

VITA NOSTRA REVUE

DOMLUV SE RUKAMA – AFRIKA ČLOVĚKA VŽDYCKY PŘEKVAPÍ – ROZHOVOR S NOVÝM PŘEDNOSTOU
GYNEKOLOGICKO-PORODNICKÉ KLINIKY – BOJ SE STIGMATEM – NA STÁŽI V JAPONSKU – MICHAL
ANDĚL: KOMENTÁŘ K ZÁKONU Č. 95 – JANA ŠEBLOVÁ: ZOUFALSTVÍ NA OBOU STRANÁCH BARIKÁDY
ANEB ČASTÍ UŽIVATELE POKYTOVOSTNÍCH SLUŽEB – TEXT: SKOTSKÉ ZDRAVOTNICTVÍ PODLE
GAVINA FRANCISE, VZPOMÍNKA NA JURAJE STRAUSSE – MEDICÍNA A UMĚNÍ: ČÁRY DRAKA

EDITORIAL2**AKTUALITY**

Den otevřených dveří (Diana Rochovanská) . . . . .	.4
Ocenění studentům (Jolana Boháčková) . . . . .	.7
Afrika člověka vždycky překvapí (Jolana Boháčková) . . . . .	.10
Domluv se rukama volitelným předmětem (Dominik Pokorný) . . . . .	.18
Gynekologie a porodnictví je nejriskantnější obor, který máme (Jolana Boháčková) . . . . .	.21
Jarní setkání mediků celého světa v Budvě (Monika Hejduková) . . . . .	.26

VZDĚLÁNÍ

Boj se stigmatem (Anna Ouřadová) . . . . .	.31
Méně obvyklá destinace, která stojí za návštěvu (Andrea Štofková) . . . . .	.41
Přijetí Zákona č. 95 zachránilo pro českou medicínu řadu specializací (Michal Anděl) . . . . .	.47

MEDICÍNA

Zoufalství na obou stranách barikády aneb částí uživatelé pohotovostních služeb (Jana Šeblová) . . . . .	.51
Proč vlastně děkani tolik chtějí přijetí zákona o univerzitních nemocnicích? (Michal Anděl) . . . . .	.54
Vzpomínka na plastického chirurga Konstantina G. Troševa (Leo Klein) . . . . .	.56

TEXT

Deník: Britský systém v krizi (Gavin Francis) . . . . .	.59
Legendy jednoho ústavu: Juraj Strauss (18. 1. 1917 – 11. 3. 2017) (Ludmila Šrámová) . . . . .	.65

RES PUBLICA

Progresivní daň jako téma pro pravici (Ondřej Vaculík) . . . . .	.73
Má se danit pokrok? (Tomáš Sedláček) . . . . .	.75
Kádrovák Zeman: Kardinál Vlk si mou přítomnost nezaslouží. Stačí věnec. Prezident klesá hloub (Martin Fendrych) . . . . .	.77
Kdo rúbe drevo (Jiří Hanák) . . . . .	.79

MEDICÍNA A UMĚNÍ

Čáry draka (Ivana Štětkařová)81
---	-----

VE FOTOGRAFIÍCH

Reprezentační ples 3. LF UK (Ivo Barabáš)88
---	-----

POST SCRIPTUM

Jaro je tady (Jaroslav Veis)94
--	-----

Editorial

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

vítám vás v regulérním prvním čísle ročníku 2017. Nové vydání nám přináší mnoho zajímavých a významných článků, některé jsou dle mého názoru skutečně vynikající. Díky úvaze Gavina Francise můžeme srovnat zdravotnictví v České republice a Británii. Jeho článek poukazuje na nedostatky zdravotnické péče ve Velké Británii, zejména v oblasti péče o starší lidi. S některými z britských problémů se dodnes potýká i česká zdravotní služba, protože české socialistické zdravotnictví zavedené v roce 1948 se velmi podobalo anglické National Health Service. Největším nedostatkem, který Gavin Francis ve svém textu popisuje, je ne zcela úspěšná péče o staré a bezmocné lidi. Děje se tak z mnoha důvodů zdravotnických, finančních i psychologických. Tento opravdu zajímavý článek vyvrací některé iluze o britském zdravotnictví.

Problému zdravotnictví se věnují i další články. Velmi fundovaný a cenný článek o nové reformě zdravotnického vzdělávání napsal profesor Anděl. Ukazuje na možnosti postgraduálního vzdělávání lékařů, což je základní problém, který hýbe českou medicínou a má vliv na to, kolik lékařů vyjede za hranice, což by samo o sobě nevadilo, ale je potřeba, aby se tito lékaři pak úspěšně vraceli.

K dalším textům týkajícím se zdravotnické problematiky patří zajímavý rozhovor s profesorkou Bankovskou-Motlovou. Poukazuje na velmi důležitý fenomén stigmatizace psychiatrie a to nejen v očích pacientů, ale také v očích lékařů různých oborů. Paní

profesorka velice fundovaně hovoří o tom, jak by měla vypadat destigmatizace, jak k ní mohou přispět sami zdravotníci, vrcholné lékařské instituce a zejména lékařské fakulty, včetně té naší. Přestože ve srovnání s jinými pražskými fakultami patří mezi studenty 3. lékařské fakulty psychiatrie k nejpoblárnějším, máme stále jisté rezervy, hlavně v následném vzdělávání pozorováním.

Ke zdravotnickému vzdělávání se vztahuje i rozhovor s novým přednostou gynekologicko-porodnické kliniky profesorem Robem. Nastiňuje všechny změny, které se na klinice s jeho příchodem chystají. Nejvíce mě zaujala část, ve které si stěžuje, že studenti nechodí na přednášky, protože nejsou povinné. Studenti na ně nechodí ne proto, že by nebyly dobré, ale právě proto, že jsou nepovinné. Když jsem byl členem pedagogické komise, kterou vedl profesor Jiří Horák, vzal jsem na jedno zasedání, kde se jednalo právě o „znevinněnní“ seminářů, kolegyni, která kdysi pracovala v Praze v Ústavu fyziologických regulací na Bulovce a nyní pracuje na Harvard Medical School, tedy škole, která patří k pěti nejlepším na světě. Byla zděšená tím, že je vůbec na medicíně něco nepovinné. Na Harvard Medical School jako na nejlepší lékařské fakultě ve Spojených státech je povinné vše, včetně přednášek, praktik a seminářů. Když je student nemocný nebo má jiný závažný důvod nepřijít, tak je samozřejmě omluven a seminář či přednášku si nějak nahradí. Myslím, že medicína se nedá studovat dálkově nebo nepovinně. Téma povinné či nepovinné účasti na výuce by stálo za širší diskuzi; a to neplatí jenom o naší fakultě, ale o českých lékařských fakultách a vysokých školách obecně.



Velmi se mi líbil rozhovor s naším bývalým kolegou MUDr. Malým o Africe. Ukazuje úplně jinou problematiku než tu, se kterou se setkáme my. V době globalizujícího se světa je třeba takovéto záležitosti vnímat, být na ně připraveni a počítat s nimi.

Velmi hezký text je i vzpomínka na českého epidemiologa a mikrobiologa docenta Strausse, který pracoval ve Státním zdravotním ústavu a měl také vztah k naší fakultě. Rovněž jsem rád, že docent Klain připomněl docenta Troševa, který měl vztah k vinohradské nemocnici. Docent Klain pracoval jako přednosta kliniky popálenin naší fakulty a byl dlouholetým spolupracovníkem časopisu VNR, spolupracoval s tehdejší předsedkyní redakční rady paní profesorkou Königovou. Takže pane profesore děkujeme a těšíme se na další příspěvky.

Výborné jsou i články v rubrice Res Publica od autorů Hanáka, Fendrycha, Vaculíka a Sedláčka. Přednostka neurologické kliniky profesorka Štětkařová publikuje několik básní a grafik ze své nové básnické sbírky. Doktorka Šeblová nás opět čtivě zavádí do problematiky urgentní medicíny. Velmi oceňujeme i příspěvky studentů, kteří nás seznamují se svými názory a aktivitami národními i mezinárodními. Uveřejňujeme jako vždy narozeniny některých osobností, které se v době vydání tohoto čísla dožívají významných životních jubileí.

Přeji příjemné počtení a těším se na vzájemnou spolupráci v roce 2017. Přeji všem také krásné jaro a hodně úspěchů odborných i osobních.

Richard Rokyta, předseda redakční rady VNR



Den otevřených dveří

Diana Rochovanská, studentka všeobecného lékařství,
dobrovolnice na DOD 2017

V pátek 6. ledna se na naší fakultě konal Den otevřených dveří – DOD 2017. Organizovalo ho studijní oddělení a studentský spolek TRIMED, konkrétně David Lauer, Petr Michenka a Jiří Novotný. Oficiální začátek akce byl naplánován na druhou hodinu odpolední, ale vestibul fakulty se dychtivými zájemci o studium začal plnit již mnohem dříve. Všude byly vidět hloučky studentů zvědavě se rozhlížejících po jejich možná budoucí alma

mater. Postávali tu i rodiče s ratolestmi třímajícími propagační letáčky a rozhlížejíci se po okolí s nadějí, že odchytí některého ze studentů ve žlutém tričku a zahrnou ho dotazy ohledně přijímacího řízení, modulové formy kurikula a spokojenosti se studentským životem.

Stejně jako loni byl připraven pestrý program v jednotlivých učebnách a posluchárnách. Ve dvě hodiny zahájil hlavní program v Syllabově posluchárně

František Šalanda se svým saxofonem. Po úvodním slovu děkana Michala Anděla informoval o možnostech studia proděkan David Marx. O možnostech sebe-realizace ve studentském spolku TRIMED a mezinárodní organizaci sdružující mediky IFMSA promluvil David Megvinet. Následovala novinka letošního roku – přednáška nanečisto v podání doktora Trnky. V Burianově posluchárně si zase přišli na své uchazeči o bakalářské programy. Hlavního slova se ujala doktorka Hana Svobodová.

Ti, kteří přišli, měli možnost podívat se také na některé kliniky – konkrétně na gynekologicko-porodnickou, II. interní kliniku a oftalmologii. Doprovázeli je ochotní studenti naší fakulty vyzbrojení velkými transparenty, aby se návštěvníci nemuseli motat v rozlehlém areálu nemocnice a stihli se včas vrátit na další doprovodný program. Ten byl nachystán ve druhém, třetím a čtvrtém patře. Budoucí studenti si mohli vyzkoušet první pomoc při modelové situaci, chirurgické šití pod odborným dohledem nebo píchnout injekci na modelu v učebně ošetřovatelství. Před každou učebnou pak stáli studenti ve žlutých tričkách ochotní poskytnout informace z první ruky – většinu z nich totiž tvořili prváci, kteří měli ještě v živé paměti přijímací řízení, i začátky na vysoké škole, a mohli tak předat své zážitky a zkušenosti.

Já sama jsem stála před učebnou s anatomickým programem, kterou samozřejmě chtěli vidět všichni. Před dveřmi se kupily davy a nebylo v mých silách si povykládat s jednotlivými zájemci zvlášť – buď se zdráhali na něco zeptat, nebo se jich na mě nahrnulo naopak moc. Snažila jsem se tedy nahlas přede všemi shrnout jednotlivé poznatky z uplynulého roku – příprava na přijímací řízení i jeho samotný průběh, výhody a nevýhody modulového

systému výuky a velké možnosti mimoškolních aktivit v TRIMEDu a IFMSA. Takto jsem to opakovala s každou skupinkou nově příchozích, samozřejmě s prostorem na dotazy. Čím více se blížil konec, tím větší vznikl prostor ke komunikaci s jednotlivci – většina již úvodní povídání absolvovala někde jinde a měli tak konkrétní dotazy podle toho, co je zajímalo. Zvláště frekventovaný dotaz se týkal zkušeností s jiným systémem výuky a s fakultou obecně. Na to jsem mohla s úsměvem odpovědět jedině: „Je pět hodin v pátek odpoledne a já dobrovolně trčím ve škole, abych předala své zkušenosti budoucím studentům. Kdybych nebyla spokojená, nedělala bych to. A co může být pro fakultu lepší vizitkou než spokojení studenti?“







Ocenění studentům

Jolana Boháčková

Jako každý rok i letos Univerzita Karlova ocenila své nejlepší studenty. V prostorách Karolina slavnostně převzala ceny 8. března 2017 také čtveřice studentů 3. lékařské fakulty.

Cenu Karla Weignera v kategorii bakalářského studia obdržela **Bc. Viera Margeťáková**, která absolvovala kombinovanou formu bakalářského studia

všeobecná sestra. Pracuje v přímé péči v domově pro seniory, v Charitním domově Stará Boleslav. V bakalářské práci na téma *Důstojná péče o pacienta s demencí* zpracovala případovou studii prvního pacienta s Alzheimerovou demencí, kterého do Charitního domova přijali. Přesvědčila spolupracovníky, aby se o devadesátiletého muže společně starali i poté, co

se jeho stav zhoršil, a nepřekládali ho do lůžkového zdravotnického zařízení. Díky tomuto rozhodnutí prožil pacient poslední fázi života v prostředí, které se stalo jeho novým domovem, a mezi lidmi majícími pochopení pro jeho problémy. Tato pozitivní zkušenost celého týmu ovlivnila personál i vedení domova natolik, že se rozhodli poskytovat služby i dalším klientům s Alzheimerovou demencí i jejich blízkým. Na základě získaných zkušeností se Viera Margeťáková v Charitním domově aktivně podílela na zpracování metodiky poskytování ošetrovatelské péče o obyvatele domova s Alzheimerovou demencí a jednotného způsobu jejího zaznamenávání. Tím se významně posílila kontinuita péče o klienty s Alzheimerovou demencí.

Cenu Karla Weignera v kategorii magisterského studia získal MUDr. Jakub Štefela, vynikající student (průměr za celou dobu studia 1,54) a aktivní člen akademické obce. V letech 2011 až 2014 byl místopředsedou studentského fakultního spolku Trimed a v letech 2013 až 2015 místopředsedou Akademického senátu 3.LF UK za studenty. Každoročně se podílel na organizaci úvodního soustředění v Dobronicích, zdokonalil systém evaluačního hodnocení výuky a aktivně se podílel na tvorbě výukových pomůcek. Během studia pomáhal jako výpomocný asistent na Ústavu anatomie a v letech 2010 až 2012 působil jako administrátor internetového portálu pro medicínské studijní materiály *Wikiskripta*. Je hlavním autorem studijního materiálu pro studenty medicíny *Úvod do centrální nervové soustavy* a v letech 2011 až 2012 byl vedoucím pracovní skupiny pro zpracování videopřednášek.

Jakub Štefela se rovněž zabývá pod vedením doc. MUDr. Davida Kachlíka, PhD., v Ústavu anatomie

vědou. V roce 2012 prezentoval výsledek své práce na Studentské vědecké konferenci 3.LF UK s přednáškou *Klinická anatomie musculus plantaris*. Je rovněž spoluautorem impaktované publikace s názvem *Risk of bleeding from the internal iliac artery and its branches in pelvic fractures: cadaver study*. Absolvoval také několik zahraničních stáží – letní školu psychiatrie v Londýně a praxi v laboratoři EEG na univerzitě v Liverpoolu.

Mimořádné ceny rektora získali David Adam a MUDr. Lukáš Malý.

David Adam byl oceněn za Projekt Andromeda, jehož je zakladatelem a současně i ředitelem neziskové organizace Projekt Andromeda o.s. Organizace se snaží pomáhat dětem, které své dětství tráví v Klokáncích, dětských domovech či azylových domech, a alespoň částečně jim vynahradit přítomnost blízké osoby, která jim tolik chybí. Pokud dítě postrádá možnost vytvořit si silnou citovou vazbu k druhému člověku, vývoj jeho osobnosti může být silně narušen. Děti, které v rozhodujících fázích života nezískaly dostatek prostoru k rozvíjení své schopnosti empatie, se v dospělosti často vyznačují nízkou sociální a emoční inteligencí, neumějí navazovat kvalitní přátelské a partnerské vztahy a jen těžce se zařazují do společnosti. Smyslem Projektu Andromeda je zmírnění citové deprivace těchto dětí. Každé z nich navštěvuje po celý školní rok jeho *víla* nebo *elf*, dobrovolník, který dítěti věnuje svůj čas a nabízí podporu v těžkém období života bez rodinného zázemí. Od roku 2009 se různých forem projektu Andromeda účastnilo 250 dobrovolníků a přes 200 dětí, především dětí z Klokánku Hostovice a Klokánku Láskova.

MUDr. Lukáš Malý získal cenu především za činnosti spojené s implementací projektu paliativní péče

v regionu Ntungamo v Ugandě. Od roku 2012 pracuje v mezinárodním týmu zdravotníků, kteří v uvedeném regionu zahájili činnost jednotky paliativní péče včetně mobilní hospicové péče. Celkově strávil Lukáš Malý 10 měsíců (v době prázdnin) přímou dobrovolnickou činností zaměřenou na poskytování paliativní zdravotní péče terminálně nemocným v dané lokalitě a přednáškovou a výukovou činností zaměřenou na prevenci a léčbu tropických a dalších nemocí a na základní hygienická opatření pro děti i dospělé. V době, kdy pobývá Lukáš Malý v ČR, se kromě studia věnuje získávání prostředků pro činnost zmiňovaného centra, organizuje přednášky a charitativní společenské akce. Na straně 10 s ním přinášíme rozsáhlejší rozhovor.

AKTUALITY

Gratulujeme jubilantům!

85. narozeniny slaví

Doc. MUDr. Ladislava Horanská, CSc. (* 31. 3. 1932)
bývalá docentka Ústavu normální, patologické a klinické fyziologie
3. LF UK

80. narozeniny slaví

Prof. MUDr. Eduard Zvěřina, DrSc. (* 27. 2. 1937)
Neurochirurgická klinika 3. LF UK a FNKV

75. narozeniny slaví

Doc. MUDr. Michael Urban (* 21. 1. 1942)
bývalý přednosta Urologické kliniky 3. LF UK a FNKV

70. narozeniny slaví

Mgr. Zdeňka Čábelková (* 24. 2. 1947)
bývalá pracovnice nejdříve Kliniky pracovního a cestovního
lékařství 3. LF UK a FNKV a pak Ústavu biochemie, buněčné
a molekulární biologie 3. LF UK

65. narozeniny slaví

MUDr. Jaroslav Zikmund, CSc. (* 1. 1. 1952)
Klinika dětí a dorostu 3. LF UK a FNKV

Prof. MUDr. Pavel Gregor, DrSc. (*12. 1. 1952)
3. interní – kardiologická klinika 3. LF UK a FNKV

60. narozeniny slaví

Doc. PhDr. Martin Hemelík, CSc. (*1. 2. 1957)
Ústav jazyků a Ústav ošetřovatelství 3. LF UK

Doc. MUDr. Felix Votava, Ph.D. (*20. 1. 1957)
přednosta Kliniky dětí a dorostu 3. LF UK a FNKV

Ing. Miroslava Prokopičová (*30. 3. 1957)
Ústav jazyků 3. LF UK



Afrika člověka vždycky překvapí

Jolana Boháčková

MUDr. Lukáš Malý, čerstvý absolvent 3. lékařské fakulty, jezdí do africké Ugandy už pět let. Za tu dobu odvedl v odlehlém hornatém regionu na jihu země kus práce a zároveň nasbíral hromadu cenných zkušeností. Za své bohubilé aktivity mimo jiné získal také ocenění ministerstva školství nebo Mimořádnou cenu rektora.

Kdy jste byl poprvé v Africe?

V závěru roku 2012 jsem poprvé působil ve východoafrickém státě Uganda. Účastnil jsem se s týmem dobrovolníků tříměsíční mise pod organizací *Shalom for Uganda* v regionu Ntungamo na jihu země v odlehlém a hornatém kraji až na hranicích se Rwandou. Jedním z hlavních cílů naší organizace bylo zavedení a poskytování paliativní medicíny. Pokračování a návaznost byla zajištěna díky spolupráci a podpoře místních studentů zdravotnických oborů, kteří v době prázdnin organizaci pomáhají. Měl jsem to štěstí, že jsem spolu s MUDr. Veronikou Jakubčíakovou a dalšími spolupracovníky stál u prvních praktických kroků této organizace v Ugandě. Jsem za tyto cenné zkušenosti nesmírně vděčný.

Jak vůbec vypadá příprava na cestu do Afriky?

Odletu na první misi předcházela náročná příprava, např. absolvování kurzu *základy tropické a cestovní medicíny*, účast na konferenci *tropická a cestovní medicína*, samostudium specifik tropů, subtropů a onemocnění vyskytujících se v dané oblasti či povinná a doporučená očkování. Abych mohl získat pracovní povolení, musel jsem si nechat přeložit do angličtiny diplomu, maturitní vysvědčení, osvědčení o výkonu povolání všeobecná

sestra bez odborného dohledu a výpis z rejstříku trestů. Všechno se ale nakonec vyplatilo a my konečně začátkem října 2012 dorazili poprvé na letiště Entebbe, poblíž hlavního města Kampaly.

Afrika ale člověka vždycky překvapí. Před odjezdem jsem četl cestopisy, sháněl informace o Ugandě, absolvoval stáže, nicméně realita byla stejně jiná, pro nás Evropany těžko představitelná. Potýkali jsme se z mnoha nesnáze, od naprosto odlišné mentality, jazyka a místní kultury, až po odlišné diagnostické možnosti, odlišná onemocnění. V době, kdy jsme jeli poprvé do Ugandy, jsem pracoval pátým rokem na anesteziologicko-resuscitačním oddělení v pražské nemocnici Pod Petřínem na pozici všeobecná sestra. Za tu dobu jsem mnohé zažil a naučil se. Byla to pro mě výborná příprava na misi v Africe. V intenzivní péči se člověk trénuje v kritickém myšlení a logice, což se mi velmi hodilo i při práci v Ugandě, kdy jsme často improvizovali a řešili velmi nezvyklé případy.

S jakými chorobami se nejčastěji potýkali vaši pacienti?

Mezi častější diagnózy u pacientů v paliativním programu patřily např. hepatocelulární karcinom (vesměs na

podkladě hepatitidy a toxo-nutritivní etiologie), karcinom čípku děložního a terminální kardiální selhávání (podkladem bývá nejčastěji porevmatické postižení srdečních chlopní).

Někteří k nám přišli již s diagnózou z nedaleké nemocnice, jiným jsme onemocnění diagnostikovali – většinou na základě fyzikálního vyšetření, popř. jiných základních laboratorních metod. Příznaky tam pacienti mají většinou velmi dobře vyjádřené, protože dlouho nejdou do žádného zdravotnického zařízení. Byla to pro nás obrovská „škola interny“, denně po dobu těch prvních tří měsíců jsme ošetřili opravdu mnoho pacientů.



Velkou část pacientů tvořili HIV pozitivní. Onemocnění HIV se poprvé objevilo v roce 1982 právě v Ugandě. Dnes tam žije něco přes 35 milionů obyvatel, z toho HIV pozitivních asi 6,5 %, což je nejvíce z celé Afriky. Mají dostatek antiretrovirotik, nicméně většina pacientů, kteří k nám přicházeli, již na antiretroviróvé terapii byla. Velmi často mají HIV pozitivní pacienti taky TBC a pneumonii. V rámci stáže v Itojo Hospital nebo ve zdravotnickém středisku Rushooka jsem pracoval v ambulanci, která se zabývá přímo antiretroviróvou terapií. Kvůli velkému počtu pacientů hodně omezují fyzikální vyšetření a zdejší sestry mají algoritmy, podle kterých předepisují kombinace antiretrovirotik.

Můžete nám popsat váš běžný den v Ugandě?

V prvních letech jsme skoro každý den našich pravidelných pobytů tam pracovali v ordinaci, odpoledne jsme pak chodili po domácích návštěvách pacientů. V ordinaci k velmi častým diagnózám patřily brucelóza, malárie, břišní tyfus a žaludeční vředy. Měli jsme také mnoho pacientů se syfilis v různých stadiích. Léčili jsme je injekcemi penicilínu i.m. Byla to náročná práce – museli jsme vysvětlit pacientům, co znamená sexuální abstinence, že musejí po dobu tří týdnů chodit na poměrně bolestivé injekce. Někteří majetnější lidé mají více než jednu manželku, bylo tedy nutné sehnat všechny ženy. V tomto regionu to často funguje tak, že chce-li si muž vzít ženu, musí „zaplatit“ jejím rodičům. Občas vznikaly vtipné situace, sešly se u nás najednou třeba tři ženy jistého místního statkáře. Očividně se dobře znaly, hlasitě si vyprávěly, s ničím neměly problém. Velkou část pacientů tvořili také kojenci a batolata s pneumonií. Děti obecně bylo velmi obtížně vyšetřit, většina z nich se poprvé setkala s bělochem.



Mnoho místních lidí k nám chodilo třeba jen pro to, aby si prohlédli bělochy, aby se nechali vyšetřit „bílým doktorem“. Občas jsme používali i placebo v podobě tablet pyridoxinu. Jiné případy zase byly velmi závažné. Vzpomínám na epileptičku, která si opařila obličej vařící vodou. Manžel řekl, že se to stalo před měsícem. K nám dorazili už s rozsáhlými nekrózami na pravé straně tváře. Paní už ani neviděla. Orbitu měla plnou hnisu. Zjistili jsme i pozitivitu testů meningeálního dráždění. Léčili jsme jí antibiotiky a odeslali na specializovanou oční kliniku.

Dalším velmi závažným a smutným případem byl pacient Ronald, patnáctiletý kluk z nedaleké vesnice s tuberkulózou kostí. Rozsáhlou sekundární infekci na dolní končetině jsme se snažili ještě zvládnout

antibiotiky, nicméně přišel dost pozdě a před tím byl ještě u místního šamana. Jejich víra v místní lidové léčitele je obrovská. Problém je, že kvalita šamanů je velmi sporná, většinou vybírají od lidí mnoho peněz, ale jejich „léčba“ nemá žádný efekt.

