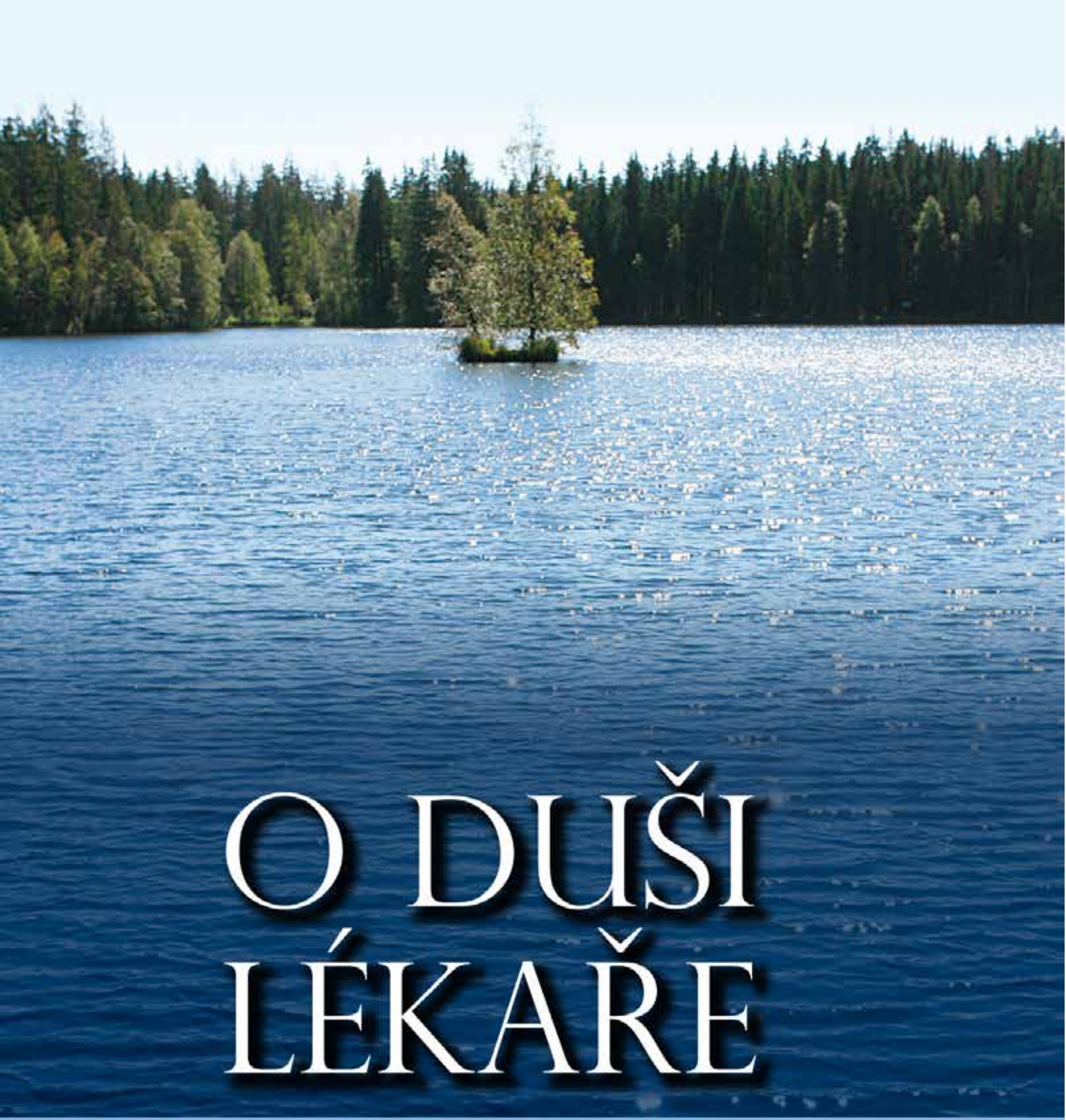


O DUŠI LÉKAŘE

TRITON

Editoři
Ctirad John, Štěpán Svačina, František Houdek

Fotografie Karel Meister

O DUŠI LÉKAŘE

Editoři
Ctirad John, Štěpán Svačina, František Houdek

Fotografie
Karel Meister



TRITON
Praha / Kroměříž

O DUŠI LÉKAŘE

Stanislav Juhaňák - TRITON

Editoři
Ctirad John, Štěpán Svačina, František Houdek

Fotografie
Karel Meister

Ctirad John, Štěpán Svačina, František Houdek
O duši lékaře

Tato kniha ani žádná její část nesmí být kopírována, rozmnožována ani jinak šířena bez písemného souhlasu vydavatele.

© Ctirad John, Štěpán Svačina, František Houdek, 2012
© Stanislav Juhaňák – TRITON, 2012
Photographs © Karel Meister, 2012
Cover © Renata Brtnická, 2012

Vydal Stanislav Juhaňák – TRITON,
Vykáňská 5, 100 00 Praha 10

www.triton-books.cz

ISBN 978-80-7684-145-1

Seznam autorů

prof. MUDr. Vladimír Bencko, DrSc.
MUDr. Richard Cimler
MUDr. Štěpánka Čapková
prof. MUDr. Jan Čáp, CSc.
MUDr. Eva Černá
prof. MUDr. Rajko Doleček, DrSc.
prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc.
MUDr. Ivan Hejduk
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
doc. MUDr. Pavel Kasal, CSc.
doc. MUDr. ThDr. PhDr. Jaroslav Max Kašparů, Ph.D., dr.h.c.
doc. MUDr. Jiří Kofránek, CSc.
MUDr. Tomáš Koudelka
MUDr. Jozef Kubinyi, Ph.D.
MUDr. Kamil Kuchler
MUDr. Ivan Macháček
MUDr. Tomáš Macháček
doc. MUDr. Jan Mareš, CSc.
MUDr. Igor Mazoch
MUDr. Václav Pospíšil
MUDr. Kristina Roubalová
MUDr. František Rybář
prof. MUDr. Jiří Schindler, DrSc.
prof. MUDr. Vratislav Schreiber, DrSc.
prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.
MUDr. David Staš
MUDr. Ivan Sucharda
doc. MUDr. Zdeněk Susa, CSc.
prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc.
MUDr. Jan Trachta
prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc., dr.h.c.
doc. MUDr. Oldřich Vinař, DrSc.
MUDr. Alois Volkman
doc. MUDr. Martin Vokurka, CSc.

Na počátku bylo Slovo. (J 1,1)

Výtečný prostředek poznání a denní chléb nakladatele. Forma, jíž se potkáváme, seznamujeme a obohacujeme. Způsob, jímž se sdílíme.

Slovo, jímž jsme oslovováni a jímž oslovujeme, slovo činící rozhovor duchaplným či bezduchým.

Všeslovanské slovo duše souvisí s pojmy dýchání a dechu a původně označovalo podstatný a nápadný rozdíl mezi živým, dýchajícím člověkem a na pohled nezměněnou mrtvolou (Wikipedie).

Jaký by to byl rozhovor bez dechu? A jaký bez duše?

Jakou duši má lékař? Dělá svou práci bezduše, nebo je lékařem tělem i duší? Vnímá duši svou i duši svých pacientů jako pouhý dech, nebo jako oživující jiskru, princip života? Vidí duši jako jedinečnou osobní identitu, vědomí či psychiku, nebo jako Boží dar?

Můžeme si být blízcí a vzájemně se poznávat různými způsoby. Jaké ale je splynutí duší? Co to znamená být jedno tělo a jedna duše?



Kolik společného a podobného musíme objevit ve svých bližních, abychom mohli říci, že duševně souzníme? Že jsme si blízcí? A jakým způsobem si to můžeme vzájemně sdělit?

Předkládáme vám slova a prosíme, abyste s laskavostí a vlídností hledali a nacházeli především to, co nás spojuje.

Stanislav J. Juhaňák, vydavatel

Předmluva

aneb

Sochy z myšlenek a názorů

Po válce jsme vstupovali na fakultu jako přezrálí studenti. Bylo nám pětadvacet let a medicína pro nás byla „vyčekaným“ oborem. Vděčně jsme naslouchali svým učitelům. A vše nové, co se na nás hrnulo, jsme přijímali se zbystřenou pozorností. Vzpomínám rád na atmosféru pitevny, když nám všemi obdivovaný zručný asistent demonstroval mozek a učil nás řezům na mozkové komory. Pociťovali jsme, že vstupujeme do výsostného hájemství, a těšili se, že dostaneme odpovědi na vtíravé a intimní otázky lidského bytí. Poznávání činnosti mozku bylo jednou z nich. Bylo nápadné, že jsme od našich učitelů nikdy neslyšeli slovo duše. Do sytosti se mluvilo o paměti, vědomí a v době uctívání učení I. P. Pavlova o vyšší nervové činnosti. Nejmilovanější učitelé nás nevtíravě vedli k respektu k lidské jedinečnosti, důstojnosti a k soucítění s bolestí. Spíš jsme vytušili, než poznávali, že své jednání podřizují „něčemu“. Snad se „to“ ostýchali vyslovit, aby to nerozfoukli.

Fyziologii jsem vždy pokládal za to „pravé“, medicínsky „ryzí“. Silným zážitkem pro mne byla originální teorie paměti, kterou na základě poznání krouživých vzruchů rozvinul profesor Laufberger. Bylo pro mne vyznamenáním, když mne požádal o stylistické a jazykové úpravy rukopisu. Se vzruchovou teorií jsem se tak mohl seznámit do hloubky. Prožil jsem jako student teoretické části medicíny řadu neobvyklých večerů. Upravený rukopis jsem nosil panu profesorovi po kapitolách a blažené období „redigování“ jsem uměřeně protahoval. Stal jsem se na čas jeho soukromým studentem. Mezi prováděním věcných úprav a řešením jazykových problémů naznačoval, že by rád docílil, aby odborná veřejnost nepociťovala vzruchovou teorii jako potvrzení integrálního determinismu. Vždyť



v ní navrhoval: „To, co psychologie nazývá celky a každý víceméně neuměle za celky uznává, jsou v paměti existující krouživé vzruchy. Pojem krouživého vzruchu představuje cosi spojujícího a scelujícího. I jednání je v tomto pojetí kroužením vzruchů.“ V závěru monografie napsal: „Vzruchová teorie nejen nepopírá svobodu vůle, ale naopak přináší prostředek, jak ji rozvíjeti a jak ji objektivně popisovati. Z tohoto důvodu, třebaže je vzruchová teorie zřejmě materialistická, přece skýtá idealistickému názoru na život oporu a možnosti jasné objektivizace.“

Před několika lety mi věnoval můj někdejší žák knížku *Filozofická gymnastika*. Napsal ji Stephen Law, britský filozof s velmi pestrým životním kurikulem. V jednom z „myšlenkových dobrodružství“ popisuje soudní líčení se sériovým vrahem. Jako znalecký svědek je přivolán kněz, „ctihodný otec“. Ve vzájemné disputaci vrah nevěří „v existenci podivných věcí, jako jsou duše“. Ptá se, jak ta předpokládaná duše ovládá tělo. Ovlivňuje snad procesy, které probíhají v mozku a jsou přesně dány přírodou?

Ctihodný otec předkládá svoji představu: „Duše, která je spíše spirituální než materiální povahy, může působit něco, co by se jinak nestalo.“ Vrah ironicky poznamená: „Vy věříte, že lidský mozek funguje jako jakási anténa, která přijímá signály od duše? To je přece absurdní.“

My jsme se při koncipování našeho souboru dohadovali o „duši lékaře“ velmi klopotně. Názory byly a jsou různé. Mně se velmi líbí pojmové spojení „soukromá sféra vědomí“. Ta se v průběhu života stále rozvíjí. Je dosycována novými poznatky, proudem libých i nepříjemných počitků. Je to oblast otevřená, stále nehotová, ale dostavovaná. Podstatné je, že se skrývá, existuje „uvnitř“.

Představu se pokusím konkretizovat. Lidé v mém okolí vnímají mé tělo. A mé chování. Mé prožitky však zůstávají skryté, jsou „uvnitř“. Profesor Höschl kdysi napsal, že do oblastí prožívání nemůže proniknout ani věda. Její prostředky jsou příliš hrubé.

Napadá mne ještě jedno pojmové spojení, které by mohlo pokrýt hledanou „duši lékaře“. Zvolil je při hloubkovém výkladu svého soukromého i badatelského života François Jacob. Co zůstalo skryto „uvnitř“, pojmenoval „vnitřní socha“.

Vyzvat skupinu lékařů, aby se vlámali do „svého“, do toho, co mají skryto „uvnitř“, bylo opovážlivé. Řada z nich tak učinila. Pochopili, že slovo „duše“ je v našem pojetí zástupka. Jinak metafora, chcete-li.

Ctirad John

Kristina Roubalová

Když se mi něco v práci povede, tančím u plotny

Přestože jste původem z Prahy a děd i matka pracovali na významné pražské klinice, zvolila jste pro své uplatnění „terén“ a odešla z Prahy „na venkov“. Na Vysočinu padla volba náhodou?

Byla to souhra náhod. Odmala jezdím na chalupu, která je asi třicet kilometrů od Havlíčkova Brodu, za války tam začal jezdit můj děda, který tehdy primářoval v Čáslavi. Mně i manželovi se tam líbilo, i ten klid mimo město. Muž, ač taky Pražák, navíc převážnou většinu života na Vysočině vyrůstal. Takže jsme si řekli, že se z Prahy odstěhujeme do přírody nebo na malé město. Manžel měl jasno, že chce dělat psychiatrii, tak jsme se řídili blízkostí chalupy a velkou psychiatrickou léčebnou. Dalším důvodem kromě romantiky byla i nechuť hledat místo v Praze na klinikách (tehdy bylo míst pro začínající doktory málo) nebo se nechat zaměstnat na malý úvazek a k tomu dělat vědeckou práci. O to jsem nestála.

Lékařské řemeslo je, slovy Axela Muntheho, o životě a smrti. Lékař, obrazně řečeno, lidi rodí, uzdravuje z nemocí a zranění i pohřbívá. Jak se tohle projevuje na vašem životním či dokonce filozofickém názoru? Vypadá to, jako by celá medicína byla věčným svárem aktivismu a fatalismu, přičemž lékař je zrníčkem mezi nimi a s věkem se poněkud posouvá k druhému…

Určitě jsem lety došla k přesvědčení, že zdravý životní styl, psychická vyrovnanost, dobré rodinné zázemí a spokojenost v práci jsou základem tělesné i duševní pohody. Snažíme se v rodině zdravě jíst i sportovat a totéž doporučuji svým pacientům. Nic fanatického, řídit se zdravým rozumem. Ale většinou zůstává jen u doporučení; z první reakce hned poznáte, zda přikývnutí je jen formální, nebo pacient opravdu uvažuje o změně. Ta, pokud má být trvalá, musí být postupná. Vidím velké možnosti v preventivních opatřeních, i proto pacientům vysvětluji podstatu nemoci a léčby i možnosti, jak nemoci předcházet. Pokud se zadaří alespoň v malém procentu, je to úspěch. Protože začít se preventivně chovat jinak, omezovat se, to chce opravdu silnou vůli a jasné nasměrování.

Se vzpomínkou na Muntheho nebo třeba Cronina, ale i další píšící lékaře, u nás v čele s Vančurou, se nabízí otázka: Co čtete? Potřebuje „duše“ lékaře kulturu, umění? Může lékařův všeobecný rozhled nějak prospívat i pacientovi?

Mít něco rozečteného je pro mě nutnost. Já vlastně začala víc číst až na mateřské, za ty hodiny při kojení jsem dohnala alespoň část klasické literatury. Na medicíně totiž moc času na beletrii nebylo. Proto teď čtu ráda a snažím se číst hodně, ale spíš témata, která nemají moc společného s denní medicínskou praxí. Současné české romány i světovou, severskou, irskou, jihoamerickou literaturu. Někdy potřebuji detektivkovou kúru, když je toho v práci moc, nevím si rady, potřebuji vypnout a na nic nemyslet. Ale ještě důležitější jsou pro mě hudba a výstavy. Ty vymetám, co to jde, a nahlížím do další dimenze života – i když ráda relaxuji u keramiky, osud mi nenadělil talent produkovat něco hodnotného. Baví mě na tom, jak každá osobnost vidí stejnou realitu jinak a jak ji umí po svém zprostředkovat. A to i v hudbě, ve zpěvu… Jsem přesvědčena, že tohle mi pomáhá líp rozumět různým lidem i v ordinaci.

Jsme neustále – i když poněkud ledabyle – vedeni k tomu, že konečně (= po pádu totality) můžeme vzít svůj osud do vlastních rukou. To je ovšem jako všechny jednoduché slogany dvojsečné. Má podle vás člověk v zacházení se svým zdravím neomezenou svobodu, nebo nese závazky i ke společnosti, jíž je členem? K čemu vedete pacienty vy a jak důrazně?



Obecně mám s nucením lidí k čemukoliv problém, to už si musím být opravdu jistá, že jinak jednat nelze. Obecně zastávám názor, že „člověk je svého zdraví strůjcem“ a že se má chovat zodpovědně ke svému zdraví a vědomě si nemá škodit. A když se pro něco takového svobodně rozhodne, pak musí nést následky sám. Já nejsem autorita, která by s ním bez jeho souhlasu měla manipulovat. Takže se snažím poskytnout maximum informací, které mám, a pacient nechť sám ví, co je pro něj dobré nebo co o své vlastní vůli odmítá. Samozřejmě je to individuální, někteří lidé vyžadují jasnou radu či pokyn, někteří si na to musí přijít sami, některým na nic jiného nestačí mentální kapacita.

Asi jednám tak, jak bych si představovala, že bude jednáno se mnou.

Nevadí někdy v ordinaci vaše mládí? Mladším lékařům se pacienti tolik nesvěřují, což sice může být i výhoda, poněvadž někdy je to spíš jen touha poklábosit si, tudíž zdržování od práce, ale většinou to bývá ku škodě věci. A co vaše pohlaví ve spojení s mládím? Na mladou lékařku to mužští pacienti zkoušejí, předvádějí se, podvědomě disimulují, čímž jí ztěžují práci…

Ohledně svého věku a pohlaví jsem se s tím musela vyrovnat. Ze začátku jsem záviděla velkým fousatým chlapům, kteří mají autoritu automaticky. Pak jsem musela hledat výhody v tom, co mám. Jednám přátelsky, snažím se každého vyslechnout a navodit blízkou atmosféru, kdy není těžké přijít se skrývaným problémem.

Problém vidím pro sebe hlavně v tom, že někteří muži hned chtějí navazovat bližší vztah, flirtují, nebo se naopak odmítají nechat vyšetřit na choulostivých partiích a já sama s tím mám problém. A jen málo mužů přizná sexuální potíže a mně také není příjemné ptát se a uvádět je do rozpaků. Občas mužské poznámky hraničí s harašením, ale hádejte se v ordinaci s mužem, který si myslí, že vám tím prokazuje dobro… Zatím jsem se nesetkala s překročením mezí, ale je potřeba vyvážit pocit přátelské atmosféry s pocitem, že si mohou dovolit neslušné poznámky.

Ovšem s jakousi „věkovou diskriminací“ se občas setkám i u žen. Třeba jsem natáčela EKG paní přes padesát a ona se ptala, jak je možné, že už takhle brzo můžeme samostatně pracovat? Musela jsem říct, že mi bude čtyřicet, mám skoro dospělé děti a barvím si šediny…

Lékař v ordinaci má nad pacientem informační a koneckonců i institucionální převahu, která svádí k pocitu převahy lidské. Za pocit převahy člověk nemůže, ale často opakovaný pocit pozměňuje psychiku. Zde může být výsledkem iluze „Lékaře-Suveréna-Boha“. Jak se tomuto plíživému ovlivňování osobnosti bráníte? Přiznáte třeba pacientovi, který od vás očekává zázraky: „Milý pane Nováku, já nevím.“?

Toto téma řeším denně a neustále mě sžírají pochybnosti; k ránu se někdy budím s myšlenkou, co jsem opomněla… Suverénnost mi zatím opravdu nehrozí, a kdybych postřehla náznak, tak vím, že to je okamžitě cesta do maléru, a na to si dávám velký pozor. Přiznání, že nevím, používám. Nedá se říct, že ráda, ale stane se a já to poctivě přiznám – než si vymýšlet a mlžit, což ani neumím. Protože pacienti a jejich potíže se diametrálně liší od učebnic a přednášek na škole. Vysvětlím, co si myslím, že by to mohlo být, ale že to nespadá do typického obrazu, a snažíme se společně hledat alternativu.

S očekáváním zázraků je to velký problém. Otevřela jsem ordinaci na zelené louce, s nulovou klientelou, a nabírala nové pacienty. V takovém případě se k člověku začnou stahovat chroničtí kverulanti, hypochondři, nespokojenci zklamaní předchozí péčí a opravdu čekají zázraky. Doufám, že po čtyřech letech pacienti zjistili, že každý je omylný a že žádný lékař zázraky dělat nemůže. O co se snažím, je poctivý individuální přístup, informovanost pacientů o vlastním zdravotním stavu. Aby, jak jsme o tom už mluvili, měli možnost vzít zdraví i do svých rukou.

