít?

Doktor, chce-li být dobrý, musí být vždy individualista, to se nedá nic dělat. Současně ale musí mít sociální citění. Samozřejmě, dovedu si představit operátora, který dobře operuje, a další osudy nemocných ho nezajímají. To je extrémní. V interně pracujeme se starými lidmi, tzv. věkový medián pacientů na této klinice je 80 let, a myslím, že se to zvyšuje. Tady už sociální stránka hraje velkou roli, nemůžete se jen starat o fungování organismu pacientů a opomíjet souvislosti. I kdybyste rozuměl lidskému tělu absolutně ve všem, k tomu, abyste byl dobrým lékařem, to třeba právě tady nestačí. Musíte skloubit dohromady odbornost i schopnost porozumět pacientovým problémům v širším slova smyslu. Lidskost je součástí medicíny, vynikající, avšak třeba obratný amorální chirurg je z mého pohledu něco jako fachidiot. Klobouk dolů, že se naučil dobře operovat, ale něco mu chybí. To platí všeobecně, i když uznávám, že chirurgové jsou v trochu jiné situaci než my – pacien-

ty odoperují a pošlou je na internu, kde se my staráme o další.

V čele žebříčků důvěryhodnosti a popularity povolání se pravidelně střídají lékaři a vysokoškolsí profesori. Je to reálný obraz, nebo jen projekce představy, že takový doktor či učitel je ideální?

Těžká otázka. V medicíně, stejně jako v jiných profesích, pracují lidé tací i onací. Jsou lékaři, kteří jsou nejen vynikajícími odborníky, ale mají i lidsky citlivý přístup k lidem kolem sebe a to jsou lidé na svém místě. A pak jsou takoví, pro které jsou pacienti jen zdrojem všelikých výhod, a to je špatné. Ale vcelku soudím, že převládají ti dobří, že většina lékařů dělá, co se od nich očekává. Takže naše postavení v žebříčku důvěryhodnosti není nezasloužené. Kdyby to tak o sobě mohli říct právníci... I když mezi nimi jsou také vysoce důvěryhodné osobnosti, třeba taková Hana Marvanová...

Ale přece jen: nevede to, že lékař má tak blízko k životu a smrti, že zachraňuje jiné lidi, někdy k pocitu, že je vlastně nějak výjimečný?

Zase – lidé nejsou všichni stejní. A navíc medicína skutečně je výjimečné povolání. Včetně toho, že kdo v něm chce obstát, se musí vzdělávat celý život, až do samého konce odborné kariéry. Není náhoda, že právě lékaři mají ze všech profesí nejpropracovanější systém celoživotního vzdělávání. Se znalostmi, s nimiž jsem před několika desítkami let promoval s vyznamenáním, bych dnes vůbec neobstál. Medicína se nesmírně vyvíjí, a kdo vývoj stále nesleduje, nechte odbornou literaturu, se může stát pro pacienty nebezpečným už jen tím, že neví, jak by jim mohl nejučinněji pomoci.



Prof. MUDr. Jiří Horák, CSc.
Předseda
I. interní kliniky



Takže právě proto považují medicínu za výjimečné povolání. I když nejste na špici, pořád se musíte vzdělávat, abyste mohl zůstat na úrovni. Kromě toho, že je to nutné, je to i věc prestiže, stavovské cti. Jistě, i truhlář nebo kovomodelář, kterým jsem se vyučil, se musí vzdělávat. Ale nikde, v žádné profesi, to není tak institucionálně normalizováno jako v medicíně.

Právě s vědomím důležitosti stálého doplňování vzdělání jsem založil – tím se trochu pyšním – časopis Postgraduální medicína a asi šest let potom stál v čele jeho redakční rady. A to, že časopis je pořád velmi úspěšný, dokazuje, že si důležitost celoživotního zvyšování odbornosti uvědomuje velké množství lékařů.

Ještě něco je podstatné: lékaři tráví v práci mnohem víc hodin, než jiní. Třeba na této klinice slouží lékaři obden. Zákoník práce nefunguje, porušuje se a ví se to. Některé zákony, které politici tak rezolutně vytvářejí, totiž v praktickém životě není možné dodržet. Kdyby se dodržovaly, tak české zdravotnictví každý rok už v dubnu zkolabuje. Lékaři by měli vyčerpanou zákonem předepsanou pracovní dobu a nebyl by, kdo by sloužil. To ale není jen české specifikum. I moje dcera ve Švýcarsku má ve smlouvě, že bude pracovat 220 hodin měsíčně. Tolik nemá žádná profese, všude platí hranice 180 hodin za měsíc. A ve skutečnosti i ona je na klinice ještě mnohem déle, než jí stanoví smlouva, pracuje kolem 12 hodin denně. K čemuž si připočtete, že po návratu domů by lékař měl číst odbornou literaturu, někdy navíc i psát články.

(...)

Vaše profese zahrnuje tři role: lékaře, vědce a učitele. Jak důležitá pro vás je ta poslední?

Poprvé jsem učil, ještě když jsem sám byl student. Po

roce 1968 odešla z hradecké fakulty spousta lidí, takže jsem v rámci svého fiškusování vedl praktika z fyziologie. Od té doby vím, že rád předávám své zkušenosti těm, kteří o to stojí.

Takže jsem se vždycky snažil, byť je to asi snaha nenaplnitelná, abych byl najednou dobrým praktickým lékařem, který umí klinickou medicínu, zároveň dobrým učitelem a dobrým výzkumníkem. Jenže ne vždycky se vám podaří tuto trojnožku udržet ve vyrovnané poloze, někde musíte ubrat. Snažíte se, ale ono to vždy nejde, ovšem zároveň vás to naplňuje. Proto jsem na fakultě a dělám to, co dělám.

Kdybyste musel tuhle svou trojnožku hierarchizovat, jaké by bylo pořadí?

V různých dobách různé. Zpočátku dominovala věda, časem se můj hlavní zájem posunul ke klinické medicíně. Dnes bych viděl na prvním místě klinickou medicínu, na druhém výuku a na třetím výzkum. Ale před 30 lety by to bylo výzkum – klinika – škola.

Nikdy jste neměl žádné socialistické životní údobí, ve stylu kdo není levičák, když je mu dvacet, nemá srdce?

Nikdy jsem takovou fází neprodělal. Jistě to bylo dáno rodinou situací, s dědečkem jsme poslouchali Svobodnou Evropu už když mi bylo sedm let. Už tenkrát jsem začínal chápat, že svět, jak je nám předkládán, je umělý, že je to podvod, že někde existuje jiný svět a ten že má vztahy k tomu, jak žili moji rodiče do roku 1948.

Otec měl sice nejdříve úplně jiné představy, co bude dělat, nepočítal s tím, že by se stal zemědělcem, ale když už se to přihodilo, tak mu to přirostlo k srdci jako každý podnik, který nějak rozvíjíte. Stal se statkářem

a mlynářem a na léta na statku vzpomínali oba rodiče jako na zlatou éru. Já prostě nemohl žádnému socialistickému bludu podlehnout, ani kdybych chtěl.

Byl jste někdy romantik?

Spíše idealista, než romantik. Ten idealismus mi zůstal dodnes. Pořád mám tendenci považovat lidi i dění kolem sebe za lepší, než jsou, a opakovaně se spaluju, když zjišťuju, že tomu tak není. To mě provází celý život.

Napadlo vás po roce 1989, kdy vznikl prostor pro fungování svobodné politické soutěže, začít se na politice podílet aktivně, zejména když jste měl už od mládí silný politický názor?

Ne. Na politickou situaci jsem názor měl vždy, ale zároveň jsem měl k politice vždy jistou nedůvěru. Říkal jsem si, že buď politika není pro mě, nebo já nejsem pro politiku. Určitě bych nebyl ochotný držet nějakou politickou linii a hlasovat pro něco, s čím nesouhlasím. Vždy jsem si vyznával individuální vůli a svobodu rozhodování a tak mě nenapadlo, že bych mohl vstoupit do nějaké strany ani po roce 1989. Dával jsem to vždycky najevo, takže mi to také nikdo nenavrhol.

Takže kdyby se si dnes se svou životní zkušeností znovu vybíral, čím budete a jak strávíte svůj dospělý život – co by to bylo?

Chtěl bych se stát lékařem a žít v Hradci Králové. I když svých skrovných profesních úspěchů jsem dosáhl v Praze, v IKEMu a na Vinohradech, žiju v Praze větší část svého života, vnímám jako své město Hradec Králové. Pořád platí, že jsem odtamtud byl vlastně vyhnán.

Věříte v Boha?

Jsem křtěný, věřící a v podstatě nepraktikující katolík. Do kostela chodím zřídka a s církví nemám žádné kontakty. Ale víra mi pomáhá odpouštět. I když občas své ženě říkám, že ze všech křesťanských zásad mi připadá nejobtížnější právě miluj bližního svého jako sebe samého. Jistě nejsem dobrý křesťan, nejen proto, že nejsem praktikující. Ale snažím se.

Ptal se Jaroslav Veis.

Studentské úspěchy

Během slavnostního setkání akademické obce u příležitosti oslav 669. výročí založení Univerzity Karlovy udělila univerzita **Cenu Miloslava Petruska za prezentaci za rok 2016** týmu studentů za jejich podíl na organizaci akce u příležitosti uctění památky 17. listopadu na Albertově. Mezi osmi oceněnými zástupci studentské části Akademického senátu Univerzity Karlovy a studentských spolků byli i dva studenti naší fakulty – **MUDr. Josef Fontana a David Megvinet**.

Student **Grygoriy Zolotaryov** získal za svůj příspěvek ve finále soutěže **FameLab: Talking science** Cenu Akademie věd. Deset soutěžících, kteří postoupili do finálového kola, napříč obory i věkovými kategoriemi, mělo za úkol v pouhých třech minutách publiku vysvětlit libovolné vědecké téma. Soutěž, která vznikla v roce 2004 v Anglii, se postupem času pod taktovkou British Council, NASA a CERN, rozšířila do 33 států na pěti kontinentech.

Loni se vítězkou českého finále soutěže FameLab a reprezentantkou ČR v mezinárodním kole v ang-



lickém Cheltenhamu stala studentka **Eliška Selinger**. Letos v soutěžení pokračuje. Z 1500 přihlášených z celého světa se jí povedlo přes dvě předcházející výběrová kola projít až do finále pro účast na **Elsevier Hackathonu** v Helsinkách. Akce má za cíl dát dohromady studenty medicíny, programátory, grafiky a vývojáře z celého světa s úkolem vymyslet do 48 hodin inovaci (program, aplikaci, webovou stránku, virtuální realitu), která pomůže překonat libovolnou překážku v medicínském studiu. Do finálového kola postoupilo celkem 95 studentů medicíny, míst na Hackathon je 16.

Gratulujeme!



V květnu navštívil Prahu slavný norský psycholog a neurolog Edvard Moser a na pozvání početné skupiny norských studentů 6. května zavítal také na 3. lékařskou fakultu s přednáškou na téma orientace, hipokampus a buněčné síť. Přestože si ke své přednášce zvolil čas víkendů, posluchárna se zaplnila nadšenými studenty i pedagogy, kteří si chtěli nositele Nobelovy ceny poslechnout. Edvard Moser se spolu s manželkou May-Britt Moserovou stal průkopníkem ve výzkumu mozkových mechanismů zodpovědných za určování polohy a orientaci v prostoru. V roce 2014 manželé získali polovinu Nobelovy ceny za fyziologii a lékařství za objev mřížkových neuronů, druhá půlka ceny připadla americkému neurovědci Johnu O'Keefovi.

Gratulujeme jubilantům narozeným v dubnu, květnu a červnu!

85. narozeniny oslavil

Prof. MUDr. Miloš Matoušek, CSc. (* 25. 6. 1932)
bývalý profesor Kliniky psychiatrie a lékařské psychologie
- Psychiatrické kliniky 3. LF UK

Prof. MUDr. Miloš Matoušek, CSc., pracoval v EEG laboratoři VÚPs v letech 1962–1968, kde se výzkumně věnoval automatizaci a kvantifikaci EEG. V této činnosti pokračoval i po odchodu do Švédska, kde se účastnil formování tehdy největší mezinárodní databáze, zahrnující fyziologický vývoj EEG aktivity od dětství až do dospělosti. Jeho práce s použitím EEG analýzy se staly základem pozdějších klinicky orientovaných studií, zejména v psychofarmakologii a psychiatrické diagnostice. Výzkumnou činnost postupně soustředil na registraci a vyhodnocování vigility a fluktuaci bdělosti, která vedla k definování relevantních parametrů, které na rozdíl od konvenčních EEG indikátorů informovaly o funkčních aspektech mozkové činnosti. V roce 1996 se vrátil do Psychiatrického centra Praha a až do roku 2005 pracoval jako vedoucí EEG a spánkové laboratoře, o jejíž vybudování se zásadně zasloužil.

80. narozeniny oslavil

Prof. MUDr. Kamil Provazník, CSc. (* 3. 5. 1937)
bývalý přednosta Ústavu zdraví dětí a mládeže, dnes
profesor Ústavu hygieny 3. LF UK

75. narozeniny oslavil

Prof. MUDr. Ivan Vaněk, DrSc. (* 26. 6. 1942)
Chirurgická klinika 3. LF UK a FNKV

70. narozeniny oslavili

Ing. Jaroslav Šnajdr (* 12. 4. 1947)
vedoucí Provozně-technického oddělení Děkanátu

Prof. RNDr. Eva Samcová, CSc. (* 9. 4. 1947)
přednostka Ústavu biochemie, buněčné a molekulární
biologie 3. LF UK

doc. Ing. Jana Jurčovičová, CSc. (* 5. 5. 1947)
Ústav normální, patologické a klinické fyziologie 3. LF UK

65. narozeniny oslavili

Doc. MUDr. Leo Klein, CSc. (* 18. 4. 1952)
bývalý přednosta Kliniky popáleninové medicíny 3. LF UK
a FNKV

Prof. RNDr. Jan Kovář, DrSc. (* 5. 5. 1952)
vedoucí oddělení buněčné a molekulární biologie na
Ústavu biochemie, buněčné a molekulární biologie 3. LF
UK

Ing. Jana Mužíková (* 6. 4. 1952)
tajemnice 3. lékařské fakulty

MUDr. Eva Bendová, CSc. (* 10. 6. 1952)
Ústav laboratorní diagnostiky 3. LF UK

60. narozeniny oslavil

Doc. MUDr. Petr Kučera, Ph.D. (* 27. 6. 1957)
přednosta Ústavu imunologie 3. LF UK



MEDICINA

Ženy, záchranné služby a urgentní medicína

Jana Šeblová

Před nějakým časem jsem spolu s dalšími oslovenými zástupci různých lékařských oborů odpovídala na anketní otázku Medical tribune:

„Z dnešního pohledu se zdá neuvěřitelné, že první žena-lékařka odpromovala na tehdejší Karlo-Ferdinandově univerzitě až v roce 1902. Nyní v České republice ženy mezi lékaři převažují a tento trend se jednoznačně posiluje.... Tomuto vývoji se budou muset přizpůsobit i obory, které dosud byly považovány za výhradně mužskou doménu. Co pro medicínu (respektive pro zdravotnictví či případně pro vaši specializaci) znamená, že se jí dominantně budou věnovat ženy? Co se tím mění?“

Sama formulace otázky je výrazně genderově neokretní a nedovedu si představit, že by bez povšimnutí a halasu prošla třeba ve skandinávských zemích. Jsme však v našem malém milém Česku a tak to nikomu divné nepřijde, takže jsem i já spořádaně odpověděla: *„Jestli se medicíně budou věnovat muži nebo ženy, není podle mého názoru tak zásadní, v povolání má rozhodovat kvalifikace, schopnosti a pochopení nezbytnosti celoživotního vzdělávání... Zatím jsem se nesečkala s jedinou lidskou vlastností, která by byla vázaná výhradně na jedno nebo druhé pohlaví, takže nevidím důvod dělit obory medicíny na ‚mužské‘ a ‚ženské‘...“* Pro čtenáře (a hlavně čtenářky) VNR bych si dovolila některá svá tvrzení probrat podrobněji.

Ženy ve světové a evropské urgentní medicíně

Na evropských kongresech bývá v posledních letech sekce nazvaná „Women Leadership in Emergency Medicine“. V jedné z prezentací představila profesorka Judith Tintinalli, skutečná ikona světové urgentní medicíny a autorka nejrozšířenější a nejkompaktnější učebnice oboru (její „Tintinalli’s Emergency Medicine – a comprehensive study guide“ dosáhla již osmi vydání v rozmezí 37 let!), v jakých organizacích a institucích se ženy vyskytují ve vedoucích pozicích. Přehled to byl poměrně impozantní: ženy ve vedení evropského výboru EuSEM (European Society for Emergency Medicine) nebo European Resuscitation Council, vedoucí kateder a primářky významných urgentních příjmů nebo systémů přednemocniční péče, prezidentky národních oborových společností, šéfredaktorky odborných oborových časopisů, to vše od Severní Ameriky přes Evropu až po některé asijské státy. Přesto jsou oblasti, kde se ženy prosazují obtížně – zejména v akademickém prostředí nebo ve vědeckých publikacích a také mají často nižší plat za totožnou práci ve stejném objemu jako muži. Profesorka Tintinalli spatřuje důvody jednak v přetrvávajících myšlenkových stereotypech, a pak též v obvyklém nastavení pravidel, zvyklostí a postupů. Výzkum se soustřeďuje na potřeby a zkušenosti z hlediska mužů a bývá orientován na produktivitu zaměřenou na kariérní postupy. I některé články, které zjišťovaly genderové rozdíly v medicíně, tvrzení profesorky Tintinalli potvrzují, zejména stran akademických pozic.

Jisté pozdvižení způsobil článek publikovaný v JAMA Internal Medicine v prosinci roku 2016. Autoři (muži) na souboru 1,5 miliónu hospitalizovaných pacientů zjišťovali výsledky léčby lékařů a lékařek. Autoři předpokládali, že lékařky budou mít kvůli nižším úvazkům, přerušení kariéry kvůli mateřské dovolené a dělbě odpovědnosti mezi práci a zajištění chodu domácnosti horší výsledky. Data prokázala pravý opak: soubory pacientů ošetřovaných lékařkami vykazovaly nižší třicetidenní mortalitu a nižší podíl opakovaných přijetí, a to pro všechny diagnózy a pro všechny úrovně péče včetně intenzivní. Příspěvek se záhy stal jedním z nejčtenějších a nejstahovanějších článků v historii časopisu a vyvolal pochopitelně velkou diskuzi nejen v odborných kruzích. A některé z předchozích výzkumů zaměřených na rozdíly v péči lékařů a lékařek prokázaly větší ochotu žen řídit se doporučenými postupy, větší

ochotu komunikovat s pacienty a jejich rodinami či větší ochotu vést diskuzi o možnostech prevence.

Jaké jsou obecné požadavky na lékaře v oboru urgentní medicíny?

Obvykle zdůrazňují, že obor má tři hlavní pilíře: přednemocniční neodkladnou péči, navazující nemocniční neodkladnou péči a připravenost na řešení mimořádných událostí. Zejména přednemocniční neodkladná péče, tedy práce v systému zdravotnické záchranné služby bývá (nebo aspoň bývala) spojována spíše s mužskými zdravotníky. Donedávna dokonce existovaly v ČR asi tři záchranné služby, které nepřijímaly na pozici zdravotnických záchranářů ženy (lékárkami ovšem nepohrdly ani tyto tři, neboť lékař je v terénu velmi nedostatkovou komoditou).



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



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

Veřejnost si práci na ZZS ponejvíce spojuje se zá-
sahy u těžkých dopravních nehod a závažných úrazů,
s resuscitací a stavy ohrožení života, a ještě tak možná
s infarkty a akutními cévními mozkovými příhodami.
Realita je však mnohem pestřejší, spektrum zásahů se
rozšiřuje a v posledních letech celosvětově významně
narůstá počet zásahů tzv. nižších priorit. Doučujeme se
tedy geriatrii, hovoříme o paliativní péči v podmínkách
urgentní medicíny, zasahujeme u všech typů tzv. psycho-
sociálních urgencí a nejčastější typ výjezdu je ošetření
chronického pacienta s akutním zhoršením některé
z jeho dlouhodobých nemocí. Klade to zvýšené nároky
na profesionalitu, diagnostické schopnosti i na komuni-
kační dovednosti. Je pravda, že u oněch kritických a zá-
važných stavů musíme umět postupovat rychle a často
mít dobře zvládnuté praktické dovednosti, navíc v ne-
standardních podmínkách. Pro tyto situace však máme
k dispozici standardní postupy, odborná doporučení
a prakticky zaměřené standardizované kurzy. Resusci-



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

taci i ošetření traumat trénujeme na modelech a s pou-
žitím simulační medicíny a postup je jasně daný, což po
zpracování a po zvládnutí dílčích dovedností situaci
určitě ulehčuje. Pro rozhodování o pacientech, kteří
mají nějaké akutní psychiatrické symptomy (ty vůbec
navíc nemusí být způsobené duševním onemocněním,
ale i somatickou nemocí či projevy nadměrného stre-
su v kritické situaci) však vodítka postrádáme a riziko
chybného vyhodnocení a chybného postupu je velké –
zde je ke zjištění stavu, odebrání anamnézy (včetně ob-
jektivní od okolí) a zvládnutí situace potřeba především
dobré komunikace a ochota naslouchat.

Na základě dlouhodobých zkušeností považují za
potřebné pro práci v oboru urgentní medicíny mnoho
zdánlivě protichůdných vlastností a dovedností. Musí-
me být schopni se v nejasných nebo hraničních situa-
cích rozhodnout a nést za svá rozhodnutí zodpovědnost,
často pod časovým tlakem a bez možnosti konzultace.
Musíme být schopni velet a vynutit si splnění vydaných
povelů, ale i podřídit se disciplíně a práci v týmu. Je po-
třeba osvojit si rychlý, intuitivní psychologický odhad
zúčastněných, jejich vzájemných vazeb a míry jejich
stresu. K potřebným vlastnostem patří i jistá minimální
fyzická kondice, protože občas musíme za pacientem
někam dojít nebo vylézt, donést si vybavení a někdy
odnést nebo přenést samotného pacienta. Nejvýše
ovšem stojí široké medicínské znalosti a schopnost jak
analýzy, tak syntézy zjištěných příznaků a odchylek.

Na urgentním příjmu se pak přidávají i organizační
schopnosti a práce na paralelních úkolech, neboť ne-
vystačíme s postupným řešením jednoho pacienta po
druhém, ale je nutné reagovat na situaci na celém od-
dělení a někdy je nutné rychle přehodnotit priority. Or-
ganizace a jasné vedení se pak ještě více uplatní při zvlá-

dání mimořádných událostí s hromadným postižením osob, tam se ještě více odchylujeme od medicíny a musíme se řídit odlišnými principy a nacvičenými postupy – třídění, minimální přijatelné ošetření, organizace odsunu, distribuce pacientů.

A ještě dvě zásadní vlastnosti, které musí dobrý lékař mít: selský rozum a pokoru.

Lékařky do terénu nebo na urgentní příjem – ano či ne?

Nevidím ve výše uvedeném výčtu vlastností a předpokladů žádnou, která by byla prokazatelně vázaná na ženské pohlaví. Některé z nich jsou však spojovány se zakořeněnými genderovými rolemi, tedy obrazem rozhodného muže vždy připraveného k akci. Tyto předobrazy si v 21. století dovolím považovat za archaické. Naopak vždy s nadsázkou říkám, že po absolvování mateřské dovolené se dvěma a více dětmi by měl být lékařce automaticky vydán diplom kurzu medicíny katastrof, neboť řešení každodenních domácích kalamit má mnohé shodné rysy s hromadným neštěstím. Přítomnost žen ve výjezdech považuji za přínosnou i díky větší ochotě komunikovat a snaze konflikty spíše tlumit než dopustit jejich eskalaci, například při ošetřování opilých či neklidných osob.

Na druhé straně ani zde nelze paušalizovat – v jednom ze starších výzkumů zaměřeném na zátěž a syndrom vyhoření u pracovníků zdravotnických záchranných služeb v ČR, který jsme v roce 1998 provedli s kolegy z RIAPSu (Regionální institut ambulancí psychosociálních služeb) měli muži v souboru statisticky vyšší skóre v položce emoční exhausce a ženy měly vyšší skóre v položce depersonalizace, což vychází přesně opačně než jsou ony prefabrikované před-

stavy muže bez nervů a pečující ženy. I z praxe znám ženy s nevhodným přístupem k pacientům a empatické a profesionální muže.