Jeden z příběhů se šťastným koncem je osud půlroční Giftie, jejíž rodiče zemřeli a starala se o ni babička. Nemohla ji však adekvátně živit, dávala jí zcela nevhodnou stravu. K nám přišla velmi podvyživená. Zajistit cévní vstup je v Africe náročnější. Místní lidé často trpí avitaminózou vit.C, mají nekvalitní cévní stěny, cévy praskají. Giftie jsme podkožně aplikovali alespoň glukózu, nebyla schopná vůbec perorálního příjmu potravy, zvracela. Po několika dnech se ale situace zlepšila a Giftie se má čile k světu.

Umírání v Africe je prostě jiné

Čím jste se ještě kromě poskytování zdravotní péče zabývali?

Prioritou v těch prvních třech měsících bylo poskytovat paliativní péči a vést ordinaci ve vesnici Nyakyera. Další důležitou oblastí našeho zájmu byla ale výuka na místní základní a střední škole. Formou přednášek jsme představovali Českou republiku, naše zvyky, tradice, hudbu a způsob života. V menších skupinkách studentů jsme pak rozebírali témata sexuálně přenosných onemocnění, hygieny a se studentkami pak těhotenství a výchovu ke zdraví. Pořádali jsme také setkání v okolních vesnicích, formou workshopů jsme učili místní obyvatele hygieně rukou a základům výživy, jelikož mnoho lidí jí a dává svým dětem pouze banány matooke a jejich děti pak trpí podvýživou. Vysvětlovali jsme, jak a z čeho vařit, aby jídlo bylo pestré. Měli jsme překladatele z řad místních dobrovolníků, kteří jim to i názorně ukazovali.

Problém těchto odlehklých lokalit je také v tom, že děti zde vychovávají děti. Průměrný věk v Ugandě je 15 let, více než 50 % lidí žijících v Ugandě má méně než 16 let. Mnoho žen má děti zhruba do dvaceti. Velmi často vidíte, jak desetiletá holka nese na zádech půlročního bratříčka, je to často ale velmi smutný pohled, protože jde místo do školy pracovat na pole.

V organizaci se také snažíme podporovat studenty zdravotnických oborů, aby pokračovali v započaté práci. Kontinuita poskytované péče je velmi důležitá.

Hlavní oblastí našeho zájmu bylo ale aktivní vyhledávání pacientů vhodných pro zařazení do programu paliativní péče. Měli jsme dokumentaci, kde jsme zaznamenávali údaje o pacientech, postupovali jsme holistickým přístupem, hodnotili jsme pacienty na zá-

kladě bio, psycho, socio i spirituálních hledisek. Díky tomu jsme měli velmi blízký kontakt s místními obyvateli. Začali nás pomalu brát mezi sebe, svěřovat se nám se svými problémy. Zvali nás na rodinné oslavy, křtiny, pohřby. Několikrát jsme byli i bezprostředně u umírání pacienta. Byly to často velmi silné okamžiky.

Například jednou v šest hodin ráno, ještě za tmy, za námi přišla dcera naší pacientky Rosalie, že se matce přitížilo. Rosalie byla naše paliativní pacientka, měla terminální kardiální selhávání, několikrát jsme jí punktovali ascites, byla na diuretikách, silných analgetikách. Venku hustě pršelo, bylo období dešťů. Šli jsme úzkou prošlapanou cestičkou mezi banánovníky, bláto klouzalo pod nohama. Asi za tři čtvrtě hodiny jsme dorazili k chýši Rosalie. Uvnitř bylo ještě šero, stará petrolejová lampa, vyrobená z rezavé plechové konzervy, osvětlovala křivé hliněné stěny místnosti. Kolem Rosalie seděly starší ženy a modlily se. Každá se modlila jiným tónem hlasu a trochu jinou modlitbu. Na posteli seděla její dcera a držela ji za ruku. Rosalie se tvářila spokojeně, byla doma, měla kolem sebe rodinu. Umírání v Africe je prostě jiné.

Jaké?

Lidé mají naprosto odlišný pohled na smrt a umírání. Zde v Evropě žijeme dlouhý život, dlouho jsme nemocní a pak umíráme v nemocnici. Tam žijí krátký život, krátce stonají a umírají. Z místních lidí je ale cítit optimismus, chuť do života. I když jim není vždy nejlépe, i přes neskutečnou chudobu, na otázku „jak se máš?“ odpoví skoro vždy „skvěle“. V Africe jsem si uvědomil, že spokojenost v životě se nejspíše nepojí ani s majetkem, ani s penězi či dostatkem jídla nebo společenským postavením či úspěchem. Tak velký smysl pro život

v rodině a komunitě jsem ještě neviděl. Když jsem jim popisoval, co je domov důchodců, smáli se a nevěřili, že něco takového v Evropě máme. Jeden kněz měl docela trefnou poznámku: „Máte vodu, elektřinu, auta, jídlo, ale staré lidi odkládáte pryč, to je divné.“ V mnohých věcech jsou místní lidé velmi primitivní, v mnohých ale tak vyspělí, že jim můžeme tiše závidět.

Co vám působilo při práci největší potíže?

V Africe je všechno na dlouho, čas tam berou úplně jinak než u nás. Nejchudší lidé bydlící v chýších kolem naší vesnice čas neřeší vůbec. Mnoho pacientů ani neví, jak jsou staří. Jedna pacientka se dokonce po mém dota-

zu na věk rozesmála a pravila: „Na co se mě to ptáš, na tohle se mě ještě nikdo neptal!“

Takže i první pokusy o zavádění paliativní péče trvaly dlouho. Nejprve jsme museli vysvětlovat místním lidem, co děláme, jaké pacienty vyhledáváme. Museli jsme se potýkat s řadou problémů od byrokracie až po logistiku a zajišťování léků.

Bylo to pro nás náročné nejen po stránce odborné, ale taky komunikační. Místní lidé žijí v komunitě a i nepříznivá diagnóza se pacientům vysvětluje v okruhu rodiny, takže kolem pacienta postávalo mnoho rodinných příslušníků.



Museli jsme přistupovat jinak i k zjišťování míry bolesti. Nejčastěji jsme používali vizuální analogovou škálu, přirovnávali jsme míru bolesti k naplněné nádobě s vodou, to je jim blízké, nosí v nich denně vodu. Ptali jsme se, jak je ten pomyslný kanystr plný, je-li přeplněný tak, že nejde unést, či jen z poloviny. Jejich jazyk Runyankole používá hodně citoslovce, takže jsme občas nevěděli, jak popisované příznaky zavést do dokumentace.

Lidi s HIV komunita odsoudí

Jak přistupují místní k lidé k HIV?

Pacientům je zajišťováno soukromí, což je veliký rozdíl oproti normální práci v ordinaci, kdy není rozhodně zvykem, aby byl pacient sám se zdravotníkem. „Clinical officer“ nebo zdravotní sestra (méně často lékař, těch je velmi málo) sdělují pacientovi výsledky testů v soukromí, protože je to velice citlivá informace, která se velmi úzkostlivě tají. Zdravotníci dokonce kvůli bez-

MUDr. Lukáš Malý

Opava, 1987

Vzdělání: SZŠ Opava – všeobecná sestra, Ostravská univerzita – molekulární a experimentální biologie, 3. lékařská fakulta UK – všeobecné lékařství

Pracovní zkušenosti: ARO a Chirurgická intenzivní péče (Nemocnice Pod Petřínem) – všeobecná sestra, 10 let; Shalom for Uganda – koordinátor, aktivní participace na vedení a chodu kliniky v Ugandě, 5 let; absolvoval také řadu stáží v různých zdravotnických zařízeních ve východní Africe, je členem asociace paliativní medicíny v Ugandě; v březnu 2017 nastoupil na všeobecné interní oddělení Slezské nemocnice v Opavě.

pečnosti používají i v běžné dokumentaci termín „patient on lab“ místo označení „HIV pozitivní“. Pacienti by totiž mohli být s velkou pravděpodobností vypovězeni ze života v komunitě, což se rovná v těchto podmínkách smrti.

Nemocné je potřeba poučit o pravidelném brání antibiotické profylaxe při symptomatických stádiích a u asymptomatických pacientů také o nutnosti užívání antiretrovirotik. Je potřeba pacienty poučit o významu užívání i nežádoucích účincích těchto léků. Často ale vůbec nechápou, proč se musí léčit. Navíc se domnívají, že je to onemocnění vyléčitelné, popř. že při užívání léků nejsou pro partnera či partnerku nakažliví. Součástí poradenství je tedy samozřejmě informace o bezpečném sexuálním styku, kojení a HIV pozitivitě a dalších rizicích spojených s přenosem nákazy.

Bohužel mnoho pacientů přichází již ve velmi pokročilém stádiu nemoci. Pravdou však je, že místní lidé jsou konfrontováni se smrtí skoro dnes a denně, na rozdíl od západní kultury, kde lidé smrt vnímají jako tabu. Většina lidí v Ugandě věří v Boha a praktikuje řadu rituálů spojených s umíráním. Rituály jsou v obtížných životních situacích důležité a člověku do jisté míry velmi pomohou. V tamní kultuře se to dá velmi dobře pozorovat.

V ordinaci jsme se setkali také s mnoha zajímavými konspiracemi a teoriemi. Dokonce jsme se od jednoho relativně vzdělaného člověka dověděli, že „HIV přinesli do Afriky Američani, aby Afričany vyhubili“.

Léčili jste pacienty zdarma?

Nejchudším lidem jsme léčbu poskytovali zdarma, ostatním za určitý nízký poplatek, v Africe platí více

než kdekoli jinde, že nelze dávat pacientům nic zcela zadarmo. Chodili by za námi neustále pro další léky....

Pozorujete nějaké změny za dobu, co do Ugandy jez-díte?

Od roku 2012, kdy jsme začínali, se toho událo mnoho. Letos jsem byl v Ugandě v lednu a v první polovině února. Měli jsme organizační setkání s ugandskou částí organizace. Mnoho věcí nefunguje tak, jak bychom si přáli, některé nefungují vůbec, něco se zase daří výborně. V Africe je všechno jiné, než si lze tady z pohodlí a blahobytu Evropy vůbec představit.

Momentálně se nám vůbec nedaří v oblasti paliativní péče, spíš jsme se teď museli zaměřit na chod kliniky a ordinace. V červenci 2015 totiž byla dokončena stavba kliniky v Nyakyeru. Původní název *Shalom Community Medical Centre* byl na přání místních obyvatel změněn na *Hospital Mary Queen of Heaven*. Stále ale řešíme zavedení elektřiny, vodu už našťestí máme. Vše jde pomalu, ale jde to.

Na místě teď působí spolu s místním personálem můj bývalý kolega z oddělení intenzivní péče z nemocnice Pod Petřínem. Bude tam několik měsíců, tak snad se mu některé věci podaří.

Před pár lety nám na celoafrickém kongresu paliativní medicíny v Kampale přednášela také zakladatelka paliativní medicíny ve východní Africe prof. Anne Merrimann. Řekla zajímavou myšlenku, která se týkala zakládání malých neziskových organizací zabývajících se paliativní péčí: „*Think Big, Act Small, Star Now!*“ Měla jistě pravdu. My tady v Evropě jsme zvyklí mít všechno rychle, hned, pokud možno „bezbolestně“ a nejlépe mít na všechno aplikaci v mobilním telefonu. Takhle to ale ve větší části světa vůbec nechodí.

Nicméně mám radost z toho, co se za těch pět let v Nyakyeře zvládlo. První půlrok jsme pečovali o pacienty jen na místní faře, později v pronajatém domě a až po třech letech se podařilo díky projektu, na který jsme získali finance z Českého rozvojového fondu, postavit budovu kliniky. Obrovský dík patří individuálním dárcům, bez jejichž podpory by to jistě nešlo.

Zprostředkoval jste také stáže studentům 3. LF v nemocnici Itibo...

Kdysi jsem se seznámil s Alešem Bártou, manažerem kliniky v keňském Itibo. Několik let jsme vždycky plánovali naše setkání v Keni, ale nikdy na to nezbyl čas. Buď jsme toho měli na klinice v Ugandě hodně a nemohl jsem cestovat do Keni já, nebo toho mě hodně on, popřípadě jsme oba byli v Česku. Před několika lety ale naše setkání vyšlo, dokonce přímo v Itibu. To místo jsem si zamiloval. Poprvé jsem tam navštívil Aleše v roce 2014 a později jsem se tam ještě vrátil s další skupinou lékařů z České republiky. V roce 2016 jsme s Alešem dostali nápad, že by bylo fajn rozšířit spolupráci také s naší fakultou. Pan proděkan MUDr. David Marx, Ph.D, byl nápadem nadšený, dokonce se na podzim sám s první skupinou mise zúčastnil. V minulém čísle VNR vyšly moc pěkné články o první stáži studentů i celém projektu Itibo.

Projekt Itibo, který zaštiťuje humanitární organizace Adra a vede ho přes deset let Aleš Bárta, je naprosto jedinečný. Mnoho studentů i lékařů, kteří měli možnost tam pracovat, tvrdí, že to nich mnoho zanechalo, nejen po stránce odborné, ale hlavně lidské. Myslím, že univerzitní vzdělání obecně v dnešní době velmi dobře dokáže studentům předávat znalosti a rozvíjet v nich dovednosti. Důležité jsou ale i postoje. A právě takové mise postoje studentů utvářejí a formují.



„Domluv se rukama“ je volitelným předmětem

Dominik Pokorný, bývalý koordinátor projektu, člen IFMSA

Již druhým rokem na naší fakultě běží projekt lokální pobočky studentské organizace IFMSA s názvem Domluv se rukama. Když mě tehdejší prezidentka místní pobočky požádala, zda bych nechtěl být novým koordinátorem právě vzniklého projektu, který měl pouze vizi, ale nic jiného, nevěděl jsem, kolik práce a času takový projekt pohltí, ale s odstupem doby jsem velmi rád, že jsem se mohl zapojit.

Tehdy mi připadala možnost naučit se znakový jazyk jako skvělá věc, zvláště když na ostatních pražských lékařských fakultách již tato možnost byla. Příliš jsem

neotálel a kontaktoval Českou unii neslyšících, která má veškeré akreditace k výuce znakového jazyka, což se později ukázalo jako klíčové. Již při projednávání základních parametrů kurzu bylo vidět, že spolupráce bude velmi přínosná pro obě strany.

Velmi brzo jsem pochopil, že jako slyšící si vůbec neuvědomuji svízelnost některých životních situací neslyšících. Právě to mě nejvíc motivovalo k tomu, abych do tohoto pozoruhodného světa nechal nahlédnout i své spolužáky. „Domluv se rukama“ nemělo přinést účastníkům jen dovednost znakování, ale také

naučit je chápat komunitu neslyšících, což se ve všech směrech povedlo. Letošní rok se kurz opět opakoval s tím rozdílem, že je zařazen mezi volitelné předměty.

A jaké ponaučení jsem si z kurzu odnesl já? Především informaci, že neslyšící jsou lidé, kteří svou vadu nevnímají jako vadu, a my jako budoucí lékaři bychom neměli těmto pacientům jen bezmyšlenkovitě zavádět kochleární implantáty jak na běžícím páse a činit

je „normálními“, ale snižovat bariéry právě například tím, že se naučíme alespoň základy znakového jazyka. Projekt jsem již musel opustit, ale věřím, že si bude dál žít svým životem.

Závěrem bych velmi rád poděkoval lektorce Mgr. Lence Kučabové za její úžasné schopnosti a dovednosti, bez nichž by projekt nebyl tak úspěšný.



V České unii neslyšících učím...

...již několik let český znakový jazyk. Tato práce mne velice baví, a tak když nás před dvěma lety oslovil Dominik Pokorný s nápadem učit základy znakového jazyka budoucí lékaře, nápad mne velice oslovil a zároveň jsem pocítila obavy a velkou zodpovědnost za realizaci. Ze zkušenosti vím, jak je pro neslyšící důležité dorozumět se s lékaři. Mnoho neslyšících nemá to štěstí, že by byl k dispozici tlumočnick znakového jazyka, a tak se často stává, že se neslyšící s lékařem vůbec nedorozumí a pak odchází z ordinace s polovičnými informacemi o svém zdravotním stavu.

Obavy z realizace se však ukázaly jako neopodstatněné, spolupráce byla perfektní, podmínky pro výuku byly naprosto vyhovující. Bonusem pro mě byli úžasní studenti, kteří sice zpočátku tápali, jelikož výuka probíhá přímou metodou, bez užití českého jazyka, ale postupně se zdokonalovali. Jejich píli a snahu velice oceňuji. Víím, že učit se znakový jazyk není vůbec lehké, ale věřím, že absolventi kurzu si odnesli dobré základy a zvládnou se s neslyšícími domluvit.

Mgr. Lenka Kučabová, Česká unie neslyšících



Gynekologie a porodnictví je nejriskantnější obor, který máme

Jolana Boháčková

K řadě nových přednostů klinik a ústavů se připojil i prof. MUDr. Lukáš Rob, CSc. Jeho specializací je především onkogynekologie. Z Motola s ním přišlo několik dalších lékařů a pod jeho vedením čeká gynekologicko-porodnickou kliniku velká rekonstrukce.

Víte, že máte heslo na Wikipedii jako basketbalista? Jste to vy?

Nevypadám na to, že?

Věnujete se pořád basketbalu?

To je dlouhá story. V mládí jsem hrál basketbal. V osmnácti a devatenácti letech jsem byl v širší nominaci na olympiádu v Moskvě, která se měla konat za čtyři roky. Volil jsem tehdy mezi dvěma cestami, buď mě vezmou na medicínu nebo mě nevezmou a budu se profesionálně věnovat basketbalu a nechají mě vystudovat práva. Nevím, jestli jsem se nakonec rozhodl správně. Možná bych se měl jako právník lépe.

Ale v průběhu studií jsem basketbal ještě hrál, samozřejmě ne v reprezentaci, na to jsem neměl dost času. Za studií jsem si udělal trenérskou licenci a už jako lékař jsem pak rok trénoval muže USK Praha – Sparta Praha. Pak jsem se po letech k trénování vrátil. Dcera se dala na basketbal a já jsem se nemohl dívat, jak ty holčičky špatně hrajou, a tak jsem se v roce 2010 rozhodl, že je začnu trénovat. Dokonce jsme s juniorkami Aritmy

Praha hráli extraligu. Teď už se ale zase věnuji pouze medicíně.

Proč jste se rozhodl přejít z Motola na Vinohrady?

Věděl jsem, že z Motola odejdu, a zvažoval jsem několik nabídek. Probíral jsem je se svými blízkými mladšími kolegy a ti se jednomyslně vyjádřili pro Vinohrady. Překvapilo mě, že prvních sedm oslovených řeklo, že by pro ně byla výzva, kdyby mohli jít se mnou. Jednalo se o fakultní nemocnici, takže bychom se mohli věnovat i vědě. Poté mě požádalo pět nejšikovnějších instrumentářek, které jsem „vychoval“ patnáct let, zda by mohly jít také se mnou. Moc mě to potěšilo a zároveň zavázalo. A navíc mám v Praze pětadesátiletou babičku, které chci být nablízku, takže mimopražské nabídky mě tolik nelákaly.

Představíte nám tedy blíž tým lékařů, kteří s vámi přišli z Motola?

Přišli se mnou dva docenti, shodou okolností oba splňují profesorská kritéria. Momentálně nemáme

profesorskou komisi, nefunguje systém akreditací, jinak bych mohl představit dva nové profesory. Jedná se o docenta Halašku, který mi dělá zdravotnického zástupce, a docentku Robovou, což je trochu atypické, ale my dva to spolu odborně „táhneme“ už 25 let.

Dále bych rád představil asistenta Vlka, který nyní vede porodnici, pana asistenta Pichlíka, který se bude věnovat onkogynekologii a prevenci, doktorku Grollovou, která je ultrazvukový specialista a porodník, doktorku Velíškovou, doktora Hrudu a doktora Drochýtku, všichni mladí, s velkým potenciálem. V mých očích jsou to ti nejlepší, které jsem v Motole vedl. Přišlo také několik sester, což je pro nás rovněž důležité. Pro ostatní už jsem neměl místo. Z Motola odešlo po mém odchodu během půl roku 16 kvalifikovaných lékařů, někteří šli do Podolí, Krče, do Hořovic nebo soukromých praxí.

Můžeme v blízké době čekat na klinice nějaké další změny?

Díky dotacím bychom mohli kliniku technologicky dovybavit a máme slíbenou rekonstrukci. Na plánu rekonstrukce jsme pracovali intenzivně od našeho příchodu. Pokud by vše vyšlo, do tří let bude porodnice v přízemí, vznikne velice elegantní boxový systém – čtyři boxové pokojíky a porodní sál. Vše oddělené, každá žena bude mít soukromí. Nahoře ve druhém patře, kde jsou teď porodní a operační sály, budou jen tři operační sály a jejich zázemí. Mohla by to být efektivně pracující malá hezká klinika, která bude dobrou základem pro moderní výuku.

Vaše specializace je onkogynekologie, chtěl byste na klinice rozvíjet především tento obor?

Klinika je v porovnání s těmi největšími konkurenty

prostorově malá. Obor gynekologie a porodnictví má čtyři velké subspecializace – onkogynekologii, prenatalologii, urogynekologii a reprodukční medicínu. To vyžaduje poměrně velký prostor, který tu v tuto chvíli nemáme. Abychom splnili výukové požadavky fakulty, musíme zvednout především porodnici, protože bez kvalitní porodnice klinika nemůže fungovat.

Nicméně onkogynekologie je klíčovou subspecializací většiny lidí, kteří sem se mnou přišli, a s nimi přišly i pacientky. V Česku je 16 onkogynekologických center a doposud pouze dvě z nich získala evropskou akreditaci – Motol a VFN. Doufám, že do června tady budeme mít centra tři a jedním z nich budou Královské Vinohrady.

To by byla pro nemocnici významná věc...

Zatím nám nemocnice i fakulta vychází vstříc. Dalším našim cílem bude pokusit se vylepšit výuku.

Jaké konkrétní změny ve výuce plánujete?

Výuka byla poddimenzovaná, personálně i praktickou náplní. Hodnocení studentů, se kterým jsem se seznámil, bylo kritické jak k náplni výuky tak k přednášejícím. Již první diskuse se studenty šestého ročníku nás přesvědčily, že je co zlepšovat.

Spolupracujeme s ÚPMD a ÚVN, protože naše klinika je vzhledem k počtu studentů, které musíme vychovat, relativně malá. Zejména v části porodnictví jsme vděční za spolupráci s ÚPMD. Nicméně nějaké změny ve výuce plánujeme. Vstoupili jsme do rozvíjejícího se ročníku, změny musíme provádět postupně. Chceme se zaměřit na větší zapojení mediků do praxe, aby sami na vlastní kůži poznali, co obnáší chirurgický obor a v čem je specifické porodnictví. V něčem možná narazíme, ale snad to studenti pochopí.



Foto: Tým lékařů, kteří přišli s profesorem Robem z Motola.

Hodně čerpám z USA, kde to funguje jinak. Představa, že když je seminář nebo přednáška nepovinná, tak nikdo ze studentů nepřijde, je pro mě absolutně nepochopitelná a nepřijatelná. Každopádně se budeme snažit přednášet trochu jinak a zapojovat mediky, kteří mají zájem jít do praktického provozu.

Mají studenti zájem o obor gynekologie a porodnictví?

To je relativní. Všeobecně zájem o obor klesá, protože je velmi riskantní, nejriskantnější, který vůbec máme. Může za to celková „amerikanizace“ porodnictví, řešíme spoustu soudních sporů. Anesteziolog, plastický chirurg i gynekolog a porodník mají v Americe poměrně velkou pojistku a říká se, že neexistuje porodník, na kterého by během deseti let nebyla podaná žaloba.

Proč se tento problém objevuje hlavně v porodnictví?

Do porodnice obvykle přicházejí dva zdraví jedinci (jeden ještě v děloze) a nikdo nepředpokládá, že je tu spousta rizikových faktorů a situací, které se mohou zvrtnout. Porodnictví je sice hezké, ale zároveň je to tak trochu adrenalinový sport. Navíc u nás bývají některé situace hodně medializované, novináře nezajímají úspěchy, ale právě ty soudní spory.

Ale neřekl bych, že o obor vyloženě není zájem. V Motole jsme měli mnoho mediků, které obor skutečně zajímal. Každoročně jsme nabízeli jedno až tři rezidentská místa a do konkurzu se obvykle přihlásilo dvacet až pětadvacet lidí. A z těch dvaceti uchazečů byli obvykle tak dva kluci, převažovala děvčata.

Ale to se neděje jen ve vašem oboru. Medicínu dnes studuje víc děvčat.

Řekl bych, že děvčata jsou v osmnácti schopná učení víc obětovat a na přijímačky se zkrátka lépe připraví než chlapci. V tom je ta selekce. Osobně nesouhlasím s tím, že se mají automaticky přijímat jedničkáři (což jsou často vzorná děvčata), podle mě by měli všichni absolvovat přijímací zkoušky. Ale našemu oboru převaha děvčat nijak nevadí. Osobně nevidím problém, že děvčata na nějaký čas odcházejí na mateřské, většina z nich se vrací zpět k oboru, mnoho jich následně odchází do privátních praxí.

V nějakém rozhovoru s vámi jsem četla, že stoupá průměrný věk prvorodiček...

Když jsem před třiceti lety začínal, byl průměrný věk prvorodiček 21,7 let. Nevím, kolik je letos celostátní průměr, ale loni v Motole jsme přesáhli 30 let. Když před oněmi třiceti lety přišla do porodnice žena nad 30,

Prof. MUDr. Lukáš Rob, CSc.

1983 ukončil Fakultu všeobecného lékařství Univerzity Karlovy

1883-1996 působil na 1. lékařské fakultě UK se specializací gynekologie a porodnictví, klinická onkologie

1996-2016 působil na 2. lékařské fakultě UK Praha a ve FN Motol, nejdříve jako zástupce přednosta, od roku 2003 jako přednosta gynekologicko-porodnické kliniky

2002-2006 byl členem výboru Evropské onkogynekologické společnosti (ESGO), 2006-2008 jejím viceprezidentem

2008-2010 byl členem výboru Světové onkogynekologické společnosti (IGCS), 2010 prezidentem kongresu IGCS.

šel si ji prohlédnout asistent, když přišla žena nad 35, šli se podívat skoro všichni. Maminky, kterým bylo 40 a více, tvořily vysloveně kazuistiky. Dnes to do 38 bereme úplně normálně, jen počítáme s tím, že může nastat nějaká komplikace, a ani se moc nepodivujeme, když je mamince 41 nebo 42.