K maléru mohou vést i jiné cesty, jedna z nich je u nás celkem nová. Soudní žaloby. Dokonce se etabloval termín „defenzivní medicína“, který znamená – „léčím hlavně tak, abych byl z obliga“. Což je mimo jiné dost drahé a někdy i kontraproduktivní, poněvadž spousta i náročných vyšetření se dělá de facto zbytečně. Taky se někdy takto zajišťujete?

Jsem opatrná, hodně se bojím, abych neprošvihla nějakou vážnou diagnózu a aby lidé zbytečně dlouho netrpěli bolestí. Ale spíš než kvůli žalobám vyšetřuji kvůli pacientům a svému svědomí.

Zřejmě existují situace, kdy lékař má právo, možná dokonce povinnost zalhat (přinejmenším dočasně). Jenže na někom bývá lhaní znát. Takže, jaká ironie, lékař by si dokonce měl věrohodné lhaní natrénovat! Bereme-li lékaře jako svého druhu herce, který jen hraje svou roli, asi je to přípustné. Jenže právě pro herce je typické, že po čase ani pořádně nevědí, kým vlastně jsou, a i v reálu skáčou do různých rolí, které jsou pro ně za daných okolností nejvhodnější… A zase jsme u toho: Nedeformuje lhaní „pouze" v rámci profese osobnost?

Problém lhaní jsem už lehce zmiňovala v předchozí odpovědi. Lhaní mi nejde a nedělám to ráda. Jen na výslovné přání rodiny, když problém – většinou sdělení nepříznivé diagnózy – proberu s příbuznými a vysvětlím jim své stanovisko, proč si myslím, že je dobré znát, co mi osud nadělil, a moci se s tím vyrovnat. Argumenty příbuzných samozřejmě beru v potaz, protože ti svého nemocného znají po osobní stránce nejlépe a vědí, jak krizové informace zpracovává.

Ale ze zkušenosti, i když zatím ne velké, se utvrzuji v názoru, že šetrné sdělení nemocní přijali dobře, došlo mezi námi k nastolení větší důvěry a rychleji se vyrovnali s tím, co je čeká. Příbuzným odpadá to náročné divadlo, že všechno bude dobré… A ani nemocný nemusí hrát divadlo, že mu nic není. Myslím, že infaustní nemocní poznají, že se život chýlí ke konci a že předstírání vysiluje a kazí poslední chvíle společného života.

Lékař působí mezi lidmi, má na ně vliv, je pro ně autorita. Neměl by tudíž být viděn, jak jde ze srazu s kamarády podnapilý, neměl by nikdy ztratit glanc. Obrazně řečeno – v natáčkách byste si nemohla ani skočit do schránky pro noviny. Jste si toho při svém vystupování na veřejnosti vědoma? Jak to snášíte?

Odešla jsem z Prahy na menší město a tady je situace opravdu jiná. Po chvíli znáte půlku města a navíc doktorů si tu lidé ještě celkem považují. Na druhou stranu mě pacienti na ulici nepoznávají – buď mám cyklistickou helmu, nebo tak třeskutě barevné oblečení, že si to s bílým pracovním ani nespojí.

Ale nechci kvůli hodnocení okolí měnit svůj styl, takže se chovám tak, abych se cítila příjemně – třeba i v noční košili, když jdu vynést odpadky. A v hudebních klubech, kam si ráda chodím odpočinout a zatančit, se sice trochu hlídám, ale mí mladí pacienti mě nepoznávají, anebo, co já vím, získávám plusové body za normálnost. Ale jisté hranice vkusu je potřeba držet – což jistě platí ve všech oblastech života a pro každého.

Jaký máte pocit, když potkáte lidi, které jste jednoznačně uzdravila nebo dokonce sundala hrobníkovi z lopaty? A jak se cítíte, když potkáte člověka, kterému jste odborně uškodila? Co nejraději děláte v prvním, co v druhém duševním stavu?

Ta první část otázky je mnohem příjemnější. Mám prostě radost a pocit dobře odvedené práce a její smysluplnosti. Zní to frázovitě, ale takový pocit v medicíně není na denním pořádku. Pak si zpívám a doma jsou děti rády, že mají veselou mámu, která si u vaření v kuchyni tancuje.

Když potkám někoho, koho jsem poškodila, samozřejmě mám pocit provinění a snažím se mu to vynahradit. Přiznám to, což je docela těžké, ale přineslo mi to pocit narovnání vztahu a možnost začít znovu. Pokud tedy lidé mezitím nezmění lékaře. Selhání je nepříjemný pocit i fyzicky. Ale pokud už se to jednou stalo a já si to dokážu na rovinu analyzovat, pomáhá mi to odborně i osobně růst.

Máte právě složitější případ, ordinační hodiny se chýlí ke konci, venku přecpaná čekárna. Odbudete, nebo přetáhnete? Co vás vede k tomu, že volíte to, nebo ono?

Stres v čekárně, boj o pořadí a nervozita se samozřejmě přenášejí i do ordinace a nesnáším to dobře. Člověk se pak nesoustředí plně, mám tendenci něco bagatelizovat, odsouvat na příště a být se vším rychleji hotová. Naštěstí problém přecpané čekárny není častý, pacienty se daří rozložit do běhu celého dne.

Ale jsem intuitivní a emotivní žena, takže se v takových momentech rozhoduji podle aktuální nálady i podle sympatií k pacientům, to nebudu zastírat. Myslím tím délku vyslechnutí, řešení ihned, nebo odsunutí na pozdější datum. A když mám odvézt syna na hudebku a vím, že už na mě čeká, tak to je jediná situace, kdy jsem nekompromisní a ukazuji na ukončené ordinační hodiny. Ale opravdu se zlobit, to moc neumím, to jedině při pocitu, že mě někdo využívá a „dělá ze mě blbce".





Důležitá je hranice obětavosti lékaře. Jeho osobní étos zesílený ještě étosem jeho povolání ho ponouká k obětavému chování vůči pacientům. Přespříliš obětavé chování začne nejprve poškozovat samotného lékaře, poté jeho nejbližší okolí (rodinu) a posléze se negativně promítne i do jeho profese, tudíž poškodí přesně ty, pro které se lékař obětuje – pacienty. Naproti tomu příliš málo obětavé chování jde proti oběma étosům a budí v neokoralém lékaři výčitky svědomí, čímž mu ztrpčuje život. Jak tuhle past řešíte vy?

Myslím, že mám docela dobře vyvinutý sebezáchovný reflex i zdravou mez péče o rodinu. Sloužit a pečovat, když mi to přináší radost, uspokojení, koneckonců i naplnění smyslu pro povinnost, ale péčí neobtěžovat, nevnucovat a rozdělit povinnosti podle schopností ostatním. Tak se o to snažíme v rodině.

Pacientům mobil nedávám, funguji naplno v ordinačních hodinách, ale pak chci mít čas a myšlenky na rodinu a relax. Ale když potkám pacienta ve městě, běžně se poptám na zdraví nebo výsledky vyšetření, to je zase výhoda malého města.

Pacienti bývají zpovykaní a nedodržují léčbu. Nemoci rády recidivují. Na některé případy je medicína dosud krátká, jindy selže systém… Jak bojujete s pochybnostmi o smyslu své práce? V čem vlastně vlastní smysl své práce spatřujete? Vystačíte si při tomto vnitřním „zápase o smysl“ jen s medicínou, nebo si přibíráte lidskou společnost?

Pochybnosti se dostavují denně. Pro udržování jisté vnitřní rovnováhy, kromě toho, že se řídím svým svědomím a dělám práci poctivě, je nutné se vypovídat a slyšet, že v tom nejsem sama. Mluvím o tom s manželem, který je psychoterapeut a má na věc podobný názor, i když někdy pohled z jiného úhlu, a s kamarádkou-kolegyní, se kterou míváme pravidelné schůzky nad pivem, kde řešíme radosti i problémy, pocit vlastní nedostatečnosti, nevědomosti, neprospěšnosti, někdy nesmyslnosti práce. A taky, jak už jsem řekla, sahám k detektivkám – ty mne pochyb sice nezbaví, ale mám od nich aspoň na chvíli klid.

Ono stačí pak zas vyhmátnout u někoho podstatu problému, odhalit chorobu před vypuknutím, nasadit úspěšnou léčbu, a rázem se celá ta předchozí šedá řada nejistot jako zázrakem smaže.

Vzpomněla byste si na nějaký takový příklad z praxe?

Pán k padesátce, byl u mě na první návštěvě a cítil se trochu divně. Tak jsem začala vyšetřovat, natočila jsem EKG… až se dospělo ke koronarografii. V nemocnici dostal stenty a je bez potíží. Největší radost mi udělala jeho manželka, když mi poděkovala, že jsem jejímu muži pomohla. Ono to stačí, i taková malá zpětná vazba, přestože pacienti se dál léčí u specialistů.

Jiný typ radosti přichází z dobrého efektu antidepresiv. Pacient přijde s celou řadou somatických problémů, necítí se dobře, obává se nejhoršího. Ne vždycky je snadné určit správnou diagnózu a přemluvit pacienta, že jeho potíže jsou psychického původu, ale „blázen“ že není, a domluvit se na pravidelném užívání léku. A za pár týdnů přijde spokojený, bez potíží, všechno snáší mnohem líp, přímo září.

Ještě jednou se kolem toho otočme. Lékař se střetává s nejsilnějšími lidskými zápornými emocemi – strachem z bolesti, strachem ze smrti. Pacient do lékaře vkládá své naděje, ale přenáší na něj i své obavy i nenálady. Přitom platí, že odolní lidé bývají častěji méně citliví. A velmi citliví lidé zase bývají častěji méně odolní. To je v psychice konečné kapacity pochopitelné. Lékař ale potřebuje obojí – bez citlivosti mu leccos podstatného unikne, bez odolnosti se utrápí problémy jiných. Jakým způsobem o tento „balanc“ usilujete vy?

Jak jsem již zmínila v předchozích odpovědích, hlavní ventil a vyrovnávač nálad a rádce je manžel a často i děti. Od nejmenšího aktivně nasávám nevinnost a bezprostřednost a s dospívajícími dcerami řešíme úplně jiné problémy, někdy zábavné a občas i takové, že bych radši řešila problémy v práci s pacienty. Ale jiné, to je to podstatné!

Moc důležitá je pro mě příroda, týden toulání s manželem s batohem po Slovensku nebo Zakarpatské Ukrajině jen s mapou, suchary a instantními polévkami a společně čtenou knihou, to mě dokáže vyčistit a naplnit pocitem, že jsem součástí jednoho většího celku, a přinutí poklonit se před krásou Božího stvoření.

Praktikujete zatím jen pár let. Už jste se stačila nějak vnitřně změnit, v myšlení, v chování? Už se do vás stačila „doktořina“ nasáknout?

Starý lékař už by na to asi odpovědět ani neuměl, poněvadž je v tom celá léta až po uši. Vy zřejmě zatím stále ještě žijete v obou světech – v tom civilním i v tom „bílém“…

Asi nějaká změna nastává. Emancipace, větší jistota ve vlastní schopnosti, ale někdy „pro upomenutí“ i úplně naopak. A samozřejmě pořád okukuji lidi na ulicích a diagnostikuji, až si musím říct „Dost!“. Sleduji strumy – to mám asi po mámě, o štítné žláze se doma mluví celý život. Takže pár dam jsem se už na ulici zeptala, jestli se léčí. Bylo mi trapně, ale pocit, že někomu pomůžete, v tu chvíli převládl.

Ale nejraději zůstávám v anonymitě, nerada naslouchám i ve chvílích volna potížím okolních lidí, kteří, jakmile mají doktora nablízku, se začnou svěřovat. Snažím se práci a odpočinek oddělovat.

Existují tedy nějaké typické získané znaky příslušnosti k lékařskému stavu?

Asi větší všímavost k okolí a ochota nabídnout svou ruku, když je o ni požádáno. Na druhou stranu cynismus, otrlost k lidskému tělu a vyprávění specifických doktorských vtipů.

Má vaše profese nějaký vliv na chod a řízení vaší rodiny? Jak ji případně její členové komentují? Dost už jste o tom mluvila výše, ale našel by se nějaký hezký výrok vašich dcer či syna, které výstižně a ve vší nevinnosti komentují maminku jako doktorku?

Sedmiletý Adam je zatím v maminkovské fázi, taky chce být doktor jako já, ale včera se mě ptal: „A jaká ty seš vlastně doktorka?“

Výstižnější pro dětskou představu je výrok dcery, tehdy ještě školkového věku.

Předem musím uvést, že manžel je psychiatr a psychoterapeut, což jsou pro malé děti dost složitá slova, a večer doma vyprávěl o příjmovém vyšetření včetně vyšetření *per rectum*. Když se nazítří paní učitelka ptala, co dělá tatínek, uslyšela: „Je prezident a strká lidem prst do zadku!“ Je fakt, že ani lékař, dokud nezačne praktikovat, nemá představu, co ho doopravdy čeká, natož aby to věděly děti…

Míváte „lékařské“ sny? Jak se s časem mění?

Lékařské sny byly hojné ještě před zahájením praxe – že chybí nějaké zařízení nebo



pomůcka, po dovolené zase sny, že je narváno, nepřišla sestra a já absolutně nestíhám. To je asi leitmotiv všech snů…

Jaké je vaše největší osobní lékařské přání?

Tahle otázka vybízí k množství klišé, ale já chci mít pocit, že pomáhám a pokud možno neškodím.

Budete praktikovat ještě nejméně dvacet let, spíš o dost déle. Jak si tu dobu v ordinaci, kterou máte ještě před sebou, představujete? Spíš se na ta léta „v bílém“ těšíte, nebo z nich máte spíš obavy?

Zpočátku jsem se těšila, že mám místo, kde budu sedět do důchodu. Že po letech chystání se na práci, studia, stresů ohledně smluv a zařizování praktických věcí už mám vystaráno. Ted mě ale děsí, že se celý život budu setkávat jen s nemocnými a hodně svých pacientů uvidím umírat.

Cesta k medicíně

Až kam si vzpomínám, vždycky jsem chtěla studovat medicínu. Odjakživa se u nás doma mluvilo o nemocích, o případech z práce. Děda, profesor MUDr. Zdeněk Vahala, byl významný pražský chirurg, máma internistka na klinice. Jako malá jsem váhala mezi doktorkou (po mámě) a architektkou (po tátovi). Naprostý nedostatek schopností potřebných k architektuře předznamenal medicínskou cestu. Zajímala mě i kunsthistorie, ale představa nesnadného uplatnění a relativní neprospěšnosti lidem rozhodla. Zájem o výtvarné umění se ale pro mě stal koníčkem a potřebným relaxem.

Z medicíny mě vždycky zajímala geriatrie, líbili se mi staří lidé. Takže moje romantická představa byla, že budu sedávat ve volném čase u lůžek starých nemocných a naslouchat moudrosti stáří.

Praxe na interně mě rychle vyvedla z omylu. Čas posedávat u nemocných nebyl, a i kdyby se našel, u sester bych to asi úplně prohrála. Stačí poznámky, když vás hodnotí jako nezkušeného absolventa školy. A kdybyste se ještě vybavoval s pacienty… naprosto byste ztratil i ty zbytky respektu. Taky jsem měla štěstí na výbornou školitelku praktického lékařství ještě na studiích, doktorku Šustovou… Velký záběr problémů, možnost si v klidu s lidmi promluvit, znalosti rodinných souvislostí spolu s empatií mě už tehdy nasměrovaly na cestu praktika, v té době přehlíženému a nekariéristickému oboru. A v neposlední řadě to byl i nápad mého muže, který ten obor pro mě viděl jako ideální, vyhovující mému naturelu.

MUDr. Kristina Roubalová

Narodila se roku 1972 v Praze. Maturovala na smíchovském gymnáziu Na Zatlance, v roce 1998 promovala na 1. LF UK. Během studia porodila první dceru a byla s ní dva roky doma. Druhá dcera se jí narodila krátce po promoci.

V roce 1999 přesídlila do Havlíčkova Brodu, kde v letech 2001–2002 sbírala zkušenosti na interním oddělení psychiatrické léčebny. Předatestační přípravu dokončila v nemocnici Havlíčkův Brod.

V listopadu 2004 složila atestaci z všeobecného lékařství, šest týdnů poté se jí narodil syn.

Vlastní praxi v Havlíčkově Brodě si otevřela v dubnu 2008.

Richard Cimler

Všechno je jinak…

Člověček přijde na svět a ihned se kolem něj kupí představy, předsevzetí, předpovědi, plány. Příbuzenstvo, známí, celé okolí radí.

Bude z něj inženýr… Bude z něj automechanik – ti jsou nejlépe placení. Bude z něj lékař – ti jsou vážení. Bude z něj řezník nebo zelinář, ti mají nejvíc peněz…

Postupem času se mění jak myšlení okolí, tak myšlení jedince. Mění se i podmínky formující tu malou čistou osobnost. Ne vždycky je to dáno jen výchovou a prostředím. Není lehké nepodlehnout masírování okolí. V každé době – více či méně násilným způsobem – je člověk přímo i nepřímo formován okolím, v němž vyrůstá a přichází do styku s lidmi…

Malý človíček naprosto nechápe věty rodičů: „Zavři okno, aby nás neslyšela sousedka ‚z výboru'." Nechápe ani divné úšklebky nad pionýrským šátkem, který mu byl přidělen jako nejvyšší ocenění v daném věku. Čeká pochvalu a ocenění – a ono se objeví jen váhavé přitakání. Je zaražený diskrétním úsměškem nad Slovenským národním povstáním probíraným zrovna ve škole. Proč bylo zbytečné? Vždyť ve škole nás učili, jak nepostradatelná záležitost to byla! Proč ve škole slyší člověk věci, o kterých okolí mluví trochu jinak? Naprosto nechápe, proč má v pokoji poničený popálený koberec, podle babiččina vyprávění od sovětských partyzánů a jejich her na kukačku při požití většího množství vodky.

Postupně si s vrstevníky vyměňuje poznatky a nesrovnalosti (po škole tajně v parku v křoví) a poprvé vidí, že něco by mohlo být taky třeba trošičku jinak.

Později začíná chápat, že není všechno tak jasné a vyhraněné. Začíná ve škole opatrně rozlišovat, co je učení a co se prostě musí akceptovat jako „nutné zlo", které předměty jsou „oddechovka", „dávačka", jako občanská nauka, „dílny", „pozemky" – zlaté a oblíbené předměty výuky.

Někdy kolem nástupu na gymnázium jsme byli donuceni přihlásit se na jazyky – bez motivace, bez chápání, proč si vybírat němčinu nebo angličtinu. Hlavně že umíme jazyky. Přece jsme měli ruštinu od dětství! A k čemu by nám jazyky byly? Do západního Německa nás stejně nepustí. Jelikož jsem vyrůstal v pohraničí, měl jsem potvrzující zážitek, když jsem v zimě na Klínovci uklouzl a sjel po svahu k hranici s Německem. V tu ránu tam byli stateční pohraničníci a musel jsem vysvětlovat, že jsem fakt nechtěl překročit hranice. Později, po operaci frontálních dutin, jsem byl v rámci rekonvalescence za manželkou, která pracovala v Harveyi ve Františkových Lázních. Toulal jsem se v lesích a užíval si krásného okolí. Někde v blízkosti hranic vyběhl z chaloupky statný muž a hned na mě vyjel, co že tady dělám, co jsem zač a abych se okamžitě legitimoval. Na důkaz své autority vytáhl jakousi legitimaci „pomocníka pohraniční stráže". Neměl jsem nic než vstupku do kolejí Vojenského lékařského výzkumného a doškolovacího ústavu Hradec Králové, kde jsem v tu dobu studoval. Ihned změnil tón. „Jó, průzkumák, že jó…" Marně jsem se mu snažil vysvětlit, že se jen procházím po lesích. „Jasně… Dobrý. Průzkumák. Můžeš jít."

Tak na co jazyky? O cestách do zahraničí jsme si jako vojáci mohli tak akorát nechat zdát. Proto jsem při rozhodování, který jazyk vybrat, volil ten, kde byla holka, co se mi zrovna líbila. Flákal jsem jazyk, jak se dalo. Vůbec mi to nešlo ani mě to nezajímalo. A ji? Úžasná výslovnost, perfektní paměť, kultivované vystupování, dokonalý vzhled… Prostě láska. Dodnes žije po emigraci v Německu. Prostě cílená výuka jazyků se jí vyplatila. Ale já byl z dvojčat, další sourozenci – také dvojčata – chodili do školky a o nějaké emigraci zdravotní sestry a dělníka ve šroubárně jsme ani neuvažovali.