Co je prokazatelně na oboru urgentní medicíny náročné, je směnný provoz a noční práce – jak pravil kdysi kdosi moudrý, spánková deprivace se natrénovat nedá. Toto je však stejné i v mnoha jiných oborech medicíny a mnohde jsou služby v nemocnici pro mladé lékaře časově ještě náročnější. Směnný provoz však na druhé straně znamená nižší hodinovou zátěž – přechodem do oboru urgentní medicíny jsem kdysi jako matka dvou dětí ušetřila sto hodin měsíčně.

Pro někoho může být stresující, že přísun práce a její medicínskou náročnost nelze naplánovat a lékař musí být vždy a v kteroukoliv denní či noční hodinu schopen okamžitě přejít na plnou koncentraci a zvládnout komplikované situace. V terénu se navíc nemá s kým poradit a odpovědnost za rozhodnutí je nedělitelná. Ani vyložení introverti nemívají pozici snadnou – někdy je nutné udržet si přehled v chaosu či současně na mnoha „kanálech“ komunikovat s příbuznými, členy týmu či ostatními zúčastněnými, vydávat jednoznačné pokyny a kontrolovat plnění ordinací.

Nesporný biologický rozdíl je daný tím, že porození potomků je opravdu naše výhradní záležitost, a stejně tak kojení. Plánovat rodičovství je v medicíně obzvláště obtížné (občas si kacířsky pomyslím, že častá neplánovaná těhotenství v mé generaci byla možná snazší volbou a v důsledku i méně stresující). Studium je dlouhé a lze studovat jen prezenční formou. Současné neustálé změny vzdělávacího systému a doba dosažení specializované způsobilosti – a bohužel i přístup některých zdravotnických zařízení k vysílání mladých lékařů na stáže – rozumnou dobu plánování rodiny znesnadňují.

Na druhé straně je však mnoho překážek pro matky spíše otázkou rigidity českých zaměstnavatelů. Návrat rodičů malých dětí do práce obecně usnadňuje možnost kratšího úvazku či ochota organizace zajistit hlídání dětí např. formou dětských skupin nebo mateřských školek. V tomto ohledu považují urgentní medicínu za poměrně vstřícný obor. Vzhledem k trvalému nedostatku kvalifikovaných lékařů (v současnosti by obor potřeboval asi 400 lékařů na pokrytí všech zdravotnických záchranných služeb a stávajících urgentních příjmů) jsou zaměstnavatelé vděční za každou službu a kratší úvazky jsou častou praxí, a to nejen u matek malých dětí. I provoz ve dvanáctihodinových směnách je k matkám vstřícný – mohou se do práce vrátit podle individuálních možností zajistit si hlídání dítěte nebo dětí dříve, než potomci nastoupí do předškolního zařízení.

Osobní douška

Pro urgentní medicínu jsem se rozhodla před 24 lety, v době, kdy ještě zdaleka nebyla samostatným oborem a její budoucnost byla značně nejistá. Líbila se mi pestrost a rozsah práce a střípky lidských osudů, se kterými se setkáváme (a ve hře byly i ony ušetřené hodiny). Za to téměř čtvrt století jsem dosáhla úspěšné kariéry, a to i na evropské úrovni, pracovala jsem ve vedoucích pozicích, mám zkušenosti z terénu i z nemocnice, publikuji, rediguji už dvacátým rokem odborný oborový časopis, těší mě, že jsem byla u zrodu nového oboru v ČR. Samozřejmě jsem často kličkovala mezi pracovními povinnostmi a zajištěním rodiny, ale myslím, že kdybych dělala cokoliv jiného, i mimo lékařství, byla bych na tom podobně.

Vždy poctivě přiznávám, že mě nikdo nikdy nediskriminoval na základě toho, že jsem žena. Trochu to však přičítám faktu, že na poli urgentní medicíny bylo takové množství práce a tak nejisté vyhlídky, že ambicióznější kolegové – muži volili tradiční a akademicky zakotvené obory. Nikdy jsem své volby nelitovala a ve svém oboru nalézám i po letech nové výzvy a nové perspektivy. Nikdy mě ani na vteřinu nenapadlo, že je to obor pro ženy nevhodný.

Poselství závěrem?

Takže dámy medičky a absolventky, nezdoufajte a hlavně neposlouchejte rady starších a moudrých, na jaký obor se hodíte či nikoliv! V medicíně, a v urgentní zejména, jste vítanými posilami a budeme se těšit na váš příchod do oboru. Neboť, jak pravila profesorka Maaret Castrén na loňském kongresu ve Vídni: „There is a special place in hell for women not supporting other women.“ Paní profesorka, dlouholetá prezidentka Evropské resuscitační rady, v současnosti šéfka velké záchranné služby v Helsinkách a okolí a též evropská zástupkyně v ILCOR, se tím důsledně řídí a genderová vyrovnanost pro ni znamená sto procentní dámské obsazení jakékoliv instituce. A Judith Tintinalli dodává, že „urgentní medicína je nejlepší kariéerní volbou, je to dynamický, náročný obor zakotvený v komunitě i v celé populaci, s holistickým pohledem na pacienta. A hlavně – nikdy se nebudete nudit.“

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

Anketa: mateřství v lékařství

Anna Ouřadová

Zájem o lékařství projevuje stále více žen. Obor Všeobecné lékařství na 3. lékařské fakultě studují již dnes z 59 procent právě studentky. Ženství se velmi často pojí s mateřstvím, jak se ale dá prakticky skloubit mateřství s lékařstvím? V anketě přinášíme osobní zkušenosti zaměstnankyň 3. lékařské fakulty klinických i teoretických oborů a jejich doporučení. Otázkou zůstává: měly by lékařské fakulty a nemocnice do budoucna řešit feminizaci svého oboru?

1. Kolik máte dětí, v jaké fázi vašeho profesního života se narodily a kolik času jste s nimi strávila na mateřské/rodičovské dovolené?

2. Jaké změny by podle vás ženám v prostředí nemocnic a lékařských fakult zjednodušily sladování zaměstnání s péčí o rodinu?

Doc. MUDr. Olga Džupová, Ph.D.

Klinika infekčních, parazitárních a tropických nemocí 3. LF UK a FNKV

1. Mám jednu dceru, narodila se v samém začátku mé profesní kariéry (dva roky po skončení VŠ) a byla jsem s ní doma dva roky.

2. Jednak větší spoluúčast otce na péči o dítě, tj. jednak jeho zájem a jednak jeho možnosti. Tedy například možnost být s ním nějakou dobu na rodičovské dovolené, být s ním doma v době nemoci. Pak také možnost pracovat v prvních letech po rodičovské dovolené na částečný úvazek. A nakonec závodní jesle a školky, jako to bylo za mého dětství. Aby matka mohla dítě předat do školky v půl osmé místo v půl sedmé a po práci vyzvednout o hodinu dříve.

Prof. MUDr. Marcela Grünerová Lippertová, Ph.D.

přednostka Kliniky rehabilitačního lékařství 3. LF UK a FNKV

1. Mám jedno dítě, které se narodilo až po mé atestaci v době vedoucí funkce. Na rodičovské jsem s ním byla tři měsíce.

2. Variabilní pracovní doba, možnost částečného úvazku a také nemocniční jesle/mateřská školka.

Doc. MUDr. Martina Kubecová, Ph.D.

přednostka Radioterapeutické a onkologické kliniky 3. LF UK a FNKV

1. Děti mám dvě. První se narodilo v roce 1979 krátce po mé promoci. Promovala jsem v červnu, nastoupila do práce a v polovině července jsem šla na mateřskou. Doma jsem byla šest měsíců, dítě mi hlídala moje babička, které bylo 79 let. Druhé dítě se narodilo šest let na to, již po první atestaci. Doma jsem s ním byla 1,5 roku. Na hlídání jsme platili paní, které pomáhala moje babička.
2. Určitě by pomohl větší nástupní plat a s ním možnost platit hlídání, možnost menšího úvazku a dostupnost jeslí nebo školky při zaměstnání.

Doc. MUDr. Hana Malíková, Ph.D.

přednostka Radiodiagnostické kliniky 3. LF UK a FNKV)

1. Dítě mám jedno a narodilo se po dokončení mé specializace.
2. Žádné změny podle mne nepomohou, je to na každé lékařce individuálně. Je naivní čekat jakoukoliv pomoc. Já jsem si najala chůvu, která mě stála většinu mého platu. Nikdy jsem nelitovala a dcera nikdy nemusela do jeslí ani školky.

Prof. MUDr. Lucie Bankovská Motlová, Ph.D.

proděkanka pro vnější vztahy, rozvoj akademické obce a sociální záležitosti, vedoucí Oddělení lékařské psychologie

1. Mám jednu dceru, narodila se těsně po mé druhé atestaci a byla jsem s ní na rodičovské dovolené tři roky. V té době jsem sice nechodila do práce do nemocnice, ale od ukončeného šestinedělí jsem překládala odbornou literaturu a příležitostně přednášela kolegům psychiatrům a praktickým lékařům.
2. Obávám se, že to bude vždy náročné zkrátka již proto, že lékaři i lékařky jsou latentní workoholici, potřebu hodně pracovat mají v krvi. Po promoci je optimální co nejvíce pracovat, ale nikoli stylem „být vhozen do vody a plavat“, nýbrž pod bedlivým vedením školitele rychle získat určitou zručnost a zkušenost v oboru. Je tedy potřeba i sloužit. Některé lékařky po atestaci by určitě uvítaly částečné úvazky. Obecně by patrně pomohlo dodržování zákoníku práce, méně papírování a vyšší platy.

Mgr. Lenka Rossmeislová, Ph. D.

Ústav pro studium obezity a diabetu 3. LF UK

1. Mám jedno dítě, dceru, které je momentálně 15 měsíců. Jsem vedoucí laboratorní skupiny a hlavní řešitelkou grantu Grantové agentury České republiky (GAČR). Pracuji od začátku rodičovské dovolené (tj. po šestiměsíční

mateřské dovolené) na částečný úvazek hrazený z grantů GAČR a Agentury pro zdravotní výzkum (AZV), ovšem alespoň pár hodin týdně jsem pracovala i v průběhu celé mateřské dovolené, obvykle v noci, kdy dcerka spala.

2. Uvítala bych oficiální, a ne pouze neoficiálně tolerovanou možnost pracovat z domova a tím pádem plně flexibilní pracovní dobu. Nyní je situace taková, že mám ve smlouvě přesně definované hodiny, kdy musím být na pracovišti, přičemž tyto hodiny neodpovídají tomu, co je pro moji práci nutné. V závislosti na probíhajících experimentech si musím flexibilně zařizovat hlídání dcery, což je možné jen díky velké ochotě mých rodičů. Kdybych pracovala jen v hodinách definovaných smlouvou, řada prací by nemohla být vůbec uskutečněna. Téměř každý večer pracuji doma a někdy musím dojíždět do laboratoře i o víkendu, což dříve problém nebyl, ale vzhledem k dceři, která ve svém útlém věku potřebuje neustálou interakci jako každé jiné dítě, to už jako problém vnímám.

Dále by mi velmi pomohla možnost umístit dcerku po dovršení jejich dvou let ve firemní školce, tato možnost ale momentálně na 3. LF není, nebo o ní nejsem informována. Do státní školky nelze umístit dítě mladší dvou let, nemluvím ani o tom, že na dva dny hlídání chůvou padne většina financí z rodičovského příspěvku. Přitom vzhledem k mé pozici se předpokládá co nejdříve návrat do plného úvazku.

Jako zásadní též vidím možnost odkladu hodnocení národních grantů o dobu strávenou na mateřské dovolené, kdy nelze oficiálně pracovat. Grantové agentury sice mlčky tolerují výpadek řešitelek kvůli mateřským povinnostem, po ukončení mateřské dovolené, tedy v době, kdy je dítě plně kojeno a vyžaduje velkou péči, ale agentury očekávají v podstatě „dotažení“ původního harmonogramu prací, jako by žádné dítě nebylo, což jsem vnímala a vnímám jako velkou zátěž, stále musím „jet nadoraz“. Prostě být hlavní řešitelkou grantu v době, kdy máte malé dítě, není jednoduchá věc. A to i přes velkou podporu manžela, též vedoucího vědeckého pracovníka, a rodičů.

Doc. MUDr. Hana Provazníková, CSc.

Ústav hygieny 3. LF UK

1. Mám dvě dcery. První se narodila po mé promoci v roce 1964. V té době jsem nastoupila na místo aspiranta na katedře Hygieny dětí a dorostu Lékařské fakulty hygienické. Druhá dcera se narodila v roce 1969, v té době jsem na katedře pracovala jako asistent. V šedesátých letech měla matka nárok na šest měsíců mateřské dovolené. V péči o děti mi pomáhala matka, která nebyla zaměstnaná.

2. Pomohla by podle mne možnost pracovat v určité etapě života na nižší pracovní úvazek bez zkrácení finanční odměny a širší nabídka služeb, které pomáhají zabezpečit péči o děti a snadná dostupnost jejich využití.

MUDr. Lucie Hubičková Heringová, Ph.D.

Přednostka Ústavu histologie a embryologie 3. LF UK

1. Mám tři děti. První syn se narodil během studia v letním semestru pátého ročníku. Na rodičovské jsem s ním

nebyla, protože jsem studovala. Následující rok 1989 byl revoluční a my jsme dostali možnost prodloužit si o rok studium a intenzivně se učit angličtinu s kanadským vyučujícím. Druhý syn se pak narodil před poslední státnicí a byla jsem s ním doma tři roky. Poté jsem nastoupila do postgraduálního studia na Ústavu histologie. S třetím synem jsem byla na mateřské rok, poté jsem nastoupila na úvazek 0,5, a když mu byly tři roky, přešla jsem na celý.

2. Z vlastní zkušenosti nemůžu doporučit model úvazek 0,5 s odpracováním čtyř hodin denně. Osobně jsem si přenášela rodinné starosti do práce a naopak. Myslím si, že toto může být častějším problémem žen nežli mužů: ženy nedokážou tak rychle přepnout z jednoho prostředí do druhého nebo „odstříhnout“ starosti s rodinou (typicky se stane, že ráno má dítě horečku, necháváte ho babičce a letíte na fakultu zkoušet, kde už na vás netrpělivě čekají další členové komise...). To znamená: myslím si že práce a rodina skloubit jde, ale musí se jasně definovat úkol, který má žena v práci splnit. Osobní zkušenost mám s teoretickým oborem, tedy s vědou a výzkumem. Je to široké pole a nikdy nekončící práce, proto musí podle mne být jasně vymezen úkol. V tomto ohledu je teoretický obor jen zdánlivě výhodnější než klinický obor – ovšem po první atestaci.

Mgr. Tereza Kopřivová Herotová, Ph.D.

Ústav hygieny 3. LF UK

1. Děti mám dvě, syn má devět let, dcera tři roky. Syn se mi narodil v průběhu dálkového postgraduálního studia Biomedicíny – Preventivního lékařství a než šel ve třech letech do mateřské školy, doktorát jsem absolvovala. Dcerka se mi narodila již jako řádnému zaměstnanci při úvazku 0,9. Na mateřské dovolené jsem oficiálně s dětmi byla vždy tři roky. Se synem jsem zpočátku, od jeho cca jednoho roku, na fakultě pracovala na DPP a poté na zkrácený úvazek, tuším, že to bylo 0,4. S dcerkou jsem si mateřskou užila více, ale stejně jsem každoročně na fakultě vedla povinně volitelný kurz, takže jsem s fakultou měla také DPP. Po druhé mateřské jsem se vrátila zpět na Ústav zdraví dětí a mládeže, ale jen na poloviční úvazek. Uvidíme časem, zda si zažádám o navýšení, nicméně na celý úvazek nepůjdu pracovat určitě. Nebydlíme totiž v Praze, ale v Krušovicích, a denní dojíždění není s dětmi myslitelné.

2. Určitě by byla dobrá větší flexibilita a možnost rychle a účinně pracovat s vyšší úvazku. Měla jsem velký problém po prvním dítěti. V průběhu mateřské jsem totiž měla 0,4 úvazku a po skončení mateřské jsem děkana požádala, aby mi dal zpět 0,9, dostala jsem ale zamítavou odpověď a trvalo pár měsíců, než jsem se dopracovala zpátky na původní vyšší úvazku – to bylo nepříjemné a opravdu jsem zvažovala odchod z fakulty. Takže bych určitě uvítala ve vedení fakulty mnohem více žen, které by pracující matky v akademickém prostředí chápaly. O rozdílech v platech na fakultě na stejné pozici u muže a ženy ani nemluví. Být žena samoživitelka a pracovat na fakultě podle mne ani nejde a to z finančních důvodů. Ale jinak moc kvituji možnost nepravidelné pracovní doby, možnost práce z domova a dlouhou dovolenou – to jsou určitě velká pozitiva.



„Dobrá smrt“ by měla být přirozenou součástí života

O podpůrném a paliativním týmu na I. interní klinice

Martin Havrda, Jana Heřmanová, Kateřina Ledererová

Lékař, sestra nebo jiný zdravotnický pracovník v nemocnici se při své práci setkává se smrtí. Pro začátečníky je to často stresující. Rádi bychom každého vyléčili, učinili šťastným a krásným, podíleli se na jeho radosti. Zhoršování zdravotního stavu, bolest, nemohoucnost a umírání nás zasahuje, pociťujeme bezmoc a neúspěch. Naše upřímné snahy o zkrocení choroby a vyléčení nemocného vyznívají naprázdno a osud si vybírá svou daň.

S narůstající zkušeností se smiřujeme s tím, že léčebné možnosti jsou omezené, některé nemoci jsou nevléčitelné, lidé nutně musejí umírat. Začínáme si všimnout, jak umírají, začínáme o tom přemýšlet. Říkáme si, že až budeme sami muset umřít, chtěli bychom, aby to nastalo doma, v kruhu rodiny, mezi milými a blízkými lidmi, pokud možno bez bolesti a bez utrpení. Lituje se těch lidí, jejichž smrt pozorujeme, protože si dobře uvědomujeme, že málokdy umírají tak, jak bychom si to sami přáli.

Smrt v nemocnici je často smutná, děje se v odloučení, o samotě, bez přípravy, jako rána osudu. Zavřít před ní raději oči. Je to nutnost, ale ať už je to pryč, zaopatřit a odvézt tělo a vše uklidit. Pro citlivé lidi je to frustrující. Umírá přece člověk, bytost opředaná sítí vztahů, průsečík příběhů, tvor citlivý a přemýšlivý, ztělesněná paměť, která zaznamenává každou vteřinu a odnáší si ji kamsi do dále.

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (FNKV) je velká nemocnice, má asi 1100 lůžek. Pracuje v ní více než 400 lékařů a více než 1600 dalších zdravotnických pracovníků. Z ročního počtu více než 50 tisíc hospitalizovaných pacientů je většina zase propuštěna, více než 1100 z nich však v nemocnici umírá. Nejvíce lidí umírá na interních klinikách. Za rok 2015 to bylo asi 280 nemocných na I. interní klinice, asi 240 nemocných na II. interní klinice, asi 150 nemocných na III. interní kardiologické klinice. Na Klinice anesteziologie a resuscitace zemřelo ve stejném období asi 190 nemocných. Na ostatních klinikách nemocnice bylo úmrtí podstatně méně. Není proto divu, že právě na I. interní klinice byla nejsilnější potřeba zlepšit péči o nemocné v terminálních fázích onemocnění a nemocné umírající.

Koncept „dobré smrti“ si nachází nové a nové přívržence a zhmotňuje se v rozvoji paliativní péče. Tento koncept je zcela logický. Proč by nemohla současná medicína a na ní navázané obory učinit umírání lepším a pomoci ho vrátit tam, kam patří, do běhu přirozeného života? Proč by nebylo možné zmírnit bolest a utrpení a pomoci nemocným, aby poslední období života proživali alespoň s dotekem štěstí? Je k tomu potřebné vytvořit vhodné prostředí, zapojit vhodné lidi, použít vhodné léky a mít dobrou vůli.

Vytvoření paliativního týmu na I. interní klinice

Velkou výzvou bylo vyhlášení projektu „Spolu až do konce“ nadačního fondu Avast. Díky této podpoře jsme se odvážili do projektu pustit. Stručně tedy shrneme záměry projektu a ukážeme, co jsme už v rámci jeho realizace dokázali.

Zásadním krokem bylo vytvoření paliativního týmu na I. interní klinice. Jako lékaři se na fungování týmu podílejí prim. MUDr. Martin Havrda jako vedoucí projektu, MUDr. Tomáš Šimonek a MUDr. Zuzana Křemenová z I. interní kliniky a prim. MUDr. Irena Závadová a MUDr. Adam Houska jako zkušení odborníci v oboru paliativní medicíny. Klíčovou osobou komunikující s pacienty a koordinující činnost týmu se stala sestra Mgr. Kateřina Ledererová. Také Zdravotně-sociální oddělení FNKV a zejména jeho vedoucí Bc. Blanka Radjenovičová se zásadně podílejí na práci týmu. S pacienty pracuje i duchovní Mgr. Kamil Vrzal a do řešení obtížných situací se zapojuje MUDr. ThDr. Jaroslav Matějka, Ph.D., ThLic. jako odborník na lékařskou etiku. Členem týmu je i psychologka PhDr. Alena Javůrková, Ph.D., a důležitou spolupracující osobou je nově také Pharm. Dr. Anna Králová. Vzhledem k stále širšímu působení týmu v rámci celé nemocnice bylo zapotřebí jej ještě dále rozšířit, proto byla od 1. června na důležitou pozici všeobecné sestry přijata další zkušená sestra Monika Korandová.

Při rozvíjení projektu jsme těžili z dlouholeté spolupráce mezi Ústavem ošetřovatelství 3. lékařské fakulty UK a Artevelde Hogeschool v Gentu v Belgii. Získali jsme sestru specialistku Christine De Bosschere jako mentora týmu a vrchní sestru lůžkového paliativního oddělení nemocnice v Gentu Nancy Criel jako lektorku

týmu. Mgr. Jana Heřmanová, Ph.D., pracovnice Ústavu ošetřovatelství 3. LF UK, se aktivně zapojila do práce týmu a zprostředkovává také komunikaci a spolupráci s mentorkou a s lektorkou.

Paliativní tým prvního půl roku připravoval podmínky pro zahájení praktické práce s pacienty. Velice jsme se soustředili na otázku vzdělávání zdravotnických pracovníků. Christine De Bosschere se do práce týmu zapojila již na začátku října, kdy při své první návštěvě mluvila o organizaci paliativní péče v Belgii, ale především pomáhala při tvorbě ošetřovatelské dokumentace a spolu se svojí studentkou Thisbe přemýšlely o tom, jaká kritéria je vhodné pro indikaci pacientů k paliativní péči a vytvoření škály hodnocení pacientů v našich podmínkách použít. Při své druhé návštěvě prezentovala problematiku rozhodování o zdravotní péči na konci života podle legislativy a zkušeností z Belgie. Nancy Criel měla velice pěknou a podnětnou přednášku o léčbě nepříjemných symptomů, které provázejí terminální stavy různých onemocnění. Obě přednášky mohli navštívit nejen členové paliativního týmu, ale také ostatní zaměstnanci nemocnice. Setkaly se s velmi pozitivním ohlasem.

Důležité je vzdělávání a výměna zkušeností

Součástí vzdělávacích aktivit byla i návštěva některých členů týmu v Gentu v Belgii. Během týdenní stáže navštívili řadu pracovišť věnujících se paliativní péči a seznámili se s jejich pracovními metodami. Vzhledem k tomu, že náš projekt není primárně zaměřený na vybudování samostatné lůžkové jednotky paliativní péče (i když v budoucnu takovou možnost nevylučujeme), zaměřili se především na možnosti konzultační činnosti

podpůrného a paliativního týmu ve velké fakultní nemocnici.

Výměna zkušeností a účast na kurzech s tematikou paliativní péče patří mezi stěžejní aktivity týmu. Na podzim loňského roku se jeho členové zúčastnili česko-slovenské konference paliativní medicíny. Zajistili jsme také kurz paliativní péče pro sestry ELNEC přímo v naší nemocnici. Sestra týmu absolvovala odbornou stáž v Hospicu Dobrého Pastýře v Čerčanech a v současné době dokončuje certifikovaný kurz Specifická ošetrovatelská péče v paliativní péči v NCO NZO v Brně.