Předpokládám, že zvyšující se věk prvorodiček s sebou nese řadu problémů...

Samozřejmě. Organismus ženy je nastavený na to, aby mezi 20. a 23. rokem porodila. Děloha je připravená na to, že takto bude plnit svou funkci od 17 do 25 let. Lidem po třicítce obecně přibývá onemocnění, samozřejmě včetně těch, které mohou komplikovat těhotenství. Po třicítce přicházejí potíže s vysokým tlakem, začíná strmě stoupat výskyt nádorových onemocnění, na dělohách se objevují myomy a podobně. Asi polovina z žen starších 35 let má nějaký rizikový faktor.

A myslíte, že se ten trend změní? Že si ženy řeknou, že chtějí mít děti dřív?

V tuto chvíli následujeme trend vyspělé Evropy, kopírujeme s určitým zpožděním sociální modely západní Evropy. Zatím to nesměruje k tomu, že by se to mělo změnit, naopak.

Znám mnoho žen, které se krátce po třicítce rozhodnou mít dítě ani ne tolik z touhy po rodičovství, ale z racionálního strachu, že později by už to „nemuselo jít“...

Ženy mají svou práci a kariéru, obzvláště v medicíně se to projeví. Je těžké stát se dobrým chirurgem, když v době, kdy by se toho měla žena nejvíc naučit, odchází se třemi dětmi na šest let na mateřskou. Proto mají

lékařky raději jen jedno dítě a i to, že se vrátí do práce za dva roky, je problém. Ale tohle se určitě neřeší jen v medicíně, ale i v mnoha dalších oborech.

Zmínil jste nádorová onemocnění. Vy se zabýváte možnostmi včasné diagnostiky onkogynekologických onemocnění, je to tak?

Jednak včasnou diagnostikou, tedy tím, abychom problém objevili už v přednádorových stádiích, případně abychom objevili nádor, když je ještě opravdu malý. Ne vždy se to podaří, takže hlavní náplní naší práce je komplexní onkologická léčba, což je určitá kombinace chirurgické léčby, radioterapie a systémové léčby, např. chemoterapie či biologické léčby.

Čím to je, že jsme pořád za Evropou, co se týče včasné diagnostiky nádorových onemocnění?

Teď jste šlápla do vosího hnízda. Přestože od sametové revoluce uběhlo více než dvacet let, máme ve všech postkomunistických zemích v prevenci daleko horší výsledky než ve zbytku Evropy.

Setkal jsem se s tímto problémem poprvé, když jsme vstoupili do EU. Po třech letech po našem vstupu jsem viděl data z tehdejších 21 členských zemí. Tehdy mě pozvali na jeden světový kongres, abych vysvětlil, proč v postkomunistických zemích, kde lidé měli zdravotnictví zadarmo, mají v prevenci tak hrozné výsledky. Řekl jsem trochu drze, že je to v hlavách lidí, právě proto, že zdravotnictví je bezplatné, lidé si toho neváží, za ničím nevidí peníze a proto nechodí preventivně k lékaři. To se stalo před patnácti lety.

Loni jsem měl stejnou přednášku, na které jsem promítal mapu Evropy a ukázalo se, že postkomunistické země mají, co se týče prevence, pořád velmi špatné

výsledky. V Británii dostanete pozvánku, přijdete, naberou vám cytologii, máte nález, štípnou biopsii, udělají vám konizaci, všechno zadarmo. Nepřijdete, je to váš problém. Návštěvu gynekologa už vám ale pojišťovna pak nezaplatí, vyšetření stojí 300 liber, cytologie 500 liber, konizace 1000 liber. Ženy jednoduše za pozvánkou vidí sumu peněz a z pojištěných pacientek na pozvánku přichází 94 procent. U nás dochází na pravidelné kontroly 50 procent žen. Druhý model představuje trvalý nátlak v severských zemích – zvaní, zvaní, zvaní.

Ale jakmile se začne mluvit o nějaké spoluúčasti ve zdravotnictví, veřejnost se hned vzbouří. Jen třicetikorunový poplatek jaké vyvolal emoce...

Když si koupíte nové auto, samozřejmě si ho pojistíte. Pojistka není zadarmo, ale i když se něco stane, naboráte, máte určitou spoluúčast, abyste to nešvindlovala. Je zázrak, že naše zdravotnictví s penězi, které má k dispozici, stále funguje. Ale asi se nic nezmění, pokud systém úplně nezkolabuje. Prozatím ho drží obětaví lékaři a ostatní zdravotničtí pracovníci a jejich relativně nízké platy.



Jarní setkání mediků celého světa v Budvě

Monika Hejduková, studentka 3. LF UK

V prvním březnovém týdnu se konalo již 66. valné shromáždění (GA) mezinárodní organizace IFMSA (International Federation of Medical Students' Associations). Tato akce se v současnosti koná dvakrát ročně – na jaře (March Meeting – MM) a v létě (August Meeting – AM).

Letos se GA MM konalo v Budvě, pobřežním městě Černé Hory, které existuje již přes 2500 let a je nejstarším zachovalým městem na pobřeží Jaderského moře. GA je akce masivního rozsahu, sjíždějí se na ni nejenom delegace z jednotlivých národních členských organizací (NMO), ale i pozvaní hosté, bývalí členové a zástupci spřátelených organizací. Tentokrát se v Budvě sešlo více

než 1000 delegátů z celého světa. Za českou pobočku IFMSA CZ na akci dorazilo 16 delegátů, tedy maximální možná delegace. Z naší fakulty se akce zúčastnili Jan Křemen, Barbora Mechúrová a autorka textu Monika Hejduková.

Každá GA má svá hlavní témata, kterým je věnována část programu. Jedním z nich bylo téma „Daruj život:

Orgánová a tkáňová transplantace“. Během několika seminářů a diskuzí se studenti mohli seznámit s různými aspekty a úhly pohledu na tuto problematiku, ať už se jednalo o legislativní, etický nebo společenský pohled. Také měli možnost dozvědět se o rozdílných přístupech nejen v balkánských státech nebo evropském regionu, ale po celém světě, a diskutovat o problémech spojených s tímto tématem.

Každého delegáta překvapí, jak obrovská federace IFMSA je a jak široké je její působení na mezinárodním poli. Rozhodně se nejedná jen o skupinu nadšených studentů, kteří ve spolupráci se svými domovskými



IFMSA

International Federation of
Medical Students' Associations

IFMSA

je mezinárodní organizace, která vznikla v roce 1951 a aktuálně sdružuje přes 1,3 milionu studentů medicíny ve 132 národních členských organizacích (NMO) ve více než 120 zemích světa.

www.ifmsa.org





fakultami a univerzitami zajišťují výměnné stáže pro studenty z celého světa. Co vše spadá do agendy federace a jaké je pozadí jejího fungování, mají členové možnost zjistit právě na GA.

Program akce je šestidenní a každý den je nabitý atraktivními bloky. Denně se konají plenární schůze, kde se rozhoduje o vnitřních řádech organizace, rozpočtu, hospodaření a směřování federace. V průběhu plenární schůze se také rozhoduje o zásadních krocích

v jednání s dalšími subjekty, jako je OSN, WHO, UNESCO, WMA apod.

Na březnovém setkání jsou navíc voleni i členové pětičlenné výkonné rady. To je událost, kterou si nechce nechat ujít žádný z delegátů. Nejen, že už samotná prezentace kandidátů a panelová diskuze s nimi je skvělou příležitostí blíže poznat talentované a nadějně studenty medicíny z celého světa, ale i samotná volba působí téměř jako obřad. V okamžiku, kdy

začíná volba kandidátů, je aula uzamčena a není dovoleno používat telefony, fotoaparáty ani jiná nahrávací zařízení. Za každou zemi vždy hlasuje vedoucí delegace a v místnosti panuje naprosté ticho, což je při počtu kolem tisíce studentů opravdu působivé. Následné veřejné vyhlášení úspěšně zvolených kandidátů a ohlušující potlesk pro vítěze i poražené rozhodně zapůsobí na každého nováčka na GA.

Druhou hlavní sekci každého valného shromáždění jsou „committee sessions“ – tedy zasedání stálých výborů a „NMO management session“, tedy schůze o vedení členských organizací.

Stálých výborů je v IFMSA šest a každý má vlastní téma: veřejné zdraví, lékařské vzdělávání, lidská práva a mír, reprodukční zdraví a AIDS, výměnné klinické stáže a výměnné výzkumné stáže. Na každém z těchto šesti stálých výborů o nich delegáti diskutují a snaží se zlepšit a zefektivnit své aktivity tak, aby jejich činnost měla co největší pozitivní dopad. Mají také jedinečnou příležitost podělit se o své zkušenosti s ostatními delegáty a získat tak nový pohled na věc.

Osobně jsem měla možnost zúčastnit se „NMO management sessions“, které se zaměřují především na zefektivnění chodu jednotlivých organizací. Byli jsme rozděleni do několika paralelních sekcí, přičemž já jsem absolvovala bloky zaměřené na externí reprezentaci, spolupráci s dalšími subjekty a blok o možnostech financování studentských aktivit a organizací.

Součástí všech schůzí jsou i „trainings“, kde se delegáti učí rozvíjet své schopnosti a dovednosti, které mohou uplatnit nejen v rámci svého působení v organizaci. Daná problematika je vždy nastíněna nejen teoreticky, ale studenti mají možnost si na modelových

cvičeních vše vyzkoušet v praxi a odnést si tak konkrétní tipy a postupy.

Součástí každého GA je i „projektový“ a „stážový“ veletrh. Na projektovém veletrhu mají delegáti možnost prezentovat nejen unikátní a úspěšné projekty za svou zemi, ale i inspirovat se pro své další aktivity. Veletrh stáží je nesmírně populární, protože je místem pro propagaci země a jednotlivých fakult, které k sobě lákají studenty na výměnné klinické nebo výzkumné stáže.

GA je bezesporu obrovským zážitkem pro každého delegáta. Není to jen skvělá příležitost reprezentovat svou fakultu, univerzitu či zemi, ale i příležitost seznámit se se studenty téhož oboru z celého světa. Valné shromáždění federace IFMSA během několika dní opravdu umožní všem delegátům vidět a na vlastní kůži zažít to, co si stanovila za hlavní poslání při svém vzniku: tedy prohloubit mezinárodní spolupráci mezi studenty medicíny s cílem zlepšit jejich schopnosti a dovednosti a přispět tak k povědomí o zásadních problémech celého světa v duchu hesla „Think Globally, Act Locally.“



VZDĚLÁNÍ

Boj se stigmatem

Anna Ouřadová

Stigma se v psychiatrii chová velmi vlezle, týká se totiž nejen samotných duševně nemocných, ale i oboru jako takového. S profesorkou MUDr. Lucií Bankovskou Motlovou, Ph.D., psychiatrickou a vedoucí Oddělení lékařské psychologie 3. lékařské fakulty, jsme hovořily o aktuální situaci: jak se daří stigmatu ve společnosti, mezi lékaři, ale i pedagogy a studenty 3. lékařské fakulty?

Duševní onemocnění a stigma

Psychiatrie je jeden z mála oborů, který v sobě zahrnuje i tzv. antipsychiatrické hnutí, které v podstatě odmítá uznat existenci duševních onemocnění jako projevů nemoci. Považuje ji spíš za reakci jedince na psychosociální stres. Souhlasila byste s tím, že je duševní onemocnění nemoc jako každá jiná?

Pokud se ptáte, zda duševní onemocnění patří do medicíny, odpověď je, že rozhodně patří. Historicky byly psychiatrické diagnózy řazeny k neurologickým a odborníci na ně byli neuropsychiatři, v důsledku specializace se pak tyto obory od sebe oddělily. Psychiatrie to má komplikované v tom, že pro většinu onemocnění nemá žádné biologické markery. Nemůžeme jednoduše odebrat krev a podle zvýšené laboratorní hodnoty určit, že pacient má depresi. Nemoc a úzdrava se tu týká především chování a prožívání a v tom se psychiatrie velmi liší od ostatních oborů. To jsou asi důvody, proč hranice mezi zdravím a nemocí není tak zjevná. Já jsem však na základě mnoha let klinických zkušeností přesvědče-

na, že duševní poruchy skutečně existují, že je možno určit hranici, odkdy už se mají nebo dokonce musí léčit. Když je léčíte, vidíte efekt léčby: lidé se mohou vrátit do života, k tomu, co si přejí dělat... Zkrátka jasně vidíte změny.

Úmyslně jsem začala antipsychiatrickým hnutím, protože jeden z jeho z představitelů, psycholog Michel Foucault bojoval proti rozdělování na „normální“ a „blázný“, bojoval proti stigmatizaci duševně nemocných, což je aktuálně velké téma psychiatrie. Proč se jím tak intenzivně zabývá?

Stigma obecně přináší jeho nositeli utrpení a chronický stres, diskriminuje ho. Výsledkem bývá jeho nízké sebevědomí, omezená sociální síť, ztráta příjmu, protože samozřejmě hůře nachází práci, i zhoršené tělesné zdraví. Stigma tedy celkově snižuje kvalitu lidského života. Z medicínského hlediska bychom řekli, že významně zhoršuje prognózu duševního onemocnění, a tím také zvyšuje náklady na léčbu.

Častým důsledkem stigmatizace je také sebestigmatizace. Nemocní začnou na sebe samotné nahlížet jako

na méněcenné, čímž se jejich stav komplikuje. Mohou se u nich rozvinout až depresivní poruchy. A platí to nejenom pro pacienty, ale i pro jejich rodiny. O stigma tu se říká, že je „přenosné“ či „nakažlivé“. Do izolace se tak dostává i rodina duševně nemocného.

Setkávají se duševně nemocní se stigmatizací i v lékařském prostředí?

Ano a významně. Na lékařské půdě je zvláště důležité o tom mluvit: lidé s duševními nemocemi, zejména s výrazně stigmatizovanými diagnózami, nedostávají takovou zdravotnickou péči, jakou by měli, respektive jakou dostávají osoby se srovnatelnými tělesnými nemocemi. Dostávají méně péče a umírají tak statisticky dříve, a to i když odečteme případy častých sebevražd. Například praktičtí lékaři často nechťejí tyto pacienty registrovat. Ověřil to experiment provedený ve Velké Británii. Praktičtí lékaři obdrželi žádost o registraci od fiktivních pacientek, „matek jednoho dítěte,“ s různými diagnózami: diabetem, depresí, schizofrenií anebo bez diagnózy. Ukázalo se, že pacientku se schizofrenií lékaři přijímali méně ochotně než pacientky s ostatními diagnózami. V první řadě navíc řešili zejména riziko pro dítě a riziko násilného chování než odbornou péči pro pacientku samotnou.

Zmínila jste schizofrenii. Kterých diagnóz se tedy stigmatizace týká?

Řekla bych, že je to doména poruch, při nichž se dotyčný chová velmi nápadně a zcela vybočuje ze společenských norem. Když si představíte, že někdo má depresi, tak je, řekněme, sklíčený, což si umíme představit. K depresi projevují lidé pochopení, takto duševně nemocní budí

lítost. Ale lidé akutně psychotičtí neposedí, tančí místo toho, aby v klidu seděli, často se s nimi nedomluvíte. Zkrátka chovají se nepředvídatelně, a to je myslím klíčové, to okolí znejišťuje. U schizofrenie je míra stigmatizace jednoznačně nejextrémnější. Jako diagnóza nebudí lítost, ale vyvolává především strach. I proto se v některých zemích objevily snahy ji přejmenovat.

Povedlo se to?

V Japonsku se to povedlo. Tam má vnímání schizofrenie své specifické kořeny. Diagnóza byla spjatá se sledováním dotyčného, s hlídáním. Společnost se chovala vůči pacientům se schizofrenií vyloženě nepřátelsky. Někdy kolem roku 1990 se příbuzní pacientů začali snažit o změnu situace. Japonský název „nemoc štěpící mysl“ změnili v „poruchu integrace“ a skutečně – lékaři tuto diagnózu mnohem častěji sdělují. S diagnózou totiž nemá problém jen okolí, ale i psychiatři samotní. Když se dělal průzkum mezi psychiatry, tuším ve Skotsku, tak diagnózu deprese sdělovali naprosto bez problémů každému pacientovi, bez zaváhání. Diagnózu schizofrenie zdaleka ne.

Nedávno jsem se setkala také s tím, že onkologové někdy raději používají výraz zhoubný nádor než rakovina, protože to slovo samotné vzbuzuje v lidech paniku. Je volba pojmenování cestou ke snížení stigmatizace?

I u nás se přejmenovává: nedávno se všechny psychiatrické léčebny u nás přejmenovaly na nemocnice. Ale myslet si, že pouhým přejmenováním problém zmizí, je liché, přináší to spíš jen přechodné zmírnění stigmatu.



A s jakými nejčastějšími stereotypy spojenými se schizofrenií se setkáváte?

Existují poměrně zakořeněné představy, že schizofrenie je nevléčitelná nemoc nebo že ničí intelekt, že schizofrenik je nebezpečný, agresivní a nespolehlivý člověk. Většina lidí si představí situace spojené s akutním projevem choroby: dezorganizovanost, nepředvídatelnost, nápadné chování nemocného a z toho plynoucí strach okolí, pocit nebezpečí....

Chápu tedy správně, že společnost v podstatě zaměňuje část za celek a své povědomí o schizofrenii si fixuje pouze s jejími akutními projevy, respektive s dekompenzovanou formou? Jakou roli hrají média?

Ano. Schizofrenie probíhá v atakách, které se projevují zmíněným nápadným chováním. V období remise, tedy „klidu“ onemocnění, nemusí být vůbec poznat, že se dotýčný léčí se schizofrenií. Médii se ovšem upřímně řečeno nelze divit: ve snaze zaujmout čtenáře vcelku logicky referují o nápadnostech, extrémech.

Postoje k duševně nemocným

V posledních letech se uskutečnilo několik výzkumů týkajících se postojů k duševně nemocným v České republice. Projekt Mindset se zaměřoval na studenty středních zdravotních škol. Respondenti označovali lidi s duševním onemocněním nejčastěji právě jako agresivní a celých 40 % je považovalo za spíše nebezpečné. Odkud se tyto postoje podle vás berou?

Respondenty Mindsetu byla dospívající mládež, mladí lidé ve věku 16–18 let a ti podle mne v zásadě kopírují

postoje širšího okolí. Tedy hlavně rodičů nebo učitelů.

Jaký je tedy postoj české společnosti obecně?

Poslední reprezentativní studie z roku 2014 ukázala, že v Česku je míra stigmatizace a sociální distance hodně velká. Například z reprezentativního vzorku dospělé české populace by 41 % vadilo žít s někým, kdo má duševní onemocnění, 36 % by vadilo s ním pracovat, 31 % by vadilo bydlet v sousedství duševně nemocného a 26 % by se s duševně nemocným nechtělo přátelit. Čísla reprezentativního vzorku dospělé populace v Británii jsou přitom nesrovnatelně jiná. Britská data vykazují několikanásobně nižší míru stigmatizace: kamarádit se s člověkem, u kterého se objevilo psychické onemocnění, by vadilo jen necelým 4 % britské populace.

Proč je u nás situace tak diametrálně odlišná?

Já to interpretuji tak, že u nás tráví duševně nemocní velké množství času v léčebnách, mimo veřejný prostor. V tom je Velká Británie velmi odlišná, protože má rozvinutý systém komunitní péče. Duševně nemocní tam normálně žijí ve svých bytech v kontaktu s širokou veřejností a populace si v podstatě zvyká na to, že se někdy někdo chová nápadněji či řekněme podivínsky. U nás jsou lidé za zdí, protože tu rozvinutá komunitní péče zatím chybí.

Jakým způsobem vzniká nebo se drží stigma na vysokoškolské půdě?

Svoji roli hraje tzv. skryté kurikulum. Tedy to, jak se chovají pedagogové nebo vůbec členové akademické obce. Co říkají o duševně nemocných, a to především mezi řečí. Týká se to i stáží, postojů všech lékařů a sester

na klinikách, jejich míry distance k lidem s duševním onemocněním. Někdy o nich dokáží hovořit velmi nepřekně. To mediky ovlivňuje, zasahuje do tvorby jejich vlastních názorů, potažmo předsudků.

Mapování postojů vůči duševně nemocným proběhlo v loňském roce i na 3. lékařské fakultě, a to jak mezi studenty všeobecného lékařství, tak pedagogy. Lišily se nějak významně postoje obou skupin?

Porovnání mezi studenty a učiteli zjistilo výrazně vyšší míru stigmatizujících postojů vůči duševně nemocným mezi pedagogy než mezi studenty. Faktem ovšem je, že pedagogové jsou jiná věková kategorie a věková charakteristika hraje zásadní roli. Pedagogové v tomto ohledu v podstatě kopírují názory běžné populace.

Takže ten hlavní důvod vidíte v generačním rozdílu?

Ano, v tomto případě vnímám hlavní rozdíl jako generační, s věkem pedagogů míra stigmatizace stoupala. Výzkum také porovnával pedagogy teoretických a klinických oborů. Méně stigmatizující postoj měli učitelé, kteří vedou klinický předmět. Z výzkumu však například také vzešlo, že více stigmatizující postoj vůči duševně nemocným mají muži. A to jak mezi studenty, tak mezi učiteli.

Zmínila jste, že postoje pedagogů podle výsledků kopírují širokou populaci. Studenti tedy stigmatizují méně?

U studentů se jako statisticky významný ukázal rozdíl mezi jednotlivými ročníky, nebo spíš fázemi studia. S okamžikem, kdy se v kurikulu objeví předměty psychiatrie a lékařská psychologie, tedy ve čtvrtém ročníku, se postoje mediků začínou významně zlepšovat. V před-

chozím období spíše kopírují, stejně jako pedagogové, křivku populační.

Destigmatizace

Co je podle vás základem účinné destigmatizace?

Z části jsou to znalosti. Veřejnost musí dostávat dostatečně široké, hluboké a relevantní informace. Když se pak objeví nějaký novinový titulek podporující stereotyp, že schizofrenik je nebezpečný vrah, měli by být lidé schopni si svým kritickým rozumem udělat vlastní názor. Nejúčinnější formou destigmatizace, na kterou poukázaly mimo jiné i výzkumy projektu Mindset, je ovšem osobní kontakt s duševně nemocným. V rámci Mindsetu se porovnávala účinnost letáku, videa a semináře, který vedla dvojice duševně nemocný a psychiatr. Se seminářem klesala sociální distance daleko více než při využití ostatních metod. Možnost osobního kontaktu ovšem souvisí především s rozvojem již zmíněné komunitní péče a vznikem tzv. center duševního zdraví.

NÚDZ na svém facebookovém profilu zveřejnil destigmatizační videokampaň, se kterou pracoval také projekt Mindset. Osobně z ní mám dojem, že život s duševním onemocněním je tzv. úplná pohoda. Kampaň v podstatě prezentuje přesný opak obrazu duševně nemocných v médiích.

Vypadá to, že to je vlastně selanka... Autoři destigmatizačních kampaní mají často potřebu kompenzovat agresivní tlak médií zdůrazňujících jenom nebezpečí. Snad proto z kampaně vše problematické jednoduše vypustí.

Skutečnost je ale taková, že duševně nemocný může být nebezpečný, ať už sám sobě nebo okolí, právě na základě své diagnózy.

Ano, souhlasím. Také mám pocit, že je spíše na škodu, když se těmto tématům kampaně vyhýbají. Všichni totiž víme, že to tak je. Případ Barbory Orlové, která záutočila na žáky střední školy ve Žďáru a jednoho smrtelně zranila, je toho dokladem. Jednoznačně jednala pod vlivem psychotických prožitků v situaci, kdy v sobě neměla účinnou látku, lék, který by zmírňoval její psychózu.

U nás zatím chybí adekvátní terapeutická zařízení. Barbora Orlová měla být pod dohledem v rámci zařízení forenzní psychiatrie – jednalo se o ženu, u které se objevilo násilné chování v anamnéze, ostatně právě proto měla nařízenou ochrannou léčbu. Opět narážíme na to, o čem jsem mluvila: chybí u nás mezičlánek mezi hospitalizací a ambulancí – systém komunitní péče. Chybí terénní programy, v rámci nichž by pacienti měli svého osobního asistenta, ten by byl s nemocným v kontaktu a poznal by, že se něco děje. Psychiatr, ke kterému pacient dochází jen čas od času, nemusí včas zachytit zhoršení nemoci. Konkrétně postarádáme tzv. intenzivní asertivní komunitní péči. Je to mezera v systému.

Podobné otázky vzbuzuje kauza z Uherského Brodu. Střelcem byl muž, jehož manželka trpěla schizofrenií. Manželé žili dlouhou dobu v sociální izolaci. Znáám sice jen zprávy z tisku, napadá mě však, zda chodil za rodinou domů nějaký terénní pracovník. Absolvovali oba manželé nějaké edukační programy, v nichž se nemocní se schizofrenií a jejich blízcí nejen dozvědí vše o nemoci a její léčbě, ale také se naučí, jak s onemocněním zacházet a lépe se pak na něj adaptují?

Pořádají se nějaké akce na podporu destigmatizace i v prostředí 3. lékařské fakulty?

Na konci minulého akademického roku jsme zahájili besední cyklus s názvem *Z první ruky*. Hlavním protagonistou nebo protagonistkou besedy má být nemocný/á, který je ochotný/á se svěřit s tím, jak u něj duševní nebo jiné onemocnění probíhá. Seznámí studenty se svým osobním příběhem. Myslím si, že studenti tak mají možnost vidět a slyšet věci, se kterými by se při stážích nesetkali. Vedle toho se na fakultě už podruhé konalo autorské čtení Michaely Malé, autorky deníkových knih *Homo psychoticus*.

Stigma psychiatrie

Stigma se v psychiatrii bohužel nevyhýbá ani oboru jako takovému. *Journal of Mental Health 2015* zveřejnil londýnský výzkum (O'Brien et al., 2013), který mapoval kulturní povědomí o psychiatrii. Dotazovali se celkem 103 respondentů z veřejnosti přímo v čekárnách u praktických lékařů. Dotazovaní vyjadřovali souhlas nebo nesouhlas s různými tvrzeními. Které odpovědi vás nejvíce překvapily?