Po úspěšné opravné zkoušce a odvolání proti nepřijetí na gymnázium jsem se dostal ke studiu na střední školu. Zadostiučiněním




21
VÝCHOD

pro mě bylo, že holky z devítky, co excelovaly se „samými“, v pololetí z prestižnějšího ústavu vyhodili!

Škola medicíny, školy života

Doba gymnázia byla nejhezčí. Nejživočišnější. A nejkontrastnější. Věnovali jsme se sportům, hráli divadlo, jezdili po zájezdech s hrami jako *Čapkovy apokryfy*… S mottem „všechno je jinak“ a podobně. Setkával jsem se s osvícenými lidmi, kteří nebyli poplatní době a byli svým způsobem – alespoň v úzkém kruhu – stateční. A to jak v divadle, tak i ve škole. Dodnes vzpomínám na profesora chemie, fyziky a matematiky. Nejen proto, že s námi chodil na pivo. Měl stejné názory na dění, byl pro nás vzorem inteligence a odvahy. Tu posílil při návratu z restaurace oznámením: „Zítra se neučí, čtou se *Černí baroni*!“ Knížka, kterou jsem znal jen z fialových, špatně čitelných xeroxových kopií s chybějícími stránkami.

Už při vstupu na gympl jsem si mohl vybrat z nepřeberného množství jazyků. Němčiny a angličtiny. Pochopitelně jsem si vybral pokračování ve „studiu“ němčiny. Hned po prvních hodinách angličtiny, která mi byla přidělena na základě mé „volby“, jsem ale seznal, že je to jazyk užitečnější. Všechny oblíbené kapely 70. let přece zpívají anglicky!

I na gymplu byly jasně viditelné rozdíly povah jak studentů, tak hlavně profesorů. Obrovský rozdíl mezi řediteli a zástupci ředitelů učících občanskou nauku na straně jedné a některými „statečnými“, kteří učili důležité obory. Zajímavé a poučné bylo sledovat takzvané „mrtvé brouky“, lidi vnitřně nesouhlasící s režimem, ale vystupující stylem: „Ne ne ne, to nechci slyšet… O tom nechci přemýšlet, natož o tom mluvit!“ Prostě profesory poznamenané a použité…

Ty koncovky – maturitní večírky a „post večírky“ po ukončení gymplu – znamenaly jen jedno. Vůbec si na ně nevzpomínám.

Na medicíně v Hradci mě nejprve překvapila společnost z celé republiky. Poprvé člověk přišel do styku s lidmi z různých koutů „světa“. O tom, že svět je i jinde než mimo ČSSR, se moc nepřemýšlelo.

Studium na medicíně mě bavilo a probíhalo poměrně bez problémů. Brzy jsem se naučil učit. Což je, myslím si, nejlepší dar od Lenina – ne „učit se, učit se, učit se“, jak nám vtloukali politruci, ale učit se – naučit se učit!



Je mi satisfakcí fakt, že místnosti, kde do nás nalévali vědecký komunismus a marxismus-leninismus, dnes slouží jako kanceláře renomovaných kapitalistických firem.

Jediný zádrhel studia nastal, když jsme hrávali po hospodách na kytary, mandolínu, banjo, basu. Stačilo zahrát *Nevidomou dívku* od Karla Kryla – a už to jelo. „Kamarádi“, kterých bylo jistě v každém ročníku několik, odvedli dobrou práci (kdoví, na jakých postech dnes jsou a jaké funkce zastávají!) Začaly výslechy, prohlídky, odposlechy. Výsledkem byla degradace, podmínečné vyloučení a další sankce. Bylo tenkrát docela deprimující, když mě předvedli před celou školu v kině Moskva a potupně mě ukazovali se slovy: „Soudruzi, tyhle štíry a hady si hřejeme na hrudi!“ No, školu jsem dokončil a škraloup s příslušnými paragrafy v osobním spise je jistě už začerněn… Nakonec to mělo své výhody. Při rozdělování na stáže do nemocnic jsem byl určen do Ústřední vojenské nemocnice, kde mi po ubytování nejprve určili stranickou buňku, v které budu působit. Když jsem oznámil, že ve straně nejsem, moje působení v ÚVN Praha skončilo. Nakonec na mě zbyla Vojenská nemocnice České Budějovice.

Nemocní a „nemocní“

Ty dva roky po promoci byly pro moje další působení zřejmě nejužitečnější. Začaly se oddělovat suché teoretické znalosti a pes-

trá praxe různých lékařů. Objevoval jsem markantní rozdíly mezi jednotlivými obory i mezi lékaři na různých odděleních.

Postupně jsme zjišťovali, že politická příslušnost sice zajistí vyšší postavení, ale není to předpoklad dobrého lékaře. Naopak, poznali jsme lékaře, kteří byli dobří, naprosto úžasní diagnostici – jen neměli to správné „přesvědčení" a politickou příslušnost. Těch jsme si dokázali vážit. Od nich jsme hltali poznatky, od nich jsme se snažili převzít postupy, od nich jsme se učili, co je podstatné, co je jen nutné, nezbytné a co se dá eventuálně opominout. Byla to dobrá škola života. Poznali jsme, jak tenká hranice vede mezi zdravím a nemocí, jak tenká čára rozděluje život a smrt. Poznali jsme i to, že leckdy je lékař naprosto bezmocný, má-li ovlivnit vývoj některých nemocí.

Pamatuji se, jak mě poprvé ohromil přístup pacienta v terminálním stadiu maligního tumoru rekta. Jak jsme všichni soucitně sledovali jeho boj. On však byl plný elánu, plný odhodlání. Ukazoval nám výstřižky z novin, kdo, kdy a kde se z toho dostal. Nechal si posílat ze zahraničí drahé čaje. Denně nás nutil sledovat svoje krvavé stolice, chlubil se, jak se někdy „lepší", jak už vyjde první patro, protože se to obrátilo a on sílí… Za týden skončil. Ale ta vitalita nás ohromovala. Eliminace všech jasných symptomů a neakceptování negativních zpráv – kdo z nás to umí?

Poprvé jsme poznali simulanty, jejichž výpovědím jsme naprosto věřili do té doby, než jsme v ledvinných kamenech, které vymočili, poznali křemen z nádvoří. Než jsme u frustní hematurie vysledovali, jak pacient zcizuje vzorky určené do laboratoře – ponechané na chodbě – a vrací se z WC se svou „močí". Jeden pacient si dokonce při odběru moči pod dohledem přilepil náplastí k penisu stříkačku s krví! Odhalili jsme neléčící se záněty spojivek (způsobené naškrábaným zubním plakem zaneseným nehtem do spojivkového vaku). V pozdější praxi vojenského lékaře se dokonce množily zlomeniny malíku nebo jiného prstu – později při odchodu do civilu se „pacienti" přiznali, že stačí namočit na noc prst do octa formou zábalu, ráno klepnout víkem popelnice a fraktura je zajištěna… Brrr. Těch popelnicových fraktur bylo vícero.

Je nesporně zajímavé sledovat vývoj, co se týče „neschopenek". V dobách minulých vyžadovalo každé bebíčko neschopenku, mnozí pacienti na pracovní neschopnosti striktně trvali. V dnešní době je pacient hmotně stimulován k jen krátkodobé neschopnosti nebo se snaží, třeba i se sádrou na ruce, zůstat v zaměstnání, podepisuje reversy, seznámení se s možnými komplikacemi… Cokoli, jen ne pracovní neschopnost!

Vím. Pacientům by se mělo věřit. Ale *Statistiky počtu ošetřených* před náročným výjezdem do výcvikového prostoru nebo blíží-li se seskoky padákem, jsou nekompromisní. V tyto dny lékař do ordinace sotva dojde, prodíraje se zástupy „nemocných". Je velmi těžké zachovat chladnou hlavu, když vím, že minimálně polovina pacientů jde účelově za úlevami, předem – a ex post pak ještě víc – se chlubí, jak s lékařem vymetli, a jdou na regál (do postele).

Je nebezpečné a nepřípustné, aby lékař upadl do situace, kdy bude šmahem rozhodovat a vyšetřovat laxně s vědomím, že je to banda simulantů. Mohlo by se stát, že pátý, šestý nebo ještě další pacient bude mít drobné příznaky podobné ostatním, ale právě u něj půjde o první příznaky vážného onemocnění. To pak musí svědomím lékaře značně otřást.

Zahraniční mise

V momentě, kdy se rýsuje zahraniční mise, začne ambulance slábnout. Návštěvnost chronických pacientů řídne a řídne, často se až paradoxně nechávají ošetřit na jiných pracovištích, jen aby se u nás jevili jako zdraví – schopní výjezdu, a tedy slušně placené služby v zahraničí. Za půl roku, po návratu, čile pokračují ve stejných problémech a stejných diagnózách. Nezřídka již o dovolené si zajišťují v místních nemocnicích vyšetření po návratu. A lékař může být jen vnitřně nespokojen, nic jiného dělat nemůže. Mnoho pacientů má „lékaře" v rodině, mnoho pacientů má v rodině i právníky.

Na vlastní misi se ze vztahu lékař–pacient stává vztah víceméně přátelský. Jsou na jedné lodi, mají stejné problémy (vytržení z normálního života, odloučení). Problémy prakticky minimální. Eliminují se všechny běžné nepříjemnosti typu vaření, nákupy, placení složenek, cesta do zaměstnání, domácí práce. Zůstává jen profese, jídlo, možnost kontaktu s domovem a aktuální kurz dolaru.

Pro lékaře je mise poměrně výnosná a klidná záležitost. Je ovšem modifikována



mnoha faktory. Jedním z nejpřekvapivějších je, že populace – konkrétně v Bosně – se léčí úplně jinak.

Viděl jsem případy, kdy byla u místní babky sněť palce po perorálním podání antibiotik a lokální terapii během tří dnů téměř zhojena. Na počátku jí ten palec tekl z boty, za čtyři dny jsem ji viděl orat za kravkou. Pneumonie tak rychle reagující na jakákoli antibiotika, že tady si o tom můžeme nechat snít. Nebo naprostá vděčnost místního obyvatelstva za jakoukoli pomoc, kontakt nebo dárek. O to horší jsou poté návraty do naší drsné reality.

Pro přehršel administrativy a pseudoprávní prostředí je jednodušší dělat si svou malou ambulanci a tu a tam zajít na přednášku organizovanou farmaceutickou firmou. Vzdělávání a odpovědi na otázky je možné dohledat na internetu teď hned, přednášky jsou tendenčně zaměřené podle pořádající firmy. Spíš se tam setkám s kolegy, pozdravíme se…

Je jednodušší dělat si svou práci pokud možno dobře, důsledně a mít čisté svědomí, ale pro mě – po dvou hospitalizacích na JIP – je důležitější věnovat se sám sobě. Poznávat země, o kterých jsme ani nedoufali, že je navštívíme, poznávat život a lidi jinde ve světě a dělat si obrázek podle svých poznatků a zkušeností. Ne jen podle toho, co nám dřív laskavě povolili nebo co nám nyní podsouvají.

Zjišťovat, kde je pravda – respektive co to pravda vlastně je!

Učit se umět rozlišovat správné od nesprávného s využitím vlastních zkušeností a poznatků.

Abych nakonec opět nezjistil, že „všechno je jinak“.

Cesta k medicíně

Byli jsme čtyři děti, všichni jsme studovali na různých typech škol a rodiče s průměrnými platy jen stěží mohli materiálně zajistit další studium všech, rozhodl jsem se proto podívat se na spektrum vojenských vysokých škol. Jako nejpřijatelnější se mi jevila medicína. Nechci nikomu nalhávat cosi o plánované přípravě na prestižní zaměstnání lékaře… Prostě mi imponovala délka studia. Šest let nebudu muset myslet na každodenní docházení do Kolbenky na ranní! Ale vážně: vedle materiálních úvah moji volbu nepřímo ovlivnilo i povolání matky – pracovala tehdy v dětském domově Krupka, kde žily děti od jednoho roku do školního věku. Často jsem si s nimi chodil hrát a viděl, jak jejich odevzdaný pohled ožívá při jakémkoli zájmu o jejich osobu. Cítil jsem jejich vděk za jakýkoliv kontakt, oslovení, podání hračky, úsměv… Často jsme si některé brali na víkend domů. O to horší byly návraty do zařízení, o to horší byly žádosti o další návštěvu… Takže určitý druh empatie, soucitu při mém rozhodování měl vliv.

Na přijímací zkoušky na medicínu – přesněji na VLVDÚ JEP Hradec Králové – jsem jel přímo z Jižních Čech. Inklinovali jsme jako děti k přírodě a často jezdili motorákem na čundry do Českosaského Švýcarska, Českého ráje a podobně. Tentokrát jsme se přihlásili na pětidenní přechod Šumavy – 250 km. Poslední etapu jsem už nestihl a odjel na přijímačky.

MUDr. Richard Cimler

Narodil se roku 1956 v Ústí nad Labem. Po maturitě na gymnáziu v Duchcově vystudoval roku 1981 Vojenskou lékařskou fakultu UK v Hradci Králové. Pracoval jako vojenský praktický lékař nejprve u silničně stavebního praporu, poté u výsadkového praporu v Chrudimi. Pobyt na misi SFOR v Bosně v roce 1997 přerušil po smrti manželky; poté odešel od výsadkového praporu na místo náčelníka Posádkové ošetřovny Chrudim. Počátkem roku 2008 (v hodnosti podplukovníka) opustil armádu ze zdravotních důvodů a stal se jejím občanským zaměstnancem („s minimální vojenskou a řídící odpovědností nyní z problémů řeším jen ty medicínské“).

Vášnivý motorkář BlackDogs (výlety po Evropě na motorce Yamaha RoadStar 1700). Manželka byla lékařka, syn Richard je inženýr-informatik, nyní na doktorandském studiu.

Vladimír Bencko

Totalita zlatého telete versus neziskové, trvale udržitelné zdravotnictví?

Pane profesore, jste v medicíně přes půl století. Pamatujete se ještě na svůj první samostatný případ? Byl v něčem obecněji užitečný?

Do praxe jsem nastoupil na umístěnku na hygienickou stanici okresu Poprad, která sídlila ve Spišské Sobotě ve starobylém klášteře na Jantarové stezce, a doslova přes plot stála okresní nemocnice, ve které jsem o víkendových službách sloužil na konglomerátu interny, dětského a infekčního oddělení.

První pacienty si samozřejmě pamatuji s mnoha podrobnostmi. Hned na první službě byla mým hlavním pacientem měsíční Helenka s pupečníkovým tetanem. Přirozeně jsem zavolal příslužbu, abychom se u toho děvčátka střídali. Bez nezbytného technického vybavení nebyla šance na přežití a druhý den, během normálního provozu oddělení, holčička zemřela. Toho roku v naší nemocnici shodou okolností na tetanus zemřeli ještě student bohosloví z Litoměřic a místní zemědělská dělnice. V témže roce v celém Československu na tetanus zemřeli čtyři pacienti.

Poučení? Z hlediska zdravotnických statistik – ošidnost „chyby malých čísel“!

Jiný, opět poučný případ. U něj mi v paměti uvízlo i celé jméno pacienta – Balco Ján, pár let po padesátce. Klinicky se jednalo o klasický infarkt myokardu, bohužel bez nejmenšího náznaku typického nálezu na pořízeném elektrokardiogramu.

Co nám kladl na srdce náš učitel interny pan profesor Jonáš na dnes Královských Vinohradech? V diagnostice se řiďte zásadně pečlivou anamnézou a stesky pacienta a obvyklým, pečlivě provedeným fyzikálním vyšetřením! „Mašiny“ a laboratoř mají pomocný, potvrzující význam a máte je k dispozici obvykle později. Řídil jsem se jeho radou a dobře jsem udělal! V pondělí mi staniční sestra s omluvou sdělila, že technickým nedopatřením jsem místo EKG pacienta B. J. dostal záznam jiného, hned před ním natočeného pacienta, a že B. J. **má** typické změny na EKG.

To ale nebylo jediné poučení z uvedeného případu. Po pětitýdenním léčení v klidu na lůžku tento pacient vstal a za pár okamžiků zemřel na masivní embolii. Zmiňuji to kvůli revolučnímu pokroku medicíny, kterého jsme často užaslými svědky. Dnes by tehdejší léčba *lege artis* byla důvodem k žalobě v důsledku flagrantního porušení „zásad správné klinické praxe“!

Před více než půl stoletím vypadala medicína v terénu úplně jinak, byla podstatně romantičtější než dnes. Dodnes jsem svým tehdejším nadřízeným Pavlu Bělínovi a Viktoru Príkazskému vděčný, že jsem coby nováček a tím pádem takové děvče pro všechno měl možnost sbírat zkušenosti, které se mi v životě vícekrát v nejrůznějších situacích hodily.

Velice zajímavé a občas dobrodružné zkušenosti jsem získal v práci s romskou komunitou, která na začátku 60. let minulého století představovala něco málo přes 10% populace okresu Poprad. K životním zážitkům patřila asistence při likvidaci „parazitní osady“ Miklušovce – deseti zemljanek a jednoho zděného domku. Informace o této události se dostala až na titulní stránku *New York Times* spolu s fotografií našeho tehdejšího prezidenta Antonína Novotného, jak fotografuje v Haarlemu. U fotky stálo, ať si Mr. Novotný udělá nejdříve pořádek doma, a pak projevuje péči o Afroameričany.

Vrcholným zážitkem pak byl moment, kdy se měla podepsat dohoda, že dotčení Romové se dobrovolně odstěhují do připra-

vených, státem vykoupených a rekonstruovaných domů. Nejvyšší přítomný reprezentant státu byl tehdejší krajský hygienik z Košic dr. Ivan Kratochvíl, kterého vajda (představený obce) před podpisem smlouvy vyzval, aby „šel s jeho ženou" na znak sbratření, než dohodu podepíší. Všichni jsme na sebe zírali jako vyorané myši, oslovený ztuhl doslova jako Lotova žena. Když ze sebe konečně dostal výmluvu na vysoký věk, následovala dramatická scéna, a účelová provokace skončila roztrháním smlouvy vajdou a odchodem zkoprnělé delegace. Nakonec vše po různých průtazích dopadlo podle přání vrchnosti a koneckonců i ta stovka lidí nakonec uznala, že život v domě je pohodlnější než pobývání v zemljankách. V těch obvykle spali v dřepu opření zády o jiného, přibližně stejně velkého člena rodiny…

Kontrola úspěšnosti akce po roce zjistila, že šest z jedenácti rodin se usadilo a zůstalo na místě. Zbývajících pět rodin však postupně stopilo vše dřevěné, co bylo k dispozici (včetně schodiště na půdu a podlah), a dokonale vybydlený dům opustilo. Bezmála 60procentní úspěšnost byla vyhodnocena jako dobrá ve srovnání s parním strojem, jehož účinnost je přibližně třetinová….

„Romské zkušenosti" jsem považoval za vítanou rozcvičku hlavně v době, kdy jsem sloužil v Ústavu tropického zdravotnictví tehdejšího IPVZ a byl pověřen, abych vybudoval oddělení hygieny tropů. V rámci spolupráce s Ústavem hygieny univerzity v rakouském Štýrském Hradci jsme opakovaně pracovali na smetištích Káhiry. Cílem projektu bylo studovat zdravotní stav tamní dětské populace. Nejvýznamnějším zjištěním byly příznaky významné obstrukce dýchacích cest u poloviny desetiletých chlapců žijících na smetišti Ezbeth el Nakhl, na kterém tou dobou (2. polovina 80. let minulého století) žilo 5–7 tisíc lidí. Tamní populace nerecyklovala odpad a plasty spalovala. Srovnávali jsme tuto skupinu se stejnou kategorií dětí ze smetiště Mokattam, na kterém tehdy žilo 20–23 tisíc obyvatel a kde byl městský odpad bezezbytku recyklován. Zdravotní parametry zdejších dětí včetně somatometrických údajů odpovídaly evropské populaci. Zdejší populace nebyla exponována emisím ze spalování plastů a navíc mimořádně krutý přirozený výběr významně přispíval k vysoké biologické kvalitě vyšetřované dětské populace.

Pět let strávených na ÚTZ pod vedením prof. MUDr. Vladimíra Šerého, DrSc., před mým návratem na univerzitu v listopadu 1990 (konkurzem na 1. lékařskou fakultu UK v Praze) patřilo k profesionálně nejzajímavějším obdobím mého života.

Co se za vaší praxe nejvíce změnilo z hlediska vlivu na vaši lékařskou „duši"?

Těžko se vybírá, protože medicína udělala za více než půlstoletí mé služby neuvěřitelný pokrok, což zmiňuji na jiném místě. Jediné, co mne skutečně trápí, je postupný úpadek investic do předcházení nemocem. Tu pozici Popelky, která přitom má nepochybně možnost přispět k potenciální udržitelnosti financování našeho zdravotnictví, si skutečně nezaslouží.