Od ledna 2017, kdy se tým začal starat o první pacienty, u nichž byla indikovaná paliativní péče, rychle získává vlastní zkušenosti a vzdělávací aktivity se prolínají. Kateřina Ledererová se sice stále učí své nové roli, ale zároveň již své zkušenosti předává studentům Ústavu ošetrovatelství 3. LF UK. Máme za sebou první stáž české studentky i studentky ošetrovatelství z Gentu – Virginie, která na I. interní klinice strávila čtyři týdny. Děk patří nejen Kateřině Ledererové, ale i Lucii Zachové a ostatním pracovníkům na jednotce N4A, kteří se Virginii věnovali. Ta si na konci stáže připravila pro tým i pro zaměstnance kliniky seminář na téma psycho-spirituální podpory, který vyvolal bohatou diskusi. K paliativní péči patří totiž nejen pečlivé posouzení stavu pacienta a výborně nastavená léčba nepříjemných symptomů, ale i rozhovory o existenciální tísní, utrpení, vině, odpouštění, nebi i peklu. Orientovat se v této problematice je pro laiky, kterými v této oblasti mnozí z nás jsou, nesnadné, a proto je důležité, že je členem týmu právě páter Kamil Vrzal, který se zapojil do diskuse a mnohé osvětlil.

Paliativní a podpůrný tým potřebuje ke své práci zázemí a proto jedním z cílů projektu bylo vytvořit

místnost, která by posloužila jako místo, kde se členové týmu mohou setkávat, jako zázemí paliativní sestry a jako místo setkávání nemocných nebo jejich blízkých se členy týmu. Této hojně využívané místnosti neoficiálně, ale výstižně říkáme „U Katky“. Zaměstnanci kliniky si postupně zvykají konzultovat s Kateřinou Ledererovou, jak postupovat při péči o své pacienty, ale také mohou přijít a třeba jen listovat v knihách o umírání, které jsou určené nejen dospělým, ale i dětem.

Jak o pacienty pečujeme

Velmi důležité bylo vytvořit pracovní metody a dokumentaci pro klinickou činnost týmu. V tom nám významně pomohla také Irena Zavadová, primářka mobilního hospicu Cesta domů. Poskytla nám při dolaďování dokumentace důležité rady a podělila se o své zkušenosti. Připravili jsme tedy sestavu indikačních kritérií pro přivolávání jednotlivých členů týmu, předběžné postupy činnosti jednotlivých členů a finišujeme s vydáním Standardního postupu Podpůrná a paliativní péče na I. interní klinice FNKV. Úspěšně jsme začali spolupracovat také s dobrovolníky ve FNKV.

V lednu 2017 tedy zahájil tým, jehož název jsme po důkladném uvážení změnili na Podpůrný a paliativní tým, práci s konkrétními pacienty. Ve spolupráci s ošetrujícími lékaři a sestrami vytipováváme nemocné, kteří podpůrnou a paliativní péči potřebují. Tito pacienti absolvují vstupní pohovor a vyšetření, identifikujeme jejich potřeby a hledáme, jak bychom je mohli uspokojit. Komunikujeme s pacienty i s jejich rodinami a ve spolupráci se zkušeným expertem na paliativní medicínu upravujeme jejich léčbu. Pokud je to na místě, jsou tyto pacienti v mnohem větší míře, než tomu bylo dříve,

předávání do péče mobilních nebo kamenných hospiců.

Každodenní péči o pacienty koordinuje sestra paliativního týmu spolu s paliativními lékaři a sociální pracovníci a do přímé péče se zapojují zdravotničtí pracovníci kliniky, ale podle specifických potřeb pacientů či jejich blízkých mohou pomoci i další členové týmu jako sociální pracovnice, etik či duchovní.

Pracovníci kliniky, ale i zaměstnanci dalších klinik FNKV (především vrchní sestry) a studenti 3. LF UK se účastní setkání, při nichž sestra týmu mluví o svých zkušenostech se zajištěním potřeb konkrétních pacientů a jejich rodin. Na základě těchto reflexí a po inspiraci Anthony Backem, významným odborníkem na paliativní péči, který přednášel na Konferenci nemocniční paliativní péče, jíž jsme se také účastnili, jsme začali každý týden pořádat patientské semináře. Cílem je pomoci ošetřujícím lékařům i sestřám, kteří prezentují své pacienty, nastavit nejen účinnou paliativní péči v nemocnici, ale také po propuštění pacienta domů nebo do jiného zařízení. Semináře koordinují primář Martin Havrda a sestra týmu Kateřina Ledererová, pravidelně se účastní specialista paliatr Adam Houska, s odbornými radami ohledně ordinace a podávání léků přichází dr. Anna Králová a podle potřeby a časových možností se účastní i další členové týmu.

Jednou za měsíc se schází celý podpůrný a paliativní tým, aby zhodnotil dosavadní činnosti, operativně řešil nové úkoly související s projektem a zvážil další možnosti rozvoje podpůrné a paliativní péče nejen v rámci I. interní kliniky a FNKV, ale také v komunitě. Především díky aktivitám Bc. Radjenovičové se podařilo navázat spolupráci se zástupci úřadů městských částí Prahy 10 a Prahy 3, jejichž občané jsou, nebo mohou

být, pacienti FNKV. V rámci této spolupráce plánujeme vzdělávací aktivity pro praktické lékaře i zaměstnance komunitních zařízení dlouhodobé péče.

Nadační fond Avast přidělil prostředky 18 institucím, aby mohly rozvíjet paliativní péči. To, jakým směrem půjdou, je na každé instituci. Podpůrný a paliativní tým FNKV je specifický v tom, že stěžejní koordinační funkci v něm má paliativní sestra. Mezi její činnosti patří přijímání podnětů ošetřujících lékařů a sester k zahájení intervence, vstupní vyšetření pacienta, komunikace s pacientem a s jeho rodinou, přivolání dalších členů podpůrného a paliativního týmu podle stanovených kritérií, spolupráce s nimi, koordinace péče o pacienta, pomoc při zjišťování efektu léčby bolesti a dalších nepříjemných příznaků, relaxační a aktivizační techniky, podpůrná komunikace s ošetřujícím personálem, iniciativa v oblasti dříve vyslovených přání, šíření osvěty v paliativní péči, administrativa (deník činnosti týmu, evidence pacientů týmu). Aby všechny zmíněné činnosti Kateřina Ledererová zvládala, potřebuje nejen podporu týmu a ošetřujících lékařů, sester a dalšího personálu kliniky, ale také vlastní osobní a profesionální zkušenosti. Nejen při poskytování paliativní péče a uspokojování potřeb pacientů a jejich blízkých vidí jako velmi důležité nedopouštět se těchto chyb: nevidět člověka, ale pacienta (protože pak neslyšíme, co nám říká...) a vidět sebe, ne perfektně pečujícího (protože pak se soustředíme na výkon). Sestra musí umět nabízet (nevtíravě), nevnucovat se (byť v dobré víře) a umět pracovat s emocemi (já, pacient, blízcí pacienta).

Příklad z praxe

Základní paliativní péči poskytuje ošetrovatelský personál na lůžkových odděleních kliniky. Úkolem týmu je péči koordinovat a doplňovat, jak tomu bylo i v případě pacientky v terminálním stadiu karcinomu ledviny. Paní byla původně přijata do nemocnice, aby jí lékaři operovali metastáze v játrech. V rámci předoperačního vyšetření však zjistili, že ji operovat nelze. Proto pacientku propustili do domácího ošetrování. Po dvou dnech však byla přes centrální urgentní příjem kvůli výrazné bolesti břicha opět přijata na I. interní kliniku. Kromě toho, že paliativní tým podpořil ošetřující lékaře a sestry při pečlivém posouzení stavu pacientky a léčbě bolesti, ukázalo se, že bude mít ještě další úkol: řešit specifické otázky související s poskytováním informací pacientce a její rodině a další psychosociální intervence. Ani pacientka, ani rodina nebyla totiž v době příjmu obeznámena s tím, že onemocnění se nachází již v terminálním stadiu.

Z iniciativy sester na oddělení pacientka dostala samostatný pokoj, aby s ní mohli nepřetržitě pobývat členové rodiny, a současně se zapojila i paliativní sestra. Ta ve spolupráci s ošetřujícím lékařem řešila, jak sdělit pacientce a její rodině diagnózu a prognózu. Nepříznivou prognózu se nejprve dozvěděla pacientka a její manžel. Paliativní sestra se snažila podpořit rodinu a pomoci jejím členům při vzájemné otevřené komunikaci, která by napomohla adaptovat se na tuto náročnou situaci nejen oběma manželům, ale i jejich synům. Nejtěžší byl rozhovor se šestnáctiletým synem, kterého se snažila rodina chránit před faktem, že ztrácí matku. I přes nastalou časovou tíseň se nakonec syn s podporou paliativní sestry stihl s maminkou rozlou-

čit, i když v době jeho návštěvy už nebyla při vědomí. Nejen pro dospívajícího člověka je ztráta blízké osoby velmi náročná, ale díky intervenci týmu odcházel syn z nemocnice s pocitem, že dokázal mamince říci, co považoval za důležité, a současně si uvědomil, že její odkaz zůstává s ním. Věříme, že mu to pomůže zdravě zvládnout novou situaci a pomoci při truchlení.

Na základě dosavadních zkušeností můžeme konstatovat, že tým je při řešení právních a etických otázek, které souvisí s péčí o pacienty s nepříznivou prognózou, oporou ošetřujícím lékařům I. interní kliniky. Pomáhá s nastavením medikace a plánováním další léčby. Angažuje se také v krizových situacích, například v péči o pacienty či jejich nejbližší příbuzné, kteří jsou zasaženi zprávou o nepříznivé prognóze či úmrtí milované osoby. Tým se zároveň stará také o pacienty v rámci interní ambulance kliniky a letos na podzim by chtěl zahájit konziliární činnost na všech klinikách FNKV.

Článek vznikl za podpory Nadačního fondu Avast v rámci projektu Spolu až do konce.



Ať se lékařům za rozhovor s pacienty platí

S lékařkou Irenou Zavadovou o tom, jak citlivě mluvit o smrti

Ondřej Nezbeda

V roce 2016 vyšel překvapivý průzkum mobilního hospice Cesta domů a agentury STEM/MARK. Vyplynulo z něj, že lékaři i veřejnost by si přáli, aby se vzájemná komunikace zlepšila a aby volba léčby v případech vážné nemoci byla společným rozhodnutím. Pokud si ale lékaři a pacienti přejí v podstatě totéž, proč se to nedaří? Odpověď jsem hledal u primářky Cesty domů Ireny Zavadové.

Vyvíjí se podle zmíněného průzkumu vztah lékařů a veřejnosti k lepšímu?

Myslím že ano. Očekávala jsem ale, že veřejnost bude chtít více vstupovat do rozhodování o své léčbě. Takové přání vyslovila jen polovina dotázaných, to se mi zdá překvapivě málo.

Čím to je?

Vysvětluju si to tím, že se výzkumníci ptali převážně zdravých lidí. Av takové situaci si člověk nedokáže představit, co se s ním v nemocnici bude dít. Kdybychom se soustředili na vzorek dlouhodobě nemocných, kteří trpí například cukrovkou nebo vysokým krevním tlakem, tak ti už mají vcelku pestré zkušenosti se zdravotním systémem. Proto si myslím, že by o své léčbě chtěli spolurozhodovat.

Jinak ale skutečně věřím, že se vztah lékařů a pacientů zlepšuje. Velkou roli v tom hraje internet a média. Lidé si o své chorobě mohou zjistit spoustu informací a konfrontují lékaře otázkami více než v minulosti. Nedávno jsem přijímala do našeho mobilního hospice pacientku s amyotrofickou laterální sklerózou. Potřebovala jsem zjistit, co všechno o své nemoci ví a jestli má ohledně léčby nějaká přání, protože pacienti s touto nemocí je mají často sepsaná. Vyplývá to z prognózy – jde o fatální, neurodegenerativní onemocnění, při kterém odumírají neurony, které ovládají vůli ovlivnitelné svalové pohyby. Kvůli tomu dochází k postupné svalové slabosti až atrofií. Mozek nakonec není schopen ovládat většinu svalů a pacient zůstává paralyzovaný, při zachování psychických a mentálních schopností.

Lidé trpící touto nemocí si proto často sepisují přání, zda chtějí být připojeni na plicní ventilátor, jestli by si přáli uměle vyživovat sondou, nebo tyto zákroky naopak nechtějí. Ta žena se na mě shovívavě podívala a řekla: „Paní doktorko, všechno jsem si to našla na internetu.“ Co může člověk v době dnešních možností nalhávat nebo vnucovat?

Z průzkumu vyplývá, že lékaři by si – dokonce více než veřejnost – přáli, aby volba léčby v případech vážné

nemoci byla společným rozhodnutím. Za optimální to považuje 78 % lékařů. Proč se to potom často neděje?

Je těžké rozkrýt všechny motivace. Ke konci výzkumu se například mluví o tom, že lékaři se obávají soudů a žalob. Možná se za tím schovává touha sejmout ze sebe břímě odpovědnosti. Je přece snadnější říct: „Vždyť vy jste to tak chtěl,“ nebo: „Vždyť jsme se tak s maminkou domluvili.“ Netuším tedy, nakolik jde o vyzrálou snahu lékařů vcítit se do pacienta a nechat jej spolurozhodovat o jejich léčbě.

Nepřekvapilo vás, kolik lékařů se setkalo s tzv. marnou léčbou? Je to 75 procent. Přitom naprostá většina souhlasí s tím, že v jisté chvíli už nemá smysl život zachraňovat.

S tzv. marnou léčbou se podle mě musel setkat téměř každý lékař. Příčiny jsou dvě. První je nejistota, která medicínu vždycky provázela a provázet bude. Máme k dispozici učebnici interní medicíny, která vypadá jako úžasný návod na pacienta – když má pacient vysoký tlak, nasadíte takové a takové léky. V praxi to ale takhle jednoduše nefunguje. Někdy by pomohl jiný lék nebo je pacient na doporučený lék alergický nebo u něj nezabírá. A stejně to funguje v terminální fázi nemoci. V medicíně nikdy nemáme stoprocentní jistotu, spíše řekněme 95 %. Mimochodem to je důvod, proč někteří lékaři zpochybňují koncept marné léčby.

Proč jej zpochybňují?

Jakou léčbu chcete označit za marnou? Pokud je naděje na vyléčení jen jedno procento? Nebo pět? A v čem naopak spočívá ta případná naděje?

Co si o konceptu marné léčby myslíte vy?

Já jsem pro jeho užívání. Umožňuje mi nezahlubit léčbu ve chvíli, kdy jsem na základě svých vědomostí a zkušeností bytostně přesvědčená, že další léčbou už pacientovi budu škodit a zbyvajícím život mu spíše zkrátím a zhorším jeho kvalitu.

Zmiňovala jste, že marná léčba má dvě příčiny. Která je ta druhá?

Vyvázaní se z odpovědnosti. Lékař to s léčbou radši přežene a bude pacienta intenzivně léčit, i když ví, že už to nemá smysl. Je totiž snazší čelit žalobě kvůli tomu, že jste nějakou léčbu přehnal, než že jste ji nezahlubil. Neznám v České republice jediný případ, kdy by si rodina stěžovala, že lékař léčil moc. Ale když ji už nezahlubíte, může vás někdo z příbuzných žalovat.

Stalo se vám to někdy?

Nedošlo to až k žalobě, ale konflikty na toto téma jsem zažila opakovaně. Teď máme například v péči mladou paní, která má již druhé nádorové onemocnění a umírá na něj. Včera jsem jí sdělovala, že bohužel další protinádorová léčba není možná. Ona ale měla s onkologií rozjednané další vyšetření, zvažovalo se, jestli jí nedat alespoň nějakou tabletkovou chemoterapii. Mluvila jsem s ošetřujícím lékařem a probírala jsem s ním současný stav té paní, která není již schopná vstát a zvládnout převoz do nemocnice.

Když jsme se potom loučili, manžel té paní se na mě velmi rozzlobil a vyčítal mi, že jsem jí mohla dát alespoň nějaké lentilky. Nakonec se to změnilo v dlouhý hovor o tom, proč dávat nebo nedávat pacientům falešnou naději. Já jsem vysvětlovala, že mi to nepřipadá fér a ze-

ptala jsem se ho, jestli kdyby on byl nemocný, chtěl by falešně utěšovat. A ocenila jsem na něm, když přiznal, že asi nechtěl. Zároveň ale vypadal jako ten typ člověka, který má známé mezi právníky a mohl by mě žalovat nebo si na mě stěžovat kvůli neetickému jednání.

Míchalo se v tom tedy všechno možné – já bych velmi ráda dala té paní nějakou naději na další léčbu a také jsem jí to řekla. Když jsou lékaři v takovéhle situaci, často je napadá: „Proč to musím sdělovat já? Já tohle dělat nechci, kvůli tomu jsem medicínu studovat nešel. Já mám tomu člověku pomoci a namísto toho tady zprostředkovávám nějakou hrůzu.“

Jak ta paní reagovala?

Byla smutná a nechtěla o tom mluvit. Byla hodně uzavřená. Což je nejtěžší situace, protože nedostanete reakci na své otázky: „Co cítíte? Mrzí vás to? Co pro vás můžu udělat?“ Myslím si ale, že ta paní to nakonec nese lépe než její manžel. Když jsem se jí zeptala, jestli by chtěla být oživovaná, pokud se její zdravotní stav vážně zhorší, říkala, že rozhodně ne. Její manžel se na ni kvůli tomu rozzlobil: „No to mi ani neříkej. V takové chvíli já volám záchranku a vezu tě do nemocnice.“ Ted to u nich v rodině řeší i naše psycholožka.

Říkala jste, že lékaři se bojí konfliktů a žalob ze strany pacientů. Pokud k nim ale dochází, pak z naprosté většiny kvůli špatné komunikaci lékaře s pacientem a rodinou. Jsou tedy obavy lékařů oprávněné?

Myslím, že ne, ale přesto bych v tomto lékaře hájila. Základní problém je totiž v tom, že lékaři nemají na hovory s pacienty čas. Nedávno jsem si povídala s kolegou, který je primářem ve velké mimopražské nemocnici.

Vyprávěl, jak je těžké, když na něj příbuzní na chodbě řvou, že chtějí, aby udělal pro jejich maminku „všechno, ale všechno!“ A on by potřeboval vzít je na hodinu někam stranou a zeptat se jich: „Jak vidíte zdravotní stav své maminky? Co by si maminka v takovéhle situaci asi přála? Z čeho máte obavy?“ Na to ale v českém zdravotnictví není čas a nikdo takovou službu lékaři nezaplatí. Jsme v patové situaci. Nedivte se, že pak lékař namísto aby se zaobíral rozzlobenou rodinou, raději naordinuje další léčbu, i když ví, že to nemá smysl a že tím pacientovi může spíše přitížit. A zároveň je pochopitelné, že se rodina zlobí. Možná se ale primárně nezlobí na lékaře, ale na tu situaci, na svou bezmoc a na tu nemoc. Tak jim, krucinál, umírá maminka, kdo by nebyl našťvaný? Za zlobou se často skrývá bezmoc – na straně pacientů, rodiny a nakonec i lékařů.

V USA se v loňském roce podařilo prosadit, že pojišťovny lékařům rozhovory s pacienty o plánu péče proplácejí. Bylo by to řešení?

Velmi by mě zajímalo, jestli se díky tomu v USA jednání lékařů s pacienty změnilo. Mně to přijde jako skvělý nápad. K tomu je totiž nutné lékaře motivovat. Je mnohem jednodušší vystavit recept nebo zahájit léčbu než půl hodiny vysvětlovat pacientce, že veškerá dostupná protinádorová léčba selhala.

Pak je tu ale ještě druhá věc. U nás se nedaří nevyčitelně nemocné předávat dál v systému lékařské péče. Onkolog prostě řekne: „Je mi líto, paní, já už vám nemůžu nabídnout další léčbu.“ Přitom by mohl povědět: „Já pro vás sice nemám dostupnou léčbu zaměřenou na vyléčení, ale můžu vám nabídnout služby kolegů, kteří se postarají o to, aby vám nemoc působila co nejmenší

potíže.“ To on ale v současném systému udělat nemůže, protože u nás neexistují paliativní ambulance.

Nedávno byl u nás v hospici na návštěvě dětský neuroonkolog, který je v Kanadě na dva roky na stipendiu. Běžnou součástí jejich týmu je tam takzvaný PACT tým neboli Pediatric Advanced Care Team, kterému bychom u nás asi řekli paliativní. Ty služby se vzájemně prolínají, takže převzetí pacienta proběhne plynule. Tento tým může převzít částečně péči o nemocného a jeho blízké již ve chvíli, kdy je stanovena závažná, život ohrožující nemoc, a to bez ohledu na to, zda léčba bude vedena s cílem vyléčit, nebo „jen“ prodloužit život.

Nemohou nemocnice požádat o spolupráci váš mobilní hospic?

V Praze a krajských městech ano, ale i tak to málokde funguje. My spolupracujeme s dětskou onkologií v Motole, ale pořád to není na úrovni, jakou bych si představovala. Přece jenom jsme dvě oddělené instituce. Naštěstí dětská onkologie je v tomhle bezvadná a tamní lékaři uvědomějí.

Abychom to shrnuli – vy si tedy myslíte, že největším hendikepem, který zatěžuje vztah lékařů s pacienty, je čas a obavy z právních žalob.

...a dodala bych, že lékaře nikdo neučí, jak se k pacientovi chovat, jak s ním mluvit. Učili jsme se to od starších lékařů. Situace na katedrách lékařské etiky stále není ideální. Jako problematické vnímám třeba to, že většina vyučujících má nějaké náboženské vyznání, a přitom většinou je česká společnost nevěřící. A pak taky považuju za nedostatečné, že nemají často klinické zkušenosti, výuka je příliš teoretická. Lékařskou

etiku a psychologii by měl učit lékař, který má s pacienty a léčbou přímou zkušenost, to je zkrátka znát.

V čem? Co tomu dá navíc?

Celá medicína se tváří, že je takzvaně evidence based, že stojí na tvrdých datech, výzkumech, statistikách, testech. Ale to, z čeho lékaři nakonec v praxi nejvíce vycházejí, jsou jejich osobní zkušenosti, zážitky, příběhy, to, čím si prošli. Medicína je zkrátka založená na zkušenostech. Což jsou kazuistiky.

Není ale zrádné zobecňovat jednotlivé zkušenosti?

Ano, jsou samozřejmě zrádné, nemůže to převážit k tomu: „Hele, já jsem jednou zažil...“ To je druhý pól. Etika, psychologie, komunikace v medicíně se podle mě ale má učit především kazuisticky: „Představte si, že před sebou máte pacienta, který má metastázy a další léčba není možná. Zkuste mu to sdělit. Co jste při tom cítil? Jak jste o tom přemýšlel? Co byste potřeboval, aby vám to šlo líp?“ Tohle nemůžete dělat teoreticky. Tím si musíte projít, prožít si to. Kdykoli si totiž přečtete teoretickou poučku, brzy zjistíte, že v mnoha případech nefunguje. Teorie je jedna věc, ale potřebujete i praxi, jinak vás to doběhne.

Vzpomínám, jak jsem si někde přečetla, že je dobré si s pacienty ujasnit, jestli chtějí být resuscitováni, nebo ne. A chudák paní, na které jsem si to poprvé vyzkoušela, byla lehce delirantní a moje otázka ji naprosto vyděsila, protože ji pochopila úplně jinak. V medicíně to ale samozřejmě jinak nefunguje. Jednou zkrátka musíte poprvé někoho zacévkovat nebo mu napíchnout infuzi. Někdo bude ten první. A pro takovou chvíli by člověk měl mít staršího kolegu, který mu řekne: „Tu ruku si víc

vypni a podlož si loket, bude se ti to dělat líp.“ Nemůžete někoho učit, jak píchat do žíly, aniž si to předtím někdy zkusíte udělat sám. A s komunikací je to stejné.

Dalším výmluvným údajem ze zmíněného průzkumu je velmi nízká znalost právních nástrojů, které by lidem zaručily, že se jejich přání ohledně léčby splní v případě, kdy o sobě nebudou schopni rozhodovat. Vy máte se psané například dříve vyslovené přání?

Nemám. Když jsem přemýšlela, že bych si je sepsala, uvědomila jsem si jednu slabinu tohoto právního nástroje. Myslím si, že by ho měli lidi sepisovat až ve chvíli, kdy jsou vážně nemocní. Moje noční můra například je, že budu dementní, upoutaná na lůžko, v důsledku progresivní nemoci přestanu polykat, a lékař mi proto zavede do žaludku vyživovací sondu. To tedy opravdu nechci, v takovou chvíli už bych chtěla přirozeně zemřít. Ale jinak nevím. Kdybych zůstala při smyslech, byla upoutaná na lůžko, dýchala pomocí plicního ventilátoru a kolem mě by byly moje děti, tak bych to asi brala. To ale člověk nemůže odhadnout, dokud v takové situaci není.