Popravdě mě osobně nejvíc bije do očí to, že sedět vedle psychiatra na večírku je pro někoho nepřijemné – kladně odpovědělo celých 47 %. Vůbec ta představa, že psychiatrická profese s sebou očitivně nese nějaké charakteristiky, kvůli kterým se lidé bojí nebo znejistí. Dále mě překvapilo, že celých 57 % respondentů souhlasí, že psychiatři někdy vědí, co si druzí myslí. Pro mě je to samozřejmě nepochopitelné, ale zároveň se s tím poměrně často setkávám. Občas slýchávám: „Ty jsi psy-

chiatr? Tak to abychom raději nic neříkali“... nebo: „To abychom si dávali pozor!“... Lidé mívají velmi zkreslené představy o tom, co pro ně psychiatr může udělat, v čem jim může pomoci. Velmi často také neznají rozdíl mezi psychologem a psychiatrem. V návaznosti na to se pak lidé zdráhají navštívit psychiatra, a to v důsledku brání tomu, abychom duševní onemocnění diagnostikovali a mohli léčit. Tento výzkum je sice zahraniční, ale předpokládám, že bychom podobná čísla sesbírali i u nás.

Přehledová studie z roku 2013 v časopisu *Academic Psychiatry* (Lyons, 2013) zase sesbírala celkem 32 prací z 22 zemí, které se věnovaly postojům lékařů k psychiatrii. Ve svém závěru konstatovala, že navzdory tomu, že postoje lékařů k psychiatrii jsou spíše kladné, zájem o psychiatrii po absolutoriu je malý. Ve 14 studiích z 32 by dokonce psychiatrii volilo méně než 5 % studentů, a ani v ostatních studiích nebyla čísla o moc vyšší.

Myslím si, že v tom hraje roli především velmi rozšířená představa o psychiatrii jako oboru, který je málo vědecký a neobjektivní. To plyne například z toho, jaké má psychiatr nástroje, jimiž zjišťuje, co člověku je. Jeho nástrojem je psychiatrické vyšetření, tzn. rozhovor. A to je v podstatě všechno. Můžeme využít nějakou zobrazovací metodu, ale ty používáme spíš k vyloučení toho, co pacientovi není. Psychiatrie je přesně na protipólu k instrumentální medicíně, která disponuje nástroji, umí řešit problémy operativně a rychle.

Jak si stojí psychiatrie v českém prostředí?

Na psychiatrii rozhodně není nával, musíme studenty v podstatě aktivně „prosit“, aby šli dělat psychiatrii.

Myslím si, že ani u nás psychiatrie mezi populárními obory bohužel nepatří.

Řekla bych, že na 3. lékařské fakultě má psychiatrie trochu jiné postavení, je to určitě spojené s působením prof. Cyrila Höschla jako děkana, existencí státnice z neurověd atd. Věnoval se loňský výzkum také zájmu našich studentů o obor psychiatrie?

Výše zmíněný průzkum potvrdil, že studenti s pozitivním postojem k duševnímu onemocnění vykazují i pozitivní postoj k psychiatrii, kterou by případně volili i jako budoucí zaměření. Zjistili jsme, že ze 308 respondentů by o psychiatrické profesi uvažovalo 71 lékařů, což je velmi vysoké číslo. A jak už jsem zmínila, s nástupem výuky lékařské psychologie a komunikace a psychiatrie se postoje mění pozitivním směrem, a to se týká nejen vztahu k duševně nemocným, ale i vztahu k oboru psychiatrie.

Souvisí to tedy podle vás především s edukací? V momentě, kdy se studenti seznámí s psychiatrií jako oborem, začnou o ni projevovat zájem?

Nelze to říci takhle jednoznačně. Existuje řada studií ze zahraničí, kde je tomu právě naopak: když exponujete mediky pacientům a psychiatrii, tak se jejich postoje zhoršují. Existují důkazy, že výukou psychiatrie to můžete také pěkně pokazit! Proto jsou výzkumy na fakultní půdě tak důležité, abychom zjistili, jak si kurikulum stojí. Podstatné je, jestli mají studenti prostor setkat se s pacienty osobně, komunikovat s nimi. A důležitou roli potom hraje již zmíněné skryté kurikulum, tedy jak se chová vyučující, jestli je pro studenty dobrým vzorem, jestli naplňuje představu „takhle bych si přál, aby vypadal lékař“.

Říkáte, že zásadní je především kurikulum. Podle výzkumu na naší fakultě by se tedy dalo říct, že místní kurikulum obstálo? Jste spokojená se současným způsobem výuky psychiatrie na fakultě?

Jsem s ním celkem spokojená. Pozitivně vnímám skutečnost, že se podařilo zařadit předmět lékařská psychologie a komunikace až do pátého ročníku, kdy již mají studenti za sebou nějaké kontakty s pacienty nebo různými klinickými situacemi, a výuka tedy může být interaktivní a praktičtější. Když se učí lékařská psychologie například ve třetáku, tak je to spíše teoretický obor. My studenty pátého ročníku učíme, jak komunikovat v určitých situacích, věnujeme se tématům, jako je sebevražda, na kterou nikdy předtím nebylo v rámci výuky psychiatrie dost času, nebo tématu nonadherence, tedy proč pacienti – a to nejen ti psychiatři – neužívají léky. Dá se říct, že se psychiatrie učí na více frontách, nejen v rámci předmětu psychiatrie. Dalším velkým přínosem 3. lékařské fakulty je státnice z neurověd. Podle mého názoru by se měla zavést i na jiných fakultách, protože jsem přesvědčená, že neurologie s psychiatrií, zabývající se „hlavou“, jsou skutečně významné obory.

Jakými konkrétními kroky by se psychiatrie ještě měla zatraktivnit?

Psychiatrii lze zatraktivnit jedině komplexním přístupem na několika úrovních: je potřeba posílit psychiatrii založenou na důkazech a dokládat účinnost psychiatrických intervencí důkazy. Na jednu stranu chválím místní výuku psychiatrie, zároveň si ale uvědomuji, že bychom měli ve výuce více zdůraznit filozofii úzdravy, tedy zařadit výuku psychiatrie orientované na

úzdravu. Současně je pak samozřejmě nutné působit na veřejnost, poskytnout jí relevantní informace, edukovat ji, a to vše s cílem destigmatizovat duševní nemoci a nemocné.

Rozvedte prosím, jak by se dala posílit psychiatrie založená na důkazech.

Poskytování psychiatrické péče je samozřejmě založeno na důkazech o účinnosti. V případě léčby chronických závažných duševních onemocnění, jako je schizofrenie, dnes existují důkazy o tom, že poskytování rodinné psychoedukace může zredukovat míru relapsů o 50–70 %. To je doloženo. Ve chvíli, kdy mám takovou studii k dispozici, už se mohu ptát: Co udělají organizátoři péče, aby se taková intervence dostala k příjemcům? Co třeba definovat kód „rodinná psychoedukace“, a pak zajistit, aby ho pojišťovny uznaly a nasmulovaly, a postarat se, aby byl tento druh péče někde poskytován – ideálně mimo lůžková zařízení? Zkrátka musí vzniknout taková zařízení, kam pacienti budou docházet – systém komunitní péče a centra duševního zdraví. Je třeba vyškolit lidi, kteří budou tyto služby poskytovat. Dlouhodobě je potom třeba sledovat, jestli má toto řešení i v českých podmínkách takový efekt jako v zahraničí. To je takový konkrétní příklad.

Posílení evidence-based přístupu by tedy v konečném důsledku mělo vést k rozvoji komunitní péče u nás?

Ano. Určitá forma komunitní péče u nás také existuje, například zařízení Fokus nebo jiné denní stacionáře. Česko ale patří k zemím s velkým množstvím psychiatrických lůžek, máme jich tu asi 11 tisíc. Lůžka bychom ale neměli zrušit, to se stalo v Itálii a má to spí-

še negativní dopady. Měli bychom dobře zkombinovat lůžkovou a komunitní psychiatrii.

Snaha psychiatrů posilovat evidence-based přístup je také motivována snahou destigmatizovat psychiatrii, postavit ji na roveň ostatním oborům medicíny. Psychiatrie by měla disponovat jasně doloženými doporučenými postupy, jako je tomu třeba v interní medicíně.

Co si mám jako student představit pod výukou orientovanou na úzdravu?

I pacienti trpící chronickým duševním onemocněním se mohou do značné míry uzdravit. V současnosti máme tendenci dívat se na chronické duševní onemocnění jako na něco, co končí špatně. To je podle mě jeden z důvodů neatraktivnosti psychiatrie: nedosahuje úžasných výsledků v krátkém časovém horizontu. Ale když si představíme chronická duševní onemocnění jako jiná chronická onemocnění (např. kloubní nebo metabolická), tak vidíme, že i v psychiatrii může dojít k výraznému zlepšení a uzdravě. Za mnoho let, ale může.

A prakticky by taková výuka vypadala jak?

Řešením by bylo například zařazení modulu ambulantní psychiatrie. V ambulancích vidíte pacienty, kteří chodí pouze na udržovací léčbu, řada z nich nebyla už 10 let hospitalizovaná. Dochází ke svému psychiatrovi zhruba jednou za čtvrt roku, popovídat si a vyzvednout si recept... Máte tak možnost setkat se s pacientem s diagnózou schizofrenie nikoliv v akutním stavu, kdy je hodně nemocný a potřebuje lůžkovou péči třeba i na uzavřeném oddělení, ale i v remisi. Samozřejmě si uvědomuji, že logisticky je výuka v ambulancích náročná

a souboj o výukové hodiny mezi předměty nemilosrdný. Je to tedy nejspíše hudba budoucnosti.

Jak byste studentům v několika větech představila obor psychiatrie s cílem „přitáhnout“ je k oboru?

Pokud máte rádi lidi, zajímá vás jejich životní příběh a jste trpěliví, může být pro vás psychiatrie vhodnou volbou.



Méně obvyklá destinace, která stojí za návštěvu

Postdoktorská zkušenost v Japonsku

Andrea Štofková

Když jsem zvažovala možnosti, kam odejít na zahraniční postdoktorský pobyt, Japonsko bylo na vrcholu možných destinací. Nabízí ohromné množství příležitostí na univerzitách a vědeckých institucích, kde se dělá věda na nejvyšší úrovni. Díky japonské společnosti pro vědu a výzkum (JSPS) se zahraniční výzkumní pracovníci mohou ucházet o množství různých stipendijních pobytů.

Oslovila jsem několik možných laboratoří a nakonec se rozhodla jít k výzkumné skupině prof. Masaakiho Murakamiho do Osaky. Patřil k Laboratoři vývojové imunologie prof. Toshia Hirana, který objevil interleukin 6. Pracovat ve skupině lidí, kteří publikují v *Nature*, *Science* a *Cell*, mě lákalo. Vyplnila jsem proto přihlášku, do které jsem si po konzultaci s prof. Murakamim navrhla svůj projekt, a tři měsíce jsem čekala na vyjádření japonské společnosti JSPS, u které jsem žádala dvouleté stipendium s grantem. Odpověděli kladně a za tři měsíce jsem seděla v letadle do Japonska. Mezitím se skupina prof. Murakamiho přestěhovala z Osaky do Sappora a já jsem 1. listopadu 2014 nastoupila do jeho nové Laboratoře molekulární neuroimunologie na Hokkaido University.

Do práce hned po přeletu

Japonští kolegové mi vyřídili univerzitní byt pro zahraniční výzkumné pracovníky a pomohli s veškerou

administrativou spojenou s pobytem. Přiletěla jsem v sobotu, a protože soboty jsou tam pracovním dnem, neměl nikdo čas mě vyzvednout z letiště. Čekali mě alespoň u východu z hlavního nádraží, které je ne-daleko univerzitního kampusu. Rychle mě ubytovali a tentýž den jsme šli do práce, kde mi po 25 hodinovém letu představili celou laboratoř a ukázali vybavení.

Byla jsem čtvrtým cizincem v laboratoři spolu se dvěma Číňankami a jednou Indkou. Všechny tři cizinky mluvily plynně japonsky. Já jsem uměla jenom pozdravit a poděkovat. Na následující pondělí připadl státní svátek, Den kultury, takže jsem nemusela dva dny do práce a mohla si nakoupit vybavení do nového bydlení. Všude v obchodech mluvili pouze japonsky, ale s tlumočením i nákupy mi pomohla kolegyně z Číny Jing-Jing.

V úterý jsem se měla prvně v životě osobně potkat s panem profesorem Murakamim. Našel si na mě čas až v šest večer asi na deset minut. Když jsem viděla zvýšený práh při vstupu do jeho kanceláře, raději jsem si zula laboratorní přezůvky, jak je zvykem v japonských domovech. Projekt jsme nerozebírali, řekl jen „let's discuss later“, což bylo takové jeho motto. Později jsem pochopila, že v Japonsku se projekty do detailu nekonzultují. Ještě mi stihl sdělit, že musím v japonštině absolvovat kurz práce se zvířaty, bez kterého nesmím do zvěřince, a rozešli jsme se.



V japonské laboratoři

Pracovní doba v laboratoři nebyla jasně stanovena, bylo mi pouze řečeno, že mám chodit do práce tak jak ostatní. Pak jsem si všimla, že zásadou bylo přijít dříve než šéf a odejít až po jeho odchodu. To v praxi znamenalo 13 až 15 hodin práce denně včetně sobot a často i nedělí a svátků. Postupem času jsem si zvykla trávit všechny čas v práci ve velkém „open space“, kde nás bylo namačkáno vedle sebe asi 20.

Stejně jako ostatní jsem ke svému notebooku dostala velký monitor s úhlopříčkou asi jeden metr. Všichni jsme tak viděli, na čem kdo pracuje nebo jaké stránky otvírá. Pak jsem pochopila, že ten uzounký prostor před monitorem je i moje místo pro pokusy. V Japonsku se prostorem šetří. Na stejném úzkém stolku jsem izolovala RNA, dělala imunoeseje nebo imunohistochemii, pouze s buňkami jsem pracovala v laboratoři pro buněčné kultury a se zvířaty většinou ve zvěřinci.

Prostředí v laboratoři bylo tiché, každý se věnoval své práci a měl svůj vlastní projekt, dokonce i laborantky. Lidé na svých experimentech vzájemně neparticipovali. Debaty se braly jako zdržování, i na obědy kolegové chodili zvlášť, tak maximálně na 15 až 30 minut a někdy neobědvali vůbec, protože by nestihli dodělat práci. Bylo mi nepříjemné je rušit, i když jsem potřebovala jen metodicky poradit nebo něco přeložit.

Byla jsem také překvapena celkově slabou znalostí angličtiny a nezájmem o jiné kultury a země. Na začátku se zeptali, zda je u nás úřední řeč angličtina, zda sousedíme s Čínou, zda máme v zimě sníh a pak už se neptali vůbec. Možná i proto, že jsem jim o České republice a Praze dovezla hodně informací. V laboratoři se všichni přezouvali, přezůvky byly i pro návštěvy, třídili jsme odpad, uklízeli, vytírali podlahu a luxovali. Každý den jsme si psali do deníku pokusů přesně, co jsme udělali a každá činnost musela být zdokumentovaná.

Kromě vánočního večírku a místních vědeckých konferencí jsme žádné společenské akce neměli, snad jen rozlučky nebo uvítání nových kolegů, ale byla tam zase velká fluktuace. Častokrát se stěhovaly i celé laboratoře nebo na ústav přicházely nové týmy i o dvaceti lidech. V Japonsku je zvykem, že se s vedoucím laboratoře stěhuje celý jeho tým.

Konkrétní instrukce ke svému projektu jsem nedostala, očekávalo se, že si intuitivně poradím sama. Výhodou bylo, že jsem si mohla svobodně navrhnout vlastní koncepci a design pokusu. Pokud jsem však hned v pilotní studii neměla pozitivní výsledky, tak se projekt zrušil a musela jsem si navrhnout koncepci novou. Šéf do mých koncepcí nezasahoval, jenom kontroloval plnění pokusů ve frekvenci jednoho až dvou týdnů. Další zajímavostí bylo, že téma výzkumu a cíle se mohly kdykoliv změnit nezávis-



le na původně navrženém projektu, na nějž jste dostali grant. Také nebylo zapotřebí předkládat žádné projekty pokusů za účelem posouzení experimentů na zvířatech. Japonské předpisy a zákony určující provádění pokusů na laboratorních zvířatech jsou ve srovnání s evropskými poměrně benevolentní. Evidence počtu pokusných zvířat a ustanovení odborné komise uživatelským zařízením pro ochranu pokusných zvířat je dobrovolné. Zacházení s laboratorními zvířaty je ale silně ovlivněno náboženstvím a kulturou. Zásady 3R se dodržují v Japonsku i bez psaných předpisů kvůli zachování dobré karmy a strachu

ze samsáry (znovuzrozování). Zato se v 95 procentech všech výzkumných institucí slouží každoročně zádušní obřad na památku zesnulých zvířat v pokusech.

Nekonečné opakování pokusů

Týmy v laboratoři byly dva: molekulární biologie a neuroimunologie. Můj neuroimunologický tým měl snahu se mnou mluvit na pravidelných schůzích anglicky. Semináře a „journal clubs“ se odehrávaly pouze v japonštině, ale bylo milé, že udělali anglicky snímky v prezentacích. Na každou schůzi týmu všichni přinesli velké množství dat. Jejich výkonnost byla obrovská, během jednoho dne zde člověk sám zvládal udělat tři až čtyři pokusy a klidně se začínalo s pokusy i v deset večer. I když usínali ve stoje nebo u stolu, pokračovali usilovně dál. Já jsem dělala ve zvěřinci pokusy s vlivem světla na rozvoj autoimunitního zánětu. Každý večer jsem musela zastíňovat svoje zvířata kvůli nočním příchodům kolegů do zvěřince a rozsvěcování osvětlení. Velké množství práce kolegové zvládali i díky tomu, že postupy znali nazpaměť, vůbec se nezdržovali čtením manuálů nebo protokolů. Všechny pokusy se opakovaly minimálně třikrát, a někdy šéf zadal i další osobě zopakovat stejný pokus, aby se potvrdily výsledky. Všechno mi ukázali většinou jen jednou, proto jsem se snažila si postupy fotit do mobilu a překládat japonské popisy na přístrojích.

Zapadla jsem, ale stejně zůstala trochu ztracená

Asi po čtyřech měsících nekonečného opakování pokusů jsem byla stejně rychlá a výkonná jako oni. Cítila jsem

se ale dost závislá, například když mi přišel nějaký dopis, nevěděla jsem, co se v něm píše, při nákupu jsem nevěděla, co kupuji, názvy ulic nemají popis latinkou, takže bez GPS navigace jsem byla úplně ztracená.

Od začátku listopadu až do konce března skoro každý den sněžilo, v noci mrzlo a cesty lemovaly dvoumetrové hromady sněhu, přes které nebylo ani vidět. Není divu, že v Sapporu každoročně pořádají sněhový festival a soutěž ve vyrábění sněhových soch.

Druhý týden v lednu jsme měli tří denní soustředění JSPS stipendistů v Tokiu. Bylo skvělé si na chvilku vydechnout od práce a vidět se s kolegy z celého světa. Kromě památek v Tokiu jsme taky absolvovali bezpečnostní školení se simulovaným zemětřesením o síle sedm stupňů, já jsem později zažila jedno pětistupňové v Sapporu.

Na atmosféře v práci se pak již nic až do konce mého pobytu nezměnilo, jen mi přibýlo ještě více pokusů a nových metodik, které jsem už sama zaváděla. Každý týden jsme všichni na schůzi týmu ukazovali, jak jsme pokročili. Cítila jsem se stále sledovaná a motivovaná k vyšším výkonům. Kdybych neměla v létě pár týdnů volno, tak bych z Japonska kromě laboratoře nic neviděla.

Hodnota loajality

Velmi obdivuji jednu japonskou vlastnost: každý jednotlivec si nese od narození svůj osobní dluh k celé japonské společnosti. Již děti se na příbězích učí smyslu pro loajalitu, povinnosti k druhým a úctě k autoritám. Například ve známém dětském příběhu pes Hačikó denně doprovázel svého pána, když šel do práce, a čekal na něj večer na vlakovém nádraží Šibuja v Tokiu. Jeho pán náhle zemřel na pracovišti a už se nevrátil. (V Japonsku se



poměrně často objevují případy úmrtí z přepracování a mají pro to i speciální termín – karoši.) Hačika si vzali do péče pánovi příbuzní, ten však neustále utíkal a každý večer odcházel na nádraží, doufaje, že se pán konečně vrátí z práce domů. Hačikó čekal na svého mrtvého pána celkem devět let a dnes má na tomto místě v Tokiu sochu. Stejným způsobem jako Hačikó má být každý Japonec oddaný své rodině, zaměstnavateli a na prvním místě Japonsku a císaři.

Technický pokrok neznamená automaticky globalizaci

Jako chybu ve vnímání Japonska vidím představu, že čím více se Japonsko technicky modernizuje a mění, tím více se bude kulturně podobat evropským zemím. Přestože mají dnes již více zahraničních pracovníků než dříve, zachovali si silnou národní a kulturní homogenitu, v rámci které je důležité nevyčínat. Vláda podporuje podnikání a klade důraz na kvalitní a silné

domácí průmyslové značky. Společnost zůstala silně vertikální. Přidal se západní princip meritokracie, ale zůstala touha po hledání konsensu a jednoho zaměstnání na celý život. Vysoce se cení vzdělání, avšak s mluvenou angličtinou Japonci stále zápasí. Zůstává tradiční rozdělení mužských a ženských rolí, ve kterém většina žen setrvává v domácnosti a sňatky jsou domluvené rodiči. Důvěry u Japonců lze dosáhnout především skromností a snahou se přizpůsobit kolektivu. Měli byste vždy vážít své činy, přemýšlet, zda nebudou ostatním na obtíž. Úcta kolegů se získává tak, že ostatní potvrdí v kolektivu vaši spolehlivost. Negativně se nahlíží na okatou sebedůvěru, na asertivitu a snahu stát si na svém. Přímočarost a čestnost v evropském smyslu se moc nenosí, považují se až za pošetilé. Japonci neradi mluví o svých cílech, možnostech, touhách a motivacích, proto často člověk neví, na čem s nimi je, hodně se vše tají a to i například při prezentacích výsledků na kongresech. V Japonsku je zvykem dávat dárky a to ne jenom nadřízenému, ale i celému týmu, a jsou považovány za samozřejmost. Každá návštěva nebo kolegové, kteří se vrátili ze služební cesty či dovolené, vždy přinesli dárky pro celou laboratoř.

Země protikladů

Během svého dvouletého pobytu jsem si uvědomila určité protiklady, které jsem zpočátku nevnímala. Japonci byli skromní, ale někdy skrytě ambiciózní. Jsou sice kolektivní a individualita není podporovaná, ale přitom každý člen týmu má vlastní projekt a s pokusy si musí vždy poradit sám. Někdy byli nečekaně agresivní, ale navenek byli přitom velmi zdvořilí a tiší. Silně se

drželi svých tradic, ale neváhali přitom získávat poznatky z celého světa a dále je vylepšovat. Své vlastní poznatky však často tajili. Hodně se trýznili strachem, co si o nich ostatní myslí a báli se zostuzení například kvůli své angličtině. Vnější dojem a prospěch skupiny se zdál být důležitější než jejich vnitřní pocity. Strach ze společenského zostuzení souvisí s téměř nulovou kriminalitou. Ve městě se často vůbec nezamykaly ani dveře od bytů, ale ani auta a kola.

Pracovní zkušenost v Japonsku všem doporučuji, naučila jsem se hodně nových metodik a postupů. Měla jsem krásné zážitky, včetně cestování po mnoha japonských chrámech a památkách a nádherné přírodě, měla jsem možnost poznat kulturu tak odlišnou od té naší. Jejich pověstná zdvořilost, vytrvalost a hluboký smysl pro kvalitní servis k zákazníkovi byl pro mě velkým zážitkem.

Autorka textu PharmDr. Andrea Štofková, Ph.D. pracuje v Ústavu normální, patologické a klinické fyziologie 3. LF UK.

Přijetí Zákona č. 95 zachránilo pro českou medicínu řadu specializací

Michal Anděl

Stalo se módou sezóny do nepravostí rázně tepat, zpíval za komunismu Jiří Suchý. V některých lékařských kruzích se stalo módou tepat do všeho, co přichází z Ministerstva zdravotnictví. Naposledy do dvou návrhů zákonů – o vzdělávání lékařů a o univerzitních nemocnicích.

Nevím proč, ale některé lékařské specializace, známé po celé Evropě, nepadly České lékařské komoře do oka. Je otázkou, proč tomu tak bylo a vlastně jsem pro to nikdy neslyšel žádný pořádný argument. Kromě mé vlastní specializace, tedy endokrinologie a diabetologie mezi ně patří i pneumologie, gastroenterologie, nefrologie či revmatologie. Ty měly být dle představ komory jen „nástavbami“ na atestaci z vnitřního lékařství. Znamenalo by to, že zatímco odborníci v alergologii, onkologii, hematologii či kardiologii by se vzdělávali čtyři a půl roku, pro endokrinologa, gastroenterologa či pneumologa by to bylo o dva či dva a půl roku déle. Logiku toho jsem nikdy nepochopil a také proto jsem proti takovému návrhu zákona na různých úrovních vystupoval.

V praxi by přijetí zákona bez výše uvedených specializací mělo celou řadu důsledků: v těch „postižených“ by se objevil další pokles odborných atestovaných lékařů. Již dnes je zřetelný nedostatek endokrinologů, o pneumologů ani nemluvě. Možnost specializované exper-

tízy pro těžce nemocné by tak zřetelně ještě poklesla. Kdo by se chtěl připravovat na svou cílovou specializaci o dva roky déle než jeho kolega? Odhaduji, že by mladých lékařů odešlo do Německa ještě více. Mohli by se tak dostat k oborům svého zájmu snadněji. Snad by se pak někteří z nich vrátili i do českých zemí.