A co se týká mé lékařské duše? Vyrůstal jsem v křesťanské rodině a s existencí duše nemám nejmenší problém, i když o tom, co duše vlastně je, jsou nejrůznější představy. Koneckonců existuje v naší branži respektovaný obor duševní hygiena. Její principy učíme a zkoušíme. Páteří mé osobní duševní hygieny je snaha o respekt k *Desateru*. Nechápu lidi „pokořující" hory, výšky, hloubky oceánů nebo třeba pouště, i když sám se dovedu upřímně radovat z návštěvy hor a prožívat pocit štěstí z delších pochodů horskou přírodou, stejně jako z dobře odvedené práce, návštěvy zajímavého divadla, koncertu, přečtené knihy nebo v neposlední řadě z pohody v širší rodině a setkání s přáteli.

Nemyslím si, že duše lékaře je jiná než obecně duše člověčí, i když větší schopnost empatie je u lékaře vítanou vlastností, důležitější než v řadě jiných, třeba technických povolání.

Nakolik lze oddělit medicínu a lékařství od ekonomiky/byznysu (tedy zdravotnictví)? Nakolik zdravotnictví od politiky?

Propojení zdravotnictví a politiky je zřejmé a v řadě případů je výsledek tohoto propojení nepříznivý a z dlouhodobého hlediska dokonce nebezpečný.

V mém oboru medicíny je velice znepokojujícím příkladem vývoj snah v oblasti předcházení nemocem, tedy v oblasti primární prevence. Snaha o prolínání primární prevence s prací každého lékaře se dosud nejen u nás, ale i v globálním měřítku prosazuje pomalu a s nejrůznějšími obtížemi, a to ve



všech společenských systémech. Lze to demonstrovat na nekonečném řetězu problémů komplikujících realizaci takových globálních akcí Světové zdravotnické organizace, jako byly například dekáda věnovaná programům *Pitná voda pro všechny* nebo *Zdraví pro všechny do roku 2000*.

Cílem primární prevence je potlačit příčiny nemocí, snížit jejich výskyt a tím přispět k prodloužení délky a zejména ke zlepšení kvality života lidí. Integrálními součástmi primární prevence jsou ochrana a podpora zdraví. Ochranou zdraví se má dosáhnout toho, aby z žádné lidské aktivity nevznikla nepřijatelná zdravotní rizika. Do ochrany zdraví vkládá podniková sféra i český stát ročně desítky miliard korun. Zdůrazňuji, že to nezasluhuje obdiv, vděk ani pohoršení, protože to je nezbytnost. Bez těchto investic by se dnešní průmyslová společnost zhroutila pro neslučitelnost životních podmínek s lidskou existencí. Přes nesporné úspěchy v řešení problematiky emisí z uhelných elektráren trvale rostou problémy s dopravními emisemi a zbylou částí hutnických závodů, dosud přežívajících v privátní sféře. Protože Brusel spíše výjimečně investuje do soukromého sektoru, v rámci inovačních projektů, nelze očekávat snadno dostupné investice EU do hutnických technologií snižujících množství emisí. Navíc místní hutě jsou nejen zdrojem emisí, ale poskytují obživu místní populaci.

Podobným případem je čistička odpadních vod v Praze. Vodu včetně čištění odpadních vod jsme s nadšením hodným rozumnějších věcí prodali do soukromých rukou, takže očekávat podporu těchto aktivit z Bruselu je v principu obtížné a v horším případě nereálné.

Desetiletí ideologické totality se podle obecného zákona kyvadlového pohybu přehoupla do opačné krajní polohy – do trvale neudržitelné totality „zlatého telete“. Nalezení dlouhodobě udržitelné rovnováhy mezi soukromým a veřejným zájmem by mělo být jedním z hlavních úkolů nové politické reprezentace, která nastoupí po nejbližších volbách.

Opakovaně vyjadřujete obavy o prevenci nemocí. Jaká jsou současná úskalí předcházení nemocem?

Kořenem současných problémů hygienické služby je její, jak se zdá, dosud nezadržitelný vývoj směrem k činnosti zdravotní policie, která řeší především již vzniklé problémy místo toho, aby těžiště její práce bylo v předcházení zdravotním rizikům všeho druhu, významným z pohledu veřejného zdravotnictví.

Klíčové úskalí současné „tržně orientované“ medicíny, nepochybně úspěšné v sekundární prevenci, tedy v časné diagnostice a racionální léčbě, spočívá v rychle rostoucích finančních nárocích na moderní diagnostiku i léčiva.

Investice v oblasti primární prevence se sice, jak se obecně očekává, mnohonásobně vrátí, ale bohužel v době, během které se obvykle vystřídá několik politických garnitur. To je jeden ze zásadních důvodů, proč se snahy o primární prevenci ocitají na vedlejší koleji. Pokud jsou, mají navíc často charakter časově omezených kampaní.

Nelze však vyloučit, že v dohledné době náklady na léčení nemocných dosáhnou takové společensky obtížně únosné úrovně, že obec politiků díky hrozící krizové situaci konečně pochopí, že má smysl investovat i do předcházení nemocem. Jde především o kardiovaskulární nemoci včetně hypertenze, diabetes II. typu související s „morem“ naší doby – obezitou – a také zhoubné novotvary. Roste i výskyt osteoporózy, neurodegenerativních onemocnění, souvisejících se stárnutím naší populace, a v neposlední řadě i zubního kazu a paradentózy.

Pane profesore, ruku na srdce, souvisí tohle všechno ještě s medicínou? Nevzniká to někde mnohem hloub?

Máte pravdu. Nejhlubší kořeny problémů současné postmoderní společnosti vycházejí z oblasti morální. Rád bych proto tuto stručnou úvahu o šancích a úskalích primární prevence zakončil citátem jednoho z významných učenců minulého století, lékaře, přírodovědce a filozofa zabývajícího se uvedenou problematikou, nositele Nobelovy ceny Konrada Lorenze, kterým obvykle končím úvodní seminář třítýdenního bloku před státnicí z hygieny a epidemiologie pro naše studenty na 1. LF UK v Praze: *„Pokud se lidstvo zahubí samo, nemusí k tomu dojít udušením z nedostatku kyslíku, likvidací mořských řas a deštných pralesů a také ne proto, že se vystavuje postupně rostoucímu nebezpečí radioaktivity. K zániku lidstva úplně postačí, když se moderní člověk zbaví všech morálních hodnot. Před tímto nebezpečím musíme va-*





rovat stejně důrazně jako před elementárním ohrožením životního prostředí, které je důsledkem naší civilizace.“

Zpět k medicíně. Řečeno s Černyševským: Co dělat?

Jednou z klíčových podmínek dalšího rozvoje v oblasti preventivních aktivit je především zachování těch, které již byly uvedeny do praxe dříve. Můžeme být šťastni, že jsou dosud funkční, jako například (byť značně redukovaná) síť hygienických stanic vybudovaná v 50. letech minulého století, národní onkologický registr, založený v polovině 70. let, a později zahájené skríninky rakoviny prsu a kolorektálního karcinomu, rozvinuté poradenství v oblastech srdečně cévních chorob či diabetu, ve kterých můžeme dosud sloužit jako příklad i některým podstatně bohatším krajinám.

Při nezbytné restrukturalizaci zdravotnictví z výše uvedených důvodů nesmíme dopustit, aby preventivní snahy v oblasti medicíny padly v „honbě za maximalizací zisku“. Příklad k zamyšlení: V Japonsku jsou ze zákona všechny aktivity v oblasti zdravotnictví neziskové a při přibližně polovičních výdajích v relaci ke hrubému domácímu produktu ve srovnání s USA poskytuje Japonsko stejnou nebo lepší zdravotní péči všem občanům, v porovnání s 15–30 procenty nepojištěných nebo nedostatečně pojištěných Američanů. Nejčastější příčinou osobních bankrotů v USA je neschopnost lidí uhradit účty za léčení. To je věcný důvod Obamových ušlechtilých snah změnit tuto nepříznivou situaci.

Jde o to, aby výsledkem připravované reformy byl funkční, našim ekonomickým možnostem úměrný a z našich reálných zkušeností vycházející systém s jasně definovanými odpovědnostmi a se zpětnými vazbami omezujícími jeho nadužívání (to je např. problém Japonců) a chránícími jej před plýtváním či rozkrádáním prostředků. Systém nespoléhající na již zřejmě ochrnutou „neviditelnou ruku trhu“. Ta by mohla být funkční v ideálních podmínkách svobodného trhu, který, žel, reálně neexistuje. Princip „košile bližší než kabát“ spolehlivě funguje zejména v horších časech.

Pane profesore, co takový hygienik vlastně může? Jakou má „moc“?

V roce 2000 jsem byl pozván na jednání o připravovaném výzkumném projektu s Agency for Toxic Substances and Diseases Registry (ATSDR) v Atlantě. Druhý den jsem koukal jako Alenka v říši divů, když se místní vedoucí pracovníci na jednání objevili v parádních uniformách ve střihu námořních důstojníků. V reakci na mé neskrývané překvapení jsem byl poučen, že vysocí úředníci v oblasti veřejného zdravotnictví jsou povinni při významných příležitostech a pravidelně každou středu používat tyto vskutku parádní uniformy jako projev prestiže svého povolání a úřední moci veřejného zdravotnictví jako organizované složky statní moci. Dodnes je mi líto, že z diskutovaného projektu připravovaného se značným úsilím nakonec sešlo kvůli škrtům v rozpočtu grantových agentur USA v důsledku invaze do Iráku.

Zmínkou o parádních uniformách námořnického střihu nevolám po tom, aby se hlavní či krajští hygienici na veřejnosti zdobili podobným způsobem, ostatně hlavního a některé krajské hygieniky znají občané ČR dostatečně díky nejrůznějším haváriím, epidemiím či nehodám všeho druhu. Důvodem mé poznámky je poněkud frustrující pocit, že společenská prestiž naší hygienické služby pomalu, ale jistě upadá.

Okresní, natož krajští hygienici měli v době mého nástupu do hygienické služby po promoci ve většině případů autoritu, o které se v dnešní liberální době může jejich nástupcům jenom zdát. Okresní hygienici zmizeli spolu s okresní politickou strukturou státu a ti krajští nezřídka zápasili s představami některých našich, ale zejména nadnárodních investorů, kteří se u nás zpočátku chovali tak, jak byli zvyklí v rozvojovém světě, kde jejich bezmezná touha po maximalizaci zisku nenarážela na elementární ekologické či technické bariéry a laciná pracovní síla pouze dokreslovala obraz investičního ráje.

Má podle vás člověk v zacházení se svým zdravím neomezenou svobodu, nebo nese závazky i ke společnosti, jíž je členem? Může nebo dokonce má být ke „zdravému“ chování i nucen?

Ve všech oborech lidské činnosti platí, že princip „vše je dovoleno, pokud to není výslovně zakázáno zákonem“ je bezpečnou cestou do slepé uličky. V oblasti předcházení nemocem je exemplárním případem odmítání očkování dětí rodiči nebo z jiného

soudku neschopnost, přesněji neochota poslechnout rady týkající se rizikového chování řady pacientů. Jsou to příklady zdravotní negramotnosti, která je mezi lidmi bohužel příliš častým jevem. Odpor proti očkování dětí v ČR naštěstí nenabyl příliš velké síly, ale je povinností veřejného zdravotnictví usilovat, aby nám tento nepříznivý jev nepřerostl přes hlavu. Zatímco náš nejvyšší soud dospěl k závěru, že rodič, který odmítl očkování dětí, je beztrestný, v Maďarsku stejná instituce stejný postoj zhodnotila jako trestný čin proti právu dítěte na zdraví! Abych tento citlivý komentář zkrátil, občanská společnost je ve vlastním zájmu povinna stanovit mantinely elementární spoluodpovědnosti občanů za své zdraví a rodičů za zdraví jejich dětí. Překročení těchto mantinelů musí být v rámci respektu ke zpětné vazbě přiměřeně sankcionováno. Koneckonců vinou nepochopení, co svoboda ve skutečnosti je, máme přeplněné věznice! Dlouhé řeči o svobodě jsou bez vyváženého důrazu na odpovědnost a povinnosti člověka mlácením prázdné slámy.

Uznáváte existenci pia fraus*? Pokud ano, kdy a jak? Má zbožná lež ve zdravotnictví stejné postavení jako v „obyčejném" životě?*

Pokud praktický lékař nebo u chronických nemocí klinik pečuje o pacienta delší dobu, měl by být schopen rozeznat, zda unese přímé sdělení reality, nebo je lépe mu pojmenování jeho stavu a míry rizika ohrožení života postupně dávkovat. Abych byl konkrétní: Když mi kolegyně obsluhující CT okamžitě po vyšetření řekla: „Pane profesore, pravá ledvina musí pryč, a to čím dříve, tím lépe," nemohla pro mne nic lepšího udělat, ač to nebylo právě důvodem k jásání. Setkal jsem se však opakovaně s lidmi, kteří v podobných případech upadají do hluboké deprese a jejich frustrace ovlivní imunitní systém s nepochybným nepříznivým vlivem na jejich zdravotní stav. Studenti medicíny se učí, jak tyto informace nejlépe sdělit, a v závislosti na své schopnosti empatie a samozřejmě následných životních praktických zkušeností jednají.

Ano, za určitých okolností připouštím etickou přijatelnost principu *pia fraus*.

Jak se ve vás integrují lékařské, badatelské a pedagogické aktivity? Jejich soužití vnáší do práce lékaře jistý prvek soutěživosti (publikace, tituly) a poněkud redefinuje pojetí úspěchu…

Chuť spojit práci s vědeckým výzkumem jsem měl už během studia a už od třetího ročníku jsem pracoval coby volontér a později pomocná vědecká síla v Ústavu patologické anatomie pod vedením docenta Josefa Stolze.

Souhlasím s vaší ideou nezbytnosti redefinice úspěchu. Účast na prestižních projektech a „vysoce impaktovaných publikacích" byla v minulosti věcí víceméně osobní prestiže nebo prestiže ústavu, byť všichni dobře známe průpovídky o „světské slávě a polní trávě". Dnes jsou tyto atributy otázkou přežití ústavů, protože podmiňují a zejména budou podmiňovat jejich financování. Ač osobně na tom z formálního hlediska nejsem zle (citační index podle SCI přes 1300, h-index 23), čeho se vážně obávám, je vývoj mezilidských vztahů.

Dovolím si použít následující příklad. Když jsem dostal stipendium WHO na několik měsíců na Karolinska Institutet ve Stockholmu u profesora Larse Friberka, otce evropské školy toxikologie kovů, mezilidské vztahy mezi pracovníky ústavu mi připadaly ideální. K dispozici přístroje všeho druhu, na které jste si jen mohli vzpomenout, vzorové zvěřince, potřebné chemikálie dodané druhý, nejpozději třetí den, každý den společná půl i vícehodinka v deset dopoledne a pak kolem třetí odpoledne u čaje nebo kávy a nějakých sušenek. Co platilo na začátku 70. let, v průběhu dalších dvou desetiletí postupně erodovalo a při poslední návštěvě: vše uzamčeno. Bez elektronického klíče, tj. bez doprovodu kmenového zaměstnance, jste se nedostali nikam a každý zaměstnanec při příjmu podepisoval čestné prohlášení, že o své práci bude mluvit výhradně jen se spolupracovníky v rámci laboratoře, aby nápad z jedné laboratoře nebyl při soutěži o granty využit v žádosti o grant podané jinou laboratoří… A že byste si někde u vchodu opřeli kolo s jistotou, že až se po čase vrátíte, bude kolo na místě, což jsem při prvních návštěvách Stockholmu, Uppsaly a jiných univerzitních měst před čtyřiceti lety opakovaně viděl na vlastní oči, to tedy ani náhodou.

Jaký máte pocit, když potkáváte lidi, které jste uzdravil nebo dokonce sundal hrobníkovi z lopaty?

Na tuto otázku mohu odpovědět pouze z opačné perspektivy pacienta, kterého kolegové již dvakrát, jak říkáte, sundali hrob-

níkovi z lopaty. Vedle již zmíněné pravé ledviny to byla loni uprostřed léta výměna mitrálky. Každého z kolegů, kteří přímo či nepřímo radikálním zásahem do „integrity mého těla“ umožnili, že ještě žiju, si hluboce vážím a cítím upřímnou vděčnost za to, že se mohu počítat mezi jejich kolegy a v optimálním případě za jejich přítele.

Potřebuje „duše“ lékaře, aby měl její nositel širší kulturní povědomí? Může lékařův všeobecný rozhled prospívat pacientovi?

Nepochybně. Šíře lékařova kulturního zázemí může významně pomáhat při navazování kontaktu s pacientem a získání jeho důvěry. Zvlášť u pacientů postižených chronickými nemocemi, se kterými se lékař potkává zpravidla opakovaně, třeba i desítky let. Může to být cokoliv z kultury, sportu, koníčků…

Pacienti bývají neukáznění, nemoci ze své podstaty recidivují, na některé je medicína dosud krátká, někdy terapie selže vinou různých zbytečných okolností… Jak bojujete s pochybnostmi o smyslu své práce? Dáváte v relaxaci přednost společnosti kolegů (jen ti mi mohou rozumět), nebo nelékařů (jen ti mě mohou přivést na jiné myšlenky)?

O smyslu své práce jsem nikdy nepochyboval a dělal jsem ji s plným nasazením, zejména když jsem mohl reagovat na nějaký praktický problém, který čím byl zapeklitější, tím více mě lákal.

Jsou kolegové, v jejichž společnosti se cítím stejně dobře jako v profesně odlišné společnosti. Díky zaměření na problematiku toxických kovů v kontextu se zdravím člověka mi byli a jsou blízcí geologové. Koneckonců naše nedávno vydaná monografie *Zdraví a životní podmínky (Medicína a geologie)* vznikla ve spolupráci s geology.

Má vaše profese nějaký vliv na chod a řízení vaší rodiny? Co na ni říkají její členové?

Od manželky Aleny, také lékařky, jsem trvale slýchal mnohdy rozčilené (a to je velice eufemistické označení) stesky na čas, o který jsem okrádal rodinu, když jsem byl často pryč.

To, že jsem chodil na rodičovské sdružení na gymnázium, jaksi pokládala za nic, protože případné jobovky, které jsem nosil občas domů, musela řešit ona. A nebýt jí, Martin, tedy náš syn, by podle ní určitě skončil v oranžové vestě nebo na drogách. Přitom



na ČVUT úspěšně vystudoval kybernetiku se specializací na biokybernetiku, což byla z jeho strany jediná úlitba směrem k medicíně. Ta v jeho případě nepřipadala v úvahu, už jako dítě nesnášel pohled na krev.

Míváte „lékařské“ sny?

Nevím, jestli to byl zrovna lékařský sen, ale prorocký a o zdraví určitě. Zdálo se mi, že mi do postele vklouzla dívka, Vietnamka. Když jsem se jí zeptal, jak se jmenuje, odpověděla s neodolatelným úsměvem: Žloutenka. A ráno jsem skončil v Motole na žloutenkách! Bydleli jsme na Proseku, manželka pracovala v Krčské nemocnici, tak asi po měsíčním úsilí zařídila můj přesun k dětským žloutenkám do Thomayerovy nemocnice v Krči, aby většinu dne netrávila přesuny na docela dlouhých tratích…

Dovedete si představit odchod do penze a svoji existenci v ní bez medicíny?

Odchod do penze si představit dovedu. O penzi jsem si zažádal ve věku 71 let, kdy

jsem předal ústav svému bývalému žákovi a současnému nástupci doc. MUDr. Milanu Tučkovi, CSc., ale v omezeném úvazku pokračuji a starám se kromě části výuky a zkoušení u státnic také o postgraduální studenty. Jeden je z Tanzanie, tomu jsem zadal malárii, druhý z USA, ten má za úkol veřejné zdravotnictví v krizi a válce, pak jedna kolegyně z chirurgické kliniky má epidemiologii kolorektálního karcinomu, jeden kolega je na drogové epidemiologii. Tak široká paleta problémů mi samozřejmě nedovolí duševně zahálet. Mám radost i z aktivit pregraduálních studentů z Kypru, Portugalska a Malajsie, kteří se nedávno zúčastnili již 13. ročníku studentské vědecké konference. Práci s nimi beru jako „koníčka".

Jaký je váš profesní vztah k alternativní medicíně?

Jsem pokusnická povaha, a pokud mi s mými potížemi nepomohly klasické medicínské postupy, bez bázně a hany jsem sáhnul po alternativních metodách. Dvakrát mi „zázračně" pomohly. Jednou to byly bolesti v ramenu po pádu a podruhé přetrvávající bolesti po pásovém oparu. Třeba by se ty problémy vytratily samy, ale táhly se dlouhou řadu týdnů a po zahájení „alternativy" po krátké době přestaly. Ordinovala mi ji manželka, která prošla oficiálními kurzy homeopatie a akupunktury na IPVZ po roce 1990, než byly později zrušeny. Nakolik v mém případě hrál roli placebo efekt, přirozeně nedovedu posoudit, nicméně všichni známe princip „věř a víra tvá tě uzdraví".