Mám jednu docela čerstvou zkušenost. Setkala jsem se s mladým mužem, ročník 1980, který měl neléčitelný nádor, v důsledku kterého měl ucpanou cirkulaci ve spodní polovině těla. Od hrudního koše byl oteklý tak, že nebylo poznat koleno a kotník, v životě jsem nic takového neviděla. Mohl jen sedět a zvednout se, když potřeboval na mísu. Když jsem se ho ale zeptala, co je pro něj ještě kvalitní život, odpověděl, že by nechtěl, kdyby se mu otevřely nějaké rány a smrdělo to. A to vám říká takový mladý kluk v situaci, u které nechápete, jak to zvládá a jak to vydrží. Před půl rokem by ale třeba

tvrdil, že už by tady v takovém stavu – upoutaný v sedačce – nechtěl být.

V tom s vámi souhlasí i respondenti. 69 % lidí by se raději spolehlo na opatrovníka, který za ně bude rozhodovat v případě, že toho nebudou schopni například v důsledku neurodegenerativního onemocnění, syndromu demence nebo pokud budou v kómatu. Paradoxní je, že 64 % o svých přáních s nikým ze svých blízkých ani se svým praktickým lékařem nikdy nemluvalo.

Já myslím, že je to přirozené. Proč by zdraví lidé měli takové téma otvírat? Nevidím v tom větší smysl. Takové rozhodnutí ať dělají lidé, kterým už něco je. Jen pak musí být jasné, že někdo rozhodnout musí – lékař, rodina...

Jak potom ale vztah lékařů a pacientů změnit, pokud nejsou na takové krizové situace ani trochu připraveni?

V současné době a podmínkách to musí vyjít od lidí, pacientů. To oni se musejí aktivně ptát a zajímat se o svůj osud: „Nejsme na nějaké výhybce, pane doktore? Je tohle poslední možnost? Kdybych se neléčil, jak by to dopadlo?“

A lékaři?

Lékaři nebudou jednat o moc lépe, než byli dosud zvyklí. Co by je k tomu vedlo? Určitě chtějí co nejlépe pomoci, ale zároveň vždycky budou mít obavu, že je někdo může žalovat. Možná to bude znít drsně, ale kdyby pojišťovna řekla, že bude lékařům platit 500 korun za půl hodiny rozhovoru s pacienty a rodinou

o cílech péče, možná by to něco změnilo. K tomu musí být vůle na obou stranách a správný čas. Když někdo trpí vážnou nemocí, ať o tom mluví a nebojí se toho. Že se při tom bude plakat a bude to bolet? Kdy jindy bychom měli plakat? Ale jinak? Radujme se z toho, že jsme zdraví a máme se hezky. Proč bych měla s lidmi v obchodních centrech cloumat a strašit je: Bacha, jednou umřeš!

Máte nějakou metodu, jak s nemocnými hovory na takové těžké téma vést?

S každým je to trochu jiné, protože každý člověk a rodina má jiné postoje, hodnoty a kapacitu. Vždycky proto začínám s pacienty mluvit o jejich rozhodnutích až potom, co se mezi námi vytvoří základní důvěra. Když učím mediky nebo jiné lékaře, doporučuju jim osvědčenou metodu „ask-tell-ask“, ptát se, mluvit a ptát se. Začíná to tím, že se ptám, jestli dotyčný člověk chce vůbec o své nemoci mluvit. Pak se ptám, jestli o své nemoci ví a co o ní ví, co mu o ní řekli lékaři a co on si o tom myslí. Já mám ovšem na pacienty luxusní spoustu času a vedu s nimi podobné rozhovory opakovaně, takové podmínky lékaři v nemocnicích obvykle nemají.

Jak jste k takovému přístupu došla? Přiměl vás k tomu konkrétní případ?

Nerada na to vzpomínám. Setkala jsem se s jednou paní, která měla nádorové onemocnění, přičemž se dlouho nevědělo, čím vůbec trpí a že je to nádor, protože to byla dosti vzácná forma. Když zemřela, byla jsem k ní přivolaná jako ohledávající lékař a chtěla jsem ji poslat na pitvu, abychom věděli, že jsme se v příčině úmrtí nezmýlili. Její rodina si to však zoufale nepřála a já si

pamatuju na svůj pocit, kdy jsem byla přesvědčena, že do toho přece nemají co mluvit, že já dobře vím, že je to potřeba, že potřebuju vědět, že opravdu zemřela na předpokládanou příčinu. Jak už jsem řekla, nerada na to vzpomínám a dnes třeba usiluji o to, aby lidé nebyli zbytečně pitváni. U většiny našich pacientů je přesně známa diagnóza a rozsah nemoci, pitva nepřinese nic nového a pro umírajícího a jeho rodinu může být to, co se děje s tělem po úmrtí, velmi důležité. A pravda je, že jsme se v minulosti několikrát setkali s tím, že ohledávající lékař poslal tělo k pitvě, a my jsme cítili, že je to trest rodině, která se zachovala jinak, než je zvykem – tedy že si umírajícího nechala doma a nepředala jej do péče odborníkům v nemocnici.

Co vás vlastně na paliativní medicíně baví, když víte, že nemáte téměř žádnou naději na vyléčení svých pacientů?

Po těch mnoha letech, kdy jsem vládla léky a aparáty, se mi zdá, že teprve teď opravdu pomáhám, ulevuji od utrpení. Ale velkým dílem právě komunikací, nejen těmi ryze lékařskými znalostmi – tedy kolik a jak často podat léky a které vyšetření naordinovat. Nezřídka v hospicích slycháme stejnou otázku: Jak takovou práci můžeme dělat, vždyť nám téměř každý pacient zemře? Ale v naší práci je téměř hmatatelné, jak pacientovi a jeho rodině můžete pomoci, vidíte to během minuty. Ten člověk před vámi sice umírá, ale najednou se mu rozsvítí tvář a od srdce se s vámi zasměje. Kvůli takovým chvílím to stojí za to.

Na konci života si málokdo na něco hraje, už není proč. A najednou se potkává člověk s člověkem, bez masky, bez nálepek. Náhle se objevuje něco hluboce

lidského, rozměr, na kterém roste nemocný i ti jeho nejbližší a vlastně i všichni, kteří se na chvíli stanou součástí jeho příběhu. Konečně jsem po těch letech práce v nemocnicích pevně přesvědčená, že pomáhám. A to přesto, že většina mých pacientů zemře během čtrnácti dnů. Konečně páchám to dobro, o kterém jsem si myslela, že ho budu páchat těsně po škole, když jsem se naučila jak pacienta zaintubovat a jak ho správně resuscitovat. Přitom teprve tehdy, když člověku dám šanci mluvit a vyprávět o tom, co ho trápí a co trápí jeho rodinu, teprve potom mám pocit, že léčím.

Rozhovor byl publikován jako součást knihy Ondřeje Nezbedy „Průvodce smrtelníka“, která vyšla v roce 2016 v nakladatelství Paseka. Kniha novináře a zároveň pracovníka domácího hospice Cesta domů se zabývá základními problémy spjatými s péčí o umírající a nevléčitelně nemocné. Autor odpovídá na praktické otázky: jak zajistit domácí péči o nemocné, jak funguje domácí hospic, jak lze léčit bolest, co je třeba zajistit během umírání a bezprostředně poté, ale také například jak hovořit s umírajícím o jeho přáních. Nevyhýbá se ani citlivým tématům jako umírání dětí nebo eutanazie. Kromě praktických rad přináší kniha zajímavé rozhovory s lékaři a pracovníky paliativní péče, ale i různorodé příběhy samotných pacientů. Autor se snaží o smrti hovořit jako o přirozené součásti života, se kterou musí člověk počítat a neměl by se bát mluvit o ní se svými blízkými.

Onkologická onemocnění v těhotenství a fertilitu zachovávající terapie gynekologických nádorů

Robin Malina, Michael Halaška

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy hostily 23. a 24. února mezinárodní sympóziu *Onkologická onemocnění v těhotenství a fertilitu zachovávající terapie gynekologických nádorů* organizované skupinou INCIP (International Network on Cancer, Infertility and Pregnancy) ve spolupráci s Gynekologicko-porodnickou klinikou FNKV. Jednalo se o unikátní setkání předních odborníků z Evropy a USA, kteří prezentovali nejnovější informace o onkologických onemocněních v těhotenství a zároveň další směřování projektů skupiny INCIP. Jako formát konference byla zvolena prezentace *state of the art* přednášek.

Skupina INCIP vznikla roku 2005 pod vedením profesora dr. Frédéric Amanta, onkogynekologa působilého na Univerzitě Leuven a v Národním onkologickém holandském institutu. Zpočátku se projekt skupiny zaměřoval na ženy, u kterých bylo během těhotenství diagnostikováno onkologické onemocnění. Následně se rozšířil rovněž na mladé pacientky, které prodělaly protinádorovou léčbu mimo graviditu, respektive před plánovaným těhotenstvím, což je v současné době významně narůstající skupina žen. Jedním z hlavních důvodů tohoto faktu je především zvyšující se průměrný věk těhotných žen v posledních dvou dekadách.

Výsledky práce kolaborativní skupiny INCIP jsou velmi významné a po několika letech shromažďování a analy-

zování dat o těchto pacientkách se pořádají v posledních letech jejich prezentace. Na základě získaných informací se nyní ženy s malignitou mohou léčit již v průběhu těhotenství s ohledem na jeho prosperitu. Výsledky a mezinárodní doporučení byly publikovány v mnoha celosvětově významných odborných časopisech jako například New England Journal of Medicine, Lancet Oncology, Journal of Clinical Oncology, International Journal of Gynaecological Cancer a dalších. Databáze INCIP skupiny obsahuje přibližně 1200 pacientek s diagnostikovanou malignitou v těhotenství, 110 z nich patřilo do skupiny z České republiky. Kolaborativní skupina INCIP je součástí Evropské onkogynekologické společnosti ESGO a spolupracuje s evropskou onkologickou školou ESO.

Program únorové konference byl velmi zajímavý, poskytl prostor pro prezentaci, analyzování dat, postupů a výsledků terapie žen léčených během těhotenství pro nádorová onemocnění, s ohledem na zachování těhotenství a minimalizaci rizik pro plod při zachování efektivity onkologické léčby. Přednášky i diskuze v rámci konference jasně ukázaly, že je možné poskytovat i pacientkám s onkologickým onemocněním v graviditě kvalitní a efektivní lékařskou péči a v mnoha případech umožnit porod zdravého plodu.

Například **J. de Haan (Belgie)** se zabývala změnami managementu nádorových onemocnění těhotných

v průběhu posledních deseti let. Jasným trendem je ústup ukončení těhotenství a častější využívání postupů s možností zachování gravidity a neohrožujících plod.

H. Stensheim (Norsko) analyzovala epidemiologická data nádorových onemocnění v graviditě, prezentovala možnosti využití jednotlivých vyšetřovacích a diagnostických metod a poukázala na možná související rizika pro plod v průběhu těhotenství. Je obecně známo, že mezi nejčastější malignity diagnostikované v těhotenství patří melanom, karcinom prsu, hematologické malignity, karcinom štítné žlázy a karcinom děložního hrdla.

E. Cardonick (USA) hovořila o možnostech využití indikované chemoterapie v průběhu gravidity a rizicích pro vývoj plodu spojených s touto léčbou. Původně se předpokládalo, že hranicí, za kterou lze relativně bezpečně podávat v těhotenství chemoterapii, je 13. týden těhotenství. V současné době podle dat, která shromáždila E. Cardonick, a dat týkajících se zdravého vývoje plodu a placenty, se zdá, že tato hranice bude posunuta na 16. týden těhotenství.

Vzhledem k tomu že karcinom prsu patří mezi nejčastější nádory detekované v graviditě (za nádory související s graviditou jsou považovány i ty, které jsou diagnostikovány do jednoho roku po porodu) **S. Loibl (Německo)** prezentovala možnosti léčebných modalit (operační, radioterapie, chemoterapie) podle gestačního stáří, sekvence léčebných postupů a výsledky léčby maligních procesů prsu u žen v souvislosti s graviditou. Podle vyšetření dětí žen léčených v graviditě pro karcinom prsu se

ukazuje, že se výsledky těchto vyšetření při zachování bezpečnostních pravidel aplikace onkologické terapie neliší od výsledků vyšetření dětí žen bez onkologické zátěže v těhotenství. Porovnávaly se prognostické a prediktivní faktory nádorů prsu a výsledky onkologické terapie u žen v souvislosti s graviditou a mimo ni a také celková prognóza žen s Ca mammae během gravidity i mimo ni.

M. Jirkovská (Česká republika) představila možnosti využití ionizačního záření a s tím spojená rizika pro plod v léčbě i diagnostice u onkologicky nemocných těhotných, především ve vztahu ke stáří gravidity. Pokud je radioterapie v těhotenství indikována, pak ji lze aplikovat na horní polovinu těla v prvním a druhém trimestru. **M. Verheecke (Belgie)** analyzovala rizika onkologické léčby u těhotných z hlediska porodnického. Při léčbě v těhotenství je nutné zhodnotit i další komorbidity pacientek, protože se





často jedná o ženy ve věku nad 35 let, u kterých se již setkáváme se stále častějšími přidruženými onemocněními. Ta pak mohou průběh léčby náhle zkomplikovat. **M. Fumagalli (Itálie)** zase analyzovala rizika onkologické léčby u těhotných z hlediska neonatologa. Díky spolupráci v rámci skupiny INCIP výrazně přibývají dlouhodobá data o bezpečnosti chemoterapie v těhotenství. **T. Vandembroucke (Belgie)** rozebrala rizika postižení a ovlivnění dalšího vývoje dětí matek s nádorovým onemocněním v průběhu těhotenství v souvislosti s jednotlivými modalitami terapie.

M. Halaška (Česká republika) ve své první přednášce představil možnosti chirurgické léčby v graviditě u onkologických i neonkologických pacientek včetně minimálně invazivní chirurgie. V druhém vystoupení prezentoval management a možnosti terapie u těhotných s karcinomem děložního čípku. Současně představil celosvětově největší zpracovaný soubor 132 těhotných žen s tímto onemocněním. Karcinomy děložního hrdla jsou během gravidity častěji diagnostikovány v časném

stádiu a jejich prognóza se zdá srovnatelná s netěhotnými ženami.

L. Van Dam (Belgie) se ve své práci zabývala managementem a možnostmi terapie u těhotných s hematologickými malignitami. Představila nejdéle sledovanou skupinu pacientek, u kterých je dispozici nejdelší *follow-up* dětí. **V. Drochýtek (Česká republika)** zase souhrnně prezentoval management a možnosti terapie u těhotných s ostatními, méně obvyklými malignitami. Management a možnosti terapie u těhotných s lymfomy Hodgkinova i Non-Hodkinova typu představil **L. van Dam (Belgie)**. Jedná se o čtvrtou nejčastější malignitu v graviditě. Součástí prezentace byl rozbor souboru 127 těhotných žen s tímto onemocněním. **L. van Dam** se může chlubit první mezinárodní evropskou studií a největším celosvětově zpracovaným souborem pacientek s tímto onemocněním. Z hlediska léčebných modalit byla u těchto pacientek užita neoadjuvantní chemoterapie a v několika případech i radioterapie.

Další prezentace se zabývaly například riziky gonadotoxicity u onkologické léčby a možnostmi zachování fertility po onkologické léčbě, technikami asistované reprodukce před zahájením onkologické léčby, psychologickou podporou pacientek s onkologickým onemocněním a mnoha dalšími tématy. Po přednáškách následovaly videoprezentace některých chirurgických oborů a nechyběl ani program pro sestry a střední zdravotnický personál na téma péče o onkologické pacientky. Konferenci navštívilo více než 150 účastníků z 31 zemí.

Doc. MUDr. Michael Halaška, Ph.D., je primářem a zástupcem přednosta Gynekologicko-porodnické kliniky 3. LF UK a FNKV a MUDr. Robin Malina, Ph.D., je lékařem na tomtéž pracovišti.

Reflexní lokomoce podle profesora Václava Vojty

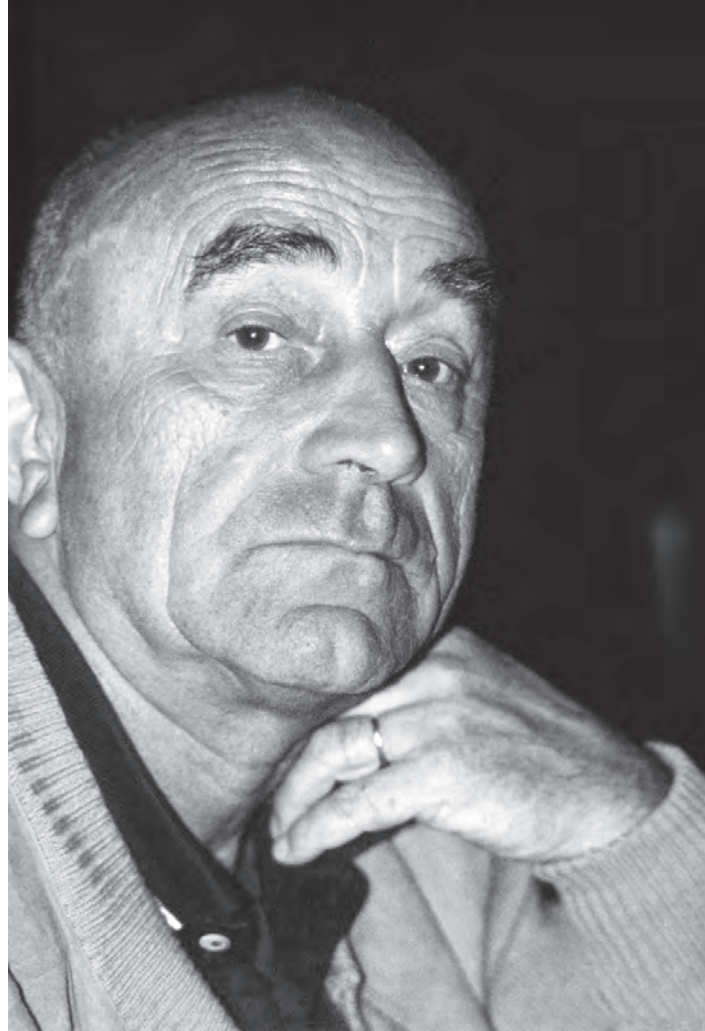
Šárka Špaňhelová

V červenci letošního roku by profesor Václav Vojta oslavil sté narozeniny a při této příležitosti chceme zviditelnit nejen jeho jméno ale i odkaz. Lidé, kteří nikdy neslyšeli jeho jméno možná ani netuší, jaká byla jeho životní cesta, a možná ani neví, co nám zanechal. A proto se pojďme podívat na tzv. Vojtovu metodu zblízka.

Profesor Václav Vojta se narodil 12. července 1917 v malé vesničce Mokrosuky ležící nedaleko Sušice. Měl se stát farářem, ale rozhodl se pro studium medicíny. Jeho studia přerušila druhá světová válka, po absolutoriu v roce 1947 nastoupil v Praze na Neurologickou kliniku k profesorovi Kamilu Hennerovi. V 50. letech 20. století byl odeslán do Železnice u Jičína do léčebny pro děti s dětskou mozkovou obrnou.

Profesor Vojta dostal nelehký úkol – najít terapii pro dospívající děti. O původu jejich onemocnění ale nikdo mnoho netušil. Proto pozoroval, co terapeutky s dětmi dělají, následovaly úvahy a praktické pokusy, které byly základem pro další studium, další úvahy, pozorování a cvičení. Kladné hodnocení terapie dětmi i rodiči a pozorovatelné změny ve zlepšení chůze a řeči vedly k další práci, ze které se v průběhu času vyvinul celý diagnosticko-terapeutický koncept reflexní lokomoce podle prof. Václava Vojty – tzv. Vojtovu metodu.

V roce 1968 prof. Vojta se svou rodinou emigroval do Německa. V Kolíně nad Rýnem pracoval na Univerzitní ortopedické klinice u prof. Imhäusera. Od roku 1975



pak pracoval v Dětském centru v Mnichově, kde založil Vojtovu společnost, s myšlenkou dalšího rozvoje konceptu, pořádání kurzů a šíření znalostí mezi řady odborníků lékařů i fyzioterapeutů. Vojtova společnost se v roce 1995 přejmenovala na Mezinárodní Vojtovu společnost (Internationale Vojta Gesellschaft e.V.), která přebrala jeho práci a odkaz. Prof. Vojta zemřel 12. září 2000 ve věku 83 let v Mnichově.

Většina terapií a rehabilitačních metod využívá pro nápravu vědomý nácvik. Vojtova reflexní lokomoce je založena na existenci vrozených globálních pohybových modelů, které jsou uloženy po celý život v centrálním nervovém systému. Tyto globální pohybové modely lze vybavit stimulací z přesně definované výchozí polohy, přesně definovaným tlakem ve spoušťových bodech, tzv. zónách. Vybavená reakce je mimovolní, tedy bez aktivní spolupráce pacienta, je zákonitá, je přesně popsáno, jak reakce vypadá, obsahuje součásti pohybu vpřed (lokomoce) – posturální řízení, vzpřimovací mechanismy a cílený izolovaný fázický pohyb. Prof. Vojta předpokládal, že opakovaná aktivace reflexně vybavitelných pohybových vzorů uvolní funkčně blokováná neuronální spojení mezi mozkiem a míchou nebo vytvoří spojení nová. Aktivací těchto globálních pohybových modelů lze v případě onemocnění, poškození či zranění pohybového nebo řídicího systému aktivovat a tím obohatit spontánní hybnost.

Diagnostická část

Pro odhalení pohybové poruchy u novorozenců a kojenců prof. Vojta vytvořil neuro-kineziologické vyšetření, které se stává ze tří částí: vyšetření spontánní hybnosti dítěte, dynamiky primitivních reflexů a posturálních reakcí.

Dítě má k dispozici takové pohybové dovednosti, které odpovídají zralosti jeho centrální nervové soustavy (CNS). S postupným zráním CNS jsou uvolňovány další pohybové dovednosti. Vyšetření **spontánní hybnosti** dítěte spočívá v posouzení, zda pohybové dovednosti, které nám dítě ukazuje, odpovídají svou kvantitou i kvalitou kalendářnímu věku dítěte. V poloze na zádech

hodnotíme funkci úchopovou, v poloze na břicho vzpřimovací mechanismy – v poloze na břicho model opory o jeden loket (4,5 měsíce), otáčení (6 měsíců).

Posturální reakce (zkoušky) umožňují rychle zprostředkovat obraz stavu dítěte, jsou to automatické reakce CNS na náhlou změnu polohy těla v prostoru. Vojta popsal sedm polohových reakcí – trakční test, Vojtovu zkoušku, zkoušku Peiper-Isbert, Collisové vertikálu, Collisové horizontálu (obě modifikoval), Landauovu zkoušku a axilární vis. U všech zkoušek popsal přesnou výchozí polohu, vybavovací manévry a dynamiku reakcí v průběhu prvního roku života. Fáze polohových reakcí odpovídají ve vývoji zdravého jedince dosaženému stupni spontánní hybnosti a lokomoce, tedy stupni zralosti CNS.

Podle počtu neideálních odpovědí v posturálních reakcích rozlišujeme čtyři stupně „centrální koordinační poruchy“ (CKP) – nejlehčí s jednou až třemi abnormálními polohovými zkouškami, lehkou se čtyřmi až pěti abnormálními polohovými zkouškami, středně těžkou s šesti až sedmi abnormálními polohovými zkouškami a těžkou se sedmi abnormálními polohovými zkouškami spolu s těžkou poruchou napětí (tonu). Pojem CKP nenahrazuje pojem dětská mozková obrna či jiné diagnózy, je pojmem vyjadřujícím omezený přístup k vrozeným pohybovým vzorům.

Vyšetření přítomnosti či nepřítomnosti, intenzity, slábnutí ve vztahu se zráním CNS nám ukazuje dynamika primitivních reflexů. Existují reflexy např. optikofaciální a akustikofaciální, které se objeví, jejich přítomnost je fyziologická a zůstávají nám po zbytek života. Dále pak reflexy, např. zkřížený reflex dolních končetin, Galantův reflex nebo úchopový reflex horní či dolní končetiny, které mají silnou intenzivní odpověď

v novorozeneckém období a postupně slábnou, až jsou zcela překryty vyššími úrovněmi řízení a nejsou vybavitelné. Poslední skupinu tvoří reflexy, např. reflex kořene ruky, patní reflex, které vždy vypovídají o blokádě zrání CNS a s ním spojeným ohrožením vývoje jedince.