Nepřehledný způsob vzdělávání by byl ještě dál znepřehledněn. Ten, kdo se chce podívat, jak vypadá logické uspořádání specializačního vzdělávání, nechť si otevře webové stránky některé z velkých nemocnic u našich západních sousedů. Abych byl konkrétní, třeba univerzitní nemocnice v Lipsku. Tam zjistí, že v interních oborech má absolvent lékařské fakulty dvě možnosti: buď pětiletý program k získání specializace ve vnitřním lékařství, nebo šestiletý program s tříletým „kmenem“ ve vnitřním lékařství a s navazující tříletou specializační přípravou v kardiologii, pneumologii, endokrinologii, gastroenterologii, onkologii a hematologii či revmatologii. Po naplnění vzdělávacího programu může po šesti letech složit atestační zkoušku a stává se odborným lékařem nemocí vnitřních a kardiologie či gastroenterologie atd. Ten, kdo absolvoval pětiletý program ve vnitřním lékařství a složil zkoušku odborného lékaře si může přidat dvouletý specializační program ve výše uvedených oborech. Získá totéž, ale má jednu specializaci dříve, k další se pak dostane o rok

později, než zvolí-li program šestiletý. Jasně a přehledné. A výhodné jak pro jednotlivé specializace, tak pro vnitřní lékařství. Má totiž mnohem více odborníků ve vlastním vnitřním lékařství i na něj navazujících specializacích.

Díky tomu, že zákon číslo 95 byl přijat, máme podobný počet specializací, jako většina evropských zemí. Vyhnuli jsem se dosti bizarní situaci, která by nepochybně vyžadovala další novelizaci zákona a vyvolala další nadávání na systém. Po 30 měsících bude mít absolvent lékařské fakulty hotový kmen a může se následujících třicet měsíců věnovat specializaci. Systém se tak blíží systému německému, je jen o rok kratší.

Zakopání psi jsou však v něčem docela jiném. Především v tom, že detailní podmínky specializačního vzdělávání jsou určeny vyhláškou Ministerstva zdravotnictví na návrh Akreditačních komisí ministerstva. Jejich složení se dost často mění a jimi stanovené detailní podmínky, které by měl čerstvý absolvent zejména v kmeni naplnit, jsou často v praxi mírně řečeno složitě dodržitelné. Navíc se tak často měnily, že systému může porozumět jen skutečný zasloužilý. Zjednodušení těchto podmínek je velmi důležité. Kartu ale budou vynášet především Akreditační komise a Ministerstvo zdravotnictví.

Po ukončení společného kmene má následovat zkouška. Myslím, že by měla být na úrovni fakult a fakultních nemocnic a dle mého názoru by měla mít hodně praktických aspektů. Přínejmenším v zaměření na detailní rozbor pacienta, či při zkoušce teoretické na přístup k pacientovi – v interních oborech například s bezvědomím, dušností, krvácením, úbytkem hmotnosti či bolestmi na hrudi. Spolehlivá interpretace EKG křivky, základních RTG vyšetření či laboratorních

nálezů by dle mého názoru měli ovládat všichni specialisté, kteří budou vycházet ze společného interního kmene. Podobně také základy antibiotické terapie, antikoagulační či antiagregační terapie, terapie arteriální hypertenze či diabetu 2. typu a kardiopulmonální resuscitace by měly být spolehlivě zvládnuty v prvních třiceti měsících společného interního kmene. Za těchto okolností by ze společného kmene mohly dobře těžit všechny odbornosti.

Domnívám se, že při atestační zkoušce z jakéhokoliv oboru vycházejícího z interního kmene by měla být jedná otázka všeobecně internistická. Za těchto okolností se pak otevírá cesta k tomu, aby absolvent specializačního školení vycházejícího ze společného internistického kmene mohl získat specializaci jak v dané užší specializaci, tak například po dalším roce ve vnitřním lékařství. O tom, že by podobný systém pomohl české medicíně, té ve velkých městech i té v malých nemocnicích, nemám vůbec pochyby.

Protože jsem internista, píši podrobně o specializacích vycházejících z interního kmene. Jsem přesvědčený, že podobné principy se dají uplatnit i v dalších společných kmenech a také v kmenech, které jsou jen pro obor jediný.

Velkou výhodu zákona dále vidím v odpovědnosti konkrétních nemocnic, primářů a školitelů. Dovedu si dobře představit, že zejména v nemocnicích bude možnost zvýšit platy těch, kteří jsou za školení zodpovědní a zodpovědnost od nich pak vyžadovat. To může být součástí dohledu nad realizací zákona. I v krajích, ve kterých se nevyskytují fakultní nemocnice, by měli mít mladí lékaři možnost absolvovat odborné semináře. Snadno splnitelnou podmínkou akreditace některých větších, například krajských nemocnic ke vzdělávání

by mělo být pořádání takových seminářů, alespoň jedenkrát za měsíc. A dovedu si rovněž představit, že takový seminář se koná až v pozdních odpoledních hodinách a že účast na něm je jednou z podmínek pro absolvování kmene. Odborníci v jednotlivých specializacích v krajských nemocnicích jsou jistě schopni takové semináře pořádát a v případě potřeby mohou pomoci lékařské fakulty.

Logické uspořádání specializačního vzdělávání je věcí všech lékařů. Mladých i těch zkušených, lékařských fakult, lékařské komory i odborných společností. Myslím, že přijetí zákona dává velkou šanci všem. Tak jako všude je potřeba vidět jeho možnosti a jeho příležitosti.

Už se moc nedivíme, že čeští lékaři odcházejí do sousedního Německa. Kromě mnohem lepších platů se zmiňují o nepřehledném vzdělávání. Věřím, že nový zákon umožní vybudovat přehledný systém, obdobný tomu německému. Jen doufám, že se nějak nezkaží. Představuje totiž především velkou příležitost. A že to dojde i těm, kterým se v některých jednotlivostech nelíbí. A díky za něj, ministerstvu zdravotnictví i poslancům.

MEDICINA



Zoufalství na obou stranách barikády aneb části uživatelé pohotovostních služeb

Jana Šeblová

„Toho ty jsi intubovala!“ zaznělo vždy, když na urgentní příjem dorazil pacient, řekněme mu pan J. Pan J. byl bezdomovec, v drtivé většině případů byl přivezen opilý poté, co byl nalezen někde spící na zemi. Spočítala jsem jeho pobyty v nemocnici za poslední tři roky – celkem jich bylo 112. V posledních šesti měsících svého života navštívil zdravotnické zařízení dva a čtyřicetkrát. Většinou strávil noc na expektačním pokoji urgentního příjmu, několikrát do roka byl hospitalizován s nějakou komplikací vyplývající ze životosprávy na hony vzdálené příručkám o zdravém životním stylu či s více či méně závažným úrazem. Dvakrát za svoji patientskou kariéru pobyl i na anesteziologicko-resuscitačním oddělení, jednou s těžkým kraniotraumatem, jednou jsem ho tam předávala já během své noční směny na záchranné službě kvůli jinému závažnému stavu s ohrožením vitálních funkcí – odtud ta věta v úvodu.

Pan J. je typickým představitelem specifické skupiny, kterou naleznete v medicínské či medicínsko-organizační literatuře pod názvem „frequent ED users“. Dle studií tvoří 2 – 3 % pacientů, avšak po celém světě dovádějí zdravotníky k pocitu marnosti až zoufalství. Dobré rady a altruistická snaha nějak účinně pomoci se u nich naprosto míjejí účinkem. Pokud ošetřujete podvacáté za sebou téhož pacienta s týmiž obtížemi (opilost prostá), pocitu, že je někde něco špatně,

se neubrání ani ten nejempatičtější zdravotník. Průzkum, provedený mezi 1500 lékaři urgentních příjmů v Detroitu v USA v roce 2011 přinesl poměrně varovná data: 59 % lékařů přiznává, že pro tyto pacienty mají nižší empatii než pro ostatní, 82 % lékařů udává v souvislosti s jejich ošetřováním nějakou míru vyhoření a 91 % je vnímá jako problém pro jejich oddělení.

„Časté uživatele“ výstižně charakterizovali v editoriu *Annals of Emergency Medicine* v roce 2015: „Jsou přivázeni, protože pili nebo spali tam, kde by podle názoru někoho jiného pít nebo spát neměli, odcházejí na reverz navzdory našim doporučením, rozhodují se způsobem, který dává smysl jen jim samotným.“ Ve stejném čísle byl publikován článek s kvalitativním výzkumem, založeným na dvaceti životních příbězích. Ano, tito lidé mají svůj životní příběh, jakkoliv je tak často nevnímáme. Ten příběh se pohybuje po křivce směrem dolů (čtvrtina respondentů výše zmíněného výzkumu do roka zemřela), nicméně opilým bezdomovcem se člověk (většinou, alespoň ne v naší severozápadní části světa) nerodí. Na počátku této „kariéry“ bývá ztráta práce, rodiny, bydlení, roli může hrát i nižší odolnost, psychické onemocnění či alterace mentálního stavu, nižší sociální dovednosti, ale třeba i absence dokladů, což vede de facto k vypadnutí jedince ze všech organizovaných systémů. Jednou jsem se nahlas na výjezdu zamyslela, že ten

propad na dno nemusí být při souběhu nepříznivých okolností až tak nereálný a hypotetický. „Tobě by se to nestalo, ty jsi bojovník,“ odvětil kolega, jehož důvěra mě sice potěšila, pochybnosti však zůstaly. Obávám se, že přežít za střízliva noční mráz v lednu a nějak si i odpočinout, neřku-li vyspat se, by zvládl málokdo z nás, slušných, zařazených občanů.

Literaturu k danému problému najdeme v odborných časopisech urgentní medicíny, ale i psychologie, veřejného zdravotnictví či ekonomiky zdravotnictví – a do všech těchto oblastí z nějakého důvodu patří. Částí uživatelé jsou zátěžovým testem solidarity, na kterém stojí zdravotní pojištění. Otázka, proč se všichni plátcí zdravotního pojištění mají skládat na (relativně) bezpečné opakované střízlivění pacientů, kteří většinou do systému nepřispívají, je vcelku legitimní, přinejmenším pro toho, kdo spravuje a distribuuje shromážděné finanční prostředky. Některé studie identifikují typické charakteristiky této patientské skupiny, ať již zdravotní, psychologické či sociální. Jiné práce se zabývají vulnerabilitou těchto pacientů a možnou či reálnou diskriminací. Toto vše je mapování problému, avšak bez návodu, co dělat, když vám policisté přivezou jednu a tutéž osobu potřeť během vaší dvanáctihodinové směny. To není nadsázka, i to se mi několikrát stalo. U některých pacientů sestry ani nezařazují chorobopisy do kartotéky a nechávají je po ruce pro další hladký administrativní příjem, neboť lze důvodně předpokládat, že nastane v řádu hodin.

Pan J. z našeho příběhu býval velmi pravidelným hostem nemocnice. Nebýval agresivní, ale moc jsme si nikdy nepopovídali – kromě setrvalé hladiny alkoholu v krvi měl i následky po starším traumatu mozku.

Jednou jsem pozorovala, jak si svoje poměrně velmi slušné oblečení (zjevně po návštěvě charity) pečlivě skládá do komínku a ukládá se – bylo to dopoledne – ke spánku. „On se tady chová jako doma“, poznamenala jsem. „Vždyť my jsme jeho jediná střecha nad hlavou“, řekla sestřička realisticky a měla pravdu. Byli jsme pravděpodobně jediná noclehárna, která ho vždy muse-la přijmout.

Do propouštěcích zpráv těmto pacientům píšeme věty, které ani ten největší medicínský optimista nemyslí vážně: „*Propuštěn do domácí péče. Poučen o rizicích nadužívání alkoholu. Doporučuji abstinenci, nejlépe formou odvykací léčby...*“ Pokud vypíšeme recept, pak ho při příštím příjmu pacient téměř pravidelně mívá zmuchlaný v některé z kapes a samozřejmě nevyzvednutý. Přesto se některá zdravotnická zařízení snaží najít klíč k přijatelné nabídce pro pacienty a snížení terapeutické frustrace pro zdravotníky. Řešením je stanovení priorit tak jako u kteréhokoliv jiného pacienta v prvním kontaktu. Tam, kde je diagnostikována jakákoliv akutní somatická patologie, řešíme tento stav tak, jak jsme zvyklí – to je nakonec situace pro zdravotníka nejméně zátěžová. Částí uživatelé pohotovostních služeb však mívají problémy ve všech oblastech života. Od somatických, často zanedbaných a neléčených nemocí (což se v podmínkách urgentní péče řeší velmi obtížně) přes psychiatrickou polymorbiditu, behaviorální problémy (kam patří zneužívání návykových látek, ale i rizikové sexuální chování, násilné chování či naopak role oběti různých forem násilí) až po sociální problémy. Přirozené sociální vazby buď neexistují nebo jsou výrazně patologické.

Asi u málokteré jiné skupiny pacientů bychom mohli ilustrovat onu bio-psycho-socio-spirituální jednotu zdraví podle definice WHO, byť v negativním smyslu. Proto je racionálním řešením předefinovat léčebné cíle – kladení „běžných“ měřítek terapeutického úspěchu je zcela nereálné. Tito pacienti nebudou chodit na kontroly v rámci primární péče, nesplní vstupní kritéria pro dobrovolnou odvykací léčbu a z našeho zdravotnického pohledu, zaměřeného na léčbu těla, se i nadále budou chovat sebedestruktivně. Významnou pomocí by mohla být spolupráce se sociálním pracovníkem, který by mohl tyto pacienty nasměřovat na komunitní služby, jež mohou pomoci s problémy, které jsou z hlediska pacienta palčivější. Systémové řešení však není dostupné ani v zemích, kde již problém pojmenovali.

Pan J. zemřel ve 38 letech, pod vlakem, den poté, co ho propustili po hospitalizaci na interně. Zda to byla náhoda nebo sebevražda, se už nikdo nikdy nedozví.

Paní K., podobného osudu, byla ve 49 letech nalezena mrtvá v přenosných toaletách, co se používají na stavbách. Poslední měsíce svého života už pro obtíže

spojené s jaterním selháním ani nepila. Nabízí se kacírská otázka, zda je pro tento druh pacientů střízlivost tím hlavním cílem, tak jak jim to klademe na srdce, zda jasný pohled neznásobí beznaděj nad únosnou míru – to jsou však jen spekulace.

Co má mnoho podobných příběhů společného? Že šťastné rozuzlení se nekoná. Smrt obvykle přichází daleko dříve, než je průměrná délka života v dané společnosti, a do důstojnosti má tak jako předchozí život daleko. Jako zdravotníci se s těmito pacienty setkáváme většinou až za tím bodem, kde byl kdysi možný návrat – otázkou je, kdo a jaké společenské služby či instituce by mohly alespoň část ohrožených jedinců včas zachytit a pomoci jim nepřekročit onen fatální bod vedoucí k sestupu až na dno.

Autorka MUDr. Jana Šeblová, Ph.D., je předsedkyní České společnosti urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP a vědeckým sekretářem European Society for Emergency Medicine, nově také členkou redakční rady Vita Nostra Revue.

KONGRES PRIMÁRNÍ PÉČE

*Už jedenáctý Kongres primární péče se konal od 24. do 25. února 2017 v pražském Top Hotelu za účasti 1300 převážně praktických lékařů. Mezi širokou paletou probíraných témat zazněl v tematickém bloku **Bolest – každodenní soupeř** příspěvek prof. Richarda Rokyty s názvem **Využití patofyziologie v léčbě chronické bolesti v ambulanci praktického lékaře** a spolupracovnice Ústavu normální, patologické a klinické fyziologie 3. LF UK MUDr. Jitka Fricová PhD. přednášela o **Léčbě onkologické a neonkologické bolesti v primární péči**. Oba se zúčastnili také kulatého stolu, kde se probírala prevence chronické bolesti v dospělosti a v dětství.*

(rr)

Proč vlastně děkani tolik chtějí přijetí zákona o univerzitních nemocnicích?

Michal Anděl

V době první úřednické vlády v Česku v roce 1998 byl přijímán zákon o vysokých školách. Tehdy jsme smutně zjistili, že zatímco projednává školní statky a fakultní základní či střední školy, o výuce lékařství obsahuje jedinou větu, totiž že (cituji nepřesně) výuka studentů medicíny probíhá ve fakultních nemocnicích. To se samozřejmě děkanům moc nelíbilo a chtěli nějaké větší upřesnění vztahů mezi fakultami, resp. univerzitami (fakulty totiž zákonem ztratily svoji právní samostatnost) a fakultními nemocnicemi. Tehdejší ministr školství Jan Sokol nás uklidňoval, že jistě bude brzy přijatý zákon o univerzitních nemocnicích, který vše dobře vyřeší.

Zákon o univerzitních nemocnicích od té doby představuje červenou niť jednání mezi děkany, rektory a ministry zdravotnictví a občas se změní i na červený ručník, který je hozen do ringu, nebo dokonce červený kus plátna, který dovede dráždit. Záleží na tom, kdo je ministrem zdravotnictví a na jeho přístupu k problému. Byli tací, kteří věc více odmítali, nebo se jí vůbec nezabývali (byli zejména z ODS). Jiní předstírali jednání a od doby ministra Hegera se vedení ministerstev prací nad zákonem o univerzitních nemocnicích zabývalo podrobněji. Zatímco předchozí ministr Němeček chtěl zakotvit postavení univerzitních nemocnic jen v rámci zákona o veřejně

právních nemocnicích, současný ministr Ludvík přišel s návrhem zákona vlastního. Po prostudování ministerského návrhu mohli děkani a rektori přijít s náměty i námitkami a musím říci, že naprostě většině z nich bylo vyhověno.

Zákon tak vůbec poprvé popisuje postavení univerzitní nemocnice, její strukturu včetně struktury jejího vedení, mechanismy vedoucí k jmenování ředitele nemocnice, kolektivní orgány v univerzitní nemocnici, způsob jejich jmenování a také podrobnosti o hlasování, včetně potřeby získat tříčtvrtinovou většinu při některých hlasováních, což dává například zástupcům univerzity či jindy zase zástupcům státu blokační možnosti hlasování. Jsou však omezeny jen na nejdůležitější typy hlasování, z nichž asi nejdůležitější je hlasování o majetku nemocnice.

Rada nemocnice má čtyři zástupce státu (tři z ministerstva zdravotnictví a jednoho z ministerstva školství), dva zástupce univerzity, které deleguje rektor na návrh fakulty a konečně jednoho zástupce zaměstnanců nemocnice, který je zvolen zaměstnanci. Rada volí kandidáta na ředitele, kterého pak navrhne ke jmenování ministru zdravotnictví. Rada má jasně vymezené pravomoci, včetně pravomoci schvalovat plány na rozvoj nemocnice a další zásadní věci, které ji předkládá ke schválení ředitel.

Kromě Rady nemocnice je v zákonu navržena i Akademická rada univerzitní nemocnice, která se podrobněji zabývá akademickými aspekty její činnosti, tedy zejména výzkumem a rozvojem a výukou. V Akademické radě má fakulta ještě významnější zastoupení než v Radě nemocnice. Akademická rada se vyjadřuje k mnoha zásadním věcem, které ředitel navrhuje v oblastech rozvoje nemocnice, výzkumu a dalších důležitých oblastech potřebných pro soužití fakulty a nemocnice.

Jasně jsou popsány i procedury, které vedou ke jmenování přednostů a přednostek společných pracovišť, tedy klinik a ústavů.

Lékařské fakulty jsou tak vůbec poprvé zákonem potvrzeny jako významný faktor činnosti univerzitní nemocnice. Přestávají být jakousi samozřejmou institucí v pozadí a z jednání, která často závisela na dobrých vztazích děkana fakulty a ředitele fakultní nemocnice se de facto stávají druhou ze zakladatelských institucí univerzitní nemocnice.

Stejně jako u zákona zabývajícího se specializačním vzděláváním lékařů a odkazy na jeho přehlednost v Německu si neodpustím srovnání s jednotlivými spolkovými německými zeměmi. Tam je role univerzitních nemocnic jasně zakódována v zákonech, které se mezi jednotlivými spolkovými zeměmi trochu liší. Nemocnice vždy ale mají kolektivní orgány, na jejichž činnosti se zástupci lékařské fakulty zásadně podílejí. Vzniká tak situace, která vede k sjednocování stanovisek k problémům zásadním jak pro nemocnici, tak pro fakultu. Nejsou to už dávno *ti školští* a *ti zdravotničtí*, ale v zásadě všichni jsou univerzitně nemocniční. Přinejmenším v postojích, které se týkají dalšího rozvoje nemocnice

a podmínek pro výuku, výzkum a rozvoj. Z tohoto hlediska mě velmi potěšilo, že se pozitivně o zákonu vyjádřil v rozhlasovém rozhovoru i ředitel naší FNKV, snad budoucí UNKV doc. Robert Grill.

Zákon jistě může v jednotlivostech nacházet určitou kritiku. Možná, že i fakulty by chtěly mít o jednoho zástupce v radě univerzitní nemocnice více. Možná, že by měl být v Radě nemocnice zástupce regionální správy, tedy kraje. Možná, že takových míst najdeme v zákoně ještě několik. Je však stále ještě ve stádiu návrhu a čeká ho ještě dlouhá pouť výbory i oběma komorami parlamentu, kde může ještě doznat změn. Doufejme, že se nestane obětí pověstné lidové tvořivosti poslanců a senátorů a změny budou jen zpřesňující. Podle mého názoru však už nyní představuje zásadně pozitivní organizační posun a také nejdůležitější krok v kultivaci vztahů mezi nemocnicemi a „jejich“ fakultami. Z tohoto hlediska pak má i významný kulturotvorný aspekt.

Pevně věřím, že zákon bude znamenat významnou podmínku pro další rozvoj univerzitních nemocnic. Ty se postupně staly v historii trvající více než dvě stě let základní páteří složkou české péče o nemocné, výuky studentů medicíny, specializační výuky i českého lékařského výzkumu. Pevně věřím, že zákon budoucí univerzitní nemocnice posílí a povede k jejich rozkvětu. Pevně věřím, že to bude k prospěchu celé české společnosti. Tedy ať sílí a vzkvétají univerzitní nemocnice. Proto nejen *quod bonum*, ale také *ut floreat et crescat*.

Vzpomínka na plastického chirurga Konstantina G. Troševa

Leo Klein

Počátkem února tohoto roku zastihla plastické chirurgy v Čechách, na Moravě i na Slovensku smutná zpráva o úmrtí našeho bulharského kolegy doc. MUDr. Konstantina G. Troševa, CSc., z Varny. Znali jsme jej dlouhá léta z odborných setkání plastické chirurgie a popáleninové medicíny, z aktivní činnosti v redakční radě odborného časopisu plastické chirurgie a mnoha jiných akademických, kulturních a mezinárodních aktivit. Následujícími řádky bychom chtěli alespoň krátce připomenout nejvýznamnější momenty jeho života a práce.

Konstantin Georgiev Trošev se narodil 27. ledna 1940 v bulharském Ruse v rodině potravinářského chemika. Po maturitě na střední škole odešel studovat do Prahy, kde v roce 1964 promoval na Fakultě všeobecného lékařství Univerzity Karlovy. V době studií dobře poznal českou historii, kulturu a způsob života a velmi přilnul ke své Alma Mater – Univerzitě Karlově. V Praze se také seznámil s českou spolužačkou a budoucí manželkou Ludmilou, která se stala dětskou lékařkou.

Mladý lékař Trošev chtěl po promoci pokračovat ve studiu vědecké aspirantury u profesora Buriana, neboť se velmi zajímal o plastickou a rekonstrukční chirurgii a léčbu popálenin. Byl však povolán zpět do Bulharska k vykonání vojenské služby. Jeho zájem o plastickou chirurgii trval, specializoval se v ní a jako žák profesora F. Buriana, se stal jejím průkopníkem v Bulharsku.

V roce 1976, rovněž na Univerzitě Karlově, obhájl kandidátskou disertační práci. V roce 1988 založil specializované pracoviště – kliniku plastické chirurgie a léčby popálenin v nemocnici vojenského námořnictva ve Varně, která byla součástí bulharské Vojenské lékařské akademie, a stal se jejím prvním přednostou. V té době tam také habilitoval. Publikoval více než 200 vědeckých prací a je autorem osmi monografií a učebnic.

Obdivuhodnou práci vykonal doc. Trošev na poli poznávání a posilování vzájemných historických a kulturních vztahů a vazeb mezi bulharským národem a Čechy a Slováky. V roce 1973 založil ve Varně Společnost bulharsko-českého a slovenského přátelství, která pořádá kulturní a osvětové akce po celém Bulharsku. V Praze i dalších našich městech se prezentovala např. uspořádáním koncertů, výstav mladých bulharských umělců nebo vysíláním mladých vědců na naše odborné akce. V oblasti spolupráce na akademické úrovni založil doc. Trošev v roce 1977 pobočku pražského spolku Karolinum – tedy absolventů a přátel Univerzity Karlovy žijících v Bulharsku. Konstantin Trošev měl velikou zálibu ve studiu historie bulharsko-českých vztahů v oblasti své profese, tedy lékařství a zejména chirurgie. Publikoval řadu prací, z nichž za všechny jmenujme nejvýznamnější monografii *Čeští lékaři v Bulharsku v době balkánských válek 1912-1913*,



kteřá vyšla dvojjazyčně v bulharštině a češtině ve dvou vydáních (1984, 2003).

Doc. Trošev byl nositelem řady bulharských i českých vyznamenání, mezi nimi Řádu Cyrila a Metoděje a Pamětní medaile Univerzity Karlovy u příležitosti 650 let založení. Snad nejvíce si však Konstantin vážil ceny Gratias Agit, udělovanou od roku 1997 ministrem zahraničních věcí České republiky za šíření dobrého jména České republiky v zahraničí, a kterou obdržel v roce 2003.

Docent Trošev dlouhodobě aktivně udržoval kontakty s českou i slovenskou plastickou chirurgií a se společnostmi popáleninové medicíny. Přednášel na našich symposiích a kongresech. Mnoho roků pracoval v redakční radě Acta Chirurgiae Plasticae a časopis propagoval mezi bulharskými kolegy. Významně rovněž pomáhal např. při organizaci letních táborů u Černého moře (organizovaných občanským sdružením Bolí to při Klinice popáleninové medicíny 3. LF UK a FNKV) pro české děti, které prodělaly závažné popáleninové úrazy. V kontaktu s námi zůstal pan docent ještě i v posledních letech, kdy byl již vážně nemocen. Naposledy navštívil Prahu v říjnu 2013, kdy se zúčastnil zádušní mše po úmrtí paní profesorky Radany Königové, které si celý život nesmírně vážil. Konstantin Trošev zemřel ve Varně dne 3. února 2017.