Jaké je vaše největší osobní lékařské přání?

Účinně přispět k resuscitaci preventivních snah v medicíně a zasévat semínka přesvědčení o užitečnosti prevence do vědomí či duše mediků, kteří procházejí mými semináři.

Cesta k medicíně

V době rozhodování, kam po maturitě, jsem měl dva „modely". Jedním byl můj otec, absolvent Přírodovědecké fakulty Masarykovy univerzity v Brně, středoškolský profesor chemie, fyziky a matematiky, druhým soused, lékař, primář interního oddělení místní nemocnice. Maturoval jsem v Topolčanech roku 1955. V tom roce studenti „postižení" před maturitou průměrnou známkou 1,0 absolvovali pouze formální přijímací pohovor a byli přijati na fakultu, kterou si vybrali. (Tento princip začíná být opět praktikován.) V mém případě zvítězil zájem o medicínu a Lékařská fakulta MU v Brně, kde jsem mohl bydlet a v pohodě studovat pod vlídným dohledem tety Marijánky, abych předčasně nezvlčil.

V Brně se seznámili moji rodiče, maminka tehdy studovala francouzštinu a němčinu na Filozofické fakultě MU a na konzervatoři zpěv a klavír. Po rodičích jsem zdědil učitelské geny a bezprostřední dětský zájem typu „proč?" a „jak?" časem transformoval v touhu po seberealizaci na poli vědy.

Asi měsíc po přijímacím pohovoru jsem dostal zprávu, že jsem přijat na Lékařskou fakultu Komenského univerzity, na specializaci hygiena a epidemiologie. Když jsem po prázdninách přišel do Bratislavy, ukázalo se, že mám být zapsán na lékařské fakultě v Brně, kam jsem se původně hlásil. Na jejím studijním oddělení mne přivítala paní u okénka s dotazem, proč přicházím až 4. září, když zápis byl 1. a 2. září, a proč jsem si jako specializaci zapsal hygienu a epidemiologii, když jsem byl přijat na všeobecný směr…

Škrtat v tak posvátném dokumentu, jakým byl pro mě novotou vonící index, mi připadalo dehonestující. Když paní u okénka pochopila moje zoufalství, pravila, ať to teda nechám a správně to napíšu při zápisu do druhého ročníku. Momentální pocit nesmírné úlevy byl po prázdninách vystřídán studenou sprchou, když jsem se u stejného okénka dozvěděl, že ti, co si zapsali hygienu a epidemiologii, zapisují druhý ročník na Fakultě všeobecného lékařství UK v Praze a od třetího ročníku budou studovat na Lékařské fakultě hygienické UK v Praze na Vinohradech.

Tím pádem můj stůl a lože u tety Marijánky převzala sestra Eva, včetně brněnských učebních textů. Maturovala jako šestnáctiletá rok po mně a posléze promovala na brněnské

lékařské fakultě ve věku 22 let, jako nejmladší absolvent v historii.

S mým nástupem do hygienické služby po promoci to bylo komplikovanější. Oficiálně jsem byl přidělen na Krajskou hygienickou stanici v Košicích, ale v Popradu mi slíbili, že se zde budu moci věnovat epidemiologii, zatímco v Košicích komunálce, o kterou jsem opravdu nestál. Přiznávám také, že významnou motivací byly moje milované Vysoké Tatry. Po nástupu a získání příslušného razítka v občanském průkazu jsem se dozvěděl, že mi sice epidemiologii slíbili, ale přesto mám dočasně nastoupit na komunálku. Od té doby vím, že jednotkou dočasnosti je jeden „furt".

prof. MUDr. Vladimír Bencko, DrSc.

Narodil se roku 1938 v Rimavské Sobotě, kde jeho otec působil jako profesor na místním gymnáziu. V roce 1961 promoval na Lékařské fakultě hygienické (dnes 3. LF) UK. Působil na několika odborných pracovištích (roku 1980 obhájil hodnost DrSc.), v letech 1990–2009 byl přednostou Ústavu hygieny a epidemiologie 1. LF UK v Praze (habilitoval se v roce 1991, roku 1993 jmenován profesorem).

Zabývá se zejména biologickým monitoringem expozice člověka perzistentním škodlivinám (toxické kovy a polyhalované uhlovodíky) v pracovním i životním prostředí, epidemiologií zhoubných nádorů a možnostmi a úskalími primární prevence.

Manželka je rovněž lékařka, syn biokybernetik, programátor.

Štěpánka Čapková

Trpělivá komunikace je nutností i uměním

V tenké knížce aforismů *Neučesané myšlenky*, kterou napsal polský básník Stanisław Jerzy Lec, se mi zalíbil citát: „Stále se musí začínat od konce." Dala jsem si tuto myšlenku na promoční oznámení a mnohokrát se k ní vracela. V celém medicínském životě lékař stále začíná znovu a stále vyhodnocuje, co již zažil, zvládl nebo nezvládl a ukončil: první den v nové práci, první noční službu, první smrt svého pacienta, první medicínský omyl, první léčebný úspěch, první atestační zkoušku, první seminář pro kolegy, první přednášku pro studenty, první přednášku na kongresu…, první konflikt s pacientem, první stížnost pacientovy rodiny, první nedorozumění se sestrami na pracovišti, první výtku od primáře. A právě schopnost vyhodnotit tyto prožité situace, poučit se z nich, vytěžit z nich to důležité, dělá postupně z ustrašeného medicínského začátečníka sebejistějšího zkušeného lékaře. Pacientovi, v případě léčeného dítěte rodině, tato zkušenost imponuje, očekává ji, a pokud toto určité pracně nabyté medicínské charisma není na lékaři vidět, nedojde k tomu, co se nyní moderně označuje jako *compliance*, raději bych ale říkala k ochotě spolupracovat na léčbě a respektovat navržené léčebné postupy. Již během studia při přípravě na zkoušky a mnohokrát později při zdolávání dalších a dalších medicínských překážek, úkolů a výzev mi pomohla zdánlivě jednoduchá rada mého otce lékaře: „Musíš se chovat jako mraveneček, dívej se jen na nejbližší překážku před sebou a tu se snaž zdolat, a až ji ‚přelezeš', soustřeď se teprve na tu další."

Učím toto i rodiče svých dětských kožních pacientů, jen tomu spolu říkáme raději kroky: prvním krokem k úspěchu v léčbě je vypozorování a eliminace spouštěcích faktorů onemocnění, druhým krokem jsou režimová opatření v péči o dítě a teprve potom následuje třetí krok, výběr toho „zázračného" léku. A čtvrtým, nejtěžším krokem je udržení zlepšeného stavu kůže co nejdéle.

Jak to bylo na začátku

Můj kamarád ze studií, nyní velmi úspěšný pražský urolog, vždycky říkal: „Po promoci musíme nastoupit někam daleko od místa, kde potom budeme pracovat již jako úspěšní lékaři, aby neznali naše začátečnické chyby." Oběma se nám to podařilo, on nastoupil do Strakonic a já do Kralup nad Vltavou. Ty chyby nejsou jen medicínské, ale často vyplývají z neznalosti běhu života v malé nemocnici. Dlouho jsem si pamatovala udivené a pohoršené pohledy zdravotních sestřiček při svém prvním obědě v nemocniční jídelně. Stále jsem si kontrolovala nový bílý plášť, zda není od omáčky nebo nepatřičně rozepnutý. Až kolegyně na oddělení mi objasnila, že ten jediný volný stůl u okna v jídelně, kde jsem sama poobědvala, je stůl primářský a ještě nikdy se k němu žádný obyčejný zdravotník neodvážil posadit.

Svůj začátečnický křest jsem si odbývala nejprve na interně, kde pan primář zrovna odjel na dovolenou a 56 lůžek bylo na letní měsíce rozděleno mezi mne, úplnou začátečnici, která se na vše musela stále ptát, a „zkušenou" kolegyni, která byla již celý rok po promoci. Mým prvním pacientem, kterého jsem vyšetřovala a přijímala na lůžko, byl více než stokilový řezník, který měl zažívací obtíže, jež jsem měla vyřešit. Pečlivě jsem zapsala anamnézu a pak se pustila do vyšetřování. Jak jsem měla ze svého prvního případu trému, úplně jsem zapomněla správný vyšetřovací postup a začala jsem od břicha, potom jsem si vzpomněla na hlavu, dále pulzace na nohou, potom přišlo na řadu srdce a velmi chaoticky jsem bez jakéhokoliv systému probádala postupně celého pacienta. Trvalo to i se zapsáním zjištěného nejméně dvě hodiny. Když jsem večer odcházela na



vlak, zastavil mne na chodbě tento vděčný pacient, vnutil mi krabičku pralinek na cestu, velmi srdečně děkoval a říkal, že takto se mu v životě ještě žádný lékař nevěnoval. Potěšilo mě, že alespoň někdo měl z této akce dobrý pocit.

Další těžkou zkouškou pro nezkušeného lékaře, a bohužel i pro pacienty ze spádového regionu, jsou noční služby. V kralupské nemocnici sloužil noční vždy jen jeden lékař pro interní, neurologické a kožní oddělení. Takže při mé první noční službě přijely po 23. hodině těsně po sobě tři sanitky se třemi pacienty, jejichž stav vypadal velmi závažně – jeden z nich byl v bezvědomí a dva s malou reakcí na okolí, bez možnosti navázat s nimi kontakt. Zde se ukázala nezastupitelná pomoc zkušených nemocničních sester a výhoda práce na malém městě. Řidiči sanitek a sestry viděli mé zoufalství, tak zahájili rozmísťování pacientů na jednotlivá oddělení sami: Paní L. je diabetička a taky mívá žlučníkové záchvaty, včera u ní byla na návštěvě dcera, přivezla zabijačku, je to naše sousedka, takže ji vezeme na internu, změříme glykemii a chystáme infuze na žlučníkový záchvat – jen aby to nebyla taky slinivka. Pan J. měl už dvě mrtvice a vždycky takhle chrčel a nevládl pravou rukou, asi to na něj zase přišlo, vezeme ho na neurologii. Pan S. bydlel za rohem od řidiče sanitky, který ho přivezl. Řidič slyšel, že se celý den hádali se ženou a pan S. křičel, že jednou z ní a její matky bude mít infarkt. Přijala jsem ho tedy na internu, natočila EKG a „byl tam“. Oběhla jsem rychle i ostatní dva pacienty, potvrdila sestřičkám jejich diagnózu a zahájila patřičnou léčbu. Takže jsme tu noc nakonec přežili šťastně všichni. Při mé další noční službě mě i pacientku pro změnu zachránila zkušená kolegyně z interního oddělení polikliniky. Okolo 22. hodiny přivezla sanitka pacientku s prudkým krvácením z jícnových varixů. Věděla jsem, že existuje balónková sonda, ale jak se zavádí, to jsem netušila. Na interně sloužila svoji první noční službu nová sestřička těsně po škole a nakonec ani nenašla místo, kde je balónková sonda uložená. V tu dobu šla z kina okolo nemocnice kolegyně internistka s manželem, viděla oknem, jak zoufale běháme po rozsvíceném oddělení, nedalo jí to a přišla se podívat, co se děje. Našla balónkovou sondu, zavedla ji, objednala krev, zavedla transfuzi a zůstala s námi ve službě až do rána. Tu noc šlo zmíněné paní opravdu o život. Na základě těchto dramatických příhod konečně vedení nemocnice uznalo, že když slouží neatestovaný lékař, musí mít na telefonu příslužbu atestovaný kolega nebo primář, který může v případě komplikací přijet na oddělení a pomoci řešit mladým kolegům náročné situace. Tím se pro nás staly služby menší hrozbou a od zkušených kolegů jsme se mohli hodně přiučit.

Konečně vyvolený medicínský obor

Po třech měsících na interně jsem konečně mohla nastoupit na dermatovenerologii, která se mi stala celoživotním osudem. Na střední škole jsem se nejvíce zajímala o biologii a psychologii. Proto jsem se rozhodla pro studium medicíny, zdálo se mi, že tak mohu oba zájmy dobře spojit. Dermatologii jsem volila po promoci jako obor, který mě zaujal možnostmi klinické práce s pacientem a zároveň přílivem nových informací z alergologie a imunologie. Zdálo se mi, že dermatologie se brzy promění z oboru, kde jde „jen o kůži“, v moderní vědní disciplínu a že bych chtěla být u toho.

Kožní oddělení v Kralupech mělo 54 lůžek a vedl je vzdělaný a laskavý primář MUDr. Jan Tomaier. Kromě dermatologie byli jeho velkou láskou pejsek jezevčík, kaktusy a dýmka. I tyto koníčky mu pomáhaly řešit všechny problémy s rozmyslem a v klidu, což bylo pro nás, jeho „žákyně“ – na oddělení jsem pracovala s velmi milou o rok starší kolegyní –, velkou výhrou. Nic ho nevyvedlo z míry: Když jsem udělala nějakou medicínskou chybu, nesprávnou diagnózu, volila nevhodný léčebný postup, nikdy mě neshodil nebo nekáral před pacienty. Před nimi vždycky říkal: no kolegyně je z Prahy, tam často volí jiné, moderní postupy, ale já mám nejlepší zkušenost takovou a raději to uděláme jinak – a následovala „ta pravá rada“. Tak jsem se postupně od vzácného pana primáře, který stále studoval dostupnou literaturu, jezdil do Prahy na semináře a předával nám všechny informace, naučila „dermatologickému myšlení“ a převzala všechny jeho léčebné postupy.

To, jak lidský přístup měl náš pan primář k pacientům, dobře ilustrují dvě příhody z venerologické části našeho oddělení. Tehdy se všichni pacienti s kapavkou přijímali na lůžko a léčili injekcemi penicilinu. Přijala jsem šestnáctiletou dívenku – nakazila





se od svého staršího přítele, který měl však přítelkyň více. Rodičům nalhala, že jede na týden na basketbalové soustředění, košíkovou aktivně hrála. Basketbalový trenér však náhodou potkal její rodiče, a tak prasklo, že soustředění je výmysl. Kamarádka nemocné sice pod tlakem rodičům prozradila, že Jana je v nemocnici s neznámou chorobou, ale naštěstí Janu stačila varovat, že se rodiče blíží. Ta v slzách vběhla k panu primáři do pracovny a prosila o utajení její choroby. Ten ji přátelsky objal, uklidnil a vymyslel, že když hraje basket, má jistě plíseň na rukou a na nohou. Nechal jí proto na „mazárně" našeho oddělení ošetřit celé ruce a nohy Castellaniho tinkturou, která je vzhledem k obsahu fuchsinu intenzivně červené barvy, na důkaz toho, že Janina choroba je vážná a vyžaduje nemocniční ošetřování. Pointa příběhu je však ještě zdařilejší. Rodiče děvčete si při vstupu do nemocnice přečetli velký nápis KOŽNÍ A POHLAVNÍ ODDĚLENÍ a Janu si odvezli „na revers" domů se zdůvodněním, že by se u nás mohla nakazit nějakou pohlavní chorobou.

Druhý případ se týkal dvacetiletého chlapce, který měl týden před spěchající svatbou (tehdy se skoro všechny nevěsty vdávaly velmi mladé a „v naději") a při trochu předčasné rozlučce se svobodou se v podniku nevalné pověsti nakazil kapavkou. Vyléčení pacienti v den propuštění museli podepsat tzv. *Zákaz pohlavního styku na 3 měsíce*. Účelem bylo dát šanci infekcí poničené sliznici na regeneraci, a tak získat větší odolnost proti nástrahám dalšího pohlavního života. V této době jsme prováděli i kontrolní kultivace, zda byla léčba dostatečná.

Mladý ženich úpis podepsal plný obav, jak to své vyvolené vysvětlí o svatební noci a následujících líbánkách. Pan primář si odvedl zkroušeného mladíka do pracovny, kde mu dal tuto radu: „Já, když přijdu do nemocnice a chystám se na nějakou práci, beru si předtím ‚plášť'. Mohl byste to dělat po svatbě taky tak. Ale po svatební cestě určitě přijďte na kontrolu a to mi tady nyní slibte, že opravdu dodržíte."

S mladými muži na oddělení venerologie nuda nikdy nebyla. Vždycky ráno, ještě před vymočením, se odebíral sekret z močové trubice na kultivaci gonokoků. Měla jsem toto vyšetření jako začínající lékařka na starosti, což mne přivádělo často do rozpaků, ale chlapci zase byli závislí na mém včasném příchodu do práce, aby se po vyšetření mohli po dlouhé noci jít vymočit. Jezdila jsem do Kralup denně vlakem z Prahy, a když měl „Pražák" větší zpoždění, po příjezdu na kralupské nádraží na mne volal pan výpravčí: „Paní doktorko, volali mladí muži z vašeho oddělení a chtěli vědět, jaké má vlak z Prahy zpoždění, prý máte spěchat!"

Život na kožním oddělení měl své rituály. Osamělé babičky s bércovými vředy z Kralup a okolí již na podzim neobjednaly uhlí a my je přijímali na oddělení k několikaměsíční hospitalizaci. Na jaře před velikonocemi však zase spěchaly domů, aby napekly mazance a beránky. A protože věděly, že jako dojíždějící lékařka nemám na pečení čas, všechny se před velikonocemi vrátily s poděkováním za péči a upečeným beránkem. Takže jsme na lékařském pokoji přivítali vždycky alespoň deset malých i velkých beránků; některé piškotové, jiné s čokoládovou nebo cukrovou polevou. Moje pacientky se vždycky chtěly jedna před druhou vytáhnout, tak přinesly opravdu povedené kousky. Kolegyně z jiných oddělení o mém každoročním „pasení beránků" věděly, a tak si dlouho dopředu zamlouvaly druh, který měly jejich děti nejraději.

Snad nejvíce jsem se však do vzpomínek kralupských lékařů zapsala díky tučně vytištěnému oznámení, jež nechala rodina mé pacientky zveřejnit na první straně deníku *Nové Mělnicko* (číslo 24 z 15. června 1978):

„Děkujeme MUDr. Čapkové za vzorné léčení naší maminky paní A. B. z Mělníka."

Následovalo:

„Děkujeme všem, kdo se přišli na hřbitov rozloučit s naší drahou maminkou paní A. B. z Mělníka."

To, jak jsem získávala medicínské zkušenosti, se nejlépe zrcadlilo v chování sester na našem oddělení. Nejprve po mně zkušené sestry v chorobopisech opravovaly chyby, potom se se mnou začaly radit o nemocech svých známých a příbuzných, později mi do ambulance přiváděly své rodinné příslušníky a nejvyššího uznání se mi dostalo, když se mi svěřovaly s chorobami vlastními. To jsem viděla, že jsem dobře připravena k atestaci.

Znovu od začátku, tentokrát ve velké nemocnici

Po narození starší dcery jsem už nemohla dojíždět denně do Kralup, a hledala jsem

proto zaměstnání v Praze. Ani pro atestovaného dermatologa to nebylo jednoduché. Volné místo jsem objevila jediné, na dětském kožním oddělení ve Fakultní nemocnici v Motole. Bylo volné už dlouho, protože dětí se každý dermatolog trochu bál. Takto, zcela náhodou, jsem se dostala k dětské dermatologii a jako první lékař složila v tomto oboru atestaci.

Péče o děti s dermatózami mě pohltila a kontakt s ostatními odborníky v pediatrických oborech tak obohatil, že jsem tomuto oboru věnovala již jednatřicet let života. Dětská dermatologie je zdánlivě malý obor, ale to, co vidíme na kůži, je spíše jen jakási špička ledovce. Dobrou anamnézou a vyšetřením (samozřejmě při dostatku zkušeností) odhalíme často problém pediatrický, alergologický, imunologický, genetický, někdy i onkologický. Pečujeme o děti s genodermatózami, infekčními, alergickými a autoimunitními chorobami, syndromy s kožní problematikou, hemangiomy i s různými typy névů. Zajímavá je pro mne konziliární činnost na pediatrické, chirurgické a neurologické klinice. Bývám volána i na novorozenecké oddělení, především k novorozencům s vrozenými vadami kůže a k nedonošeným dětem s různými patologickými kožními obrazy. Než stanovení diagnózy je pro mne často těžší situace, kdy nemocné dítě vyšetřím poprvé a musím rodičům sdělit nepříznivou prognózu. Týká se to především genetických kožních poruch, které zatím neumíme léčit, a já si dobře umím představit všechny obtíže, které toto „jiné dítě“ v budoucnu čekají při zařazení mezi vrstevníky ve školce a ve škole či jak bude obtížně hledat kamarády a partnera. Novorozenec nebo kojenec se závažnou vadou vzhledu je pro rodiče vždy zklamáním – skutečné dítě se liší od vysněného. Vazba mezi matkou a dítětem závisí na mnoha faktorech, mezi jiným i na vnímání dítěte matkou všemi pěti smysly. Mimořádná je i důležitost doteků při laskání dítěte. Proto šupinatá, zarudlá nebo puchýřnatá pokožka kojence může vazbu s matkou narušit. Spontánní doteky a mazlení jsou často vystřídány úzkostlivou aplikací předepsaných léků. Podrážděné a plačící dítě podlamuje sebedůvěru vyčerpané matky a vede k pocitům nedostatečnosti. Velkým uměním dětského dermatologa je proto trpělivá komunikace s rodiči dermatologicky nemocného malého pacienta, kteří se teprve učí pečovat o dítě se závažnou kožní chorobou a potřebují často opakovaně vysvětlovat zásady péče o nemocnou kůži. Protože pracuji i jako kožní konsiliář pro kojenecké ústavy, vídám i kojence a batolata, kde rodiče buď náročnou péči o dítě s kožní chorobou nezvládli, nebo se rodině odlišný vzhled dítěte nehodil k jejich způsobu života. To jsou případy, které se mne dotýkají nejvíce, dítě na boj s těžkou chorobou zůstává samo, bez citového zázemí a opory rodiny.