Cílem neurokineziologického vyšetření podle Vojty je v krátkém čase reprodukovatelně posoudit vývoj jedince a identifikovat rizika ohrožení motorického vývoje.

U starších dětí a dospělých vyšetřujeme kvalitu jejich nejvyššího dosaženého pohybového vzoru (např. chůze, stoje na jedné dolní končetině) či motorické vzory z motorické ontogeneze, kdy posuzujeme nejen, zda pacient vybraný vzor provede, ale porovnáváme kvalitu provedení s kvalitou, kterou Vojta popsal pro jednotlivé vzory v motorické ontogenezi. Popsané odchylky od ideálního provedení pak vedou ke stanovení hlavní příčiny potíží pacienta, stanovení hlavního problému, cíle terapie a volbě terapeutických poloh reflexní lokomoce, které vedou k zpřístupnění chybějících pohybových vzorů.

Terapeutická část

Pro terapii jsou používány tři globální pohybové komplexy. V poloze na břiše aktivujeme **reflexní plazení** (obr. A), v poloze na zádech a boku **reflexní otáčení** (obr. B), v poloze nízkého kleku **koordinační komplex 1.-6. pozice** (obr. C).

Výchozí poloha a úhlové nastavení končetin v jednotlivých polohách je přesně definováno, reakce je vybavena aktivací zón, bodů přesné lokalizace a definovaného tlaku. Zóna je definována jako bod, ze kterého u zdravého dítěte do věku šesti týdnů vybavíme celý globální pohybový komplex. U starších dětí a dospělých



Obr. A: Reflexní plazení

k aktivaci používáme kombinaci zón a kladení odporu vybavené aktivaci (nejčastěji na hlavě), čímž je zesílena vybavená reakce.

Výchozí poloha a úhlové nastavení je prvním zdrojem aferentní (vede podněty do centra) informace do CNS, která je pak podpořena tokem dalších aferentních informací ze spouštěvých bodů a jejich kombinací.



Obr. B: Reflexní otáčení v poloze na boku



Obr. C: 1. pozice

Aferentní informace je zpracována v CNS, odkud je vyslána eferentní (vede podněty z centra do periferie) informace odpovídající jednotlivým globálním pohybovým vzorům. Odpověď má pohybový charakter, je přesně popsán její kineziologický obsah, který slouží k orientaci, zda je vybavená odpověď shodná s očekávanou reakcí a zda je reakce úplná nebo některé části, o které je třeba pohybovou reakci obohatit, chybí.

Terapie by měla vždy obsahovat oba koordinační komplexy a to reflexní otáčení i reflexní plazení nebo první pozici. Modely nejsou zastupitelné. Zvolené terapeutické polohy by vždy měly být aktivovány z obou stran.

U dětí se terapie provádí čtyřikrát denně po dobu pěti až 15 minut, provádějí jí rodiče pod vedením fyzioterapeuta vyškoleného ve Vojtově metodě. U starších dětí a dospělých je intenzita terapie, její frekvence a trvání (od 20 do 30 minut) vždy individuální podle klinické diagnózy, pacientova stavu, jeho reakce na terapii a podle stanoveného cíle terapie.

Terapie má široké uplatnění primárně u poruch hybného systému, má vliv i na systém senzitivní a vegetativní. U dětí, které ještě neprošly zráním CNS k samostatné chůzi, terapie vede k obohacení jejich pohybového projevu a odstranění „blokády“ CNS a prevenci vzniku pohybové poruchy. U pacientů např. s roztroušenou sklerózou či cévní mozkovou příhodou, kde je proces nevratný, použitím reflexní lokomoce oslovujeme dostupný potenciál CNS.

Efekt terapie závisí na včasnosti jejího zahájení, stupni blokády CNS a stupni postižení, stejně jako na intenzitě a účinnosti terapie.

U dětí je nejčastější indikací k terapii reflexní lokomotorí centrální koordinační porucha, centrální paréza, asymetrický vývoj, tortikolis, skolióza, spina bifida a další vývojové odchylky páteře a končetin, např. plochá noha nebo vadné držení těla.

U dospělých je reflexní lokomoce indikována u poranění či poškození centrálního nervového systému (dětská mozková obrna, poranění mozku nebo míchy, roztroušená skleróza) a periferního nervového systému (spina bifida, parézy na horních a dolních končetinách), dále pak u poruch pohybového systému (svalová onemocnění, poranění či onemocnění kloubů končetin a i páteře různého původu), u bolestivých stavů a i při poruchách funkcí vegetativních (dýchání, polykání, žvýkání, prokrvení, kontinence a podobně).

Terapie je kontraindikována při známkách lokálního i celkového akutního zánětu, při průjemových onemocněních, krátkodobě po vakcinaci živou vakcínou, v těhotenství a některých specifických onemocněních srdce a osteogenesis imperfekta. Terapii vždy indikuje ošetřující lékař, dle celkového stavu pacienta a dle jeho reakce na zátěž.

Globální pohybové modely *reflexní plazení*, *reflexní otáčení i první pozice* obsahují všechny klíčové milníky spontánního procesu vertikalizace člověka – automatické řízení polohy těla, vzpřimovací mechanismy a cílený izolovaný fyzický pohyb končetin. Díky těmto vlastnostem Vojtova metoda vede ke změně automatiky řízení těla a k pozitivním změnám v pohybové koordinaci – úchopu, vzpřímení proti gravitaci, chůzi, řeči – které pacientovi přinášejí lepší předpoklad pro motorické učení.

Akreditované kurzy Vojtovy metody jsou v České republice organizovány pod záštitou Mezinárodní Vojtovy společnosti (IVG), jsou určeny pro lékaře a fyzioterapeuty pracující s dětmi nebo dospělými, konají se v Olomouci nebo Praze.

Autorka textu Mgr. Šárka Špaňhelová je výuková terapeutka Vojtovy metody.

Terapeutické koncepty profesora Vojty v kontextu doby

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

Letos 12. července by oslavil sté narozeniny profesor MUDr. Václav Vojta, významný český lékař, který dokázal svými koncepty „překročit naše hranice“. Jaké byly jeho možnosti a jakým způsobem se mu podařilo vyvinout terapeutický koncept, který se podařilo etablovat celosvětově? To jsou otázky, které nelze úplně jednoduše zodpovědět, ale mají jistě své opodstatnění.

Jako vždy se jedná o vývin terapeutických postupů v kontextu doby, která byla ovlivněna novými poznatky o cerebrální plasticitě a možnostech regenerace a reorganizace po mozkovém poškození. Asi není překvapující, že se zájem profesora Vojty a jeho vrstevníků nejprve koncentroval na dětský, což znamená vyvíjející se mozek, u kterého byla již z klinických zkušeností zaznamenána vysoká možnost reorganizace a funkčního zlepšení. Možnost plastických změn mozku i u dospělých pacientů byla sice teoreticky známá, ale vědělo se málo o jejím průběhu a patofyziologickém základu. Teprve vývoj nových diagnostických metod, jako je například funkční magnetická rezonance, umožnil pohled do pracujícího, plastického mozku, což bylo a je pro vývin aktuálních terapeutických postupů zcela rozhodující.

V 50. letech minulého století vyvinul neurochirurg Temple Fay (1895-1963) z Philadelphie teorii, která postuluje, že centrální nervový systém je sestaven z něko-

lika vývojových úrovní od horního konce míchy až na úroveň mozkové kůry. Každá z těchto vrstev je v úzkém sepětí s vývinem různých stádií lokomoce podle určité hierarchické stupnice. Funkční neurologický vývin je možný, pouze pokud je každá z těchto vrstev plně vyvinutá, předtím než se vyvine další vyšší vrstva.

Také se přibližně v polovině 50. let minulého století objevuje představa, že symptomy cerebrální parézy mohou býti značně zlepšeny fyzioterapií na neurofyziologickém základě, zejména pokud je tato terapie započata časně. Tato myšlenka se vyvinula na základě hypotézy, že motorický vývoj určuje zrání centrálního nervového systému, na základě kterého z úrovně motorické mozkové kůry až do úrovně míchy probíhá kontrola motorické aktivity. Na základě těchto spolu kompatibilních hypotéz se poté vyvinuly různé terapeutické postupy týkající se terapie poruch pohybu. Cílily zejména na tlumení abnormálních pohybových vzorců. Podporoval se nácvik motorických funkcí, který právě etablování těchto patologických reakcí omezoval.

V době, kdy se velkým tempem rozvíjejí různé nové terapeutické koncepty, to byly zejména Vojtovy křížené pohybové vzorce a intenzivní pasivní trénink s cílem vyvolání tzv. reflexního plazení a reflexního otáčení, které vzbudily velký zájem jak laické, tak odborné společnosti. Problém vývinu nových terapeutických

možností pro děti s cerebrální parézou byl vnímán jako celospolečenský a jeho zvládnutí se netýkalo výhradně pohybové terapie. Problematika byla pojata komplexněji jak na úrovni lokomoce, tak na úrovních kognitivních a komunikativních.

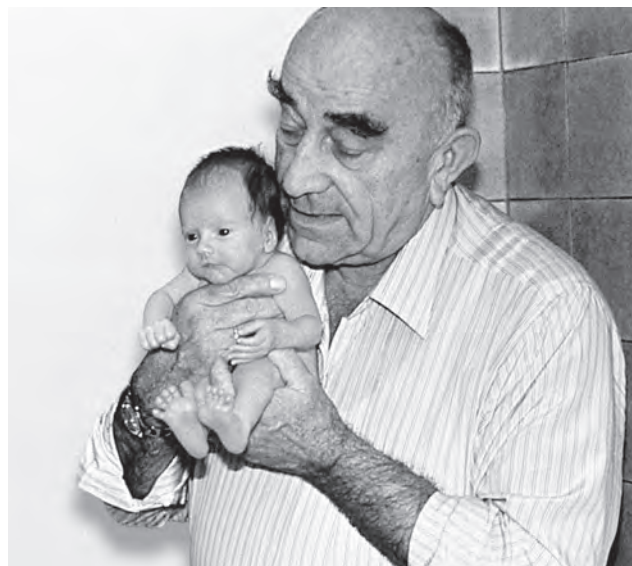
Toto komplexní pojetí problematiky nacházíme také v rámci tzv. konduktivní spojovací teorie, kterou vyvinul András Pető (1893-1967), maďarský lékař a neuro-psycholog, známý jako zakladatel tzv. konduktivní terapie (orthofunction). Pető se zaměřil na rozvoj chůze a integraci dětí s cerebrální parézou do regulérního systému školství a výchovy v Maďarsku. Nejednalo se o metodu terapie pohybu, ale o systém výchovy těchto dětí, který se zakládá na vědomé kontrole pohybu, řeči, komunikace a emocí.

Paralelně se vlastně celosvětově vyvíjejí i další terapie s cílem zlepšení neuromuskulárních funkcí, například můžeme zmínit Margaret Rood z Kalifornie. Také Berta Bobatová, německá fyzioterapeutka, a její muž Karel, psychiatr z ČR, vyvíjejí terapii na neuro-fyziologické bázi s cílem tlumit abnormální vzorce pohybu a podpořit fyziologické a cílené pohyby, která dodnes hraje v podstatě celosvětově vedoucí roli v terapii pacientů po mozkovém poškození. I v tomto případě byla terapie vyvinuta nejprve pro dětský kolektiv a teprve později přenesena a rozvinuta pro kolektiv dospělých pacientů.

O několik let později se začínají další neurologové jako Ch. Delacato a G. Doman zajímat o terapii dětí s cerebrální parézou. Delacato a Doman formulují myšlenky, které se zakládají na již zmíněných publikacích Temple Fay, ale doplňují je o detaily ohledně kognitivního učení a komunikace.

Důležité je zmínit, že přes všechny úspěchy jak Vojtovy, tak i ostatních terapeutických odvětví této doby existuje do dnešního dne jen velmi málo studií na úrovni evidence based medicíny, které by prokázaly úroveň jejich působení. Z klinické praxe je ale známo velmi pozitivní působení Vojtovy terapie zejména v rámci terapie cerebrálně paretických dětí.

Jestli je tato terapie vždy vhodná i pro terapii dospělých pacientů po poškození centrálního nervového systému, například pacientů po náhlé cévní mozkové příhodě, nebylo do dnešního dne zcela objasněno. V rámci nových poznatků o průběhu cerebrální plasticity existuje celá řada dalších terapeutických možností, které by u těchto pacientů měly být v první řadě využity. Velmi pozitivní jsou zkušenosti s Vojtovou terapií u pacientů v apalickém syndromu, při kterém je možné využít terapeutické vzorce jako základ stimulace s cílem zlepšení úrovně vědomí pacienta.





VZDĚLÁVÁNÍ

25. výročí ošetrovatelských studií na 3. LF UK

Hana Svobodová, přednostka Ústavu ošetrovatelství 3. LF UK

25 let je věk dospělého zralého člověka, který si prožil své dětské nemoci, chvíle objevování, chvíle radosti i karambolů, které bolely, má za sebou úspěchy i neúspěchy, musel dělat složitá rozhodování, která mu měnila cestu životem. Tak je to i s námi, co jsme se podíleli a stále podílíme na vzdělávání sester na půdě 3. lékařské fakulty. Také jsme si prošli cestou hledání, rozhodování při tvoření studijních programů a obsahu předmětů, prožili jsme úspěchy i neúspěchy. Naším cílem však zůstává, aby absolventkou oboru byla vzdělaná, kultivovaná a do praxe dobře připravená sestra, které se studiem na akademické půdě otevřely dveře poznání.

Po promoci je na absolventech samotných, zda započatý proces přemýšlení a poznávání přetrhnou nebo v něm budou pokračovat. A že řada našich sester v poznávání a zdokonalování pokračovala a pokračuje, ukazují jejich významné pozice a pracovní úspěchy u nás i ve světě.

Právě před pětadvaceti lety zahájili studium první sestry, tehdy v oboru *zdravotní vědy*, neboť v té době bylo složité přijmout myšlenku vysokoškolského studia pro sestry, ač od roku 1960 právě na této univerzitě procházela vynikajícím studiem řada sester – budoucích odborných učitelek v programu „psychologie – péče o nemocné“, později „pedagogika – péče o nemocné“. Na formování profilu oboru zdravotní vědy se za podpory tehdejšího děkana 3. LF profesora Cyrila Höschla a proděkana pro výuku a studium profesora Jiřího Horáka

podíleli od počátku zakladatelé Ústavu lékařské etiky docent Jiří Šimek spolu s profesorkou Helenou Haškovcovou, docentkou Martou Staňkovou, doktorkou Radomilou Štěpánkovou Drozdovou, doktorkou Marií Zvoníčkovou, Mgr. Monikou Trčkovou a doktorkou Alenou Mellanovou.

V rozšiřujícím studiu studovaly pouze nejlepší a vysoce motivované sestry z praxe. Velký důraz byl kladen na humanitní základy medicíny a ošetrovatelství, jako byla filozofie, sociologie, etika, komunikace, ekonomika a řízení, vědecká metodologie a medicínské právo. S tímto studiem ve své době získala řada absolventek a absolventů řídicí funkce ve zdravotnictví, a to i funkce hlavních sester, dnešním jazykem *náměstkyň ošetrovatelské péče*. Jejich mimořádný zájem motivoval i vyučující, takže časem se vytvořil stabilní pedagogický tým, který velice dobře rozuměl potřebám studentů i potřebám studia. Absolvovalo jej více než 500 studentů. Většině z nich přineslo nejen okamžitý kariérní růst, ale i motivaci pokračovat v dalším studiu v navazujících magisterských programech zaměřených na ošetrovatelství, pedagogiku, supervizi, organizaci a řízení a podobně na jiných fakultách.

Na vzniku studijního oboru *všeobecná sestra v prezenční formě* měl velkou zásluhu tehdejší děkan fakulty profesor Michal Anděl a ředitelka Střední zdravotnické školy (SZŠ) Ruská Mgr. Alena Zálišová. Výsledkem spolupráce pracovních týmů fakulty a SZŠ byla akreditace studijního oboru *všeobecná sestra v prezenční*



formě v roce 2002. Jednalo se o jeden z prvních kvalifikačních vzdělávacích programů pro všeobecné sestry na univerzitní úrovni v České republice.

Výuka všeobecných sester v prezenčním kvalifikačním studiu znamenala zásadní změnu pro charakter Ústavu lékařské etiky. Jeho název se změnil na Ústav lékařské etiky a ošetrovatelství a pod vedení přednosty docenta Jiřího Šimka byl tým vyučujících posílen o kolegyni Mgr. Janu Holubovou a přišla jsem na fakultu i já. Výuka v tomto studijním oboru se zásadně lišila a liší

od výuky studentů zdravotních věd. Zásadním předmětem se stala odborná praxe. Organizace odborné praxe, zajištění vhodných pracovišť pro výuku a hodnocení dovedností tvořilo novou a obtížnou část realizace studijního programu. Během několika let se podařilo vybudovat síť spolupracujících oddělení mnoha pražských nemocnic a sociálních institucí, kde odbornou praxi vedou odborné asistentky Ústavu ošetrovatelství ve spolupráci s mentorkami klinické praxe.

Společným úsilím se daří vychovávat výborné absolventy, o které je v praxi velký zájem. Velice nás těší, že se postupně studium oboru všeobecná sestra stává atraktivním nejen pro absolventy SZŠ, ale i pro absolventy zdravotnického lycea a gymnázií.

Studenti prezenční formy se více integrují do života fakulty, při výuce se setkávají pravidelně se studenty jiných bakalářských oborů a účastní se řady mimoškolních aktivit. V rámci výuky pedagogiky mají možnost podílet se i na výuce praktických cvičení klinických dovedností u studentů všeobecného lékařství. S vybudováním vlastní odborné učebny se výuka těchto předmětů přenesla plně na 3. LF UK a s příchodem dalších vyučujících (Mgr. Jany Heřmanové, Mgr. Petry Sedlářové a Mgr. Renaty Vytejškové) se podařilo vytvořit dobré personální zajištění pro všechny odborné předměty. Po odchodu docenta Šimka převzala dočasně vedení ústavu doktorka Marie Zvoníčková a v akademickém roce 2007/2008 jsem převzala vedení již samostatného Ústavu ošetřovatelství já. Členem týmu se stal i hostující profesor ze School of Nursing University of Groningen profesor Jan Haijer, který se podílel na výuce teorie ošetřovatelství i komunikačních dovedností. V době jeho působení jsme se začali více zabývat reflexí učení a také reflexe zkušeností se stala součástí výuky odborné praxe.

Vzhledem ke změnám ve vzdělávání sester v důsledku zákona č. 96/2004 bylo nutné změnit i kombinovanou formu studia *zdravotní vědy*. Společným úsilím všech vyučujících se podařilo vytvořit nový vzdělávací program, který už neposkytuje rozšiřující vzdělání, jako tomu bylo u zdravotních věd, ale jedná se o kvalifikační studium. Otevírá se tak možnost „druhé kariéry“ i pro zájemce z řad nezdravotníků. 3.LF UK se tak řadí

k nemnoha školám, kde je možné získat výborné ošetřovatelské vzdělání a odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry i ve zralém věku.

Také jazykové dovednosti a zájem o zahraniční zkušenosti umožnily rozvinout v průběhu existence Ústavu lékařské etiky a Ústavu ošetřovatelství bohatou mezinárodní spolupráci nejprve v rámci COHEHRE (organizace sdružující několik desítek vysokých škol zaměřených na vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků), na základě osobních kontaktů s učiteli těchto škol pak dále v rámci výměnného programu Erasmus. Ústav ošetřovatelství však nejen učí, ale podílel se také na řadě projektů, grantů, publikací a na životě celé fakulty.

Mým přáním do budoucna je nejen udržet vysoký standard v přípravě sester, ale stále jej zdokonalovat, neustupovat od nastavené kvality a přivádět do praxe co nejvíce co nejlepších absolventů. Mohu neskromně a s přesvědčením říci, že Ústav ošetřovatelství 3. LF UK patří k nejlepším pracovištím tohoto typu v České republice. Je zaměřený na rozvoj klinického ošetřovatelství, rozvoj odborných kompetencí a posilování role všeobecné sestry s respektem k činnosti všech dalších členů zdravotnického týmu. Identifikace a zajištění potřeb nemocných je prioritou ošetřovatelské péče, a ta je postavena na důkladných znalostech přírodních i humanitních věd a jejich aplikaci v klinické praxi. Možnost praktikovat v nejlepších českých nemocnicích dává vyučujícím i studentům možnost podílet se na rozvoji skutečně moderního ošetřovatelství v praxi.

Původní projev přednesený 11. května 2017 v Karolinu u příležitosti oslav 25. výročí založení oboru ošetřovatelství na 3. LF UK byl mírně upraven a zkrácen.



Proč by měly zdravotní sestry studovat vysokou školu

Michal Anděl

Před pětadvaceti roky jsem nebyl žádným zvláštním příznivcem vysokoškolského vzdělávání zdravotních sester. Důvod byl z dnešního pohledu trochu paradoxní: měl jsem na jednotce intenzivní péče, kterou jsem v pražském IKEMu deset let vedl, skvělé zkušenosti ze spolupráce se zdravotními sestrami vzdělanými na tehdejších čtyřletých zdravotních školách, eventuálně na dvouletých nástavbových školách pro

studentky po maturitě na gymnáziu. Od prvních chvil existence jednotky intenzivní metabolické péče to byly sestry, které díky svému trvalému dohledu nad pacienty dokázaly rychle rozpoznat horšící se zdravotní stav, přivolat pomoc a okamžitě zahájit úkony, které pomáhaly zdravotní stav zlepšit. Sestřičky významně přispěly k úspěchu jedné ze dvou prvních skutečně intenzivních metabolických jednotek v naší zemi.

Měl jsem tedy dost empirických důvodů pro to, abych se mohl domnívat, že tehdejší systém vzdělávání je kvalitní, a že podává dostatečný základ vzdělávání. Vlastní zkušenost je někdy dobrým rádčem, jindy jsou intuitivní přístupy povrchní a vedou k názorům, které stojí na hliněných nohách. Počátky studia ošetrovatelství na naší fakultě byla také doba, ve které jsem byl poměrně čerstvě univerzitním učitelem a teprve si začínal uvědomovat, co vše studium a výuka na vysoké škole obnáší.

Bakalářská profesně orientovaná studia mají směřovat ke kvalitní profesní přípravě, která je již poměrně brzy fokusována a která se do hloubky nezabývá některými poznatky souvisejícími například s buněčnou biologií či genetikou. Má tedy dobře teoreticky podložit prakticky zaměřený obor. Má cílit na to, co je pro daný obor specifické a podstatné, a to také v praktické výuce.

Výuka na středních zdravotnických školách do roku 1990 měla několik aspektů, které vysokoškolské studium nemá. Především do ní vstupovaly velmi mladé studentky, původně čtrnáctileté, později patnáctileté. To dovolovalo brzkou identifikaci studentů s daným oborem. Na druhé straně byly studentky již v raném mládí exponovány situacím, na které rozhodně nebyly dostatečně zralé. Současně bylo studium provázeno teoretickými podklady lékařských oborů, jakousi zmenšenou medicínou. Stačilo nahlédnout do učebnic pro zdravotnické školy. Navíc se museli studenti a studentky ve čtyřech letech vypořádat s předměty, které byly nutné pro středoškolské vzdělávání spojené s maturitou, tedy s češtinou, tehdy i ruštinou, matematikou, dějepisem a dalšími předměty. Zároveň jsem vždy cítil, jak moc se zdravotní sestry identifikují se školami, na kterých studovaly.

Později jsem měl možnost nahlédnout do vzdělávacích plánů různých evropských vysokých škol zabývajících se vzděláváním zdravotních sester. Překvapilo mě, že mnohem méně představují zmenšeninu studia medicíny, než je tomu u nás, a jak moc jsou zaměřeny na specifické otázky spojené s ošetrovatelstvím, tedy především na ošetrovatelské techniky, na hygienu zdravotnického zařízení a na psychologii nemocného. To považuji za jádro oboru a v těchto dovednostech nemohou lékaři ani trochu zdravotním sestřím konkurovat.