Náš vážený kolega, milý přítel a vzácný člověk odešel se ctí po vykonání obrovského množství práce ve prospěch bulharské medicíny, plastické chirurgie a léčby popálenin, pro šíření vzájemných přátelských vztahů mezi Čechy, Slováky a Bulhary. V neposlední řadě byl také vzorný manžel, starostlivý otec dvou dcer a dědeček čtyř vnoučat, oddaný své rodině, kterou miloval nade vše. Čest jeho památce!

Autor vzpomínkového textu doc. MUDr. Leo Klein, CSc., toho času působí na Oddělení plastické chirurgie a léčby popálenin Chirurgické kliniky LF UK a FN, Hradec Králové.

A black and white photograph of a stack of four old, worn books. The books are stacked vertically, showing their spines and the edges of their pages. The paper appears aged and slightly yellowed. The word "TEXT" is overlaid in a bold, black, sans-serif font in the center of the stack. The background is a plain, light-colored surface.

TEXT

Deník: Britský systém v krizi

Gavin Francis

První nemocná, kterou jsem ten den navštívil doma, byla sedmadvadesátiletá žena, které jen „nebylo dobře.“ Její dcera mi volala kolem desáté, to jsem byl v ordinaci. Poté, co odešel pacient, mrkl jsem na počítač a povšiml si jejího jména. „Co znamená: není dobře?“ otázal jsem se Pearl, naší recepční, když jsem šel kolem ní do čekárny zavolat dalšího pacienta. „Prostě jí není dobře,“ pokrčila rameny.

Betty Cruikshankovou navštěvuji zhruba jednou měsíčně. Žije se svou invalidní dcerou Normou v domku se dvěma místnostmi dole a dvěma nahoře. Většinu času tráví v posteli v zadním pokoji. Kolem její postele jsou matrace napojené na alarm, protože Betty má ve zvyku přelézat zábrany připevněné k rámu postele. Naposledy se o to pokusila před pár měsíci a než ji našli, ležela asi hodinu s kotníkem zaklíněným v zábraně. Trpí demencí a párkrát už měla cévní mozkovou příhodu, ale dokáže se sama najít, když před ní pečovatelka anebo Norma pokrm postaví, a taky většinou spolupracuje, když se jedna či druhá snaží, aby nebyla umazaná od jídla.

Byla to pravda – nebylo jí dobře. „Dobrý den paní Cruikshaková,“ sklonil jsem se k ní a jí dlouho trvalo, než odpověděla. Nemluvila zřetelně a také se mi zdálo, že se dívá spíš přes moje rameno než mně do očí. Nemohla pohnout rukou a ani vypláznout jazyk, když jsem ji o to požádal. Jakmile jsem jí položil na hrudník stetoskop, zaznamenal jsem nebezpečný chrčivý zvuk, a dýchala rychleji než obvykle.

„Když pije, prská u toho,“ řekla její dcera, která dříve pracovala jako ošetřovatelka. „Mohla by to být další mrtvice?“

„Možná ano,“ odvětil jsem, „anebo by to mohla být nějaká hrudní infekce.“

Betty si už léta nepřeje být resuscitována (žádost DNR). Kvůli hrudním onemocněním byla několikrát hospitalizována, jednou také se selháním ledvin. „Mohli bychom ji vzít na rentgen,“ řekl jsem, „abychom vyloučili mrtvici, ale...“ zmlkl jsem a sledoval, jak se na to Norma tváří, „ale upřímně řečeno, myslím, že by raději zůstala doma a nechala se přeléčit antibiotiky.“ Norma přikývla, očividně se jí ulevilo. „Budu sledovat, jak se jí vede. Kdybyste si nebyla čímkoli jistá, zavolejte mi, přijdu se na ni podívat.“ Kdyby nebyla Norma doma, museli bychom ji odvézt do nemocnice, protože státem hrazené ošetřovatelky u ní mohou být jen na pár minut zhruba čtyřikrát denně.

Zrovna když jsem upevnil kufřík k nosiči na kole, v kapse mi zazvonil telefon. Byla to Pearl. „Jste pořád venku?“ zeptala se. „Mary Robertsonová právě volala, říká, že nemůže dýchat.“ Další návštěva u pacienta znamenala, že přijdu asi hodinu po začátku mých odpoledních ordináčnických hodin. Přestal jsem myslet na rozzlobené pacienty v čekárně a soustředil se na Mary Robertsonovou. Neznal jsem ji tak dobře jako paní Cruikshankovou, ale vybavil jsem si, že je to soběstačná dvaadvadesátiletá vdova žijící v pečovatelském domě,

zvládne si sama nakoupit a platí si pečovatelku, která za ní chodí jednou denně. Věděl jsem, že měla problémy s močovým měchýřem, bolesti v kyčli, ale na nic víc jsem si už nevzpomněl.

Když mě vpouštěla do domu, v bzučáku u vchodu zněla vylekaně a jakoby nemohla popadnout dech. Chodby uvnitř domu byly vymalované pastelovými barvami a zdobené jemným vzorkem, na podlaze rohože, hrany schodů opatřené protiskluzovými podložkami. Její dveře byly dokořán a já vešel do úzkostlivě čistého bytu, kde ze stropu visely červené zvonky, které by ji v případě potřeby spojily s centrální kanceláří anebo s asistentkou na telefonu. Mary také měla alarm na přívěsku zavěšeném kolem krku: seděla na okraji pohovky, ztěžka dýchala, v očích děs.

Řekla mi, že se jí v posledních dvou dnech stále hůře dýchá. Ne, na hrudi ji nic nebolí, ne, kotníky jí neotékají. Měla nízkou hladinu saturace kyslíkem, jen 92 %, frekvence dýchání příliš rychlá, pulz hodně přes sto. Slyšel jsem, že vzduch se na levé straně hrudníku pohybuje normálně, zato pravá strana byla prakticky hluchá. Při poklepu na hrudník levá strana zněla dutě, zato na pravé jako bych klepal na kámen.

„Myslím, že na jedné plíci máte vodu,“ řekl jsem a sedl si vedle ní. Rukama se opírala o stehna, snadněji se jí tak zvedala ramena, což jí usnadňovalo dýchání.

„Co... s tím... můžete ... udělat?“ zeptala se přerývavě.

„Můžeme ji z plíce vyčerpat,“ odpověděl jsem, „ale musíte jít do nemocnice.“

„Když to říkáte, synku,“ odvětila. Nebyl jsem si jist, co byla příčina té tekutiny. Mohla to být první známka nádoru na plicích; mohla to být infekce; mohlo to být

libovolný počet dalších poruch vzhledem k jejím 92 letům. Nezačne-li se ihned s léčbou, do dvou dnů zemře.

Sanitka je sice vybavená kyslíkem, ale než by přijela, trvalo by to, takže po zvážení všech možností jsme se rozhodli zavolat taxi. Napsal jsem jí doporučení a než jsem to dokončil, taxík už stál u dveří. Mary si sbalila své léky a pár věcí. Zavěsila se do mě, když jsme odcházeli. „Moment,“ řekla udýchaně u dveří. Šla k tlačítku na stěně a stiskla je, aby se spojila s kanceláří. Hlas ošetřovatelky zaduněl neviditelnými reproduktory v obývacím pokoji.

„Ano, paní Robertsonová, jste v pořádku?“

„Je tu“ – nádech – „doktor“ – nádech – „jdu“ – nádech – „do nemocnice“ – nádech – „můžete“ – nádech – „to říct“ – nádech – „mé dceři?“

Její dcera bydlí v Londýně, a pomáhá jí, jak je v jejích silách, což není moc často.

„Samozřejmě, paní Robertsonová, udělám to,“ řekl reproduktor.

Pomohl jsem jí ze schodů a do taxíku. Stupátko do vozu bylo pro ni příliš vysoko, a když jsem požádal řidiče, aby vysunul rampu, zakoulel očima a vzdychl si.

Na odpoledne jsem měl objednaných 12 pacientů, každý po deseti minutách, uspokojivá kolekce horeček, zranění, úzkostí, bolestí a sklíčeností. Praktické lékařství je v celé své kráse nejen o medicínské vědě, ale také o laskavosti. Začal jsem o půl hodiny později a své zpoždění jsem nedohnal. Když jsem se rozloučil s posledním pacientem a chystal se k psaní zpráv a dalších dokumentů, ozvalo se zaklepaní na dveře – znovu Pearl. „Gavine, je mi to vážně líto, ale bude třeba navštívit další pacientku. Volala ošetřovatelka Ellen MacIvorové, že je zmatená.“

Ellen MacIvorovou jsem znal o trochu lépe než Mary Robertsonovou. Bylo jí 95 let, ročník narození 1922 – a nějak se stalo, že stále bydlela sama v prvním patře starého činžáku. Nikdy se nevdala a neměla děti, ale třikrát týdně za ní chodila její neteř. Ošetřovatelka ji navštěvovala třikrát denně, aby jí pomohla s jídlem. Ellen se dokázala sama umýt a obléci, dokonce si některá jídla připravovala sama. Když jsem se s ní viděl před sedmi lety poprvé, vystoupala schody bez problémů, podezíral jsem ji však, že zhruba od loňska byla venku jen stěží.

Klíče od domu byly ve schránce na stěně u vchodu. Vyfukal jsem kód a vypadly dva klíče. Vešel jsem dovnitř, prodral se mezi kočárky a koly zamknutými na podestě a druhým klíčem si otevřel její byt. Čtvrt, ve které Ellen bydlela, bývala chudinská, ale několikrát zvýšení cen nemovitostí a nastěhování vlastníků s vyššími příjmy ji změnilo; jejími sousedy jsou nyní mladí úředníci anebo studenti. „Slečno MacIvorová?“ zavolal jsem ode dveří, ale nikdo neodpovídal. Ošoupané koberce, skvrny od jídla na lištách, zatuchlý pach moči. Vešel jsem do obývacího pokoje. Spala v křesle u elektrického krbu, zástěru politou od čaje. Sendvič připravený pečovatelkou k obědu byl nedotčený a na vzkazu od nich stálo, že se jí snažili pomoci na záchod, ale nemohla se pohnout. Jednou jsem pracoval s lékařem z nemocnice, který tento problém nazýval „acopií“, tedy neschopností se hýbat. Jiný ho označil za „de-pedismus“, pacientovi se „odporučely nohy“.

„Slečno MacIvorová!“ zavolal jsem znovu a hlasitěji. Pomalu otevřela oči. Podobně jako paní Cruikshanková mi nepřítomně hleděla přes rameno. Její hrudník zněl hrozně – plný hlenu a pískal. Když jsem ji naklonil

k sobě, abych si poslechl její plíce, viděl jsem, že se pomočila, polštář byl vlhký.

Dokázala mi říci, jak se jmenuje a kdy se narodila, ale uvedla špatný věk i nesprávnou adresu a nemohla si vzpomenout, který je rok. Také to vypadalo na nějaké hrudní onemocnění, zřejmě po anebo v souvislosti s cévní mozkovou příhodou či transienční ischemickou atakou. V bytě nebylo žádné zdvihací zařízení, ani žádná další diagnostická pomůcka vyjma mého stetoskopu, a už bylo téměř sedm večer. Nebylo v mé moci povolání pečovatelky, která by s ní zůstala přes noc. Kdybych měl k dispozici nějakého pomocníka, umyl bych ji a uložil do postele.

Pokoušel jsem se dovolat její neteři, ale nikdo telefon nezvedal. Na prázdné pohovce se kupily dokumenty od pečovatelské služby, rozpis péčí, platíčka s léky a časopisy s televizními programy. Prohrabal jsem hromadu a nakonec našel rozpis, na kterém bylo napsáno jiné telefonní číslo na neteř. Tentokrát jsem se s ní spojil. „Potřebuje nějaká antibiotika a také vyšetřit,“ řekl jsem jí. Otázala se, nervózní a ztřápená: „V nemocnici?“

„Není to nutné,“ odvětil jsem. „Jste někde poblíž?“

„Ne – budu zpátky až za pár dní,“ řekla.

„Mohl bych se pokusit, aby jí přidělili ještě jednu pečovatelku,“ řekl jsem, ačkoliv jsem věděl, že to nebude dříve než druhý den ráno. „Pokud ji bude někdo navštěvovat čtyřikrát namísto třikrát denně, mohla by zůstat doma.“

„To bych měla strach, pane doktore,“ odvětila. „Pokusí se vstát a upadne. Nemyslím si, že můžeme takové riziko podstoupit.“

„Nebojte se, zařídím to,“ řekl jsem po chvíli. Zavolal jsem do nemocnice, zajistil sanitku, napsal žádanku

a nechal ji u dveří, na hromádce papírů a platíček od léků, kde ji posádka sanitky uvidí hned ode dveří. „Půjdete do nemocnice,“ řekl jsem slečně MacIvorové. Otevřela oči: „Ne, to ne,“ zamumlala a znovu usnula.

Na lince mi řekli, že sanitka přijede do čtyř hodin od zavolání. Zaklapl jsem dveře a klíče uložil zpět do schránky.

*

Druhý den odpoledne se konalo setkání všech praktických lékařů z mého regionu, neboli „klastru“. Nescházíme se často – jsme až příliš zaneprázdnění klinickou prací a přesčasovými hodinami, kterými nahrazujeme svou nepřítomnost v ordinaci. Mnoho ordinací v naší čtvrti se ruší. Některé proto, že lékaři za sebe nemohou sehnat náhradu, jiné proto, že zastaralý systém, podle kterého si obvodní lékaři mají pronajímat vlastní prostory, už dávno nefunguje. Když se obvodáci sejdou, hodně se lamentuje nad přehnaně vysokými nároky ze stran pacientů a neúprosnými požadavky ze strany vlády. Většina doktorů má však svou práci ráda a snaží se najít způsob, jak docílit toho, aby byl systém udržitelnější.

Ve Skotsku jsou „klastry“ reakcí na anglické CCG, Clinical Commissioning Groups (Skupiny praktických lékařů): shromáždění doktorů, kteří mají příležitost se setkat a plánovat služby ve svých regionech. Nikdo z nás netuší, jak spravovat tak obrovský rozpočet, kterým manipuluje státní zdravotní péče 21. století – jsme doktoři, ne manažeři. Člověk by si myslel, že po deseti či častěji dvaceti letech strávených v praktickém lékařství už nebudeme mít zájem podílet se na strategickém plánování, ale obě vlády, jak britská, tak i skotská, se domnívají, že právě o to bychom měli usilovat. Každý

měsíc se v lékařských časopisech objevují inzeráty ke „školení vedoucích pracovníků“ a „školení, jak pružně reagovat na změny“. Nejsem si jist, kdo se postará o pacienty, zatímco my se budeme snažit osvojit si nové dovednosti.

Prvním řečníkem na našem setkání byl farmaceut z primární péče, který hovořil o návrzích řešení situace, která vznikla v rámci Desetiletky zkvalitnění péče (Quality Outcomes Framework – QOF). V desetiletce jsou lékaři postihováni za to, že NEPŘEDEPISUJÍ léky. Každému se počet diagnóz s přibývajícím věkem zvyšuje a proto QOF nařizuje, aby se na každou novou diagnózu vztahoval jeden či více receptů. V současné době je naprosto běžné, že osmdesátiletému pacientovi předepisujeme 12 různých léků, které má denně užívat. Nejde jen o to, že to je drahé: také to způsobuje nežádoucí vedlejší účinky. A navíc, jsme kontrolováni, zda předepisujeme nejlevnější dostupné verze daného léku: každá ordinace dostává pro výstrahu soupis, na kterém jsou srovnány naše vlastní preskripční náklady s místním a národním průměrem. Nyní se ve Skotsku od QOF upustilo (v Anglii, Walesu a Severním Irsku se stále drží na nohách), a zatím nebylo ničím nahrazeno. Farmaceut nás nabádal k tomu, abychom přestali předepisovat léky, které nelze odůvodnit jasnými důkazy, dokonce i starším pacientům. Toto by mělo být součástí nově kladeného důrazu na „realistickou medicínu“.

Jako druhý vystoupil manažer zdravotní komise ve velice nablýskaných botách, který, protože věděl, že stojí proti nepřátelskému davu, nás poctil dlouhou historkou o zdravotních problémech svých prarodičů, a to proto, aby nás ujistil, že si je vědom výzev a složitosti primární péče. Takových promluv jsem už zažil spoustu.

Třetí řečník byl vysoce respektovaný, energický lékař – konzultant, jenž byl pověřen, aby upravil způsob péče, kterou věnujeme stále zvyšujícímu se počtu starších pacientů pendlujících z domu do nemocnice a zase zpět. Ve čtvrti, kde pracuji, se v letech 2003-2013 celkový počet lůžek zmenšil o 20 %. Dle tohoto lékaře je v plánu nadále redukovat lůžka o dalších 10-15 %. „To se dá zvládnout,“ pravil. „Čtyřicet procent pacientů mého oddělení v nemocnici vůbec nemusí být.“ V jeho hlase byla patrna jistá známka podrážděnosti, jako by příjem starších pacientů byla primárně chyba nás, praktických lékařů. „Co uděláte,“ zeptal se nás, „když zavoláte, že potřebujete umístit pacienta a my ho odmítneme, protože nemáme volná lůžka, protože si je nemůžeme finančně dovolit?“

Nastalo překvapené ticho. To byla tedy novinka: zkušený klinik, který stál strategickému plánování nejbliž, nám sdělil, že současný systém je na pokraji zhroutil, za což vlastně může všeobecné lékařství, jež je vlastně samo ve velkém maléru. Zástupce vedení nemocnic zde hovoří o „pacientech blokujících lůžka,“ a zdá se, že tento problém lze řešit jen tím, že těmto pacientům bude nemocniční péče zamítnuta. Kdybyste se zeptali instalatéra, co udělá s ucpaným odpadem, asi by vám vadilo, kdyby vám sdělil, že je třeba přestat používat vodovodní kohoutek. Tento konzultant se nás ptá, co uděláme s pacienty, které nemocnice odmítne. Já mám ale jinou otázku: co se stane, pokud naše žádanky o umístění pacienta do nemocnice budou zamítnuty? A sám si odpovídám: „Tito pacienti zemřou.“

Krise státní zdravotní péče má mnoho příčin a nepředstírám, že jim všem rozumím. Fenomenální úspěch moderní medicíny tkví v tom, že umí udržet po desít-

ky let na živu pacienty (i když jsou více či méně závislí na neustálé péči), kteří by dříve zemřeli během několika týdnů. Znáím jednu stoletou ženu, která nedávno podstoupila velmi komplikovanou operaci srdce, plánovanou, nikoli akutní, proto, aby se jí zlepšila kvalita života. Pokroky ve výživě, bydlení, hygieně a v informovanosti veřejnosti, jak pečovat o své zdraví, vedly k tomu, že se délka života závratně zvýšila. V roce 1948, kdy se přistoupilo k státní zdravotní péči, se muži dožívali 66 a ženy 71 let. V současné době obě pohlaví dosahují osmdesátky a náklady na průměrného pětiosmdesátiletého pacienta jsou pětinasobně vyšší než na průměrného třicátníka. K tomu je třeba přičíst i atomizaci rodin, způsobenou sociálními a ekonomickými změnami, což v praxi znamená, že stále méně lidí má u sebe příbuzné, kteří by se o ně ve stáří postarali. A jsou tu i jiné, méně materiální faktory – např. obavy politiků, že bulvár si na nich smlsne, kdykoli se začne hovořit o novém léku na rakovinu, na který státní zdravotní péče vynaložila obrovskou sumu peněz a jehož výsledky jsou stejně nejisté, zatímco na jiné, méně atraktivní zákroky, už finance nejsou.

Paní Cruikshanková měla štěstí: má dceru, která se spolu se mnou rozhodla neprodlovat její život za každou cenu, a pečovatelskou službu, kterou bylo možné zintenzivnit natolik, že mohla zůstat doma. Paní Robertsonová je ukázkový případ, který zástupci vedení používají při obhajobě snížení lůžek pro starší pacienty – soběstačná a nezávislá, jejíž potíže lze diagnostikovat, ošetřit a pak ji propustit do domácí péče. Dnes už je zase doma a další vyšetření budou provedena ambulantně.

Se slečnou MacIvorovou si naopak státní zdravotní péče neví rady. V nemocnici stráví několik týdnů, stále

více bude závislá na nemocniční péči – a bude blokovat postel. Uvolnění jejího lůžka bude ale vyžadovat velkou investici do pečovatelských služeb – jednak neustálou pohotovost, která může zasáhnout ihned, ve dne i v noci, která ji umyje, uloží do postele a zařídí převoz na potřebná vyšetření, a dále dvojnásobný počet ošetřovatelek, dokud budou zapotřebí.

Bude nutné značně rozšířit počet domů se státní pečovatelskou službou, kam budou moci praktičtí lékaři odkázat pacienty s akutními potížemi, jež nevyžadují hospitalizaci. Bude potřeba výrazně navýšit primární péči – zaměstnat více praktických lékařů a obvodních sester. Obvodní sestry mají velkou zásluhu na zmenšení počtu akutních příjmů, ale jsou žalostně podhodnoceny a mnohé odcházejí do předčasného důchodu. Jejich školení se zkrátilo, avšak rozpis jejich služeb vystoupal až k hranici úměrnosti, což některé sestry vede k ukončení pracovního poměru.

Zásahy konzultantů a poznenáhle privatizace již dlouho podobně jako termity nahlodávají trámy a podpěry kdysi velkolepé stavby státní zdravotní péče. Nyní je celá budova před zhroucením. Pokud chceme zásadní principy státní zdravotní péče zachovat, bude třeba najít další finanční prostředky a možnosti řízení. Chtít po praktických lékařích, aby si ve svém volnu vytvořili strategický plán péče, je nejen absurdní, ale také nebezpečné. Zatím se ale nezdá, že by politici, ať už v Edinburghu či v Londýně, voličům na rovinu sdělili, jaké by byly náklady na zdravotnictví, abychom dosáhli průměru v EU. Francie, Německo a Švédsko vynakládají na zdravotnictví více než my. Nedostatečné financování zdravotní péče ve Velké Británii je politickým rozhodnutím.

(Text skotského autora, lékaře a spisovatele Gavina Francise, vyšel 2. března 2017 v London Review of Books, www.lrb.co.uk.)

Přeložila Mgr. Kateřina Višňovská.

Legendy jednoho ústavu

Juraj Strauss (18. 1. 1917 – 11. 3. 2017)

Ludmila Šrámová

V sobotu 11. března 2017, necelé dva měsíce po svých stých narozeninách, zemřel válečný veterán mjr. v. v. doc. MUDr. Juraj Strauss, CSc. Byl vojákem československé zahraniční jednotky ve Velké Británii, na přelomu roku 1944 a 1945 bojoval u Dunkerque. Na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy promoval v roce 1947. Svůj život spojil s virologií, které se věnoval ve Státním zdravotním ústavu a kterou také vyučoval studenty Lékařské fakulty hygienické Univerzity Karlovy, předchůdkyně 3. lékařské fakulty UK. Významně se podílel na vymýcení zarděnek a spalniček v České republice a také v Keni. S laskavým svolením nakladatelství Triton přinášíme úryvek z knihy *Legendy jednoho ústavu* (2004) pojednávající o významných pracovnících Státního zdravotního ústavu. Celá třetí kapitola je věnována právě doc. MUDr. Juraji Straussovi.

Seděl proti mně. Pětaosmdesátiletý muž, jen lehce schýlený, s minimem vrásek ve tváři, čilý, s vynikající pamětí. Mluvil pomalu, hlasem ještě zastřeným po dvou chřipkách, které v zimě prožil. Jeho životní příběh by mohl být námětem pro několik dobrodružných knih.

Pan docent MUDr. Juraj Strauss, CSc., MSc.

„Začátek je v Košicích, kde jsem se narodil. Doma jsem byl v Liptovském Mikuláši. Měl jsem bratra a poz-



ději nevlastní sestru. Bratr Pavel byl o 5 let starší, zemřel v roce 1994. Stal se chirurgem a také velice známým slovenským spisovatelem a básníkem katolické moderny. Napsal více než 25 knih. Oba jsme konvertité.

Můj otec byl advokátem v Liptovském Mikuláši. Maminka byla doma. Zemřela v roce 1933, bylo jí 42 let. Tatínek se znovu oženil, a tak přibyla moje nevlastní sestra. Dlouhá léta žila v Americe a tam také minulý rok zemřela.

Otcův osud byl hrozný. Za války se ukrýval i se svou manželkou v liptovských horách. V roce 1945, krátce před osvobozením města, se stal i se svou ženou obětí loupežné vraždy.

Po maturitě v roce 1935 jsem odešel do Prahy studovat medicínu. Absolvoval jsem deset semestrů, když došlo k zavření vysokých škol. Vrátil jsem se domů na Slovensko a tam jsem těžce pracoval na poli, jezdil jsem s koňmi, brázdil pole, oral. Taky jsem pracoval na nádraží, vykládal jsem vagony.

Hned v září 1939, při napadení Polska Hitlerem, jsem byl spolu s dalšími odvezen do kasáren v Ružomberku. Dostali jsme uniformu, krumpáč a lopatu. Hlinkova garda nás všude provázela. Z kasáren nás nahnali do vagonů jako dobytek. Nejdříve Poprad, dále pěšky 50 km po Spiši, pak znovu do vagonu, odtud do Prešova a dál na polské hranice. Museli jsme upravovat mosty a cesty pro postupující německou armádu. To trvalo do konce října 1939.

V roce 1940 jsem dostal povolání do slovenské armády, ale nenastoupil jsem. Po zkušenostech z minulého roku jsem si řekl, že už ne. Můj otec mi opatřil falešný pas, a já jako Maďar opustil Slovensko. Jel jsem vlakem přes Budapešť, Jugoslávii, Terst a z Terstu lodí, která

se jmenovala Marco Polo, do Alexandrie. Odtud lodí do Palestiny, do Haify a tam jsem zůstal. Pracoval jsem na poli jako zemědělský dělník v jedné osadě za Haifou i jako přístavní dělník v Haifě. Pracoval jsem společně s Araby a naučil jsem se hebrejsky.