Fenomén rozhodování

Tématem sympozia *Alergie 2012* byl fenomén rozhodování. Profesor Špičák moudře mluvil o tom, jak v medicíně přibývá vědecky zjištěných fakt a naše praxe se za nimi opožďuje; není vzácností, že se fakta dostávají do rozporu a nezbývá než ověřené informace třídit a vybírat. Teorie se jeví jako jasná, ale praxe může být sporná. I v éře medicíny založené na důkazech kombinujeme v medicínském rozhodování vědu, zkušenosti a intuici. Fenomén rozhodování nás denně provází v ordinaci: v hledání diagnózy, příčin nemoci i nejlepší léčby. Tady jsem si uvědomila, jaký je rozdíl mezi medicínským začátečníkem a značně pokročilým lékařem. Trýzně rozhodování jsem ve svých začátečnických letech byla většinou zbavena; plně jsem respektovala diagnózu, léčbu a názor „svého“ pana primáře. Nyní leží již řadu let tíha správného rozhodování na mně. Odpovědnost za diagnózu, léčebný plán, rozhodování o dalších vyšetřeních, o provozu oddělení, rozhodování o spolupráci s dalšími odborníky. Správné rozhodnutí potom přinese lékaři krátký pocit medicínského štěstí, tu chvilku, kdy si mohu říci, že se „to“ povedlo a „jsi přece jen dobrá“, což nás opět žene k dalšímu vzdělávání, přípravě přednášek a publikací. Za téměř čtyřicet let mé medicínské praxe lze dobře vystopovat i změnu ve vztahu lékař–pacient. Dříve se mi zdálo, i přes mé medicínské mládí, že pacienti lékaře víc respektovali, snažili se dodržet jeho rady a dlouhodobé léčebné záměry, víc si vážili jeho vědomostí a zkušeností. V současné době, při snadném přístupu k internetu, se pacienti, v mém případě rodiče mých dětských pacientů, domnívají, že toho znají tolik jako lékař nebo i víc. Nerespektují fenomén rozhodování lékaře, třídění informací, porovnávání s jinými případy ať již vlastními nebo publikovanými. Často



přicházejí do ordinace s neuvěřitelnou větou: „Všechno jsme si již přečetli na internetu a ještě jdeme zkusit vás.“ Když následně nevidí obratem u svého dítě zlepšení nemoci, netrpělivě hledají jiného lékaře, zázračnou léčebnou alternativní metodu nebo přímo léčitele. Cítím, jako by se vytrácela pokora před medicínským uměním.

Odcházení a předávání

Čím déle se dětskou dermatologií zabývám, tím více si uvědomuji, jak ráda své vědomosti předávám dalším. Před mnoha lety mě potěšilo v době mé dovolené na Šumavě krátké setkání s lékařským párem – dvěma bývalými studenty naší fakulty, kteří vzpomínali, jak jsem jim při stážích rozepsala do jejich receptářů vitaminovou mast, kterou oba stále používají ve své lékařské praxi ku prospěchu mnoha svých pacientů.

V loňském roce u nás na oddělení stážoval mladý lékař v přípravě na atestaci z pediatrie. Stopa dětské dermatologie, kterou jsem v něm zanechala, velmi pomohla pětiletému chlapci, kterého na mimopražské dětské chirurgii připravovali k operaci pro obrovský hluboký hnisavý hrbol na temeni s mimořádnou uzlinovou reakcí na krku. Bylo závažné podezření na agresivní tumor. Mladý kolega přinutil chirurgy, aby nemocného chlapce ještě před operací poslali sanitkou k nám do ambulance. Již na první pohled bylo zřejmé, že jde o diagnózu v současné době již vzácnou – *kerion Celsi*, dermatomykózu vlasové oblasti, kde je původcem onemocnění dermatofyt, jehož hostitelem a zdrojem infekce je většinou hlodavec. Léčba musí být intenzivní a dlouhodobá, ne však chirurgická, musí se vnitřně podávat velké dávky antimykotik. Vždy je třeba pátrat zároveň s léčbou po zdroji infekce a nemocné zvíře

léčit u veterináře zároveň s dítětem. Pečlivá anamnéza je samozřejmostí a zde byla velmi zajímavá. Otec chlapce, původně voják působící v zahraničí, se zabýval chovem hadů na prodej, doma měl v obývacím pokoji a v kuchyni několik terárií. Hady je třeba dobře krmit, choval proto v dílně v klecích krysy a bílé myši. Chlapec si směl za odměnu chodit hrát s hlodavci do dílny a sám se staral o štěně ovčáka a tři koťátka. Maminka měla ochočeného psouna prériového, který s rodinou spával v posteli, prý byl velmi přítulný. Maminka navíc do zahraničí prodávala různé druhy morčat, která chovala v předsíni a na verandě. Někdy musíme našim pacientům nahlédnout i do ložnic a kuchyní a bývá to často pohled prazvláštní.

Vážím si toho, že jsem v práci obklopena mladými, talentovanými kolegyněmi, které, myslím, mají náš obor rády. Mým hlavním plánem do budoucna je podporovat jejich nadšení, předat jim ještě některé praktické zkušenosti a stále je ubezpečovat, že jsou na správné cestě. Výsledky práce našeho oddělení jsou důkazem toho, že nemocné děti dětskou dermatologii potřebují.

Cesta k medicíně

V období dospívání jsem si začala uvědomovat, jak zajímavé dva světy mých rodičů se u nás doma prolínají. Otec – lékař, mikrobiolog a vědec – neustále po večerech studoval odborné časopisy a knihy a něco psal. O víkendu mne s bratrem bával občas do mikrobiologického ústavu, kde v laboratoři kontroloval probíhající pokusy, a někdy nás nechal nahlédnout do mikroskopu na tajuplné mikroby. Moc se mi líbila i vůně chemikálií a varných půd v laboratoři a tajuplné přerývané hučení termostatů a inkubátorů. Jako dítě jsem si naplánovala, že jednou bych mohla v takové laboratoři pracovat. Moc se mi líbily i bílé pláště, které nosily laborantky, a rozhodně jsem pomýšlela na nějaký velký objev, nejlépe snad najít původce zákeřné infekční choroby. Četla jsem v té době strhující román Františka Gela o životě vědce a objevitele Louise Pasteura Přemožitel neviditelných dravců.

Přes knihy však byla v naší rodině hlavně maminka, pracovala jako redaktorka v nakladatelství Odeon. Uměla poutavě vyprávět o spisovatelích, kteří v Odeonu vydávali své knihy, a nosila domů tzv. signály, úplně „čerstvé“ knihy z tiskárny, které ještě voněly tiskařskou černí. Měla jsem jako dítě dojem, že si maminka chodí „do práce“ jen číst knížky a to mi připadalo jako bezvadné povolání.

Na základní i střední škole mne nejvíce bavila biologie a postupně jsem se začala více zajímat i o psychologii. Při psaní přihlášky na vysokou školu jsem však najednou byla bezradná. Automaticky vypadly všechny technické obory vzhledem k tomu, že jsem již od třetí třídy dosti nešťastně válčila s matematikou. Zbývala naivní představa o práci v laboratoři, zájem o přírodní vědy a snaha porozumět více sobě a okolí pomocí psychologie. Podala jsem proto nakonec přihlášku na medicínu, abych získala během studia „čas na rozmyšlenou“ – doufala jsem, že takto půjde určitým způsobem mé zájmy a představy o budoucím povolání spojit. Mám i po letech radost, že jsem se tehdy nezmýlila.

MUDr. Štěpánka Čapková

Narodila se roku 1950 v Praze v rodině lékaře, vysokoškolského profesora. V roce 1975 vystudovala Fakultu všeobecného lékařství (dnes 1. LF) UK v Praze. První zkušenosti sbírala v nemocnici Kralupy, od roku 1981 pracuje jako dětská dermatoložka na dětském kožním oddělení ve Fakultní nemocnici v pražském Motole. Od roku 1999 je i odbornou asistentkou na Dermatovenerologické klinice 2. LF UK a ve FN Bulovka.

Jako první lékař v ČR složila v roce 1984 nástavbovou atestaci z dětské dermatovenerologie.

Má dvě dcery, ony ani manžel ve zdravotnictví nepracují.

Jan Čáp

Rád učím i bádám, ale především jsem lékařem

Pane profesore, jste spokojen se svojí lékařskou specializací, tedy endokrinologií, nebo byste dnes po vstupu do téže řeky zvolil jinou? Mimochodem – jsou v medicíně obory s „lepší“ a „horší“ pověstí?

Přestože jsem se ke své specializaci dostal vlastně shodou vnějších okolností, jsem s ní spokojen. Samozřejmě že v medicíně existují prestižnější obory, zejména chirurgické – tam se lékař může vypracovat k vynikající pověsti a být obtížně nahraditelný. Internista a tím spíš endokrinolog jen vyšetřuje a nakonec předepíše nějaké hormony (které se potom často užívají celý život), nebo indikuje operaci. To víceméně dokáže každý zkušený lékař v oboru. Někdy je náš obor považován za „ženský“ a skutečně – feminizace je v něm značná, ale to v celé medicíně.

Naproti tomu existují ještě méně prestižní specializace, zejména se dosud lidé dívají skrze prsty na psychiatry, ale to je velmi nespravedlivé. Potřebujeme je stále víc a právě v tomto oboru hraje osobnost lékaře stěžejní roli.

Každý začátek je těžký, praví lidová moudrost. Jaký byl ten váš?

Po ukončení školy a po měsíční praxi na interním oddělení fakultní nemocnice jsem byl povolán na základní vojenskou službu do Nitry. Ukázalo se, že tamější obvodní lékaři nestojí o noční a odpolední služby, a tak nás, naprosté nováčky bez zkušeností, posadili do sanitky a jezdili jsme pohotovost po okolních vesnicích. S pacienty, kteří často uměli jen maďarsky, jsem se mohl domluvit jen prostřednictvím nějakého souseda, který byl ochoten tlumočit. A nebyl nikdo, s kým bych se mohl poradit. Bylo mi hrozně a nepochybuji, že jsem někomu uškodil. Ale všechny jsem přece do nemocnice vzít nemohl! Tak jsem plaval jako štěně vhozené do vody. Z dnešního pohledu je taková praxe samozřejmě nepřípustná.

Jste nejen lékař, ale i badatel a pedagog. Čím jste takříkajíc nejvíc? Není jedno na úkor druhého (zejména lékařství)? Jak si tyto instituty – pokud ano – mohou navzájem pomáhat?

Déle než třicet let jsem lékařem, badatelem a učitelem. Především jsem ale určitě lékařem. To mě nejvíc uspokojuje a naplňuje. Doufejme, že nejen proto, že to je nejjednodušší nebo že to nejvíc umím. Několik let na počátku svojí profesní kariéry jsem byl víceméně jen výzkumníkem, zavřeným v laboratoři a zabývajícím se tkáňovými kulturami. Bylo to svým způsobem dobrodružství poznání; zažíval jsem napětí, jak pokusy vyjdou. Ale brzy se mi po praktické medicíně začalo stýskat a vrátil jsem se k ní. Každodenní styk s lidmi a možnost jim pomoci jsou přece jen víc.

Po celou dobu se také věnuji výuce mediků. Praktická medicína a výuka mediků rozhodně nejsou jedno na úkor druhého. Samozřejmě že výuka odvádí od praktické medicíny, ale kdo není praktikující klinik, nemůže klinickou medicínu učit. Není nic horšího než odříkávat knižní poznatky, když sám nemám praktické zkušenosti. Teoretické poznatky dnes student získá z rozmanitých zdrojů. To, čemu by se měl od svého učitele naučit, je přístup k nemocnému a způsob lékařského myšlení. Knižní vědomosti se ostatně rychle mění.

Praktická medicína může pomáhat formulovat vědecké projekty. Z každodenní praxe vyvstávají otázky, na které je třeba hledat odpovědi. Současná věda je ale velmi specializovaná a etika výzkumu bere veškerý ohled na zájmy nemocného. Významné klinické projekty tak vyžadují většinou širší spolupráci několika pracovišť a často i vědních oborů.

V módě je EBM (medicína založená na statistických důkazech), různé závazné směr-



nice, diagnostické a terapeutické algoritmy a tak dále. Jak vy nakládáte se stále menší volností skutečně léčit konkrétního pacienta v konkrétních podmínkách?

Musím se přiznat, že se směrnicemi nenechávám příliš svazovat. Každý pacient je zvláštní případ a je potřeba ho léčit individuálně. V tom přece spočívá umění medicíny! Kdyby se každá situace v medicíně dala léčit podle směrnic, nepotřebovali bychom lékaře, ale výsledky testů by se mohly zadat do počítače, který by určil, jak se má léčit. Není výjimečné, že léčíme takzvaně *off-label*, tedy podáváme lék v jiné indikaci, než je stanoveno ve schválené lékové dokumentaci. Možná je tento postup snadnější na klinice, kde člověka trochu chrání prestiž instituce. Vždy je k tomu ale potřeba hluboká znalost problematiky, aby byl takto ordinující lékař hluboce přesvědčen o správnosti svého počínání. Problém potom může být ale ze strany pojišťoven, které se víceméně oprávněně brání takovou léčbu hradit.

Léčba off-label *však s sebou nese větší riziko pro lékaře. Jak sám v sobě nakládáte se strašákem defenzivní medicíny, tedy latentním tlakem léčit místo optimálně tak, aby vás nikdo nemohl obvinit ze zanedbání?*

U nás naštěstí není zatím situace taková jako například v USA, kde se pacientům nabízí horda právníků s tím, že je budou zastupovat zdarma za podíl na vysouzených penězích. Přesto i naše nemocnice už měla několik případů, kdy nakonec hradila poškozenému pacientovi vysoké částky. S tímto dilematem se nesetkávám ani tak ve své ambulantní praxi endokrinologa, jako při službách na hematologické klinice. Dnešní medicína má velké možnosti, jak prodloužit život i tam, kde není naděje na zlepšení stavu a kvalitní život, ale prodlužuje se jen utrpení. V těchto infaustních případech stojíme před dilematem, zda poskytnout nepříjemnou, drahou a beznadějnou léčbu, nebo se spíše soustředit na péči paliativní, zmírňující utrpení, ale zkracující život. Jsem odpůrcem aktivní eutanazie, ale zadržení aktivní léčby a ponechání choroby jejímu přirozenému průběhu považuji za zcela legitimní.

Mohou lékaři v ordinaci hledat „nápovědu" z počítače a internetu?

Medicína jde velmi rychle dopředu a ještě rychleji, než se zavádějí nové léky, mění se jejich komerční názvy od různých firem. Bez nápovědy v počítači (zejména databáze léků), ale i na internetu, si svoji práci nedokážu představit. Ty tam jsou doby, kdy jsme se mohli podívat nanejvýš do repetitoria nebo silné monografie. Dnes velmi rychle na internetu najdeme potřebné informace o vzácné chorobě a dokonce nejnovější publikace, které o ní a její léčbě vyšly. Jsem přesvědčen, že dnešní lékař musí elektronické informace používat denně, jinak nepracuje správně.

Lékař má nad pacientem informační převahu, která svádí k pocitu převahy lidské. Jak se tomuto pocitu bráníte?

Paternalistický způsob medicíny, kdy lékař autoritativně určuje, jak se má pacient chovat a léčit, bez jakékoliv diskuse a s nádechem nadřazenosti, je dnes překonaný a nevhodný. V postupu léčby jsou většinou možné alternativy, které mají své výhody a nevýhody. Snažím se tedy co nejlépe nemocného poučit o možných způsobech terapie, seznámit ho s jejich výhodami i nevýhodami a diskutovat, jaké řešení bude nejlepší. Například hyperfunkční strumu lze buď odoperovat, nebo podat radioaktivní jód. Oboje má svoje klady i zápory. Většinou pacienti tento způsob oceňují. Jsou však i případy, kdy jsou zaskočeni a jejich závěr stejně zní: „A co byste mi doporučil vy?" On ten autoritativní přístup lékaře je zakořeněný i mezi pacienty.

Uznáváte existenci pia fraus*? Pokud ano, kdy a jak?*

Psychiatr Vladimír Vondráček napsal, že člověk žije nadějí, a když ztratí naději, většinou odhazuje život. V opravdu beznadějných případech je na místě neinformovat nemocného plně, nějakou malou naději mu nechat. Je ale důležité neslibovat něco, co se nestane, čekat zlepšení tam, kde je nelze očekávat. To se totiž samozřejmě brzy ukáže a nemocný ztrácí důvěru. Mám pocit, že nemocní na takovou naději čekají a hledají ji. Je zarážející, jak snadno je možné „ošálit" i zkušeného lékaře, kterému by jinak, pokud by nešlo o něho samotného, muselo být vše jasné…

Na rozdíl od nemocného je ale vhodné plně a možná raději pesimističtěji informo-

vat nejbližší příbuzné. Je důležité, aby se mohli na špatný vývoj připravit.

Lékař ví ze všech nejvíc o biologii života i o relativní nedostatečnosti našich vědomostí v této oblasti. Jak se to projevuje na vašem životním názoru? Jste o to větší aktivista, třeba za zdravý životní styl, nebo naopak fatalista?

Čím hlouběji pronikáme do biologie života, tím je jasnější, že je toho ještě mnoho k poznávání. Mě to vede k tomu, že jsem faktem života a jeho dokonalostí fascinován. Někdy ve třetí dekádě svého života jsem došel k přesvědčení, že život nemohl vzniknout náhodou, a nalezl jsem víru. Těch příčin bylo jistě víc než studium lékařství. V té době – v sedmdesátých letech minulého století – to byla jasná opozice vůči režimu; a když jsem měl možnost stýkat se s podzemně fungujícím dominikánským řádem, bylo to i dobrodružství. Dnes už se k víře člověk může hlásit otevřeně a bez nebezpečí kádrových škraloupů, takže romantika je pryč. Přesto si myslím, že víra mi pomáhá srovnat se s nedostatečností našeho poznání, marností mého snažení jako lékaře, když člověk je smrtelný, a nakonec i se svojí vlastní konečností. To samozřejmě není fatalismus. Je potřeba snažit se pomáhat, jak to jde, a nabádat nemocné k tomu, aby si neškodili. Ale nedělám si naděje, že lidé začnou masově holdovat zdravému životnímu stylu…

Má podle vás člověk v zacházení se svým zdravím neomezenou svobodu, nebo nese závazky i ke společnosti, jíž je členem? Může nebo dokonce má být ke „zdravému" chování i nucen?

Závazky vůči společnosti moc nevnímám. Každý má jistě závazky vůči svým blízkým a s ohledem na ně by se měl chovat tak, aby je netraumatizoval svojí chorobou nebo předčasnou smrtí. Ale ke zdravému chování nikdo být nucen nemůže. Každý je zodpovědný sám za sebe. Lékař musí jen opakovaně a trpělivě vysvětlovat, co by měl nemocný změnit. Často je to marné, což nás ovšem nezbavuje povinnosti starat se o nemocného a léčit ho, jak to jde, i když si svým životním stylem škodí a chorobu zhoršuje.

Jak bojujete s „fenoménem údržbářství", tedy že v souvislosti se změněnou skladbou nemocí (směrem k „civilizačním", „složeným", chronickým) lékař pořád míň uzdravuje (a už vůbec ne pomocí „heroické medicíny") a naopak pořád víc léčí v „ospalém" klinči lékař–pacient, v monotónním předepisování a polykání pilulek bez konce?

Obávám se, že pro můj obor je „ospalý" klinč lékař–pacient s monotónním předepisováním a polykáním pilulek bez konce typický. Pokud má nemocný nedostatek například hormonů štítné žlázy, v naprosté většině případů se ho nikdy nezbaví a bude do smrti polykat tyto hormony v tabletách a bude kontrolován u endokrinologa. I když to samozřejmě zdržuje, snažím se diskutovat s ním i další medicínské i nemedicínské problémy. Tak si nepřipadám jako „údržbář", ale jako ošetřující lékař, který poradí v dalších věcech a z nadhledu internisty vidí nemocného komplexně.