Obor má i své vědecké stránky spojené například se sledováním základních fyziologických funkcí, s periferními žilními přístupy, s odběrem biologických materiálů či s prevencí a ošetřováním dekubitů. Zdravotní sestry svou trvalou péčí o nemocného také rozhodují o jeho výživě, včetně hydratace. Mají dominantní místo při dodržování zásad nemocniční hygieny, a tedy při prevenci nemocničních nákaz. Krom toho svým trvalým stykem s nemocnými zásadně ovlivňují jejich psychický stav. Žádnou z těchto rolí nemůže plně nahradit lékař. Ten zpravidla řeší diagnostický a terapeutický proces.

Nevěnovat se těmto zásadním oborům na vysoké škole znamená také nevěnovat se jejich výzkumu. Specifické otázky spojené s novými materiály v ošetrovatelství, s novými desinfekčními přípravky či prostředky sterilizace nebo s psychologií nemocného představují místo pro specificky zaměřený ošetrovatelský výzkum, který není možné rozvíjet na střední škole.

Další důvod, proč patří ošetrovatelství na vysokou školu, je spojen s obecnou rolí vysoké školy. Ta přes profesní zaměření bakalářských oborů musí mít specifika vysokoškolského vzdělávání. Má naučit vážit různě

né metody přístupu, jak při řešení konkrétních situací, tak situací širších, a hledat jejich různé výhody i nevýhody. Má naučit nejen postupovat podle zavedených algoritmů, ale zároveň prakticky i intelektuálně připravit studenty pro zavádění přístupů nových. Má umět zasadit zvolený obor do kontextů oborů ostatních, spojených se vzdělaností. Tento důležitý aspekt vzdělávání má vést k sebevědomí absolventů bakalářského studia. I ošetřovatelství je totiž samostatná disciplína s vlastními paradigmaty i cíli.

Vysokoškolské vzdělávání má být také oporou jeho absolventům při řešení složitých širších otázek, například otázek etiky. Diskuse o euthanasii, o posledních hodinách života, o umělém přerušení těhotenství či o asistované reprodukci nemá být v žádném případě jen doménou lékařů a etiků. Nejblíž těm, kterých se to týká, totiž často jsou zdravotní sestry. Musejí proto mít nadstandardní výuku a výchovu v otázkách s etikou spojených a být zvyklé na kvalifikovanou diskusi.

Schopnost vážit často protichůdné argumenty má však vést také k tomu, že absolventi vysokoškolského studia uvidí, že hledání pravdy nemusí být jednoduché a že mnoho intuitivních postojů může být nebezpečných či škodlivých. To platí nejen pro vlastní povolání, ale také pro občanský život. Umět využít i v občanské sféře dovednosti, které se student naučí na vysoké škole, považuji za velmi důležité.

Nedávnou diskusi provázející rozhodnutí o modifikaci kvalifikačního vzdělávání zdravotních sester považuji z mnoha důvodů za nedostatečnou. Byla příliš povrchní a nedovolila dostatečně promyslet všechny aspekty problému. Opírala se o demografická data, nikoliv o další aspekty problému. Kupodivu v ní byli sly-

šet často muži lékaři, zejména mediální koryfeje, kteří se pravidelně vyjadřují k mnoha různým problémům spojeným se zdravotnictvím, a nejen s ním. Ti většinou doporučili vrátit se k staršímu modelu vzdělávání sester. Z profesních organizací sester naopak vzešly jasné formulace doporučující vysokoškolské vzdělávání sester zachovat.

Ať již bude budoucí podoba získávání kvalifikace zdravotních sester jakákoliv, je nezbytné zdůraznit ještě jeden praktický aspekt ošetřovatelství v nemocnici. Méně kvalifikované role, jakými jsou například stlaní postelí, ranní hygiena ležících nemocných a další podobné úkony, patří do rukou jinak kvalifikovaných zdravotnických asistentů, než aplikace léků, odběr biologických materiálů, sledování vitálních funkcí a mnoho dalších specializovaných aktivit spojených s intenzivní péčí či instrumentací při operacích. Ty mají být předmětem činností mnohem více kvalifikovaných sester.

Asi již nemusím nikoho přesvědčovat o tom, že nyní jsem přívržencem zřetelně pomaturitní výchovy sester, tedy zejména výchovy na vysoké škole. A děkuji všem, kteří se na této složité činnosti podílejí a kteří s ní spojili své životní povolání. Je to dílo větší, než se zdá na první pohled. Je to dílo, které přesahuje jednotlivé fakulty i nemocnice. Je to dílo, které přesahuje pouho současnost.

Tento text byl původně přednesen jako projev na konferenci zdravotních sester 11. května 2017 v Karolinu u příležitosti 25. výročí založení oboru ošetřovatelství na 3. LF UK.

Anketa: Co si myslí o vysokoškolském vzdělání samy sestry

Jolana Boháčková

O důležitosti či nedůležitosti vysokoškolského vzdělávání sester rádi hovoří zejména lékaři. Proto jsme se zeptali samotných sester, konkrétně několika absolventek a absolventů studia na 3. lékařské fakultě UK.

Je vysokoškolské vzdělání sester důležité a co vám osobně přineslo?

Bc. Viera Margeťáková, ukončila studium oboru všeobecná sestra na 3. LF UK v roce 2016, pracuje v domově pro seniory – v Charitním domově Stará Boleslav a na interním oddělení na Bulovce.

Odbornost v práci sester se neustále zvyšuje a je důležité, aby sestra byla ve své praxi odborníkem, a to nejen po odborné stránce, ale i po stránce duchovní a humánní. Studium mně osobně hodně pomohlo zvýšit si odbornost, ale také rozšířilo můj vědomostní obzor, poznala jsem díky němu hodně zajímavých lidí, v kolektivu spolužáků, ale i profesorů, kteří nás učili, a velmi si vážím jejich přístupu k nám studentům.

Mgr. Renata Vytejková, ukončila studium oboru všeobecná sestra na 3. LF UK roce 2005, učí na 3. lékařské fakultě UK, je autorkou učebnic pro sestry v oboru ošetrovatelství.

Vysokoškolské vzdělání sester považuji za důležité. Dalo mi úplně jiný rozhled pro profesi, ale i pro život. Srovnala jsem si hodnoty, a hlavně jsem potkala velké osobnosti jak ošetrovatelství, tak medicíny, které člověka někam nasměrují, člověk vidí jejich příběhy, ohromné úsilí v práci. Naučilo mě to úplně jinak přemýšlet – nebýt rutinní sestrou, ale přemýšlet do hloubky a ze široka. To je podle mne největší benefit studia.

Mgr. Jiří Čáp, ukončil studium oboru zdravotní vědy na 3. LF UK v roce 2002, pracuje jako vrchní sestra na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče v Transplantačním centru v IKEMu.

Vysokoškolské vzdělávání sester rozhodně důležité je. Já osobně bych se přiklonil k variantě, která funguje na Slovensku – jenom vysokoškolské vzdělání. Roztříštěnost ve vzdělání sester je dnes obrovská. Zdravotnické školy kdysi braly jen ty nejlepší, dnes se na střední zdravotní školy dostane každý a bohužel z těch škol pak nevycházejí kvalitní sestry.



TEXT

Lidé z Hagiboru

(Úryvek z knížky **Nenápadně tvrdohlavá dáma, věnované prof. MUDr. Olze Hníkové, CSc., která vyjde jako 4. svazek edice Osobnosti 3. LF**)

Jaroslav Veis

Ten ostrov příjemné a klidné atmosféry, kterým klinika na Hagiboru byla, vytvářela především paní profesorka Jiřina Čížková-Písařovicová. Mé vzpomínání na životní dráhu se bez její osobnosti neobešlo už několikrát. Zcela logicky a přirozeně: jako lékařka, vědkyně, vážená starší kolegyně a nadřízená na mě měla velký vliv a jsem nesmírně vděčná, že jsem měla možnost ji poznat tak zblízka.

Byla především vynikající odbornice. Byla zakladatelkou české pediatrické endokrinologie, už před válkou pořádala tábory pro děti trpící diabetem, navazovala mezinárodní kontakty. Stala se první profesorkou pediatrie na lékařských fakultách Karlovy univerzity. Měla úžasně široký pracovní záběr, nejen protože obsáhla celou pediatrii a endokrinologii, ale i prostorem, v němž působila – sjížděli se k ní pacienti z celého tehdejšího Československa. Jejím zdravotním obvodem tak vlastně byla celá republika.

Na klinice jí všichni vykali, oslovovali ji paní profesorko, nikdo jí neřikal křestním jménem. Ne protože by si udržovala nějaký odstup, naopak, byla velice přátelská. Prostě měla přirozený respekt nás všech.

Když jsem přišla na kliniku, naplánovala mi tehdy kromě práce na kojeneckém oddělení také dětskou gastroenterologii. Žádný specialista na tento obor tu teh-

dy nebyl, a tak mi dala za úkol, abych se začala školit na známém odborném gastroenterologickém pracovišti prof. Karla Herforta na Karově náměstí. Chodila jsem tam asi rok, ale musím říct, že mě to příliš neoslovilo. O to víc mě ale zajímalo, co se dělo kolem paní profesorky, právě její široce pojímaná endokrinologie, včetně diabetologické péče. Takže jsem se účastnila všech endokrinologických ambulancí, které se většinou odehrávaly tak, že někdo z nás pacienta vyšetřil, pak jsme ho předvedli paní profesorce a debatovali přitom. Byla to ohromná škola těch nejrůznějších endokrinologických témat. Když v roce 1964 vyšla její kniha *Klinická endokrinologie dětského věku*, první na toto téma v Československu, vlastně to de facto stvrdilo její vůdčí roli při prosazení tohoto mladého medicínského oboru u nás. Zabývala se však nejen endokrinologickými tématy a stihla být rovněž zakládající osobností našeho dorostového lékařství, nehledě k širokým znalostem celého oboru pediatrie. Její knižní publikace *Diferenciální diagnostiky v pediatrii* byla v našem písemnictví ojedinělá.

Byla paní profesorka i dobrá šéfka?

Jako šéfka dbala, aby na každém oddělení panoval naprostý pořádek a vždy žádala, aby jakákoli

nesrovnalost byla okamžitě napravena. Každá klinika k tomu, aby řádně fungovala, vyžaduje disciplínu jako na vojně. Paní profesorka ji však neprosazovala silnými slovy a konflikty, ale klidem a rozvahou. Nepamatuji se, že by někdy chtěla někoho vyhadzovat z kliniky nebo se snažila někoho zbavit, ale když někdo z kolegů či kolegyně byl založen vyloženě prakticky, bez tenzí odcházel do terénu. A taková byla paní profesorka všechny ty roky, co jsem ji znala: svědomitá, obětavá a opravdu si nevzpomenu na žádnou vlastnost, kterou bych jí chtěla vytknout.

Řekla bych, že víc než práce pedagogická ji zajímalo rozvíjení oboru. Když odcházela do důchodu, všichni jsme věděli, kolik práce za ní zůstává.

Ale nejdůležitější ze všeho tak jako tak bylo, že paní profesorka byla dobrý a laskavý člověk. Proto ji měli rádi všichni kolegové a především děti, s těmi to uměla výborně. Měla velký smysl pro humor a byla radost s ní posedět a povídat si i po práci. O všem možném a taky o hudbě, kterou měla hodně ráda, i když aktivně sama na žádný nástroj nehrála.

Když pak odešla za svým synem, vynikajícím kvantovým fyzikem Jiřím Čížkem do Kanady, dopisovala jsem si s ní do jejich posledních dnů, a ještě když jsem dělala docenturu, psala mi doporučení, stále ji zajímalo, jak si vede „její klinika“, „její Hagibor“. Zvala mě také, abych ji navštívila v Kanadě, ale nějak se to nikdy nepovedlo. Hodně si korespondovala i s akademikem Charvátém, musely to být zajímavé výměny názorů takových dvou medicínských osobností. Ale pokud vím od jejího syna, jejich dopisy se po její smrti v roce 1994 nedochovaly.

Kdo z kolegů, kteří na klinice působili, vás ještě ovlivnil?

Měla jsem štěstí nejen na paní profesorku, ale taky

docentku Bohunku Blehovou. Počínaje tím, že kdyby neodjížděla na univerzitu do Iráku, nevzala mě paní profesorka na roční záskok na kliniku. Poprvé jsem se s ní pak viděla, až když se vrátila zpátky. A okamžitě mě taky zaujala. Nejen protože byla nejbližší spolupracovnicí paní profesorky, ale hned jsem poznala, že se od ní mohu hodně naučit.

Věnovala se také endokrinologii, ale přednostně vrozeným metabolickým vadám, speciálně pak fenylketonurii. To je nejčastěji se vyskytující choroba z vrozených dědičných metabolických vad, kde dochází k poruše vývoje mozku, není-li léčena včas. Když s úsilím o potlačení následků začínala, vlastně byl problém už v tom, jak se vůbec o nemocných dětech dozvědět. Neexistoval ani náznak žádného screeningu, a tak jí nezbývalo než jezdit do nejrůznějších zařízení, v nichž byly mentálně postižené děti umístěny a vyhledávat mezi nimi ty, u kterých byla příčinou postižení právě fenylketonurie. Řadu případů tak odhalila. Využívala k tomu tehdy vyšetření moči chloridem železitým, publikovala to a už jsem říkala, že jsem se na základě jejího článku pokoušela o něco podobného i v případě kojenců, které jsem měla ve svých dvou zdravotnických obvodech. Výskyt této dědičné metabolické poruchy u nás není příliš častý, jeden případ na asi osm tisíc narozených dětí, a tak jsem během čtyř let nic nezachytila.

Fenylketonurie (PKU) je zrádná tím, že novorozenec nemá žádné zjevné klinické příznaky. Až během několika málo týdnů po porodu, když člověk vstoupí do místnosti, kde je pacient s touto poruchou, je tam cítit zvláštní odér, podobný myšíně. Ale to už je pozdě a dítě je nezvratně mentálně postiženo. Přitom je-li metabolická porucha zachycena včas, může takovému vývoji zabránit vhodná dieta.

Později se začal fenylketonurický screenig dělat běžně, díky metodě odběru tzv. suché kapky krve, kterou vyvinul profesor Arnold Guthrie ze Spojených států a která se používá dodnes. Zjednodušeně řečeno se na speciálním filtračním papírku screeningové kartičky zachytí a nechá zaschnout kapka krve odebraná z patičky novorozence. Z ní pak lze určovat některé poruchy a také hladina fenylalaninu. Právě tuto metodu začala Bohunka Blehová používat na naší klinice s pomocí Ing. Pažoutové a významně se podílela na zavedení masového screeningu PKU u novorozenců v ČSSR od roku 1975. Stovkám dětí to umožnilo plnohodnotný život. Měla stejně jako paní profesorka výborné mezinárodní kontakty a po dlouhodobé stáži v Anglii napsala spolu s britským neuropatologem Leonardem Cromem významnou monografii Oligofrenie a demence v pediatrické praxi.

I když jsem se nakonec odborně zaměřila jinak, inspirovala mě Bohunka Blehová svou orientací na screening a prosazování jeho účinných metod i v mém tématu sledování kongenitální hypotyreózy. Když pak odešla paní profesorka do důchodu, byla Bohunka Blehová jednoznačně její přirozenou nástupkyní v čele kliniky. Protože se ale odmítla po potlačení Pražského jara a sovětské okupaci podřídit normalizátorům a z komunistické strany odešla, nestalo se tak. Přednostství získal doc. Jan Ringel, CSc. jehož prioritou byla praktická kardiologie.

Když už mluvím o tom, jak mě inspirovala, pak mám na mysli inspiraci nejen odbornou, ale i lidskou. Inspirovala tím, jak s každým na klinice dokázala promluvit, snažila se vždy pomoci. Pozitivní energie z ní vždy tryskala na všechny strany a předávala ji i ostatním. Stýkaly jsme se i rodinně, dodnes se přátelím s její dce-

rou Aničkou, která našla zálibu v psychiatrické praxi. Vždycky jsem si moc vážila toho, že jsem mohla být její, byť značně mladší, přítelkyní. Když v roce 1996 zemřela, byla to pro všechny lidi kolem ní velká ztráta.

Ptáte-li se na osobnosti, které mě formovaly, samozřejmě nemůžu nikdy zapomenout na docenta Jiřího Janeleho. „Janeláček“, nazývali jsme ho láskyplně. Přímo na klinice zaměstnán nebyl, ale ve FNKV, a paní profesorka s ním spolupracovala a velmi si ho považovala. Když ho v padesátých letech z politických důvodů vyhnali z dětské kliniky na Karlově, postavila se za něj. Byl jednak vynikající dětský lékař a hematolog a své dětské pacienty, zejména s leukemií, hospitalizoval na naší klinice. Účastnil se našich velkých vizit, skvěle diskutoval a člověk se od něj vždycky něco dozvěděl. A navíc, měl báječný humor anglického typu. Kdybych si měla hledat ideál lékaře ve všech směrech, Jiří Janele by ho hodně naplňoval, a myslím, že by v tom se mnou souhlasili všichni, kdo měli příležitost ho poznat. A samozřejmě nesmím zapomenout na hudbu – miloval komorní a často jsme si o ní povídali.

Za ty roky, po které na klinice působíte, jste tu jistě narazila na desítky a desítky kolegů, kteří vás sice neovlivnili tak výrazně, jako tito tři, přesto se vám zapsali do paměti...

Samozřejmě musíme mít na paměti, že kliniku tvoří nejen osobnosti v jejím čele, ale taky tým, který na ní působí nebo s ní spolupracuje. Zkusím na nikoho podstatného nezapomenout...

Zmínila jsem už známou obezitoložku docentku Martu Vamberovou, která se také podílela na práci endokrinologické ambulance paní profesorky. Téma, kterým se zabývala, je pořád velkým problémem, někdy

se zdá, že málem neřešitelným. Vím o čem mluvím, jeden čas jsem se poruchám výživy také věnovala, ovšem spíše mentální anorexii.

Výborným odborníkem byl dlouholetý rentgenolog kliniky doktor Václav Brychnáč. Byl jedním z nejlepších v Praze, jako pediatr byl neobyčejně vzdělaný a vždy výborně připravený. Dobře fungující laboratoř EEG vybudovala na klinice docentka Marcella Beránková, která pak byla v letech 1983 až 1990 přednostkou kliniky. Endokrinologii, pro naši kliniku typickou, však nerozvíjela. MUDr. Jaroslav Zikmund se vypracoval na uznávaného a oceňovaného dětského odborníka na sonografická vyšetření a je důležitou osobou nejen pro pacienty, ale i pro spolupráci na našich písemných sděleních. Velmi si vážím práce našich tehdy ještě mladých asistentek MUDr. Ludmily Hejzmanové a Daniely Palyzové, obě zaujímaly opakovaně první místa při fakultním hodnocení praktické výuky mediků. Dr. Hejzmanová převzala péči o fenylketonuriky po dr. Blehové a dr. Palyzová vedla nefrologickou ambulanci. Obě mi pomáhaly s technikou počítačové přípravy prezentací a byly mými milými přítelkyněmi. Dr. Eliška Čeřovská se vyškolila v kardiologii a v době mého přednostování byla mojí zdravotnickou zástupkyní. MUDr. Marie Finková se na klinice přeškolila z alergologa na zkušeného endokrinologa. Nezapomenutelná byla kožařka z FNKV, doktorka Běla Friedlanderová, která nám zajišťovala řadu let kožní konzilia a účastnila se ráda i našich publikovaných pozorování. Docent Jirásek se svou asistentkou Vladěnou Tichou vedli psychologickou ambulanci, která je pro dětskou kliniku velmi důležitá. Ocenit musím i své nástupce v čele kliniky profesora Jana Lebla, který je výborným organizátorem a od roku 2006 současného přednostu kliniky výborného

docenta Felixe Votavu. Svým screeningem kongenitální adrenální hyperplazie završuje trend screeningových studií, které patří mezi charakteristiky tohoto pracoviště. Současný primář kliniky MUDr. Vladimír Volf je i naším dlouholetým odborníkem přes dětskou a dorostovou gastroenterologii, spolu s Dr. Davidem Marxem, už dlouholetým proděkanem fakulty. Chirurg profesor Emerich Polák byl řadu let k dispozici našim, zejména dorostovým pacientům. Byl skvělý ve všech chirurgických výkonech, avšak nepřekonatelný v tyreo-logické chirurgii. Vždycky si našel čas, aby mohl naše pacienty operovat sám a neopomněl vychovat svého velice zdatného nástupce docenta Václava Vlasáka. Výborná byla spolupráce se zakladateli naší gynekologie dětí a dospívajících profesorem Rudolfem Peterem a docentem Karlem Veselým.

Hodně a plodně jsem spolupracovala s inženýrem Petrem Kračmarem z tehdejšího oddělení nukleární medicíny Vinohradské nemocnice. Od počátku měl odvalu jít do nové problematiky screeningu, zabývali jsme se nejen hypotyreózou, ale dokud to bylo možné i poruchami růstu. A samozřejmě nestačím ani vyjmenovat všechny obětavé sestřičky a pečlivé a báječné sekretářky. Za všechny musím zmínit paní Vlastu Dámcovou. Byla vrchní sestrou už za paní profesorky a odcházela do penze až se mnou – a kdo pracoval na klinice, dobře ví, jak důležitou roli v jejím chodu vrchní sestra hraje.





RES PUBLICA

Privatizace zdravotnictví v režii ČSSD

Miroslav Palát

Privatizace českého zdravotnictví probíhá úplně jinak, než se většinou straší. Jde o vyzobávání jeho lukrativních kousků. Ústavní soud svým včerejším verdiktem jednomu takovému projektu mimoděk zabránil.

V roce 2010 při vzniku Nečasovy vlády přinesl na koaliciční jednání někdo z ODS tuto tezi: je potřeba urychleně provést kategorizaci zdravotnických prostředků a uplatnit princip za stejný efekt stejná úhrada.

Za vskutku rozumně znějící větou se skrývá snaha rozdrtit současné dodavatelské prostředí a v příhodnou dobu jej nahradit – vlastním. Pro příklady nemusíme chodit daleko. Zásobování očkovacími látkami, které měla kdysi na starosti hygienická služba, je dnes pár drobnými škrty v zákoně v privátních rukou.

Zdravotnictví nakonec připadlo TOP 09 a ministr Leoš Heger se s tím vypořádal elegantně, leč po svém. Minul se však zadáním.

V duchu předchůdců

Dva dny po své inauguraci 29. ledna 2014 ministr za ČSSD Svatopluk Němeček zákon připravený předchůdcem shodil ze stolu. Odkázal na nikde nezveřejněnou analýzu Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), že nový zákon o úhradách bude znamenat minimálně miliardu v nákladech navíc. Analýzu té samé VZP, která u tvorby návrhu zákona celou dobu seděla.

Kroky za sociálnědemokratického ministra Němečka pak následovaly v tom duchu, jak byly započaty několik let předtím.

V roce 2015 představilo ministerstvo svou verzi nového zákona o úhradách zdravotnických prostředků, vcelku podle zadání dřívějších exponentů ODS. Zákon obsahoval kategorizaci – rozčlenění výrobků do skupin, pak mezinárodní srovnávání cen výrobků a stanovení výše úhrady. Po dlouhém utajování uprostřed prázdnin ministerstvo návrh předložilo k připomínkám v ultrarychlém termínu. Tomu předcházela mediální baráž o hnusných lobbistech a nenasytných kapitalistech, kterým se nyní zatne tpeec.

Na konkrétních příkladech se ovšem ukázalo, že pacienti budou mít plně hrazených výrobků asi jen pětinu ve srovnání se současností. Že se plíživě zavádí doplatky tam, kde předtím nebyly, a ty, které byly, jsou několikanásobně vyšší.

Návrh vyvolal na straně odborníků, pacientů i dalších hráčů takovou vlnu nevole, že byl potichu zasunut do šuplíku. Vydat se s ním do předvolebního roku se ukázalo pro ČSSD jako nepřilíš dobrý nápad.

Třešnička na dortu

Přišel rok 2016. Co nešlo zákonem, šlo exekutivním rozhodnutím největší zdravotní pojišťovny.

Konkrétně: VZP vzala jinak přehlednou nabídku prostředků pro inkontinentní, rozčlenila je do skupin podle mechanického klíče, který nemá odborně medicínský základ. V každé skupině pak arbitrárně stanovila, že některé výrobky budou hrazeny ze sta procent, některé z padesáti, jiné z dvaceti procent.

Pacienti dostanou možná více výrobků, ale ne ty, které potřebují. Výrobky, jež potřebují, už nejsou v plné úhradě, ale s doplatkem. Ten je i v minimální výši pro pacienta bariérou.