Jednou Italové bombardovali rafinérii v Haifě a zasáhli nádrže s olejem. Byl jsem 200 metrů od zásahu. Téměř jsem přišel o život.

Moje ambice mě vedly na univerzitu, na Přírodovědeckou fakultu v Jeruzalémě. Přihlásil jsem se tam na konkurz v oboru bakteriologie a hygiena a ten konkurz jsem vyhrál. Studoval jsem celkem tři roky, započítali mi studia medicíny v Praze a odpustili jeden rok. Studia jsem skončil v roce 1943 disertační prací „Vliv A-avitaminózy na bakteriologický obraz oesophagu u slepic“. Tak jsem získal hodnost Master of Science, tedy MSc. na hebrejské univerzitě v Jeruzalémě. Bylo mi šestadvacet let.

Do armády jsem se přihlásil už v březnu 1942, ale dostal jsem odklad do ukončení studií. Toužil jsem se vrátit do Československa.

Do československé armády na středním východě jsem nastoupil 27. dubna 1943 a prodělal jsem nejprve v Haifě výcvik ve zbrani, s puškou, automatem, kulometem a lehkým minometem. Potom jsme byli převezeni do Egypta, tam jsme v poušti čekali na další dispozice. Bylo rozhodnuto, že naše vojska včetně bojovníků u Tobruku budou převezena do Velké Británie. Před opuštěním Egypta jsme ještě defilovali před generálem Wilsonem, hlavním velitelem vojsk středního východu.

Naše jednotka se nalodila na Mauretánii, původně civilní loď přestavěnou na válečnou. Cesta lodí trvala šest týdnů. Nejdříve jsme se plavili Rudým mořem na Madagaskar, potom Indickým oceánem plným japonských

ponorek. Na cestě do Kapského Města jsem zažil děsivou bouři. Dva angličtí opilí vojáci spadli do moře. Kapitán nás předem upozorňoval, že když někdo spadne do moře, popluje dál a loď zastavit nedá. Přistáli jsme v Kapském Městě a tam jsme zůstali týden.

Byl jsem obyčejný voják. Na lodi jsme byli umístěni v podpalubí, přes den v pohotovosti a v plovacích vestách na palubě. Měli jsme tam i naši vojenskou hudbu. Na lodi byly vedle naší jednotky stovky vojáků (asi 1 500), kteří bojovali u Tobruku pod vedením generála Klapálka.

Z Kapského Města jsme pokračovali Atlantským oceánem podél Afriky do Freetownu v Sierra Leone, kde pro změnu číhaly německé ponorky, a po krátké přestávce dále do Liverpoolu. Odtud jsme byli odveleni do Folkestonu u Doveru a potom do Colchestru ve východní Anglii. Definitivním místem byla jedna osada u Leedsu. Tam byla utvořena Československá samostatná obrněná brigáda. Jejím velitelem byl generál Liška. Byl jsem tady řadovým vojákem roty motorizované pěchoty. Nejtvrdší výcvik nás čekal ve Skotsku, blízko Edinburghu. Trval několik měsíců. Pak už jsme byli připraveni.

Invaze spojeneckých vojsk vypukla 6. června 1944. My jsme byli v druhé invazní vlně. Kanál La Manche jsme k francouzskému pobřeží u Aromanche přeplavili nejdříve lodí a potom na invazních člunech.

Zapomněl jsem říci, že jsme před odchodem do boje v Anglii defillovali před prezidentem Benešem.

Bojoval jsem u Dunkerque až do konce války. Měli jsme za úkol držet obklíčenou německou armádu o síle 15 000 vojáků. Vystřídali jsme kanadskou armádu, která byla odvelena do Arden. Jeden z velkých bojů u Dunkerque byl útok na pevnost dne 28. října 1944. Bylo tam obklíčeno 15 až 20 tisíc Němců námořní pě-

choty, a ti se vůbec nevzdávali. Když se náš velitel dozvěděl, že jsem medik a že jsem jednomu postřelenému kapitánovi poskytl odbornou pomoc, byl jsem odvelen jako saniták na velitelství roty. V této nové funkci jsem musel denně s nosítky do předpolí, země nikoho, kde byli jen zranění a mrtví. Jednou jsem se ocitnul v granátovém trychtýři. Když vybuchl nedaleko další granát, ohluchl jsem na levé ucho. Porucha labyrintu mi zůstala a manželka s tím má potíže dodnes.

Po válce jsem se vracel domů přes Belgii, Lucembursko, Německo. Tam jsem zažil obrovský strach německého obyvatelstva, které vytahovalo bílé vlajky z oken jako zástavy.

Domů jsme přišli směrem na Klatovy a Nepomuk. Byli jsme rozveleni do okolních vesnic, já jsem se octnul ve vesnici Myslívě. Tam jsem sloužil až do 20. července.“

* * *

„Juraji, co bylo dál,“ tykám mu a oslovuji ho křestním jménem, aniž zmenšuji obdiv a úctu, kterou k osobě pana docenta cítím. Jednou, před mnoha lety, jsme spolu opustili prvomájový průvod na letenské pláni a zašli na grog do nejbližšího bistra. Těch grogů bylo několik a my jsme dlouho seděli a povídali si o dětech, o práci, o minulosti a o plánech. Byla to chvíle neplánovaná, upřímná, veskrze přátelská. Od tohoto setkání jsme si tykali.

„Můj domov v Liptovském Mikuláši už neexistoval. Rodiče nežili, bratr pracoval v Bratislavě, byl lékařem v onkologické nemocnici u Alžbětinek. Vrátil jsem se do Prahy a stal se opět studentem lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Dostudoval jsem a v květnu 1947 jsem promoval. Po promoci jsem nastoupil jako sekundář na interní oddělení nemocnice ve Valticích.“

„Jak ses dostal do Státního zdravotního ústavu?“

„Dozvěděl se o mně Raška, byl tenkrát v ústavu docentem a vedoucím III. odboru. Dostal jsem avízo, abych se k němu dostavil. Potřeboval bakteriologa a tím jsem byl.“

V Praze bydlel po podnájmech. „Nějaký čas jsem bydlel v areálu ústavu v pavilóně zvaném Morák s doktorem Lužným. On byl původně gynekologem v Olomouci, jinak to byl synovec doktorky Mlčochové, pozdější ředitelky Ústavu sér a očkovacích látek. Pan doktor měl hrozná potíže s páteří a byl neúspěšně odoperován. Nebyl už schopen stát několik hodin na operačním sále a proto přešel pracovat k Raškovi do Státního zdravotního ústavu. Bolesti neustávaly a tak se z něj stal morfinista. Na tom morovém pavilonu jsem zažil děsivou příhodu: tam, kde jsme bydleli, se kdysi vyráběla očkovací látka proti tetanu. Doktor Lužný si jednou píchl morfium a jak pravděpodobně nebyl příliš pozorný, tak si napíchl i tetanus. Pamatuji se, že nemohl takhle v úterý otevřít ústa. Měl trismus, typický začátek tetanu. A v pátek na Bulovce zemřel.“

Čtu životopis pana docenta Strausse a uvědomuji si, že bylo málo mikroorganismů, kterým se nevěnoval. Prošel všemi laboratořemi ústavu: střevní, záškrťovou, laboratoří krevních skupin. V roce 1951 se stal vedoucím diagnostické laboratoře. Mimo jiné reorganizoval státní sbírku patogenních mikroorganismů a byl autorem jejího prvního katalogu. Sbírkou kultur po něm převzal v roce 1948 RNDr. Jiří Šourek a vedl ji až do své náhlé smrti v roce 1993. Po kratší dobu zastupoval i přednosta poboček Státního zdravotního ústavu v Brně, Karlových Varech a v Plzni. Pak se stal vedoucím streptokokové laboratoře a přičinil se o zavedení typování

streptokoků. Ale to všechno byla pouhá příprava na jeho hlavní doménu – virologii.

„Juraji, jak jsi se dostal k virologii?“

„Znal jsem dobře Františka Galliua. Jeden čas jsem u Galliů i bydlel. Měli byt blízko ústavu, v Horních Stromkách. Paní Galliová byla také doktorka, celý život se věnovala tuberkulóze rovněž ve Státním zdravotním ústavu. Pracoval jsem s doktorem Galliou v jeho laboratoři. Tenkrát na tom byla virologie bídne. Měli jsme laboratoř v suterénu v budově jedenáct a pracovali jsme v hrozných podmínkách.“

Vím, že František Gallia jako první u nás izoloval v roce 1947 virus klíšťové středoevropské encefalitidy. Galliův objev zahájil práce, které on a jeho spolupracovníci (Rampas, Kolman a další) přivedli do evropských a mezinárodních rozměrů. Impulsem byla rožňavská epidemie klíšťové encefalitidy, která vypukla v dubnu 1951 a postihla 660 osob. Tým vedený profesorem Raškou a na Slovensku akademikem Baškovičem poprvé rozpoznal a dokázal, že šlo o epidemii, která se šířila neobvykle, alimentárně. Lidé se nakazili pitím mléka. Zdrojem nákazy byly nakažené kozy ze Silické planiny a kozí nepasterizované mléko bylo v tamější mlékárně přidáváno ke kravskému. Vyřešení této epidemie bylo oceněno státní cenou.

Klíšťová encefalitida je příkladná nákaza s přírodní ohniskovostí, to znamená, že virus cirkuluje v tělech zvířat bez zásahu člověka. Ten, pokud do tohoto koloběhu vstoupí, onemocní.

„Po objevu viru klíšťové encefalitidy se Gallia soustředil na epizootie papoušků,“ pokračuje pan docent. „V roce 1950 se nakazil od papoušků dovezených z Jižní

Ameriky psitakázou, papouščí nemocí. Zemřel při práci na laboratorním stole. Bylo mu třicet osm let.“

„Potom jsi převzal jeho virologické oddělení?“

„Ano. Ale předtím jsem absolvoval několikaměsíční stáž ve virologickém oddělení u akademika Blaškoviče v Bratislavě.“

V životopise Juraje Strausse čtu, že na téma klíšťové encefalitidy napsal sedm publikací. Okrajově se věnoval virům chřipky, infekční hepatitidy a variole – vaccinii. Ale největší úsilí a nejvíce času věnoval třem původcům nákazy: spalničkám, zarděnkám a chlamydiím ptačím i humánním.

„Jak to bylo, Juraji, se spalničkami?“

„Těm jsem se věnoval už od začátku šedesátých let. Připravovali jsme spalničkové antigeny pro komplement-fixační a později hemaglutinačně-inhibiční test na průkaz spalničkových protilátek.“

Málokdo ví, že spalničky jsou nebezpečnou exantematickou nemocí dětského věku s těžkými možnými následky, které se mohou objevit až za mnoho let. Zvláště nebezpečné jsou u dospělých a dětí nechráněných protilátkami. Do roku 1969, kdy se u nás začalo s povinným očkováním proti spalničkám, ročně onemocnělo průměrně padesát tisíc osob, převážně dětí. V dalších letech počet nemocných rychle klesal. V roce 1994 bylo hlášeno devět případů a tento minimální počet se nezměnil ani v roce 2002.

„Vím, Juraji, že tys patřil do čtyřčlenného kolektivu, který byl za eliminaci, tedy vymýcení spalniček v naší republice vyznamenán v roce 1983 státní cenou. Dr. Slonim a Dr. Dřeva za výrobu československé vakcíny, Dr. Šejda za epidemiologickou studii a přípravu očkovacích akcí v populaci a ty za vyhodnocení účinnosti

vakcíny prováděné sérologickými přehledy. Lišila se něčím naše vakcína od jiných ve světě?“

„Naše vakcína byla originální v tom, že byla vyráběna na buňkách psích ledvin. Ve světě používají diploidní buňky. Od roku 1994 podáváme kombinovanou vakcínu proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím, která se aplikuje v jedné injekci.“

Spalničky zůstávají stále vážným zdravotním problémem v rozvojových zemích, kde často u nemocných končí smrtí. Docent Strauss to dobře ví, v letech 1975 a 1976 pracoval v Keni. Zúčastnil se tam projektu Světové zdravotnické organizace o optimálním očkování afrických dětí proti spalničkám. Na téma spalniček napsal padesát publikací a uskutečnil mnoho přednášek.

„Potom jsi se zaměřil na zarděnky.“

Zarděnky také patří mezi dětské nemoci, pro něž je typická vyrážka, jak je tomu u spalniček a planých neštovic. Do zahájení pravidelného očkování se zarděnky objevovaly v tří až pětiletých cyklech a velké epidemie postihly ročně několik desítek tisíc osob.

Zarděnky jsou zrádné pro mladé muže, u kterých může jako komplikace dojít k zánětu varlat a k neplodnosti a jsou velice zrádné pro ženy, které přijdou do styku s virem zarděnek během těhotenství. Nejhorší je, když se to stane v prvních třech nebo čtyřech měsících. Virus zarděnek u tvořícího se plodu způsobí tzv. vrozený zarděnkový syndrom. Může dojít k odumření plodu, k porodu plodu s vrozeným zarděnkovým syndromem, nebo k porodu zdánlivě zdravého dítěte, které však onemocní během prvního roku života. Mezi postižení plodu ohrožující život dítěte patří zejména vrozené vady srdce, oka a hluchota.

„To jsem měl na paměti,“ říká docent Strauss, „a zaměřil jsem se proto na prevenci vrozeného zarděnkového syndromu. Zavedl jsem celostátní prognostické vyšetřování těhotných žen a na základě interpretace výsledků sérologického vyšetření a anamnestických údajů jsem mohl zabránit vzniku kongenitálních zarděnek u dětí.“

„To muselo být někdy těžké rozhodnutí: bude žít, ne bude žít,“ říkám po chvíli.

„Musel jsem těm ženám vysvětlit, jak velké riziko je donosit a porodit dítě za takových okolností.“

„Poslechny tě?“

„Co vím, tak ano. Výsledek vyšetření jsem sdělil gynekologovi a ten stanovil indikaci k potratu. Ale pamatuji si, a nebylo to jednou, že jsem dostal pacientku ze Slovenska a ta si z náboženských důvodů dítě ponechala. A to dítě se narodilo se srdeční vadou. Tak jsem si bohužel ověřil pravdivost a spolehlivost svých laboratorních testů.“

Od roku 1986 bylo zavedeno v naší zemi povinné očkování proti zarděnkám u všech dětí po dosažení dvou let věku. „Než se toto stalo,“ vysvětloval pan docent, „tak jsem celá léta zkoumal stav protilátek proti zarděnkám u vybraných věkových skupin. Na tomhle základě se přistoupilo k vakcinační strategii tak, jak dnes platí.“

„Vybuďoval jsi Národní referenční laboratoř pro zarděnky. A byl jsi jmenován poradcem Světové zdravotnické organizace v problematice zarděnek,“ shrnula jsem a ptám se: „Čeho si, Juraji, nejvíce ze svých pracovních úspěchů ceníš?“

„Jednoznačně svých prací v oblasti ornitózy. Začal jsem s tím už na začátku padesátých let. Velice mě zajímala problematika atypických zánětů plic u pracovní-

ků drůbežářských farem a závodů. Jde o záněty plic, u kterých klinické projevy bývají mírné, ale rentgenologické nálezy ukazují rozsáhlé poškození plicní tkáň. V roce 1952 a 1953 byl u nás ze sputa pacienta nemocného ornitózou první izolovaný původce, *Chlamydia psittaci*, tenkrát se jmenoval *Bedsonia psittaci*. Myslelo se, že jde o velký virus. Později se chlamydie jednoznačně zařadily svými metabolickými vlastnostmi mezi bakterie, avšak pro množení vyžadují buňku stejně jako viry. Když byl objeven původce, mohly se připravit antigeny a zavést sérologická vyšetření. Antigeny jsme standardně připravovali z myších plic.“

Pamatuji si, že ornitóza byla zjištěna u kachen a že zejména škubačky kachen onemocněly vdechnutím prachu obsahujícího trus ptáků či částičky peří. Ornitóza u kachen probíhá latentně, bez příznaků nemoci, avšak s vylučováním chlamydií, zejména za nepříznivých podmínek jako je nedostatek potravy nebo špatné hygienické podmínky.

„Při objasňování koloběhu chlamydií zbývalo zjistit, jak se chlamydie dostanou mezi kachny.“

„Jedna z možností byla,“ odpovídá pan docent, „že se kachny nakazily trusem divokých ptáků, holubů, mořských ptáků a racků. Mně se podařilo izolovat jako prvnímu u nás i v Evropě *Chlamydii psittaci* z racka chechtavého, neboli *Larus ridibundus*. V roce 1969 jsem o tom referoval na konferenci v Monterey v Kalifornii, kam jsem byl pozván předním americkým odborníkem K. F. Meyerem.“

Tento úspěch vzbudil zaslouženou pozornost ve světě. Docent Strauss v problematice chlamydií dále pokračoval a napsal přes šedesát publikací včetně jedné monografie za spoluautorství Dr. Šerého a Dr. Škorpila.

K chlamydiím se opět vrátil v osmdesátých letech. Tentokrát ho zajímaly infekce způsobené chlamydiemi, které se přenášejí z člověka na člověka, vyvolávají záněty močové trubice u mužů a pohlavních orgánů u žen a svými klinickými příznaky připomínají kapavku. Tyto nemoci jsou přenosné pohlavní cestou.

Chlamydia trachomatis je však i původcem trachomu, oční nákazy, zejména v rozvojových zemích. U nás i ve světě jsou rozšířené novorozenecké infekce očních spojivek, které dítě získává při porodu od infikované matky.

* * *

Soukromí pana docenta Strausse, navzdory dramatickému mládí, bylo klidné. Svou paní Ludmilu poznal na zdravotní škole, kde vyučoval, a žije s ní 55 let. Má dvě dcery a čtyři vnoučata. Jeho paní byla až do svatby učitelkou, po celou dobu manželství v domácnosti. Starala se o děti a domek a vytvořila tak manželovi báječné, stabilní a klidné zázemí, které mu dovolilo věnovat všechny síly laboratoři.

Pan docent byl pro vědeckou práci vybaven jazykově – ovládá angličtinu, francouzštinu, ruštinu a němčinu – i povahovými vlastnostmi. Je mimořádně pracovitý, houževnatý, velmi pečlivý až puntičkářský, velice náročný na sebe i svůj personál, zdánlivě nepřístupný a málomluvný. Je vybaven velmi dobrou fyzickou kondicí. Do vysokého věku hrál tenis a každoročně jezdil lyžovat do Vysokých Tater. Nyní, v pětaosmdesáti, si oblíbil stolní tenis a práci na zahradě.

„Juraji, jak jsi vycházel s profesorem Raškou?“

„Pro Rašku platila píle a houževnatost a to u mne našel.“

„Měli jste spolu někdy rozepře?“

„Dokázal jsem mu oponovat, ale na konec vždycky zvítězila odbornost.“

Přestal v ústavu pracovat v roce 1997. Odcházel s určitou trpkostí, protože měl ještě chuť a sílu pokračovat. Pracoval až do svých osmdesáti let u prof. Vladimíra Vonky v prospektivní experimentální studii zabývající se možnou virovou etiologií rakoviny děložního čípku.

Když se loučíme, je dojemný: „V laboratoři jsem se cítil jako ryba ve vodě. Měl jsem tu práci strašně rád.“ A dodává s humorem: „Dnes, když doma myji nádobí, vůbec mi to nevadí. Představuji si, že myji laboratorní sklo.“

Existuje hezčí vyznání?

*Text pochází z knihy *Legenda jednoho ústavu* autorky MUDr. Heleny Šrámové, která vyšla v roce 2004 v nakladatelství Triton.*



RES PUBLICA

Progresivní daň jako téma pro pravici

Ondřej Vaculík

Škoda, že s návrhem na progresivní zdanění nepřichází pravice. Myslím, že kdyby byla více spjata se společností i se svými voliči, mohla by. Progresivní zdanění neznamená jenom způsob, jak ulevit lidem s nižšími příjmy a zároveň zajistit výběr daní do státního rozpočtu v plné výši. Obsahuje i vyšší myšlenku solidarity a může být také pokusem, jak naplnit odvěkou lidskou touhu podělit se o požitky, odvést jakýsi desátek jako projev díky za to, že se mi dobře daří. Vždyť kdyby se mi začalo dařit hůř, využiji výhody nižšího zdanění.

Vím – kázat vodu, když člověk nikdy neměl na víno, je velice snadné. Nicméně bylo mi dopřáno čtyřletého období ve funkci starosty, kdy by můj měsíční příjem spadl do pomyslného pásma vyššího zdanění, přesahujícího současných patnáct procent. Uvědomil jsem si ale, že můj skutečný výkon se nezvýšil ani nezlepšil od časů, kdy jsem měl příjem asi dva a půl krát nižší a život uštvanější. Jako starosta malého města jsem se přece jen mohl občas rozvalit v křesle a jen tak zírat, lelkovat či provívat, nechat volně rotovat myšlenky bez užitku, což v období mého novinářského „volnonohařství“ možné nebylo. Tehdy jsem naopak musel každou myšlenku vměstnávat do formy, z níž by mi vzešel alespoň nějaký honorář.

Asi tři roky jsem kromě jiného přispíval fejetony do plzeňské přílohy Mladé fronty DNES. Honorář činil čtyři sta padesát korun, daň pět procent, čistého tedy čtyři sta dvacet tři koruny. Pak vláda zavedla rovnou daň patnáct procent, a já za týž fejeton začal dostávat

toliko tři sta osmdesát tři koruny; za půl dne práce a při myšlenkách permanentně roztočených na plný výkon. Začal jsem se cítit vykořisťovaný, protože čtyři sta korun bylo také za komentář v plzeňském rozhlase. O nějaké meditativní metodě mindfulness, která prý pomáhá proti stresu, nemohlo být ani řeči – na nic nebyl čas. Přitom tři sta osmdesát korun spousta lidí zaplatila klidně jen za oběd a odváděla stejnou daň jako já.

Funkci starosty jsem ve svém životě pokládal za výjimečnou včetně naplnění touhy „odvést jakýsi desátek jako projev díky za to, že se mi daří dobře“. S jedním místním továrníkem jsme vytvořili neoficiální fond na pomoc lidem, jimž hrozí exekuce. Že „každý je strůjcem svého osudu“, může říkat jenom ten, kdo o lidských osudech nic neví. Nemluvě o jiném, pojem „nezdárný syn, nezdárná dcera“ jde s člověkem od doby, kdy se někde usadil a začal hospodařit. Nebudu rozepisovat. Nicméně onen továrník pomohl – a pomáhá – desítkám lidí, které postihl stav nouze. Domnívám se, že podobně velkoryse se chovají tisíce lidí, kteří prostě naplňují onu „odvěkou lidskou touhu podělit se o požitky“. Velkorysost se vyplácí!

Čtenář mi promine ještě jednu osobnější historku. V devadesátých letech minulého století jsem několikrát doprovázel mého tatu na jeho autorských čteních v Německu. Ta byla z našeho pohledu štědře honorována zpravidla bankami, a bankéři pak také seděli v první řadě, starosta uprostřed. Kupodivu i naslouchali – neznámému spisovateli z východu. Vím, že například

v Osnabrücku činil tatův honorář dva tisíce marek. Pak se šlo se všemi bankéři a hodnostáři města na večeři. A tata tu večeři za všechny zaplatil, velice nenápadně, s čímž pořadatelé vůbec nepočítali. Zbylo mu osm set marek. Byl jsem na něj sice hrdý, ale trochu se i divil. Vysvětlil mi, že to byl jeho projev díky za to, že oni na jeho čtení přišli, poslouchali, pak i diskutovali, a sál byl vskutku plný. Velkorysost se mu i nadále vyplácela.

Soudím, že lidé, jímž se dobře vede, nadání pro velkorysost mají. Někteří o něm jen nevědí, nebo se je stydí či bojí uplatnit. (A těm tápajícím by velice pomohlo právě progresivní zdanění.) Proto si myslím, že „progresivní zdanění“ je téma pro pravici, neboli pro ty, kdo pijí víno a mohou si dovolit z něj trochu ulít. Je to vlastně jejich návrh, Sobotka ho za ně jen vyslovil – tak mu odpusťte, Fialo i Kalousku, že s tím přišel jen o chvilku dřív než vy, solidarita s chudšími je jistě i vaše téma. A nevymýšlejte něco, co sami víte, že je neuskutečnitelné, vždyť daně jste nám tenkrát zvýšili vy.

Bohuslav Sobotka na sjezdu ČSSD vyslovil několik zásadních a stále aktuálních myšlenek: „Budeme se orientovat na zaměstnance, chceme zlepšit situaci rodin s dětmi, seniorů, chceme se věnovat živnostníkům a drobným podnikatelům. Chci, aby se sociální demokraté zaměřili na lidi, kteří tvrdě pracují, nemají privilegia, neměli šanci něco privatizovat. Potřebují stát, který jim vytvoří dobré podmínky.“

Lidové noviny sice v komentáři poznamenaly, že Sobotka a sociální demokraté vůbec nemají téma, podle mého však naopak jde o téma, kterému by měla věnovat pozornost (a možná zejména!) i pravice: Spravedlnost, solidarita a svoboda.

Autor je spisovatel, publicista a řadu let se věnuje komunální politice. Text vyšel v Deníku Referendum 14. března 2017.



Má se danit pokrok?

Tomáš Sedláček

Minulý týden navrhl Bill Gates zdanění robotů. Poprvé jsem podobnou myšlenku před mnoha lety slyšel na konferenci o budoucnosti práce od ekonoma Lorda Skidelského. Mezi lidmi zabývajícími se umělou inteligencí, nanorobotikou, digitalizací, virtuální realitou a budoucností světa a vesmíru vůbec visí tato úvaha ve vzduchu již nějakou chvíli. K tomu se přidávají lidé ko-

lem globálního garantovaného příjmu a danění robotů či umělých inteligencí často citují jako zdroj financování.

Úvaha je prostá. Tradiční lidská práce se pomalu poroučí do podobných lovišť, v nichž skončila práce koňská. Budou-li za nás pracovat lépe roboti a místo lidské inteligence lépe uvažovat inteligence umělá, co budou

dělat lidé? A má cenu danit lidskou práci, když by šlo danit roboty? Pokud místo sebe navrhnu k lince robota, který bude dělat práci za mě, mohu si nechat „jeho“ peníze, které jsem předtím za stejnou práci dostával já? A jak k tomu přijde stát, který má největší peníze z pojistného, nikoli z daní z příjmů fyzických osob, pokud danil práci moji, ale už ne robotí?