Vracíte se ke svým lékařským rozhodnutím? Pokud zjistíte, že jste udělal chybu, což je v tom množství učiněných rozhodnutí tu a tam nevyhnutelné, říkáte o ní pacientovi – kromě toho, že ji samozřejmě korigujete? Jaký máte pocit, když potkáte člověka, kterému jste odborně uškodil?

Má chybná rozhodnutí mě samozřejmě tu a tam dostihnou. Když o tom přemýšlím, spíše se snažím nemocnému vysvětlit, co mě k tomu rozhodnutí vedlo a proč jsem se ve světle tehdejších poznatků rozhodl právě tím způsobem.

Mojí emocí vůči takovému pacientovi je pocit provinění a snažím se pro něj udělat co nejvíc a zajistit i nadstandardní péči. Podobný pocit mám, i když za poškození nemocného vlastně nemohu. Například když při operaci štítné žlázy dojde ke komplikaci, která nemocného poznamená do konce života, mám vůči němu pocit dluhu. Prostě se na něm podepsala medicína. Ale obdobný přístup nadstandardní péče o nemocného s iatrogenním poškozením vidím i u svých kolegů.

Jaký naopak máte pocit, když potkáváte lidi, které jste uzdravil nebo dokonce sundal hrobníkovi z lopaty?

Pokud jsem někoho uzdravil a je to očekávaný výsledek současné lékařské praxe, tak mi to připadá spíše samozřejmé. Ale když se podaří něco mimořádného, to pak člověka opravdu naplní pocitem zadostiučinění. Když jsem šel na vizitu na gastroenterologii,





našel jsem tam nemocného vyživovaného trubičkou do žaludku, protože nejedl. Přitom všechna vyšetření zažívacího traktu byla normální, a pacient měl být proto co nevidět předán na psychiatrii. Napadlo mě, že by mohl mít nedostatečnost nadledvin, což se potvrdilo. S příslušnou substitucí odešel za týden v pořádku domů.

Dovedete se ještě nad nějakým případem opravdu dojmout? Pokud ano – je to dobře, nebo ne?

Ano, dokážu. Je to především v případech mladých nemocných, u nichž zjistíme zhoubné onemocnění se špatnou prognózou. Je to pochopitelné, lidské, ale myslím, že to není dobře. Jednak to nemocní poznají, a jak jsem se zmínil výše, snažím se neinformovat je, že prognóza je infaustní. Hlavně ale taková emoce může zabránit racionálnímu uvažování a vést k tomu, že se snažíme o léčbu, která nemá smysl.

Medicína jako věda je mezinárodní. Má národní lékařství, kupříkladu české, nějaká vrozená či naučená specifika?

Svět se globalizuje a medicína s ním. V minulosti jistě existovala národní specifika, spíše než národnostní, daná silnou autoritou všeobecně uznávané kapacity, jejíž postupy, „škola“, pronikly do lékařské praxe u nás. Například silná osobnost profesora Jana Němce vedla k tomu, že prakticky každý nemocný s endokrinní orbitopatií u Basedowovy choroby byl indikován k totální strumektomii, přestože tento postup nebyl ve světě běžně praktikován. Profesor Josef Marek zase dokázal prosadit mezi českými endokrinology používání radioterapie gamanožem v léčbě hypofyzárních adenomů nad běžné světové standardy. Myslím ale, že dnes se směrnicemi, které již nejsou národní, ale společné pro Ameriku a Evropu, jsou národní specifika víceméně u konce.

Máte někdy pocit, že vám hrozí „syndrom vyhoření“? Pokud ano, jak s ním bojujete?

Ano; myslím, že hrozí každému lékaři. Projevuje se tím, že mi pacienti začnou být na obtíž, a místo abych s nimi diskutoval o jejich obtížích, starostech a obavách, snažím se je co nejrychleji rutinně vyřídit. Je důležité nějak se odreagovat, vyčistit si hlavu. Mám dva koníčky, jedním se sborový zpěv a druhým geocaching. Zdánlivě to je na hony vzdálené.



To první ale umožňuje člověku povznést se a být součástí krásné muziky. To druhé jsou potom v podstatě toulky přírodou. Spolu se svojí jezevčicí hledáme schované schránky (geocache), přičemž si vybíráme ty v drsném terénu. I při tom se člověk dokáže dobře odreagovat a vybít tenze a frustrace.

Jste myšlením lékařem i mimo ordinaci? Zachoval jste se v nějaké situaci charakteristicky jinak než ostatní lidé a pak se divil, jak hluboko je ve vás „doktořina“ zažraná? Existují nějaké její typické získané znaky?

Myslím, že lékaři se v běžném životě nechovají jinak než zbytek společnosti. Samozřejmě nepočítám situace náhlé zdravotní příhody, kdy se musíme snažit pomoci, jak to jde, ostatně nám to ukládá zákon. Jediné, co internistu provází, je sklon dívat se na lidi okolo sebe diagnostickýma očima. Nevyhneme se úvahám o tom, že tento člověk je asi závislý na alkoholu, tenhle má velkou strumu a další by dokonce mohl mít akromegalii. Ovšem varuji se dát to najevo. Moje předchůdkyně, klinická endokrinoložka v Hradci Králové, doktorka Zdena Daníčková, byla známá tím, že v obchodě sahala náhodným nakupujícím na krk a zvala je k vyšetření strumy do své ordinace.

Jaké je vaše největší osobní lékařské přání?

Přál bych si, abychom mohli každému nemocnému dopřát veškerou indikovanou léčbu bez ohledu na ekonomická hlediska. Tohle je zakotveno v dosluhujícím zákoně o zdraví lidu, kde se hovoří o péči v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Nůžky mezi rychle rostoucími možnostmi medicíny a ekonomickými možnostmi státu se ale stále rozevírají. Tak už dnes musíme brát ohled na ekonomickou únosnost léčby, respektive zda ji pojišťovna uhradí. V novém zákoně o zdravotních službách už bude péče *lege artis* definována jako „léčení na náležité odborné úrovni". Tedy podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti. Objektivní možností je i možnost ekonomická. Chápu, že jinak se tato diskrepance řešit nedá, ale moje doktorská duše ze staré školy to špatně akceptuje.

Cesta k medicíně

Lékařem byl můj otec i děda, který ještě promoval na c.k. Univerzitě Karlo-Ferdinandově v roce 1916 a po návratu z první světové války pracoval jako praktický lékař v Hořicích. To byla ještě medicína, o které se nám dnes ani nesní. K porodu ho volali jen tehdy, když si porodní bába nevěděla rady, doma měl primitivní rentgen, pod kterým rovnal zlomeniny. Následkem byly trofické změny na koncích prstů, protože o škodlivosti rentgenového záření se nic nevědělo. Zdědil jsem po něm sadu nástrojů, zahrnující porodnické instrumentárium i kleště na trhání zubů.

Otec byl potom internista, pracoval jako primář interního oddělení v Poličce a potom v Jilemnici. Považoval jsem nějak za samozřejmé, že se stanu lékařem, a když se podařilo, že jsem byl přes kádrově nepříznivý profil přijat v roce 1972 na Lékařskou fakultu v Hradci Králové, byl jsem nadšen. Studium jsem bral až moc vážně, ležel jsem v knihách a snažil se být co nejlepší. Dnes vím, že jsem si mohl trochu víc užívat studentského života. Už za studií jsem chodil na interní kliniku a zapojil se i do laboratorní výzkumné práce, tehdy v laboratoři docenta Groha na I. interní klinice Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Po promoci jsem byl na tuto kliniku přijat a chtěl se věnovat tomu, v čem jsem začal pracovat – tedy gerontologii a metabolismu. Z důvodů spíše mocenských a z potřeby kliniky to tehdy nebylo povoleno a já byl zařazen do endokrinologie. Je to obor také hodně spjatý s laboratorní prací a já jsem kromě práce sekundáře na interně skutečně hodně pracoval v laboratoři, později dokonce prakticky výhradně, na celý úvazek. Dělali jsme zajímavé věci, izolovali hormony a připravovali proti nim monoklonální protilátky. Ale čistá laboratorní práce mě nenaplňovala, a tak jsem se při první příležitosti vrátil ke klinické endokrinologii.

prof. MUDr. Jan Čáp, CSc.

Narodil se roku 1953 v Jilemnici v rodině lékaře. Vystudoval medicínu na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové. Od promoce v roce 1978 pracuje na LF UK a v její Fakultní nemocnici, obé v Hradci Králové, nyní jako vedoucí subkatedry endokrinologie. Má atestace z vnitřního lékařství 1. a 2. stupně, z endokrinologie a diabetologie.

Od roku 2003 je docentem, od roku 2009 profesorem vnitřního lékařství.

S manželkou, která pracuje jako dětská psychiatrička, má dva dospělé syny, kteří ve zdravotnictví nepracují.

Rajko Doleček

Já a moje duše

Promoval jsem 20. října 1950 na Karlově univerzitě v Praze. Ve svých sedmaosmdesáti letech dosud pracuji, sice na zkrácený úvazek, ale přece. A těší mě to, baví mě to. Od roku 1953 jsem na stejném pracovišti: nejdříve to byl KÚNZ v Ostravě, pak z něho vzniklá Fakultní nemocnice. Doma mám docela slušnou pracovnu se záplavou knih, obrazů i fotografií, plnou různých suvenýrů… Je tu i nepostradatelný počítač, to občasné hřiště lékařovy duše. Nestranný pozorovatel by řekl, že tu je dost nepořádek. Moje milovaná žena Dobra (umřela mi před šesti lety) byla jediná osoba, která mě jemně vyčítavým pohledem dovedla přimět udělat tady občas docela slušný pořádek.

Od svého počítače se dívám na celou řadu fotografií na protilehlé knihovně.

Co všechno má duše za ta léta viděla, zažila, nad čím se pozastavila? *Co se jen člověk navyvádí, dokud nezačne šedivět*, slyším Jaroslava Seiferta. Změnila se „průměrná duše lékaře" u nás za ty tři lékařské generace, které jsem zažil?

Po promoci mě distribuční komise odvála z Prahy, od tatínka a maminky, od mých nových přátel. A další šok – na plicní oddělení ve Frýdku-Místku! Na zdravotnickém referátu KNV v Ostravě jsem sice uvedl, že bych rád dělal internu se zaměřením na endokrinologii, ale tento můj sen se zdál zcela neuskutečnitelným. Dostal jsem ale na plicním oddělení fantastického šéfa, primáře Františka Schöna. A já jsem si uvědomil, že Selyeho adaptační syndrom a hormonální změny mají asi mnoho co říci i na plicním oddělení, například i v léčbě nemocných tuberkulózou…

A pak přišlo něco neuvěřitelného. Řediteli nemocnice ve Frýdku-Místku přišel v únoru 1951 přípis z KNV, aby byl MUDr. Rajko Doleček odeslán na tříměsíční endokrinologický kurz do Prahy, do ústavu docenta Šilinka, po kterém zahájí činnost endokrinologické T-stanice v Ostravě (T – Thyreoidea). Mně se už na plicním oddělení zalíbilo, ale primář Schön mi promluvil do duše, ať jdu „za svou láskou". A já za ní šel. Zde nutno vysvětlit, že žádný lékař z Ostravy a Opavy neměl o endokrinologii zájem, v té době to byla téměř pavěda, kde se skoro nic nedalo v laboratoři vyšetřit. A tak si vzpomněli na jakéhosi Dolečka…

Díky tomu jsem na své narozeniny, 1. června 1951, zahájil činnost endokrinologické ambulance v Ostravě, s duší plnou plánů a elánu, ale bez možnosti měřit hladiny hormonů, jako chudý princ, který dělá diagnózy a léčí jen podle klinických příznaků a nepřímých ukazatelů. Pak přišly dva roky vojny, kterých vůbec nelituji, protože z duše mladého nezkušeného lékaře udělaly duši cílevědomého chlapa, vytvořily v něm kamarádského ducha a neobyčejně vylepšily jeho zdravotní stav. A zvýšily jeho zájem o pohledné ženy. Po vojně jsem nastoupil na internu KÚNZ Ostrava. Dostal jsem zase skvělého šéfa, primáře Černého. Moje lékařská duše se rozšířila o nemalé zkušenosti z vojny. Začal jsem chápat, že je člověk zodpovědný za své zdraví i jaký význam má prevence. Nepíši tady moc o příjmech v té době, byly zoufale malé, v roce 1950 jen 950 Kčs měsíčně, po vojně 1090 Kčs. Ale mě to, kupodivu, tehdy nijak netrápilo, všichni jsme měli málo a v hlavě plno ideálů. Pokud se pamatuji, moc jsme o „prachách" ani nemluvili. Dost jsem v té době četl také beletrii (tatínkova i maminčina škola), šeptal děvčatům verše a mazlil se (zatím jen teoreticky v knihách) s hormony.

Můj nový šéf mi dovolil „sbírat" různé endokrinopatie z oddělení a pečovat o ně. Od roku 1956 jsem vedl krajskou endokrinologickou ambulanci. V KÚNZ se otevřelo oddělení pro léčbu popálených, jako druhé v Československu, s mladými nadšenci (dr. Hejda, dr. Kalina, dr. Ježek, MUC. Endryáš), na dálku je vedl profesor Karfík



z Brna, ideologicky podporoval akademik František Burian.

Popálení představuje strašný stres. Začali jsme vyšetřovat hormony kůry nadledvin po popálení, které značně stoupaly. Naše práce patřily mezi první publikace na toto téma ve světovém měřítku. Kolega Klabusay uměl vyšetřovat antidiuretický hormon (u popálených značně stoupal), histologicky jsme sledovali experimentálně popálené krysy (bylo mi jich nesmírně líto). Naše práce vycházely i v mezinárodních časopisech. Od firmy SANDOZ (v té době ji zastupoval „strýček" Lojza Pavelka) jsem získal neuroplegickou směs M2, která tlumí přehnanou odezvu po popálení. Diskutoval jsem o jejích kladech na kongresu v Římě (1963), kde jsem se seznámil se svým budoucím šéfem v USA, profesorem Curtisem P. Arztem, a budoucím přítelem, plukovníkem Jackem Moncriefem, velitelem světoznámého oddělení pro léčbu popálených (USASRU) v San Antoniu (Texas). Dokonce mne a moji paní Dobru (vzali jsme se v roce 1961) oba přijeli navštívit do Ostravy, hostili jsme je v našem mikrobytečku (23 m^2), náš ředitel pro ně půjčil Tatru 603. Duše lékaře se „rozšířila" z duše, která pomáhá, která organizuje pomoc, která plánuje výzkum, na duši, která touží taky ukazovat své výsledky. A tak se zrodil, i mým přičiněním, v hlavě profesora Arzta nápad na můj roční stipendijní pobyt v USA.

Náš tým nadšenců (přidal se k nám i patolog dr. Tichý) výzkum nedělal kvůli penězům, dělal ho z radosti z práce a poznání; proto, že děláme „nové věci" a že to možná pomůže lidem. Výzkum jsme dělali ve svém volném čase, po své „normální", oficiální práci. Ne všichni nám přáli, ale publikací si přece vážili. Bylo mezi nimi i několik knižních.

Roku 1962 jsem v Ostravě organizoval celostátní konferenci o nadledvinách, na kterou přijeli akademik Charvát i ke mně velmi přátelský docent Šilink.

Akademik Charvát byl vysoký a měl poněkud větší bříško. Nemohli jsme mu rozmluvit, aby se během exkurze do dolu neplazil až do „překopy", kde kutali horníci. Hornickou „uniformu" poskytl akademikovi velmi obézní spřátelený ředitel velkodolu, jmenoval se Kačírek (jeho sestra Irena byla krásná herečka)... Problém nastal, když se pan akademik nemohl dostat ven – nebylo mu v praskajících slojích dobře. Starý zkušený horník nakonec akademika „zachránil" – nějak pod něj zasunuli kůži a pak jsme ho za nohy vytáhli ven. Akce „záchrana akademika" byla v kanceláři ředitele Kačírka velkolepě oslavena. Zde se zrodil velmi srdečný, přátelský akademikův vztah ke mně, posílený ještě jeho přátelstvím k Srbsku. Znal totiž dost lékařů z válkou zničeného Srbska, kteří v Praze po první světové válce studovali. I zazpívali jsme si s akademikem několik bojových písní srbských *četnyků* (patriotická organizace Srbů).

V roce 1965 jsem přednášel na dvou krajně zajímavých kongresech o popáleninách. V červnu jsem byl osobním hostem generála profesora Arjeva v Leningradě, na jeho oddělení termických úrazů. Šlo o čistě vojenský kongres, kde jsem byl jediným civilem mezi vojenskými hodnostáři SSSR. Účastnili se i hlavní chirurg naší armády plukovník Antonín Beneš a můj celoživotní přítel, pozdější generál Jarda Vaňásek. Svoji přednášku *Metabolická odezva po popálení* jsem musel pro veliký zájem druhý den opakovat. Pohoštění bylo skvělé. Při opakované nebezpečné zdravici „DO DNA" a při strašně nebezpečné „DNOM NA VĚRCH", při které nelze švindlovat, jsem si vzpomněl na plukovníka Alexandra Alexandroviče Šamchalova. Ale zvládl jsem to. Vždyť mi bylo teprve čtyřicet!

Druhý, již méně náročný kongres bez nebezpečných zdravic proběhl v září 1965 ve skotském Edinburghu, kde jsem přednášel na stejné téma jako v Leningradě. Kromě profesora Arjeva tam byl i hlavní chirurg Rudé armády A. A. Višněvskij (tedy osoba z horního tisíce v SSSR) a můj budoucí americký šéf profesor Arzt. Arjev i Višněvskij mluvili slušně německy, ale ne anglicky. A velvyslanectví SSSR v Londýně jim zapomnělo zajistit překladatele. Musel jsem ho tedy dělat já. „Jsem bez vás hluchý a slepý," řekl mi Arjev. A tak jsem se dostal mezi britskou elitu, včetně Sira Aleca Drummonda (pokud si správně vzpomínám), šéfa týlu za války, který se úsměvně bavil o válce s hlavním chirurgem armády SSSR Višněvským. Byla se mnou i moje Dobra, která si povídala s krajně milým profesorem Arjevem.

V roce 1964 vyšla naše kniha *Metabolická odezva organismu po popálení*, jež byla citována i v zahraničním odborném tisku. Někdy koncem roku 1965 mi přišel dopis z texaské univerzity od profesora biochemie Wiktora W. Nowinského, abych mu uvedenou knihu

poslal. V dalším psaní mě požádal, abych ji přeložil do angličtiny, že zajistí její vydání jako editor u renomovaného nakladatele Charlese Thomase… Kniha vyšla v USA roku 1969, doplněná o poznatky z mého pobytu v USA rok předtím. Byla to má doktorská disertační práce. Profesoru Arztovi se moc líbila její světle modrá vazba. Napsal mi o tom s Jackem Moncriefem velmi milý dopis.

Navázal jsem bratrské vztahy s jugoslávskými lékaři. Jako host jsem přednášel na sympoziu o štítné žláze v kouzelném Zlatiboru v Srbsku (1967), pak v Bělehradě, Novém Sadu, Lublani.

Už v té době jsem hodně času věnoval i našemu národnímu problému – obezitě. Moje lékařská duše, i když jsem internista s II. atestací, pracovně a výzkumně patřila nejen popáleninám, ale i obezitě a běžné endokrinologii, kde jsme měli značnou sestavu nemocných po operacích hypofýzy, kterou jsme později knižně publikovali (1985). Po třikrát opakovaném dvanáctidílném seriálu o obezitě *Nebezpečný svět kalorií* (1975–1976), a po dalších, které se jmenovaly *Tajemný svět hormonů, Nemoci civilizace* a *Nemoc půl miliónu*, jsem se stal bez přehánění nejpopulárnějším lékařem v Československu. Za *Nebezpečný svět kalorií* jsem dostal *Zlatého krokodýla*, nejvyšší ocenění Československé televize. *Nebezpečný svět kalorií* a *Tajemný svět hormonů* vyšly i knižně. Má duše cítila „své naplnění", lidé-laici si uvědomovali řadu základních pojmů a pravidel v lékařství, i když, bohužel, nedodržovali, co jim bylo doporučováno. Mnozí se sice stali „kaloricky uvědomělými", ale nadměrného konzumu potravin se nezříkali, takže obézních u nás stále přibývá. Moje lékařská duše se dosud „vytahuje" – již mnoho roků vážím 69–71 kg. Občas si říkám: „Tatínku a maminko, děkuji vám za vhodný genetický kód." A také děkuji stravovacím návykům ze svého mládí v Srbsku. Byla to vlastně modifikovaná „středomořská dieta".