Postup pojišťovny se opírá o paragraf v zákonu o veřejném zdravotním pojištění, který říká v parafrázi toto: pojišťovna hradí zdravotnický prostředek ve variantě ekonomicky nejméně náročné (zákon nevysvětluje, co to znamená) s přihlédnutím k míře a rozsahu postižení pacienta (zákon nevysvětluje, jak se má přihlížet). Onu variantu zjišťuje zdravotní pojišťovna průzkumem trhu (zákon nestanovuje jak). Tuto poslední třešničku na dort přinesl na zdravotní výbor a načel jako pozměňovací návrh bývalý poslanec a předseda správní rady VZP Marek Šnajdr v srpnu 2011.

Ústavní mlýny melou jistě

Že si na tomto kaučukovém znění zákona VZP dělá, co chce, se stalo trnem v oku části odborné i politické veřejnosti. Dvacet senátorů zaslalo podání na Ústavní soud, že uvedený paragraf je neústavní. Psal se leden 2015. Ústavní mlýny melou pomalu, ale jistě. Máme pozdní jaro 2017.

Na jednání Ústavního soudu 10. května se ukázalo, že král je nahý. Náměstek VZP Petr Honěk neuměl ani v jednom bodě uspokojivě vysvětlit, jak, proč a o co opírá VZP svá exekutivní rozhodnutí. Vějičky o úsporách a lepší péči na ústavní soudce velký dojem neudělaly.

Navzdory tomu, co VZP neustále tvrdí, jak jí jde o pacienta a úspory, jde v realitě o pouhopouhou plíživou realizaci podnikatelského záměru v husté síti politických zájmů a dohod. Záměru, který k „novému pořádku“ v zásobování zdravotnickými prostředky směřuje přes protrhání „plevele zbytečných a předražených dodavatelů“ i přes omezení výběru pacientů, redukce jejich nároku

a raketový vzrůst další spoluúčasti. Bez příslušné politické shody na tom, co je a není standard či nadstandard.

Ústavní soud včera zrušil zmíněný paragraf, a to dost rezolutně. Ani právo na bezplatnou péči, ani právo na podnikání se nemůže odstavce v zákoně, který neupravuje prakticky nic a ponechává tvorbu pravidel na organizaci, která si je upravuje podle vlastního uvážení. Nastává příležitost úhrady zdravotnických prostředků zcela nově, a to při zachování principů, které Ústavní soud podtrhl. Navíc si pojišťovny nemohou nálezu vykládat po svém a spoléhat se na to, že do roku 2018 zůstane vše při starém: „Do doby přijetí nové zákonné úpravy trvá zdravotním pojišťovnám povinnost interpretovat napadená ustanovení takovým způsobem, aby byla v co největší míře – v intencích tohoto nálezu – respektována práva všech subjektů.“

Dodavatelé nejsou supi

Není třeba nikoho strašit. Dodavatelé nejsou supi, aby se chystali trhat na kusy zbytky zdravotnických rozpočtů. Očekávají kultivovanou diskusi mezi státem, zdravotními pojišťovnami, odborníky, pacienty i asociacemi průmyslu o tom, jak srozumitelně a udržitelně odpovědět na zdravotní potřeby populace. Diskusi, kde výsledky a jejich zdůvodnění budou veřejnosti přístupné. A nikoli že představitel pojišťovny bude volně improvizovat nad každým výrobkem způsobem „tomu dala, tomu nic“.

Vedlejším efektem usnesení Ústavního soudu tedy je, že alespoň pro tuto chvíli účinně zabránil plíživé privatizaci jedné z lákavých a dříve často mediálně propíraných kapitol českého zdravotnictví.

Autor je prezidentem asociace CzechMed. (Lidové noviny, 8. června 2017)

Jacísi cizinci

Jiří Hanák

Pokoušel se prý jeden moskevský kupec číst Tři mušketýry. Četl, nakonec si odplivl a knihou do kou- ta praštil se slovy: jacísi cizinci, ničemu nerozumím! Možná byl jen odborníkem na sledě.

Náš pan ministr vnitra Chovanec má také kupeckou minulost, tuším, že „dělal do nábytku“. K cizincům má však stejný vztah jako jeho moskevský kolega z devatenáctého století: ničemu nerozumím! Soudím tak podle jeho výroku z poloviny týdne: Dokud já budu ministrem vnitra, nepřijmeme jediného uprchlíka. Jinak odejdu!

Od té doby spím jen trhaně, probouzím se totiž obavami, že tak odborně fundovaného ministra už ne- seženeme. Bez vzdělání, s podvodným akademickým titulem, bez jazykového vybavení, zato s vavřínovým věncem dvojnásobné zrady? K dokonalosti takto vskutku sociálnědemokratické uprchlické politiky chy- bí už jen třešnička na dortu. Postavit na hraničních přechodech kopie americké sochy Svobody, kde místo oné dámy by třímal pochodeň náš pan ministr a pod ním maličko pozměněný nápis z originálu: Dejte mi své ubohé, unavené, své schoulené masy, toužící volně dý- chat, a já je nakopu!

Ani náhodou se nepřimlouvám za otevření vrat migrantskému a uprchlickému přílivu. Tuto nezodpo- vědnost si dovolilo Německo a Švédsko a dnes z toho mají problémy bezpečnostní i hospodářské. Zejména Německu lze vyčítat, že si nedalo práci ani s řádnou registrací, natož aby rozlišovalo mezi potřebnými uprchlíky, migranty, zblázněnými vidinou okamžitého

přídělu bytu a auta, a těmi, kteří pracovat chtějí a bu- dou. Nemluvě o darebácích a teroristech, kteří tak hlad- ce obrace do Evropy proklouzli.

S prokazatelnými uprchlíky by Česko Evropě pomo- ci mělo. Jak z důvodů lidskosti, tak z důvodů solidarity mezi zeměmi EU. Přijmout dva až tři tisíce uprchlíků by nemohlo být pro desetimilionové Česko problém. Je jistě v silách české policie takové lidi zevrubně prověřit. Že by stejně rychle utekli do Německa? No možná. To by ale panu ministrovi nevadilo, vždyť by se v Bruselu mohl přes tlumočnicka holedbat, že jsme se snažili.

Problém je jinde, v tzv. muslimském nebezpečí. Do toho bubnu pilně mlátí jak pan prezident, tak pan ministr Chovanec, a zahlušují tak relevantní otázky. Je-li islámské náboženství takovým futrálem netole- rance a vrahounství, jak to, že když Evropa kdysi vy- vraždovala a vyháněla Židy, našli velkorysý azyl právě v osmanské říši? Dobře, dávno již tomu, takže ak- tuálně. Jak to, že Londýn má muslimského primátora? Item Rotterdam, který navíc posílá džihádisty do háje? Jak to, že po zavraždění dvou desítek dětí v Mancheste- ru islamizovaným kriminálníkem nevznikly pogro- mistické protiislámské nálady ve městě či vůbec v celé zemi? A tak dále.

Je to prosté. Na české peci pana ministra vnitra, roz- palované společnými volebními zájmy s prezidentem, se žádná takové otázky uchytit nemohou. Natož odpovědi.

Autor je novinář. (Lidové noviny, 3. června 2017)



Makro

Tomás Sedláček

Píše se rok 2017 a tato planeta nemá žádná planetární pravidla, která by stála za řeč.

V historii lze jasně vidět dva silné trendy, které určují chod dějin a ekonomik od nepaměti. Jeden z nich je abstraktizace (duch nad hmotou) a druhý planetarizace (schopnost různých celků spolu komunikovat). Žijeme v době, kdy můžeme na vlastní oči pozorovat, jak oba tyto trendy kulminují, srážejí se a vytvářejí zpětné vlny.

První trend je s námi od začátku. Kámen obalený (abstraktním, lidským) smyslem je mnohem efektivnější v kácení stromů a zraňování šelem než naše nehty nebo zuby. Kámen bez smyslu je jen ležící hmota, žádná zbraň, žádný nástroj. Z toho stejného „kameně země“ dnes stavíme polovodiče a mikročipy, které pospojujeme pod naše mobilní displeje. Co je od sebe dělí? Naše schopnost abstrakce.

Abstraktizace se díky digitalizaci, umělé inteligenci a obecně pokrokům ve vědě ocitá ve zlomovém okamžiku. Dnes je totiž poprvé v dějinách myslitelné, že by člověk strávil celý svůj život na internetu. Dokážeme si představit na virtuální realitu napojené dítě, které v ní prožije celý život. Je to myslitelné – nikoliv zatím možné, a už vůbec ne kýžené – ale důležité je, že je to představitelné. Před deseti lety by tato myšlenka byla dobrá leda pro sci-fi.

Druhý trend si vypůjčím, s dovolením, od kolegů fyziků, ke kterým ekonomie pro jejich exaktnost tradičně vzhlíží. Ti civilizace hodnotí podle využívání energie. Civilizace typu 1 umí využít veškerou energii své planety, civilizace typu 2 umí „sklidit“ energii Slunce, neb na Zem jí padá jen nepatrný zlomeček. Civilizace typu 3 pak dokáže využít energie celé své galaxie. My lidstvo jsme typ 0, přesněji řečeno 0,7239. Důležité je, že podle fyziků (například Michio Kaku, Carl Sagan) čeká lidstvo přerod z civilizace typu 0 na typ 1 během následující generace či dvou. Již dnes máme instituce, které na planetární mód přešly – třeba internet, který propojuje celou planetu bez ohledu na hranice.

Na rozdíl od toho je politika stále primárně národní záležitost. Zůstává poněkud paradoxní, že se píše rok 2017 a tato planeta nemá žádná planetární pravidla, která by stála za řeč. V 21. století si nevíme rady, co dělat, když v zemi v těsné blízkosti Evropy vypukne občanská válka. Na národní úrovni jsme přebyrokratizovaní a na té planetární vládne právní vakuum a zákon silnějšího. Takový byznys oproti politice dnes víceméně již přestoupil na organizaci typu 1 – byznys je mnohem globálnější než politika.

Evropská unie byla reakcí na tento nadnárodní vývoj ekonomiky a využila některé jeho blahodárné účinky

(mír skrze obchod), ale na negativní zdá se být příliš slabá. Je pomalu na čase přemýšlet o funkčním přechodu politiky z typu 0 na typ 1. Výzvy dnešního světa jsou nad síly jednotlivých zemí – třeba ekologie, regulace finančních institucí, migrace, terorismus – to vše fundamentálně nelze řešit pouze na národní úrovni.

Tyto dva trendy v naší generaci nejen tektonicky kulminují každý sám za sebe ve svůj přerod, ale navíc do sebe narážejí, a vytvářejí tak různá zpětná interferenční vlnění. Negativním dnem takové vlny byl Trump a brexit, pozitivním třeba Macron a poslední vyjádření Merkelové, která si uvědomila, že se Evropa musí probudit ze svého spánku a začít vést.

Politik má dnes tři volby: bojovat se současným trendem zbraněmi minulých válek – nacionalismem, zavíráním hranic, stavěním zdí. Spolupráci mezi národy (NATO, EU), která jediná by mohla věc řešit, se brání a otázky, které vyžadují nadnárodní spolupráci (finanční krize, ekologická hrozba), bagatelizuje. Typickými představiteli jsou u nás Klaus a Zeman, ve světě pak Trump, Le Penová, Wilders.

Druhý typ je politikem přihlížejícím. Tím byl například Hollande a vlastně drtivá většina evropských premiérů, které zajímá jen jejich volební okrsek.

Třetím typem jsou politici, kteří chápou, že věci je třeba řešit společně, demokracii rozumí jako způsobu přemýšlení kolektivu, ne jako výtahu k moci a inspiraci hledají spíše v budoucnu než v minulosti. Touto novou nadějí zdá se mi být Macron a staronovou sílu objevivší Merkelová. Snad se i Česká republika vzpamatuje a vyrazí stejným směrem.

Autor je ekonom. (Hospodářské noviny, 8. června 2017)



Vládneš Čechům? Nezapomeň bič!

Petr Holub

Nejpopulárnějším politikem a očekávaným vítězem voleb zůstává člověk stíhaný neúspěchy a aférami, které zpochybňují jeho kompetenci, morálku i schopnost dodržovat zákony. Bývá označován za největší nebezpečí pro zastupitelskou demokracii, kterou chce dostat pod kontrolu po vzoru některých vládců z východní a jihovýchodní Evropy, stejně by ho však volila třetina lidí. Nechal se vyhodit z vlády, není charismatický, unavuje neustálým přehráváním role oběti a neumí ani pořádně česky, proč tedy vzbudil sympatie značné části národa? Jako jediný z politiků nabízí reálnou šanci, že omezí zastupitelskou demokracii, již značná část národa nesnáší.

Čím horší, tím lépe pro nás

V západní Evropě vzbuzuje úžas, kolik autoritářů a politiků silné ruky se najednou objevilo v zemích na Východě, které se přece teprve nedávno revolučně osvobodily od komunistické diktatury. Jak je možné, že se po takové zkušenosti Maďaři nechají svést Viktorom Orbánem, Poláci Jarosławem Kaczyńskim, Srbové Aleksandarem Vučićem, Gruzínci Bidzinou Ivanišvilim? Nejde přitom o náhlé výpadky. Všichni tito vůdci vyhráli volby nejméně podruhé a jejich popularita neklesá ani po mnoha letech vládnutí. Nepřekvapí, že průzkumy dávají Orbánovi přes padesát procent důvěry, ovšem ani podpora Kaczyńského strany Právo a Spravedlnost dva roky od voleb neklesla pod třetinu.

Očividně nejde o mimořádně nadané populisty, které nelze nevolit, někteří z nich ani nevystupují na veřejnosti. Jejich možná jedinou předností může být, že na rozdíl od jiných potenciálně silných mužů, třeba Zorana Jankoviče ve Slovinsku nebo Viktora Uspaskicha v Litvě, měli víc štěstí či šikovnosti a neztroskali hned při prvním pokusu sestavit vládu.

Vzestup vládců silné ruky jednoduše vysvětluje rostoucí poptávka v celé Evropě, silnější v bývalých komunistických státech. Obviňovat Orbána nebo Kaczyńského z temných záměrů na likvidaci zastupitelské demokracie je možné, úplně přesvědčivé to však není, protože oba se podíleli na jejím ustavení v 90. letech. Mnohem spíše je do role silných vládců nutí voliči. Třeba pro Orbána byla jediným vážným nebezpečím konkurence nacionalistů ze strany Jobbik, proti níž se ubránil až posílením protiuprchnické a protievropské rétoriky. Kaczyński, Orbán, Vučić, Ivanišvili ani lidé v jejich okolí nemusejí mít autoritářské sklony, spíše neustále čelí pokušení doby, která od svých vládců vyžaduje diktát.

Není divu, že Češi trvají na podpoře Andreje Babiše, který široko daleko jako jediný věrohodně nabízí, že ovládne sněmovnu a „dá věci konečně do pořádku“. Tím se ještě nevysvětluje, proč voliči přehlížejí osobní nedostatky svého favorita, který mluví vulgárně, trpí návaly vzteku a není loajální vůči spolupracovníkům. Tyto nedostatky však mohou být z určitého pohledu předností, protože touha po vládě silné ruky skrývá sklon k sebe-destrukci. Režim zastupitelské demokracie zavedený za prezidenta Václava Havla nesplnil mnohá očekávání. Životní úroveň má pořád daleko k poměrům za západní hranicí, majetkové rozdíly se zvětšují, hypotéky splácějí těžko, člověk musí vzít každou práci, arogance

úřadů i díry na silnicích jsou velké jako před revolucí. Je známo, že fandové ve ztraceném fotbalovém zápase někdy povzbuzují soupeře, ať nasází jejich klubu další góly, protože se po debaklu konečně vyhodí neschopný trenér. Ať nás soupeř potrestá za to, komu fandíme.

Soumrak demokratických bohů

Pocit úpadku, který jde ukončit jenom velkou katastrofou, prezentoval Babišův nástupce na místě ministra financí Ivan Pilný. Bez mrknutí oka oznámil, že stát nebude platit důchody těm, kdo dnes odvádějí sociální pojistné. Musí se připravit na to, že budou pracovat přes sedmdesátku – a pak jim nezbude než spoléhat na děti. Přitom stejně jako v jiných případech ani v oblasti důchodů žádný „soumrak bohů“ nenastal. Před šesti lety přece proběhla úspěšná reforma, která zajistila důchody na současné úrovni pro příštích padesát let (tzv. malá důchodová reforma, nezaměňovat s „velkou“, která byla za této vlády zrušena).

Jako v Maďarsku, Polsku nebo v Srbsku si část voličů přeje, ať konečně někdo vyhází ty neschopné a prohnilé stranické šibry a namísto demokratického chaosu zavede pořádek. Jiní sázejí na to, že bude hůř. Proti tomu se může bojovat jenom rozumnými argumenty a vysvětlováním, že putinovský či orbánovský model řízení demokracie poměry dlouhodobě nezlepší, i kdyby byl v jeho čele někdo schopnější než Babiš. V každém případě omezí možnost občanů ovlivnit veřejné poměry.

(Týdeník Echo, číslo 23/2017)

Tajemství volebního úspěchu

Ondřej Vaculík

Práce v zednické partě za minulého, totalitního režimu měla některé výhody: například o ledasčem jinak velice ošemetném se v partě mluvilo otevřeně. Vzpomínám si na pozoruhodný hovor o volebních výsledcích do Národního shromáždění, dnes do Poslanecké sněmovny. Podle sdělovacích prostředků byla tehdy účast ve volbách rekordní (první polovina sedmdesátých let).

Pepa Kaftan poznamenal, že ho to obzvláště těší, protože například on volit nebyl. Na otázku našeho parťáka, komunisty, proč nebyl volit, popravdě odpověděl, že musel na melouch, kde ho neměl kdo zastoupit. Z další debaty vyplynulo, že kromě parťáka nešel volit nikdo. Jen u málokoho to však bylo z pohnutek politického nesouhlasu, většinou se chlapům jen nechťelo brát si čistou košili a čistit si boty.

Mirek Poříčský parťákovi bezelstně vysvětlil, že na rekordní volební účasti, jak dokládá i Rudé právo, se muselo pozitivně projevit i to, že my volit nebyli. – Teda nevím, jak to myslíš, pozdvihl parťák obočí. – Jo, to já nevím, v tom tkví tajemství volebního úspěchu, úplně vážně odpověděl Mirek Poříčský.

Babiš, demokracie, klima

Na Poříčského tajemství jsem si vzpomněl, když byl Miloš Zeman zvolen prezidentem, přestože nikdo z nás ho přeci nevolil, přesněji, v mém okolí vím pouze o jednom člověku, který se mi neustále za to omlouvá

s tím, že podruhé se mu to už nestane. Podle Poříčského tajemství volebního úspěchu ale... nechci domýšlet.

Od Poříčského doby uplynulo mnoho vody a my pod tu tajemnou volební poklici přec jen trochu nahlížíme. Například v Lidových novinách můžeme každou chvíli číst, že podle ověřených průzkumů (například agentur Median a CVVM) odvolání ministra financí B. (za ANO) – kvůli nezdaněným korunovým dluhopisům a dalším nevysvětleným či nevysvětlitelným finančním machinacím, doplňuji – nejvíce bere hlasy ČSSD (!), která si pohoršila téměř na úroveň komunistů (zhruba čtrnáct procent), jimž naopak volební preference vzrostly.

A pokles ANO mezi dubnem a květnem činí půl až jedno a půl procenta. Toto zjištění LN uvedly pod titulkem Na krizi jsou citlivější oranžoví voliči. (Úplně aktuálně – LN 5. 6. 2017 – by ČSSD byla ve volbách čtvrtá s deseti procenty hlasů, tedy za ANO, ODS i KSČM! Přičemž ANO si stále drží svých 31,5 procenta. Je to vůbec možné?)

Pokud je to pravda, pak jako by voliči ČSSD uvěřili odvolanému B., že problematickým je jejich Sobotka, je muž nejde o nic jiného než, jak píše šéfredaktor LN István Léko (LN 26. 5. 2017), pana B. „zesměšňovat, skandalizovat a kriminalizovat.“ Ubylí voliči ČSSD možná také doufají s Istvanem Léko, že: „Šéf hnutí ANO (...) do voleb určitě nebude sedět doma, kousat si nehty a čekat, až na dveře zaklepou policisti s televizními štáby v zádech. B. totiž patří do tábora lidí, kteří přesto, že slyší zaručené zprávy o blížícím se konci světa, vezmou

si rýč, vykopou díru a zasadí strom.“ To nepsal žádný Pepa Kaftan. ČSSD ubývají volební preference, přestože nyní v mém okolí není nikoho, kdo by v tomto sporu stál na straně B.

Analytik Medianu Daniel Prokop to potvrzuje slovy, že B. kvůli krizi „získal zřejmě konzervativnější voliče sociální demokracie“. (Konzervativní znamená sympatizující s podvodníkem?) Prokop dále soudí: „Sobotka má naopak pravděpodobně sympatie liberálních voličů, kteří volí ale jiné strany než ČSSD.“ – Což je mu platné jak mrtvýmú zimník, dodávám. A přiznávám, že je to také můj případ – až posud jsem volil zelené.

Vím, že ve vyspělé společnosti člověk-volič vyjma snad své rodiny nemluví o tom, koho volil či koho bude volit. A psát o tom je nemrav. Přesto se k tomu uchýlím, protože větším nemravem by bylo, kdybychom dopustili, aby B. nám tu byl jako nějaký Bufalo Bill (1846 – 1917), jenž dokázal zabít za osmnáct měsíců čtyři tisíce dvě stě osmdesát bizonů (osm denně), jimiž vyživoval dělníky při výstavbě kansaské pacifické dráhy. (O Bufalovi bylo sepsáno 557 brakových románů a několik divadelních her.)

Tentokrát dám svůj hlas sociálním demokratům. V těchto volbách podle mého (zas po letech) půjde o více než o míru byrokracie, mzdy státních zaměstnanců, stav našich komunikací či o další reformy školství. Liberálně orientovaný volič bude muset volit úplně to základní – samu existenci demokracie. Tak samozřejmá není, protože stranám, které ji mají v preambuli, zřejmě ubývá hlasů i sil.

Na druhé straně Hana Librova ve své knize Věrní a rozumní (Kapitoly o ekologické zpozdilosti) nás upozorňuje na bludný kruh: „Redaktoři tisku, televizních a rozhlasových vysílání na svou omluvu uvádějí, že

prostě píše/hovoří o tom, co zajímá čtenáře/posluchače; environmentální otázky k takovým tématům nepatří. Média tak reprodukují a zpětně posilují stereotypní nálady čtenářů a volky nevolky vycházejí vstříc mocenským strukturám, které environmentálním snahám většinou nepřejí.“

Z toho hlediska je mé přechýlení od zelených k sociálním demokratům téměř zradou a ukázkovým příkladem jakéhosi „vycházení vstříc mocenským strukturám“, kdy člověk pod vlivem politických veličin a vůdců „prohlubuje svou evoluční hluchotu“ a začne dávat přednost „tomu důležitějšímu“ (demokracii?) – opouštěje to nejdůležitější (environmentální stav světa). Obejde se ale to druhé bez prvního?

Na druhé straně proč spojuji environmentální stav světa s politikou našich zelených? Když se mi zdá, jako by i oni svou environmentální chabostí byli v zajetí mocenských struktur. Právě jim by ten B. měl vadit nejvíce jako velký kaz na přírodě a životním prostředí!

Ještě mě napadá úplně nakonec, jestli za úbytkem voličů sociálních demokratů není vliv Lidových novin, a tedy mocenské zájmy B. Pokud by tento stanul nám jako premiér, pak Istvan Léko by byl jeho ministrem kultury, a ostřil panu B. rýč psaním brakových románů o jeho velkoleposti.

Podle Poříčského „tajemství volebního úspěchu“, ať budeme volit tak, či onak, stejně po volbách budeme žasnout.

Autor je spisovatel a publicista a místostarosta Hořovic za ODS. (Deník Referendum, 6. června 2017.)