Ostatní myslitelé koketují s myšlenkou nikoli danění práce robotů, ale nějak sdíleného vlastnění robotiky a umělé inteligence. Ať si investor realizuje stonásobek nebo tisícinásobek nebo statisícinásobek své investice, ale poté ať je vynález vlastnictvím lidstva jako takového. Proti tomu vystoupil Larry Summers, že se tím brzdí pokrok, a debata byla na světě.

Aby mi nebylo rozuměno špatně, nikdo zatím neví, jak se připravit na překotnou změnu, která nás v řádu několika málo let zcela jistě čeká. Ale používat recepty z minulého století určitě není řešení na problémy s technologiemi. Je to podobné jako s řidiči Uberu. Dnes taxikářům berou práci lidé všech národů, neboť v Uberu není třeba znát místní město ani jazyk. Toto, jistě chápete, je jen zlomek toho, co se brzy stane, až jim práci nebudou brát lidé, ochotní pracovat za zlomek ceny, ale sebe-sama-řídící-auta, která budou ochotna pracovat zadarmo, bez odpočinku, bez jídla a lépe než lidský řidič.

A nyní – může Uber nebo Google nahradit všechny řidiče celého světa a sebrat pyl (příjmy) mnoha stovek milionů lidí, a učinit je tak nejen nezaměstnanými, ale v oboru nezaměstnatelnými? A proč se o ně má starat ausgerechnet stát z daní nás všech? Není na čase zavést oborovou globální fiskální politiku místo státní, která je na to vážně slabá? Neměl by se onen nový příjem Uberu nebo Googlu postarat o lidi, které nahrazuje? Na takový úkol standardní daň z příjmů jistě stačit nebude.

K dalším úvahám je potřeba udělat prozatím dosti odvážný krok: uvažovat globálně. Stát ztrácí svá tradiční témata a problém s technologiemi je navíc všude stejný, tak proč na světový problém stavět státní odpovědi, které nemohou fungovat. Americký dělník, pokud je aspoň trochu chytrý a prozřetelný, se ve skutečnosti nebojí levnějších zaměstnanců, ale robotů a umělé inteligence.

Na to ani není třeba sledovat vědu, na to stačí občas kouknout na nějaký mírně sci-fi film nebo televizi. Navíc si o tom štěbetají vrabci na Twitteru, střeše, kterou má dnes každý. Svět, má-li své nové geniální objevy přežít v míru, se musí naučit také řešit věci planetárně. Na nové víno nové měchy, jinak se staré měchy burčákem roztrhají, jak se píše v prastaré bibli.

Problém není v technologii, ale v tom, že nevíme, jak se s ní vypořádat ekonomicky, institucionálně, politicky ani zcela prostě byrokraticky.

Propojení států a společné řešení není nějaký teoretický vrtoch akademiků nebo liberálů či elit, ale běží zde zejména právě o tu (mnohdy mlčící) většinu, která by měla mít největší zájem o to, aby existovala efektivní řešení. A aby nevolila politiky, kteří na moderní problémy s roboty nenajdou nic jiného než postavit kolem země zeď nebo ostnatý drát. Takže z toho hlediska platí *festina lente*, spěchej pomalu, náš technologický pokrok předběhl pokrok politický. Z tohoto důvodu by mohla dávat daň na pokrok smysl. Ale i ten by musel být globální. Aby USA nepředběhli Číňané. Nebo Češi? S umělou inteligencí je ring volný.

Autor je ekonom. Jeho sloupky jsou pravidelnou součástí zejména Hospodářských novin (9. března 2017).

Kádrovák Zeman: Kardinál Vlk si mou přítomnost nezaslouží. Stačí věnec. Prezident klesá hloub

Martin Fendrych

Smrt má v sobě cosi, co běžné smrtelníky přesahuje, obvykle jsou schopni zemřelému odpustit, hněv opadne, pokud v sobě nějaký živili. Smrt nabízí možnost ukázat, že „jsme lidi“, nepotřebujeme nenávidět až za hrob. Češi říkají „o mrtvých jen dobře“, což se nevztahuje jen na skutečné lidské bestie. Dávat těsně po smrti najevo, že jsem mrtvého neměl rád, není považováno za slušné.

Prezident Miloš Zeman, nejvyšší politik země, to vidí jinak. Odmítl se účastnit pohřbu svého oponenta a kritika, kardinála Miloslava Vlka, který zemřel v sobotu a o týden později se s ním bude veřejnost loučit při mši v Chrámu svatého Víta na Pražském hradě. Jak to hlava státu (prostřednictvím svého mluvčího Ovčáčka) zdůvodnila?

„Pan prezident zašle na pohřeb smuteční věnec prezidenta republiky, což je dostatečné vyjádření úcty k zesnulému. Pan prezident není pokrytec jako někteří politici, kteří vydávají tklivá prohlášení, a přitom zcela nedávno pořádali billboardové kampaně proti církvi,“ uvedl v pondělí hradní mluvčí. Krátce po smrti tlumočil Jiří Ovčáček postoj prezidenta na Twitteru: „Odešel člověk hluboké víry a pevných, nekompromisních názorů.“

Je nejen smutné, ale především zarážející, že prezident neudělá těch pár kroků do Víta a svého oponenta neutčí. Necestuje v sobotu do zahraničí, nevyjíždí do kraje na svou kampaň, nehostí státní návštěvu. Co bude v době pohřbu tropit? Koukat na televizi? Popíjet? Zajede si do Lán?

Když domyslíte, že dost možná nemá tou dobou nic zásadního na práci (na hradních stránkách alespoň žádné avízo nenaleznete), dojde vám: Zeman demonstruje i po smrti kardinála Vlka jasný odpor k této významné, i soupeři uznávané české postavě.

Víc než věnec si nezaslouží

Podívejme se podrobněji, co nám Jiří Ovčáček tlumočil: „Smuteční věnec prezidenta republiky je dostatečné vyjádření úcty k zesnulému.“ Jinými slovy: víc si nezaslouží. Vlk kritizoval Zemana celá léta, a to si dovolil příliš. Byl prouprchlický, prosazoval návrat komunisty ukradeného majetku církvi, tvrdil, že křesťané a muslimové mají jednoho Boha, myslel tudíž zásadně jinak než prezident. Proto si nezaslouží jeho přítomnost na pohřbu, není ho hoden.

Prezident i po Vlkově smrti kardinála kádruje; a jak vidíme, uznávaný katolík, o něhož v nemoci projevil hluboký zájem i papež František, neprošel, nebyl prokádrován.

Sdělení Ovčáčka pokračuje: „Pan prezident není pokrytec jako někteří politici, kteří vydávají tklivá prohlášení, a přitom zcela nedávno pořádali billboardové kampaně proti církvi.“

Tady už nejde o Miloslava Vlka, Zeman prostřednictvím mluvčího hovoří jen o sobě. Sděluje, že není pokrytec (jako jiní). Pokud není pokrytec, proč posílá

věmec? Nepřítomností na pohřbu dává najevo, že ho Vlček není hoden. Pak je však vysoce pokrytecké poslat věmec. Zeman je pokrytec.

Vysloveně nevhodný, za hranou a asociální je útok na politické soupeře, hlavně zřejmě na premiéra Bohuslava Sobotku, který patří mezi politiky vydávající „tklivá prohlášení“. To už nemá s Vlčkem nic společného, Zeman smrt katolíka využívá v kampani a k vyřizování si osobních účtů. Hledíte na to s úděsem. Míra asociálnosti neskutečně vysoká.

V Česku (a nejen u nás) prezident slouží jako vzor. Stojí vysoko, lidé k jeho úřadu vzhlížejí, i za bolševika to dělali, sledují hlavu státu, často se podle ní orientují, přizpůsobují jí své jednání, napodobují.

Klaus Havlovi úctu vzdal

Nejít na pohřeb názorovému soupeři, jehož role v české společnosti byla mimořádná (odpůrce komunistů za cenu osobních obětí, nejen někde v hospodě u piva, a zároveň člověk, který nám v době konzumu neúnavně vracel duchovní rozměr), poslat za sebe věmec, aby se neřeklo, dát najevo postoj „já jsem nad ním“, „já jsem víc“, to je typická ukázka pěstěné nekorektnosti, českého trumpismu.

Zůstat hulvátém, který neuznává pravidla, konvence, neodpouští soupeřům ani po smrti. Tohle Zeman své „followery“ učí. To po něm bohužel budou s chutí opakovat, ono se to smí. (Dodávám, že některé mailové reakce na můj text o smrti Miloslava Vlka byly opravdu odpuzující.)

Vzpomeňme na pohřeb Václava Havla. Samozřejmě se účastnil Václav Klaus. Přitom o jejich sporech, vzájemnému antagonismu, nesympatii, ba pohrdání věděl každý.

Neměli rádi jeden druhého, válčili spolu. Ale Klaus na pohřeb Havlovi šel a mluvil tam o něm pěkně; zachoval se jako prezident, jako hlava státu: vzdal soupeři čest a úctu. Toho Zeman není schopen, neumí si pomoci.

Není to poprvé, kdy zesnulému neprojevil úctu. Nedostavil se na pohřeb bývalého premiéra a předsedy sociální demokracie Stanislava Grosse na jaře 2015. Svého času mladého politika viděl jako korunního prince ČSSD, ale v roce 2003 sympatie skončily. Tehdy část ČSSD nepodpořila Zemana, když kandidoval v nepřímé volbě na hlavu státu. Za vinu to tehdy kladl právě Grossovi.

Nešel na pohřeb Věře Čáslavské, kterou Československo milovalo, ale jež opět Zemana kritizovala. V kondolenčním dopisu Zeman vzpomněl jen její sportovní úspěchy, její odvalu po okupaci Československa v roce 1968 zamlčel. Udělal to za něj slovenský prezident Andrej Kiska, na Twitteru napsal, jak Čáslavská ukázala světu, že v okupovaném Československu jsou lidé, kteří se nebojí.

Ještě jeden pohřeb stojí za připomenutí, Zemana vykresluje. V říjnu 2016 zemřel Šimon Peres, muž světově ctěný a uznávaný. Český prezident, který se rád vydává za „přítele Izraele“, v tu dobu jel na konferenci přítele Putina a dlouholetého agenta KGB Vladimira Jakunina. Přivítat se k putinovcům mu přišlo důležitější než poklonit se Šimonu Peresovi s mnoha dalšími světovými státníky.

Rodině a přátelům kardinála Vlka prezident na mši ve svatém Vítu chybět nebude. Ale nechová se jako prezident, jako vzor, kterým v tomto úřadu nepochybně je. I v takové chvíli dává najevo nesnášenlivost a pěstuje rozdělení společnosti. Vzbuzuje lítost a smutek.

Autor je komentátorem serveru Aktuálně.cz, kde byl text publikován 21. března 2017.

Kdo rube drevo

Jiří Hanák

Ještě nevyvanul myšlenkový zločin básníka Žáčka, že holky jsou na světě proto, aby se staly maminkami a ono se to sype dál. Firma Marks and Spencer se pokorně omluvila, že zapomněla v reklamě na tatínky, neboť i jim, nejen maminkám, ušetří její famózně pevný lem na dětských šatičkách časté přišívání. Jedna německá ministryně nahlas zauvažovala, že o Bohu by se nemělo mluvit v rodu mužském, anóbrž středním: Nikoliv der Gott, ale das Gott. A vědci prý stvořili embryo, zatím ovšem jen myši, aniž by k tomu potřebovali vajíčko.

Pokud je to všechno pravda, chytám se stébla, pak se svět nepochybně řítí do ďáblovy řiti, myslím si já. A čeká nás ještě hodně práce, než onoho kýženého cíle dosáhneme. Lidová písnička se po tuhé zimě ptá kukulenky, kde byla. Odpovídá, že „seděla na tom dube, kde Janičko drevo rube“. Chyba! Přepsat! Byla snad kukulenká švidratá, že neviděla, jak „drevo rúbala“ Janička? Jezdil jsem na Slovácko za bratrance. Vívala nás většinou jeho žena a jednou na dotaz, kde má muže, pravila, že na humně rube drevo. A opravdu, mydlil tam pantokem do dubového pařezu. Genderově naprosto chybné! Uvítat nás měl bratranec, jeho žena by na humně měla pantokem mydlit do pařezu a on by měl zadělávat na šišky s trnkami, pro neznalé švestkové knedlíky. Báječný nový svět?

Tím se nenápadně dostávám k onomu bezvajíčkovému embryu a ke knize Aldouse Huxleye Báječný nový svět či Konec civilizace. Ve svém samozřejmě typicky mužském nepořádku nemám šanci ji ve své knihovně najít, takže už nevím, pod jakým názvem dvakrát u nás

vyšla. Obsah: Ženy jsou osvobozeny od mateřství, děti se rodí z jakési retorty. Každý/každá má zaručeno šedesát let života bez nemocí. Několik zbývajících tajných matek živorodek je krutě pronásledováno. Společnost je si zcela rovna v tom, že pohlaví nehraje žádnou roli. No ďáblová řiti, hosana!

S tím neutrem u Boha mám také problém. Ještě z povinného náboženství si pamatuji Božskou trojici, tj. Otec, Syn a Duch svatý. Zatracená maskulinní společnost! Syn je nepochybný, alespoň žádná Ježíška se ještě neobjevila. S Duchem svatým má zase zkušenosti panna Maria a ta by snad nelhala. A co Bůh otec? Zplodil Ježíše on, nebo Duch svatý v zastoupení? Ona německá ministryně v žáru genderové spravedlnosti pootevřela vrátka ke vskutku metafyzickému problému.

Přiznávám, že tomu všemu nerozumím. Přiznávám, že nerozumím tomu, proč ženské aktivistky nenapřou všechnu svoji nemalou sílu ke konkrétním cílům, jako je odstranění mzdové diskriminace žen, jejich postihu za mateřství, kdy výchova dětí jim fakticky snižuje starobní důchod, či za pomoc matkám živitelkám, těžce a mnohdy marně bojujícím o vypáčení alimentů. Místo toho kacěrují básnickou myšlenkovou zločinnost, že holky jsou na světě proto, aby se staly něžnými a starostlivými maminkami. Není to auftakt k Báječnému novému světu či spíše ke Konci civilizace?

Jiří Hanák je politickým komentátorem a pravidelným autorem Posledního slova Lidových novin (11. března 2017).

Čáry draka

Druhá básnická sbírka přednostky Neurologické kliniky 3. LF UK a FNKV doc. MUDr. Ivany Štětkářové CSc., promlouvá o lidech a vztazích mezi nimi, o posledních věcech člověka. Zamýšlí se nad odvěkou otázkou, co nastane poté. Okouzlena přírodou a cestováním sděluje osobitým způsobem své poznatky. Vše podává s laskavostí, v níž se zrcadlí hluboká znalost lékařského prostředí. Básně obohacují autorčiny vlastní grafické listy a perokresby. Sbíрка Čáry draka vychází podobně jako první básnická sbírka Fragmenty života a neživota v nakladatelství Maxdorf. Přinášíme několik ukázek.

KOLOBĚH

v ranním povětří
je cítit jaro

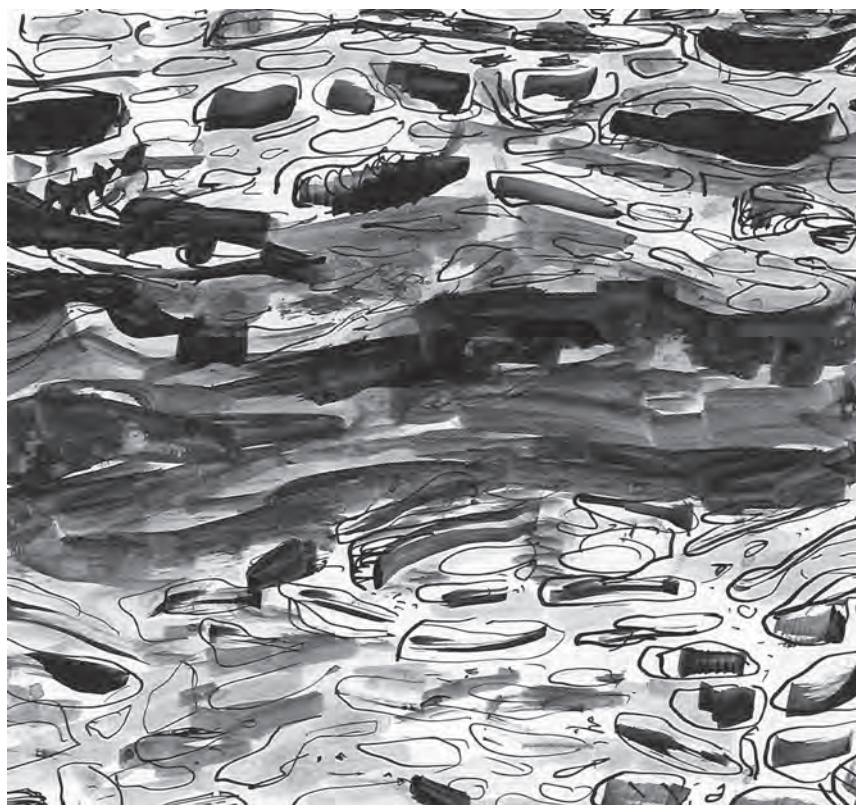
semínka nového života
nesu si na botách

v koloběhu věcí vidím
odlesky zašlé slávy

oběti a kompromisy
duhovou prskavici krásy

hora vydala
svá svědectví

když malí chlapci umírali
u jejích hvězdných bran



MILOSRDNÝ ŘEZ

řez tělem
řez srdcem
řez mozkiem
už mě nic
nebolí
neteče
nekape
ani krev
ani pot
ani mok
už nejsem
ničí poskok
jen života
a smrti
prorok



TMA

tma není zlá
je jen velká neznámá
co se stane
až otevřeme dveře

bude to jen na nás
nahá kůže horký dech
bolavé stíny v pustých zdech
tma není zlá



SKOK DO NEZNÁMA

srstnatá srst
ostnatý drát
chlupatá kůže

okoralý ret
motýlí let
trnitá růže

proč někdo
běžet
může

a jiný ztratil moc
vyléčit svou
nemoc

ve věži stojí
s myšlenkou
bolavou

s hlavou plnou
ztracených vzpomínek
na štěstí

mine cíl
své cesty
se ctí



PAMĚŤ STROMU

paměť stromu sahá od kořenů k výšinám
od té mé se liší pořádným douškem duhy

v korunách vidíš malé světy ptačí
klenuté brány s barevnými pruhy

padající kapka omývá větve s listím
polkneš a dychtivě stojíš uprostřed

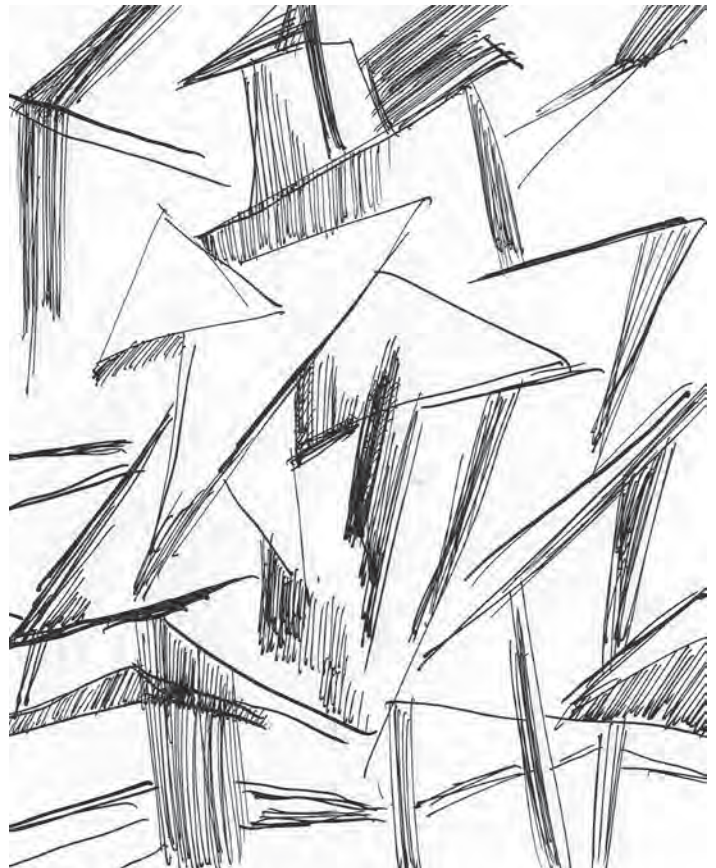
jsi zakletým básníkem i malířem
v obrazu ukrytým naposled



STŘEPINY

z kusu ledu sebrané střepiny
do mozaiky poskládám si
mám tajuplný obraz krajiny
kde duha za duhou protéká si

dívám se kolem sebe
barevným sklíčkem pravdy
narovnáám pokřivené vztahy
teď anebo navždy?





Úžasnou atmosféru letošního reprezentačního plesu 3. LF UK v Národním domě Na Vinohradech zachytil svým objektivem student Ivo Barabáš.











Postscriptum

Jaro je tady

Jaroslav Veis

Zvláštní: některé titulky zdánlivě patřící všem, skoro jako národní písně, jsou spjaty s autory tak, že to až vypadá, jako by jim na ně měl patřit copyright. Tak třeba v časech totalitního bezčasí Ludvík Vaculík psal fejetony s titulkem *Jaro je tady* do samizdatu celé roky a kdekdo na ten strojopis už od února čekal, až se mu dostane do ruky. (Kdo ví, třeba na ně netrpělivě čekali alespoň někteří ze státněbezpečnostních čteců...) O tom jaru v nich bylo vždycky něco, často poetického, Ludvík Vaculík uměl o přírodě psát neméně dobře jako o lidech. Bylo v nich však také hodně pozorování moudrého, zralého muže o životě i o politice. Ani po listopadu 1989 je psát nepřestal, nejprve do Literárních a potom do Lidových novin. Dokud měl sílu psát. Zkrátka, když jsem se teď rozhodl titulek *Jaro je tady* použít, mám tak trochu pocit, že v horším případě opisuju, v lepším případě si vypůjčuju.

A přitom by se mohlo zdát, že to vítání jar mám tak říkajíc v popisu práce, když mě pokřtili Jaroslav. Jenomže, to je jen takový všeobecně přijímaný omyl, že Jaroslav má něco společného se slavením jara! Etymologický slovník prozradí, že kořenem jména je „jarý“ čili mladě svěží, bujný, též zuřivý, horlivý, případně prudký, divoký, nebo prchlivý, čilý, ba dokonce přísný...

Ale zpátky k tomu jaru. Astronomicky letos začalo v pondělí 20. března v poledne, avšak leckdo to má

jinak. Pro mě začíná, když se probudí les. Pokaždé, když je jaro konečně tady, začínám víc myslet na les a těšit se na něj. Les je pro mě totiž, snad proto, že od narození žiju až na krátké epizody ve velkoměstě, tím nejoprávnějším symbolem přírody. Zvláště když se na jaře probouzí, plný zeleně i života, světél i stínů, se zcela svými zvuky i svým tichem. Nic neožívá na jaře jako on.

Že si ho mám vážít, mě učili už odmala. Už v první třídě mě informovali, že nejlépe budu šetřit naše lesy, zejména když nebudu zbytečně plýtvat papírem a pro jistotu sbírat ten starý. Dokonce dávali názorné příklady, kolik balíků starých novin odnesených do sběrný zachrání strom. Až o hodně později jsem se dozvěděl, že na mě šli boudu, že dřevní hmoty (tak se lesu taky dá říkat), u nás setrvale a bez ohledu na režim přibývá a třeba ve srovnání s třicátými roky minulého století je jí dnes trojnásobek.

Pravda, o amazonském deštném pralese, který má takový vliv na globální klima, to zrovna neplatí. Toho zatraceně rychle ubývá, stejně jako dalších pralesů v horkých zeměpisných pásmech, které jsou vypalovány a nahrazovány plantážemi palmy olejné, jež se ve finále promění v Crunchy Corny Stick, Mars a tyčinky Snickers a jejich další potravinářské klony. Palmový olej je dvojnásobný zabiják, dočetl jsem se nedávno:

ničí cévy i pralesní systém. Jenomže tady žádná sběrna druhotných surovin nepomůže, a nejspíš ani pamlsková vyhláška, která zakáže školní bufety pro nezletilé.

Taky mě od dětství učili, jak se v lese chovat. Především být nenápadný, abych co nejméně rušil život přirozených obyvatel lesa. Nesluší se halasně povykovat, hvízdát, zlomit každou suchou větev, na kterou narazím. Ani křiklavé barvy do lesa nepatří, vštěpovali mi, podívej se na nenápadně zelenou kamizolu pana hajného, a ten je v lese doma.

Jenomže píše se rok 2017 a zdravý rozum, někdy i články v lifestyleových přílohách novin, radí něco docela jiného. Divočáci jsou tak přemnožení, že vůbec není vyloučeno, že nezaútočí na lidi, dozvídáme se. Terorizují dokonce lázně i města, devastují parky, informují televizní moderátoři. Zvlášť nebezpečné jsou na jaře bachyně, které střeží selata. Nejlepší je v lese už z dálky na sebe upozornit, abyste je nepřekvapili. Zkrátka, chovejte se hodně hlučně!

A co teprve přemnožení myslivci! Ti sice mají sezónu až na podzim, ale stejně je nejrozumnější postrojít se do lesa jak papoušek kakadu a křičet o sto šest, aby si vás nedejbůh na číhané nespletli právě s přemnoženým divočkem!

Nevím, jak to máte s jarem vy. Třeba na tom jste jako zpěvák Luboš Pospíšil, kterému básník Pavel Šrut napsal, jak na to: Někdy mně trvá celý jaro, než se tak trochu rozjařím...Pokud však nechcete čekat jako on, řiďte se příslovím: Když šlápneš na devět sedmikrásek najednou, jaro je tady!

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 1, duben 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; 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 zaslán bezplatně.

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

Registrace: MK ČR E15377

ISSN 1212-5083

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