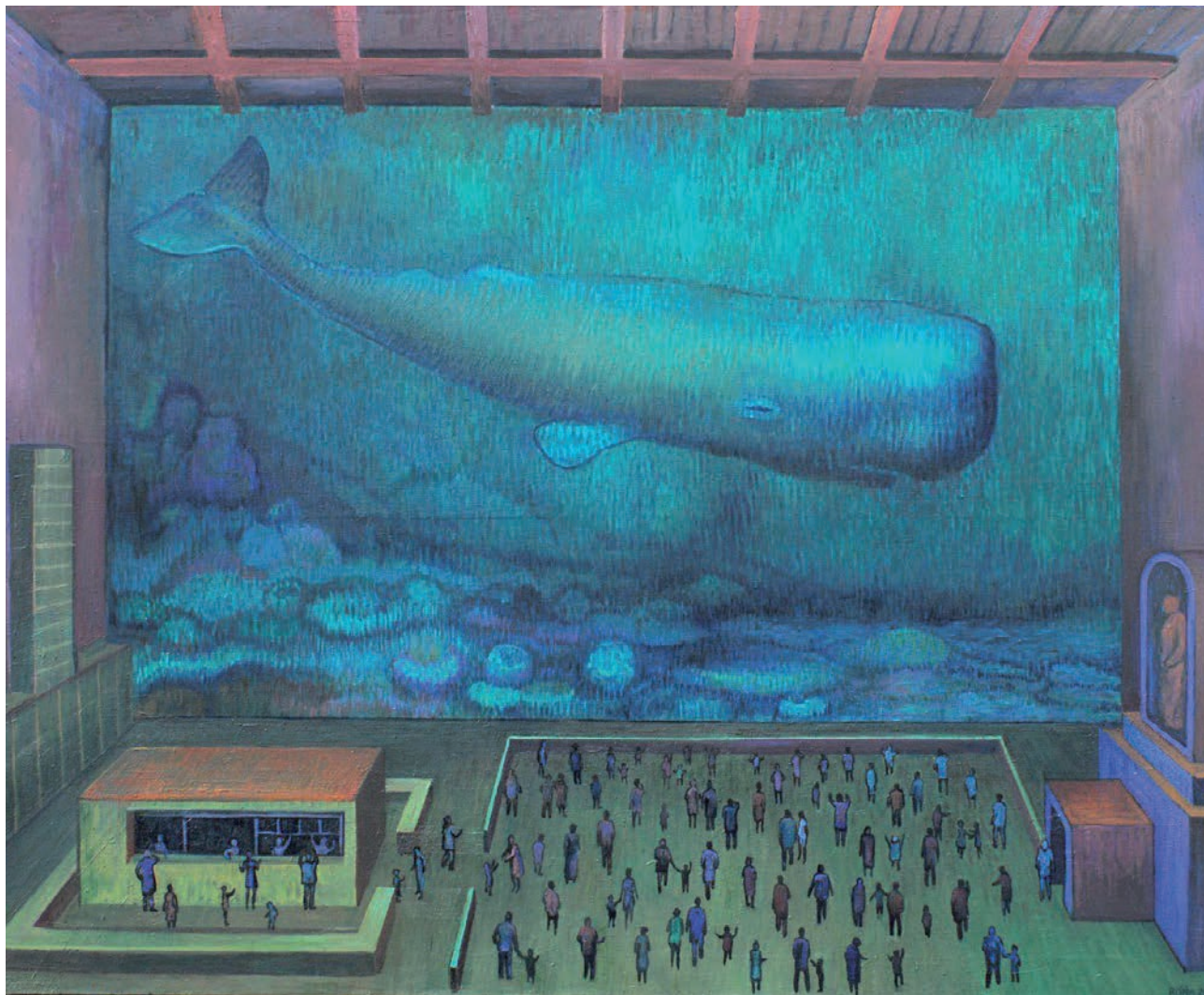
Výtvarník Jaroslav Róna vystavuje v centru Prahy nové plastiky i malby

Jaroslav Róna, jeden z nejmýraznějších malířů a sochařů dnešní doby, slaví šedesáté narozeniny a při této příležitosti se vrací do Domu U Kamenného zvonu v centru Prahy, kde měl velkou výstavu před dvaceti lety.

Do první poloviny 90. let byla pro umělce hlavním vyjadřovacím prostředkem malba, dnes dává přednost spíš práci s hmotou. Známé jsou především některé jeho sochy ve veřejném prostoru – například Pomník Franze Kafky (2003), Dítě z Marsu (2003) na Ještědu nebo osmimetrová socha Jošta Lucemburského „Odvaha“ (2015) na Moravském náměstí v Brně.

Autorova nově otevřená výstava mapuje jeho tvorbu od roku 1997 po současnost, k vidění jsou jednak jeho plastiky, ale také nové malby, ve kterých se Róna opakovaně vrací k archetypálním, mytickým a apokalyptickým motivům vyvedeným v pestrých barvách tlumených tónů.

← *Přitažlivost (olej na plátně)*



↑ Akvárium II (olej na plátně)



↑ *Bouře nad Bangkokem (olej na plátně)*



↑ *Luis na procházce (olej na plátně)*



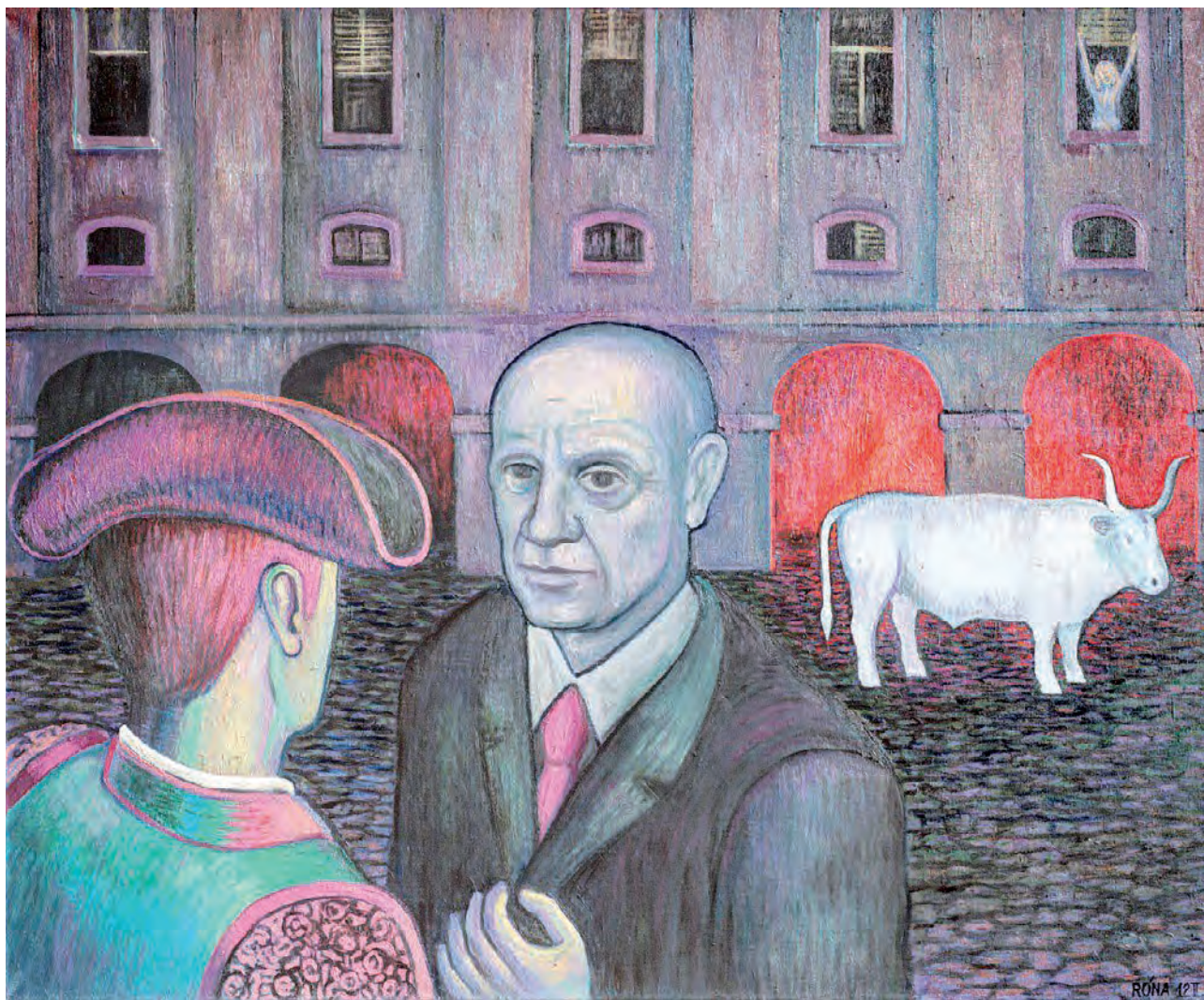
↑ *Nebezpečné zárodky (olej na plátně)*



↑ *Pod viaduktem (olej na plátně)*

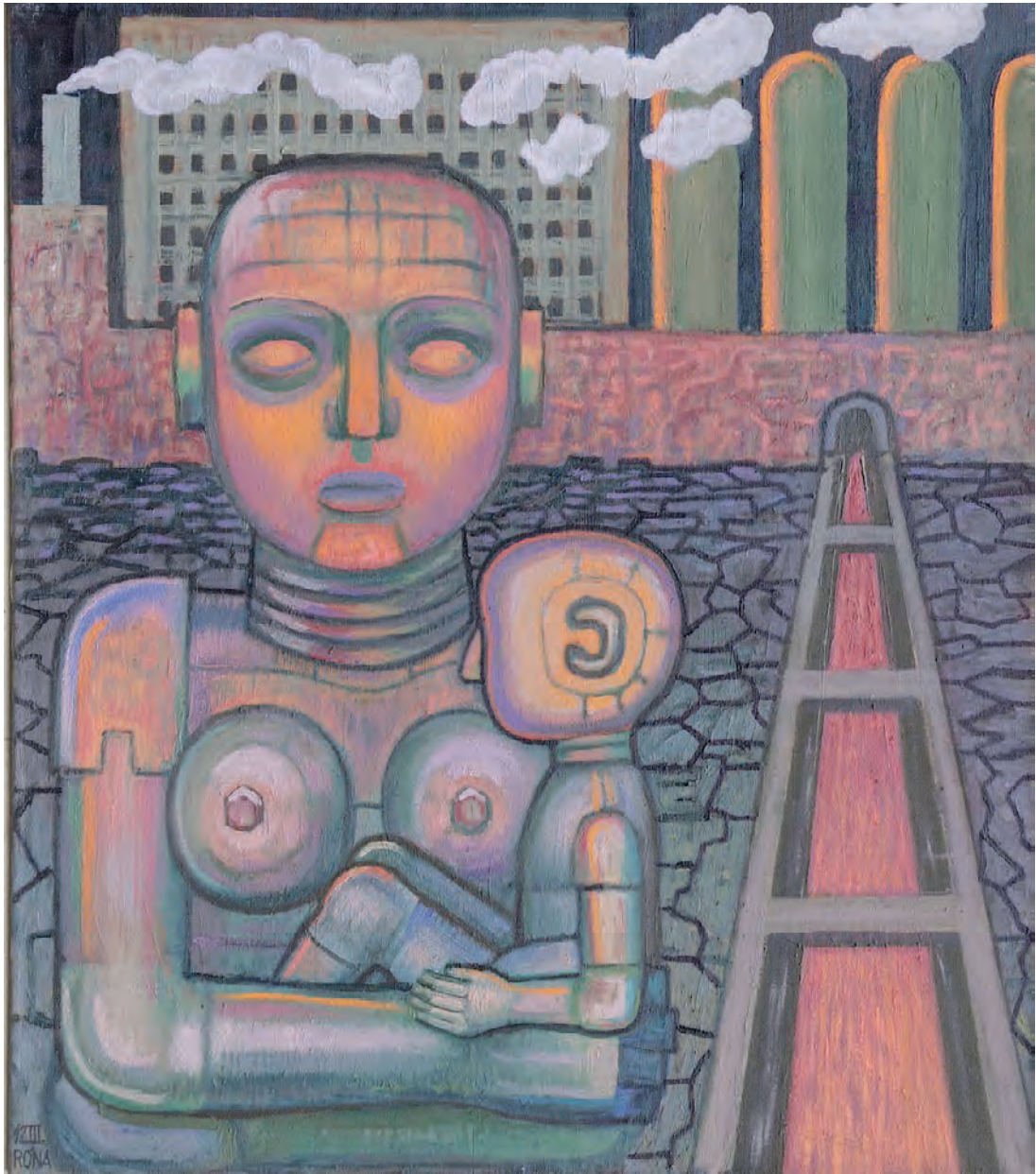


↑ Vlčice (olej na plátně)



↑ Španělský sen (olej na plátně)

→ Železná madona (olej na plátně)





↑ *Exodus (olej na plátně)*



Když jsem to zvládl já, můžeš to zvládnout i ty

Moje zkušenost s Erasmem

Michele Reboli, student 3. LF UK v programu Erasmus

Když se blížil den odjezdu z mé rodné Itálie, vážně jsem měl obavy, nevěděl jsem, co mě čeká a proto jsem se rozhodl pro další krok do neznáma. Rozhodl jsem se, že si zkusím „skydiving“, abych si dokázal, že s oběma noha-

ma na zemi se není čeho bát. Parádní životní zkušenost, ale kdo dočte tenhle text do konce, určitě se přesvědčí, že nepotřebuje „skydiving“, aby vyrazil na Erasmus. Navíc ušetří trochu peněz a pár spodního prádla!

Byrokracie

Vše začíná byrokracií. To je snad nejhorší. Je potřeba mít dost času a trpělivosti. Výsledek pak stojí za to. Je potřeba vybrat si zkoušky a praxe, které chce student v cizině absolvovat a napsat je do studijní smlouvy. Ale není třeba panikařit, stačí se zeptat zkušenějších. Během pobytu se pak dá téměř všechno pozměnit. Je fajn mít dobrý plán, ale není nutné jím být posedlý...

Empatie

Máloco nás studenty naučí víc o pravé podstatě světa jako Erasmus. Lhal bych, kdybych říkal, že to bylo od začátku do konce snadné. Občas se zkrátka trápí každý. Ale tahle zkušenost pomůže studentovi budovat na této dobrodružné cestě silné vztahy s kolegy, ostatními „erasmovými“ studenty. Člověk se naučí myslet pozitivně a navíc pozná mnoho lidí a kultur z celého světa.

Zvol si svůj život

Jedním z hlavních důvodů, kvůli kterému většina z nás vyrazila na Erasmus, je touha po svobodě a ne-



závislosti. To platí hlavně pro ty z nás, kteří bydlíme u rodičů. Na Erasmus se učíme přežít, což představuje velkou výzvu s přiměřeným rizikem a zároveň osvobozující zkušenost. Žít si, jak chceme, objevovat nové vášně, žít s přáteli stovky kilometrů od domova... Osobně jsem si oblíbil živé blues a posílil svou vášeň pro cestování a v neposlední řadě také pivo!

Studium, práce a zkušenosti

Studium v cizině a absolvování praxí pro mě znamenalo, že jsem se zdokonalil v lékařské angličtině a porozuměl jsem rozdílům mezi dvěma systémy zdravotní péče. Brzké vstávání do zatracené chladného rána za dlouhé české zimy bylo sice náročné, ale zkušenost, kterou jsme na různých odděleních získali, za to určitě stála.



Post scriptum

Léto je tady aneb cesta na severozápad

Jaroslav Veis

Zamýšleli jsme se v minulém čísle na tomto místě po vzoru Ludvíka Vaculíka o jaru. Zkusme nyní totéž s létem, od něhož právě uplynulo sedmdesát let. Nebylo vůbec vančurovsky *rozmarné*, nýbrž pro tuto zemi osudové: právě začínal její únos ze Západu na Východ.

V létě roku 1947 panovalo v Československu nebývalé sucho, označované někdy jako pětisetleté. V Paříži zrovna seděli u jednacího stolu zástupci Velké Británie, Francie a Sovětského svazu a rokovali o návrhu Spojených států nazvaném Plán evropské obnovy, který jen pár týdnů předtím přednesl v projevu u příležitosti udílení čteného doktorátu Harvardovy univerzity tehdejší americký ministr zahraničí generál George C. Marshall, podle něhož se od té doby jeden z nejvýznamnějších plánů moderních dějin jmenuje. Sovětský zástupce ministr zahraničí Vjačeslav Molotov však jednání po pár dnech předčasně opustil. Člověk nemusí mít doktorát z historie, aby věděl, že demonstrativní předčasný odjezd je jediný úkol, s nímž tenkrát do Paříže přijížděl.

Na následné rozhovory šestnácti států zahájené 12. července 1947 rovněž v Paříži dostalo pozvání i Československo. Vláda pozvání nejprve s radostí přijala, vzápětí však dostal její šéf Klement Gottwald předvolání dostavit se do Moskvy, kam odjel doprovázen

ministry Janem Masarykem a Prokopem Drtinou. Vracím se jako Stalinův pohůnek, měl po přistání zpět v Praze konstatovat Masaryk. Vláda účast na pařížských jednáních odvolala a řečeno s básníkem Josefem Kainarem (a zpíváno Vladimírem Mišíkem), pod Československem se v těch dnech začala *otáčet železná židle, na níž se nesmělo pohnouti... Už mu to začalo*.

Tehdy se tato země vydala mizernou provinční silnicí vedoucí k únoru 1948, kruté komunistické diktatuře převlečené za *lidovou* demokracii, bezčasi *reálného* socialismu, trvajícím se světlou výjimkou uprostřed šedesátých let skoro dvě generace.

V onom suchém létě však noviny s povděkem hlásily, že vše je naopak na nejlepší cestě, protože Sovětský nám pomůže zažehnat následky onoho pětisetletého sucha a katastrofální neúrody dodávkou 600 tisíc tun obilí. Z pohledu Stalinova to byl docela mazaný trik. Viděno z Prahy a odstupem pouhých pár měsíců to však byl ten nejbližší kšeft, jaký kdy Československo uzavřelo.

•••

Letos panuje taky pořádné sucho, a i když do Paříže není svolána žádná zásadní konference, stojí (i když to spíše vypadá, že bezradně přešlapuje) tato země před rozhodnutím, jak vlastně chápeme evropský projekt,

k jehož zrodu významně přispěl právě Marshallův plán a kterému dnes říkáme Evropská unie. Zda jej vnímáme především politicky a hodnotově či pouze ekonomicky a utilitárně.

V prvních dvou desetiletích po roce 1989, kdy jsme byli z únosu na Východ víc osvobozeni, než že bychom se sami přičinili, akcentovali jsme vedle ekonomických přínosů i *západní* hodnoty, představované liberální demokracií. Dnes však stále více lidí, a to včetně těch, kdo patří k politickým i ekonomickým elitám, s pochvalným mručením pokukuje po režimech, jež si vystačí s demokracií pokud možno pouze volební (Kaczyňského Polsko, Orbánovo Maďarsko), případně autokratickou variantou (Putinovo Rusko) či se bez ní obejdou vůbec (Si Ťin-pchingova Čína) a zajímá je pouze to, co se počítá, v ideálním případě i úročí.

Přehlížejí při tom, že bez respektu k oněm hodnotám, z nichž svoboda je základní, nikoli však jediná, časem není nejdřív co úročit a potom ani co počítat. Ne, Hedvábná stezka opravdu není Marshallův plán, i když to říká sám prezident republiky.

...

Naléhavost otázky, zda bude struktura Evropské unie jedno či vícerychlostní, rostla s její velikostí i mírou její integrace. Příležitostí si ji klást bylo povícero: přijetí Lisabonské smlouvy, vznik a peripetie eurozóny, brexit, příval uprchlíků, přičemž to poslední dnes štěpí unii nejvíce.

I proto vše nasvědčuje tomu, že evropské rychlosti budou přinejmenším dvě: centrální a periferní, řekněme severozápadní a jihovýchodní. Naše dějiny, zdravý rozum, hospodářská orientace, kořeny, o nichž prohlašujeme, že z nich vyrůstáme, souhrnně by se dalo říct národní zájem, to vše jsou důvody k rozhodnutí

pokračovat severozápadním směrem. Periferní předsudky, národovecké furiantství, rádoby pistolnické chlapáctví, souhrnně by se dalo říct provinční myšlení nás však táhnou na jihovýchod. Měli bychom dát přednost rozhodnutí, nikoli se nechat někam táhnout.

Příbuznou, byť samostatnou kapitolou procesu je náš vstup do eurozóny. Naše veřejnost, jejíž euroskepticismus je i v jiných otázkách nadprůměrně vyvinutý, tu dosahuje špičkových hodnot: proti Euru jsou zaujati čtyři z pěti Čechů. Názory ekonomů tak extrémní nejsou. Navíc opět vše nasvědčuje tomu, že tou rychlou Evropou bude eurozóna, přes její veškeré chyby a nedořešenosti. Jak je to problém komplikovaný, nasvědčují i postoje našeho prezidenta: ač ho to táhne na jihovýchod, rád by tam platil Eurem.

Měřeno lidskými životy uplynuly od onoho suchého léta, kdy začal náš únos z Evropy na periferii východu, tři generace. Tenkrát se tak stalo pod tlakem Moskvy, byť s vydatnou podporou domácích pomocníků. Pokud se však stejným směrem vydáme dnes, není na koho se vymlouvat.

Začali jsme literárními odkazy a setrvejme u nich i na konci: smysl má pouze a jedině *cesta na severozápad*.

(Varianta textu byla publikována v Lidových novinách 26. června 2017)

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

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

Ročník 27, číslo 2, červenec 2017

Redakční rada:

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

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

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

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

Šéfredaktorka:

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

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

Grafický návrh: Carton Clan, Petrohradská 3, Praha 10

Sazba: Jan Murdych

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

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

Objednávky na distribuci a inzerci: přijímá šéfredaktorka

Časopis je zájemcům 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>

- VYDAVATELSTVÍ
- NAKLADATELSTVÍ
- TISKÁRNA

TIGIS spol. s r.o.

**PRO KALKULACI
CENY TISKU**
volejte: **602 655 068**
pište: **info@tigis.cz**

Brumovická 998/24,
102 00 Praha 10

NAŠE SLUŽBY

- SLUŽBY DTP STUDIA
- JAZYKOVÉ A ODBORNÉ KOREKTURY
- PŘEKLADY TEXTŮ

NABÍZÍME OFSETOVÝ A DIGITÁLNÍ TISK



PAPÍR ZDARMA

NA DIGITÁLNÍ TISKOVOU ZAKÁZKU

AKCE PLATÍ NA SKLADOVÉ ZÁSoby
A DO VYPRODÁNÍ ZÁSOb.

WWW.TIGIS.CZ



DIGITÁLNÍ TISKOVÝ STROJ KONICA MINOLTA BIZHUB PRESS C1085

Rychlejší tisk – až 85 stran A4 za minutu

Kvalitnější tisk – stabilní kvalita tisku

TISKOVINY

TISKOVÉ SLUŽBY

DTP STUDIO

vizitky letáky brožurky pozvánky plakáty katalogy samolepky
výroční zprávy jídelní lístky novoročenky kalendáře časopisy
skládání bigování perforace laminace děrování oblení vazby
grafické návrhy jazykové a odborné korektury zlom zpracování dat

URGENTNÍ MEDICÍNA

ČASOPIS
PRO NEODKLADNOU
LÉKAŘSKOU PÉČI

Urgentní medicína
je partnerem
České resuscitační rady



Urgentní medicína je vydávána
ve spolupráci se Společností
urgentní medicíny a medicíny
katastrof ČLS JEP



Urgentní medicína je vydávána
ve spolupráci se Slovenskou
spoločnosťou urgentnej medicíny
a medicíny katastrof SLS



„Ze směny půjdete unavení, ale s pocitem, že vaše práce měla smysl.“

Dr. Roberta Petrino, prezidentka European Society for Emergency Medicine

Urgentní medicína, časopis pro neodkladnou lékařskou péči, je odborné recenzované periodikum pro lékaře a ostatní zdravotníky v oboru urgentní medicíny a příbuzných klinických oborů.

Nabízíme vám odborné informace a články z poměrně mladého, avšak dynamicky se rozvíjejícího oboru medicíny, s komplexním pohledem na pacienta, s prací v terénu v prostředí zdravotnické záchranné služby i na prahu nemocnice, na urgentním příjmu.

Pokrýváme všechny oblasti urgentní péče: organizaci, medicínu katastrof, vzdělávání, klinická témata všech oborů, psychologii, etiku, právní aspekty, zajímavosti z historie oboru a snažíme se podnítit i diskuzi a dát prostor polemickým názorům.

Časopis je vydáván ve spolupráci se Společností urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP, z.s., Spoločnosťou urgentnej medicíny a medicíny katastrof SLS a Českou resuscitační radou.

V národní i mezinárodní redakční radě jsou přední odborníci oboru.

V mimořádném vydání v roce 2015 jsme publikovali souhrn evropských doporučení pro resuscitaci, vydali jsme monotematická čísla věnovaná urgentním příjmům či závažnému traumatu.

... již 20 let s vámi

Další informace včetně možnosti objednávky na <http://urgentnimedica.cz/>