Významný rok pro moji duši lékaře znamenal pro Československo nepěkný rok 1968, který jsem strávil v Charlestonu (Jižní Karolína) u profesora Arzta a v Galvestonu (Texas) v Shrinerovském ústavu pro popáleniny. Přednášel jsem na řadě univerzit, navázal mnoho trvalých přátelských vztahů. Moje lékařská i česká duše při tom i později zažila zvláštní druh radosti. Po přednáškách jsem býval hostem kolegů z univerzity. Nakonec vždy proběhl rozhovor zhruba tohoto znění: „*My víme, Dolečku, že jste doma jako lékaři bídně placeni. Ale závidíme vám vaši medicínu, protože víte, že pacient vše bezplatně dostane, co jste mu předepsali, aniž by finančně zruinoval sebe nebo rodinu…*"

Z Galvestonu jsem si zajel džípem ředitele ústavu dr. Larsona do San Jacinta, kde Texasané porazili mexického diktátora Santa Anu. Cesta prázdná a já přejel křižovatku na červenou. A odkudsi už tu byl policajt. Ukázal jsem mu svůj růžový řidičák. „Co to je?" zeptal se s pohrdáním. „To je náš československý řidičák," zašeptal jsem, čekaje tučnou pokutu. *„Czechoslovakia! Dubček! Svoboda*!" zajásal strážce zákona a objal mě. Žádná pokuta nebyla a měl jsem s jeho blikačkou (!) doprovod až do San Jacinta. Podobně mě v horkém arizonském létě pozdravilo 7–8 hostů v Oriental Saloonu v Tombstonu (koncem 19. století ho prý navštěvoval i Doc Holiday) blízko mexicko-arizonské hranice, když se dověděli, že jsem z Československa.

USA jsem navštívil také v roce 1976 (oslava dvoustého výročí USA). Při příležitosti velkého kongresu ISBI (International Society for Burn Injuries) o popáleninách v roce 1982 jsem navštívil San Francisko i s Dobrou a synem Brankem, který právě získal řidičák, a tak nás nebojácně vozil po USA, včetně kouzelného Yellowstonu. Zase jsem přednášel na řadě univerzit i na kongresu o endokrinologii popálení. A jak jsme tak diskutovali s kolegy z Chicaga, na lékařském spolku ve Phoenixu v Arizoně a pak v San Antoniu, domluvili jsme se, že napíšeme *Endokrinologii popálení*. Knihu nakonec vydali roku 1990 Lea&Febiger (*Endocrinology of Thermal Trauma*, Editors: Doleček, Brizio-Molteni, Molteni, Traber). Byla to moje „profesorská práce". Kniha měla červenou vazbu a zlatá písmena. Moje rozradostněná duše však přitom i zasmutnila, protože ani můj americký „šéf" Curtis Arzt, ani můj milý přítel Jack Moncrief se knihy nedočkali. Profesor Arzt zemřel nečekaně na infarkt o vánocích 1975, několik měsíců před kongresem ISBI v Stockholmu, kde jsme se měli setkat. Poslední psaní od Jacka jsem dostal v dubnu 1979, spolu s knihou *BURNS – A Team Approach* (Artz /in memoriam/ – Moncrief – Pruitt), s krásným věnováním: „Rajkovi, s velikým obdivem k Tvé krásné



práci a s vděčností za Tvé vřelé přátelství, John A. Moncrief."

S posledním členem „týmu", Basilem A. Pruittem, jsme spolu přednášeli na kongresu ISBI o popáleninách v Cařihradě v červnu 2010. Píšeme si vždy k Vánocům, že jsme ještě na tomto světě. V Cařihradě byl i profesor Fortunato Benaim z Argentiny, pro jehož španělskou učebnici jsem napsal kapitolu o endokrinologii popálení (1993). V roce 2011 jsem zažil příjemné setkání s profesorem Herndonem z Galvestonu, který byl naším hostem při sympoziu v Ostravě (napsal kapitolu do naší knihy o endokrinologii popálení). Vzpomněli jsme na staré dny. David byl nadšený hornickým muzeem v Ostravě, ve kterém ale byla odporná zima. V harendě jsme do sebe hodili dva grogy. „They were life saving," (Ty nám zachránily život.) usmíval se David…

Koncem osmdesátých let jsem býval víc unavený, i trochu dušný. Dost mě to otravovalo, říkal jsem si, že stárnu. Ale lékařská duše byla v pořádku, pořád jsem něco publikoval… V letech 1988–89 jsem přednášel na kongresech v Japonsku (poklonil jsem se hrobům 46 samurajů v chrámu Sengakudži v Tokiu), Švýcarsku, Mexiku, na fantastickém kongresu o popáleninách v Turecku (s Dobrou jsme byli ve skupince osobních hostů prezidenta kongresu Mehmeda Haberala a zažili noční plavbu Bosporem za poslechu orientální hudby a při ochutnávání vybraných jídel, stále lepšího vína a přátelských rozhovorů „bílého bratrstva"). Pak jsem si nechal udělat krevní obraz a výsledkem byla jakási podivná anémie. Udělali mi sternální punkci a odběr dřeně ze sakrální kosti a byla z toho vlásenková leukemie. Několik měsíců jsem si denně píchal Interferon, 1–2krát měsíčně jsem za provozu na oddělení dostal transfuzi krve, po které jsem vždy rozkvetl. Má lékařská duše byla jaksi klidná. Nějak jsem si opakoval srbské rčení „Není smrti bez soudného dne". V listopadu 1989 jsem pak, povzbuzen transfuzí, vystupoval jako řečník před desetitisícovým davem „sametové revoluce" v Ostravě.

V létě 1990 jsme byli autem (já po transfuzi) s Dobrou, Brankem a jeho Miluškou ve Španělsku. Dobru a mě v Madridu přepadli. Ubránili jsme se, ale já přišel o slezinu, operovali mě v Madridu. Dobra zůstala se mnou, vrátili jsme se letadlem. Branko a Miluška, plni starosti, se vrátili autem. Pobyt v nemocnici pro mne a Dobru, letadlo pro oba, to vše hradila naše pojišťovna. Bylo to zdravotnictví, jaké si moje duše představovala a jaké má být. Nejen pro mne, tehdy známého lékaře („doktor Obezita"), ale pro každého.

Před silvestrem 1990 jsem dostal vysoké teploty, na levé tváři se objevila smrtící *noma*, nemohl jsem otevřít ústa. Téměř mi zmizely bílé krvinky a trombocyty. Leteckým speciálem mě do Prahy, do Ústavu hematologie a krevní transfuze, převezl přítel a kolega Roman Gřegoř. Před ÚHKT už přešlapoval Branko s pomeranči a mayovkou (prý abych se nenudil!), uvnitř čekal můj přítel, hematolog profesor Vaňásek, který vedl bitvu proti mé zákeřné nemoci (v roce 1965 jsme absolvovali nejednu rundu „DO DNA" v Leningradu). Záchranu organizovala Dobra a „bílé bratrstvo" lékařů, sester, laborantů. Nápor smrtící nemoci zastavila „kila" nejrůznějších antibiotik (od té doby hůř slyším, zato žiju), nejnovější lék z Bethesdy (USA) *pentostatin* (byl jsem u nás první, kdo ho dostal), náplavy Brankových trombocytů, návštěvy Dobry a polibky à la reverzní izolace (tedy přes sklo), záplava transfuzí a infuzí, úsměvy a trpělivost lékařů, sester, přátel, měsíční svit přes okno, pokud nebyl smog a svítil Měsíc… Jednou v noci, za vysoké horečky, moji duši lékaře navštívil dokonce i Anděl Smrti, ale byl odmítnut… Za necelé tři měsíce jsem byl doma, vděčný Pánu a všem, kteří mi tolik pomohli, plný nápadů a vzpomínek. Sepsal jsem je jako *Dopisy z Pontu* a vyšly knižně ještě v roce mé nemoci (1991). Bylo zajímavé, jak moje lékařská duše pozorovala pacienta Rajka. A jak ta duše vděčně vnímala naše zdravotnictví, v kterém cena léčby nedělala starosti… Za tři měsíce po propuštění z ÚHKT jsem s Dobrou filmoval pro Českou televizi ve Švýcarsku tamní péči o staré lidi (sponzorem byl SANDOZ).

Má lékařská duše velmi trpěla, když byl před zrakem celého světa v 90. letech 20. století zničen prosperující stát Jugoslávie, obzvlášť když v květnu 1993 byly Svazová republika Jugoslávie a Republika Srbská (Bosna a Hercegovina) suspendovány ze Světové zdravotnické organizace, s následným postižením kojenců a dětí, rodiček, starých lidí a chronicky nemocných. Vznikl obrovský nedostatek léků… Uprostřed bojů mé občanské duše za pravdu a proti lžím



si má lékařská duše našla nový tým přátel a spolubojovníků ve sledování odezvy organismu na polytrauma a zase popáleniny, s novými možnostmi sledování a novými možnostmi léčby. Byla z toho skromná, ale údaji přeplněná knížečka *Endokrinologie traumatu* (2006), na níž jsme pracovali spolu s kolegou a přítelem docentem Leopoldem Plevou a „spolubojovníky“ z traumatologie FNO.

A tak se má „občanská duše“ trápí nad nespravedlnostmi světa na Balkáně, zatímco má duše lékaře nachází nové drobné radosti z toho, že může ještě řadě lidí pomoci, že pořád může plánovat a sledovat „nové věci“, a pak i ze skutečnosti, že si uvědomila (a to už před mnoha lety), že úsměv lékaře ve vhodné chvíli může působit jako zázračný lék. Počítače v ordinaci znamenají jistě značný pokrok, ale lékař by se neměl dívat jen na monitor, většina jeho pohledů přece musí patřit pacientovi. Jinak proti sobě v ordinaci sedí dva cizí lidé.

Ve chvílích pochyb a pro očistu duše sáhnu po knize, mám divadlo, hudbu, rozhovory s přáteli a občas, jako vakcinaci proti



zbarbarštění, si čtu verše. Má lékařská duše se trochu bojí o některé mladé kolegy – nechovají se někteří mezi sebou i k pacientům jako k cizincům? Chápou kouzlo „bílého bratrstva“? Nejsou jim peníze vším?

A ještě něco nového přineslo posledních 10–15 let do mé duše. Je to cosi, co by se dalo nazvat novým zákoutím mé duše. Přibyla tam ještě duše vnoučátka milujícího dědečka.

Cesta k medicíně

Pocházím z nelékařské rodiny. Jsem jedináček. Tatínek byl Čech, inženýr, od roku 1926 zastupoval v Jugoslávii československý koncern ČKD a automobilku PRAGA. Maminka byla Srbka z Bosny. Narodil jsem se v Praze 1. června 1925, jsem pravoslavný věřící křesťan, křtěný Vltavou. Rok nato se rodiče přestěhovali do Bělehradu, kde jsem absolvoval českou obecnou školu, srbské gymnázium a první dva semestry lékařské fakulty. Co se pamatuji, chtěl jsem se od obecné školy stát doktorem. Možná i proto, že několik srbských lékařů bylo dobrými přáteli naší rodiny, já měl všelijaké dětské nemoci a na „své doktory“ jsem se vždy těšil. Už tehdy jsem v lékařích viděl hodné, přátelské lidi, kteří k vám přijdou, aby vám pomohli, když vás něco bolí, když máte horečku, kašlete… A tak jsem si začal říkat, že chci být jako oni, pomáhat lidem, kteří mají nějakou nemoc.

Začal jsem se zajímat o léky. Tatínka občas bolela záda, několikrát měl ischias a já jsem se snažil od tatínkových lékařů vypátrat, jak to ty tabletky nebo injekce dělají, že ta zlá bolest přestane. Maminka mívala občas migrénu, s výrazným scotoma scintillans. Otravoval jsem pana profesora Stanojeviće, odkud se berou ty jiskry v očích a proč po nich tolik bolí hlava a chce se zvracet. Strašně jsem chtěl tatínkovi i mamince pomoct a to mě utvrzovalo v přání studovat medicínu. V kvartě nebo kvintě mě stále víc zajímala chemie, protože souvisela s výrobou léků. Někdy v té době mi tatínek koupil právě vydanou populární knihu o chemii Stopy látek a náš osud od jakéhosi německého autora. Kniha mě nadchla. Dodnes si pamatuji, jak jsem ji doslova hltal, kreslil jsem si vzorce sloučenin a představoval si, jak jako lékař vymyslím nějaký nový lék. Další knihou z té doby byla populární biologie (název jsem zapomněl, autorem byl snad Karl von Frisch), v níž mě fascinovalo slovo HORMON. Jako bych tušil, že bude během celého mého medicínského života naplňovat mou práci, má výzkumná snažení! Vážným konkurentem

chemie a biologie byl dějepis, vždyť jsem žil v Srbsku, v zemi plné dramatických dějinných událostí, která si za strašných ztrát, po 500leté turecké porobě, vybojovala svoji svobodu a pomáhala i jiným porobeným národům. Jak rád jsem poslouchal staletí staré srbské epické písně, zpívané za monotónního zvuku jednostrunných guslí…

Učil jsem se dobře, šly mi jazyky. Tatínek i maminka se ode mne s úsměvem nechali poučovat, jak se léčí nemoci nebo že léky jsou chemické sloučeniny. Na gymnáziu jsme se učili od primy francouzsky, od tercie německy, od kvinty latinsky. Když jsem byl v sextě (1941), Jugoslávii surově přepadlo nacistické Německo s Itálií, Maďarskem a Bulharskem. V té době jsem četl Goetheho Fausta a zlobil se na Mefista, když říká medikovi:

Duch lékařství se nepronikne stěží.
Hle: velký, malý svět se probádá
a pak se řekne: ať to běží,
jak Pánbůh dá!
Je marné po vědě se pachtiti.

Víc, nežli poznat lze, se nenaučíš už… (překlad Otokara Fischera)

Říkal jsem si, že lékař se přece MUSÍ snažit pomáhat, nesmí nechat nemoc řádit, musí se pachtit a léčit!

Tatínek s maminkou mi na Vánoce, ještě za války, dokonce darovali jakousi lékárničku, na kterou jsem byl nesmírně hrdý. Pokud se pamatuji, obsahovala aspirin, živočišné uhlí, nějaké „žaludeční kapky“, jodovou tinkturu a obvaz. Svoje „lékařské“ znalosti jsem začal (občas!) používat, když jsem se v rámci odboje od října 1944 pro své jazykové znalosti (mluvil jsem rusky a anglicky) stal tajemníkem představitele Rudé armády pro Bělehrad. Tam mě naučil náčelník autodopravy III. ukrajinského frontu, sympatický plukovník Šamchalov, který o mne otcovsky pečoval, jak pít bez poškození jícnu a žaludku čistý líh a jak křísit opilé. Dodnes mám od něho Lermontovova Démona. Na sovětském letišti v Karpatech jsem od ruské lékařky při angíně dostával „krasnyj streptocyt“, který jsem už měl ve své lékárničce jako německý sulfonamid Prontosil a po kterém jsem červeně močil.

Po smrti svého šéfa majora Jadykina na frontě jsem jako tlumočník a překladatel začal pracovat u jugoslávské mise UNRRA. V Terstu jsem byl strašně hrdý, když jsem skutečně zachránil život na smrt opilého mladého amerického vojáka z 87. pěší divize Blue Devil. Říkal jsem si, že budu dobrý doktor, a vzpomínal jsem vděčně na „lekce“ plukovníka Šamchalova.

Na podzim 1946 mě tatínek odvezl na studia do Prahy. Zcela mě okouzlila. Po rozbombardovaném Srbsku působily jako balzám noční i denní toulky pražskými uličkami, nezaplevelenými dnešními hordami zahraničních turistů… Můj sen se začal uskutečňovat. Pilně jsem chodil na přednášky, když tu se najednou do mé lékařství studující duše začala vkrádat otázka, který obor medicíny bych chtěl dělat. „Chirurgickou nemocí“, tedy stát se chirurgem za každou cenu, jsem ani netrpěl. Zajímaly mě regulace v organismu. Tehdy vyšla kniha od docenta Servíta o vegetativním systému. Podrobně jsem ji přečetl, ale nebylo to ono. A pak to najednou přišlo! Na Charvátově III. interní klinice měl docent Šmahel přednášku o Selyeho adaptačním syndromu, já zahořel láskou k ENDOKRINOLOGII a ta celoživotní láska trvá dosud. Na cestě k té lásce však stály hrozné překážky. Vždyť ty kouzelné hormony u nás téměř nikde nevyšetřovali, snad částečně jen na III. interně u akademika Charváta, něco u docenta Šilinka. Ale jednu důležitou zbraň jsem měl, uměl jsem celkem dobře anglicky, německy a rusky, slušně francouzsky. Mohl jsem o své veliké lásce číst a s hormony si tajně povídat.

Během studií jsem si uvědomil, že jsem věřící pravoslavný levicový intelektuál, který pokládá bezplatné zdravotnictví, školství i kulturu za nezbytné právo občana, při zachování všech základních svobod projevu, volby a zajištění práce, cestování atd. Takže do mé duše lékaře in spe vstoupila nová dimenze: nejen léčit nemocného, ale i zajistit mu tuto léčbu bezplatně, jako jeho základní právo.

Události roku 1948 představovaly pro mne a většinu studentů hrozný šok, který jsme během času pociťovali tím více, jak brutalita režimu stoupala. Řada kolegů končila se svými studiemi. Přes lákavé svody jsem do dnešních dnů zůstal vždy bezpartijní a vůbec toho nelituji, mám svůj štít čistý. Byl jsem celkem úspěšný a neprodával jsem své přesvědčení. Měl jsem přátele, s kterými jsem si rozuměl, i z toho druhého tábora, který sice zajistil bezplatné zdravotnictví, školství a kulturu, měl ale na sobě i mnoho zlého.

prof. MUDr. Rajko Doleček, DrSc.

Narodil se v roce 1925 v rodině technika, maminka byla Srbka. Po druhoválečné zkušenosti v bývalé Jugoslávii vystudoval v roce 1950 LF UK v Praze. Celý profesní život strávil v Ostravě, nejprve jako lékař-endokrinolog na KÚNZ, pak v místní nemocnici, posléze ve Fakultní nemocnici Ostrava. Od roku 1970 je nositelem titulu DrSc., od roku 1993 profesor.

Zabývá se hlavně endokrinologií popálenin a polytraumat, klinickou endokrinologií a obezitou. V 70. a 80. letech proslul jako autor a moderátor popularizačních televizních seriálů, např. *Nebezpečný svět kalorií, Tajemný svět hormonů*; některé vyšly i knižně. Napsal beletristické knihy *Na cestách, Dopisy z Pontu, Požehnání nahého světce*, během válečných událostí v Jugoslávii pak např. *Žaluji, Necenzurované obrazy z dějin jihoslovanských bratrů, Hovory s generálem Mladićem* a další.

Má syna Branka, který je developerem. Manželka Dobra pracovala jako zdravotní sestra.

Ivan Hejduk

Hudebník potrefený medicínou – nebo naopak?

Pane doktore, váš otec zažil jako obvodní lékař protektorát, válku, osvobození, socialismus. Nevybavíte si nějakou vzpomínku, která by naznačovala, jak otec coby reprezentant předchozí lékařské generace svoje povolání bral – postěžoval si někdy, nebo byly okamžiky, kdy si třeba liboval?

Teď jste mne donutil zapřemýšlet. Nejlépe bych to asi vyjádřil tak, že on své povolání lékaře prostě žil. Kromě občasných výletů k hudbě, houslím a do divadla měl jen tu svou práci. Neexistovala žádná pohotovostní služba, dodnes mám v paměti ostrý zvuk zvonku v noci, kdy lidé hledali pomoc. Byl to doslova život-povolání, protože otec zemřel těsně před důchodem.

Tím chci jen naznačit, že nějaké filozofování o smyslu konání či stěžování jsem prostě nezaslechl. Ale myslím si, že byl na své povolání pyšný.

Po promoci jste mohl zůstat u svého učitele, profesora Jaroslava Tomana. Proč jste odmítl „nóbl" práci na stomatologické klinice a šel se pachtit „na okres"? Idealismus? Praktický duch?

Určitě v tom hrály roli emoce, vztah k Českému ráji. Celé dětství jsem v Jičíně trávil kouzelné prázdniny u babičky. Otec se tam chystal na penzi do svého domečku a bylo jeho velikým přáním, abychom tam byli spolu. Bohužel se toho už nedočkal.

Přechod z relativně zlatých studentských časů do éry výkonného lékařství se vším všudy bývá nezřídka spojen s šokem…

Přesně tak! Nástup do praxe po škole byl dost krutý. Zvláště některé disciplíny, jako protetická stomatologie, byly pro mne zprvu nedostupné. Díky pomoci zubních laborantů jsem nemusel předělávat každou druhou korunku nebo náhradu. Na většinu „fíglů" jsme nakonec časem museli přijít sami. Dodržet naše heslo *primum non nocere* bylo zprvu náročné. Já jsem měl pouze tu výhodu, že právě ve stomatochirurgii jsem byl díky dobré praxi za studií nad věcí. Nicméně jistotu v celém rozsahu získá zubní lékař asi za dva roky. V dnešní době vycházejí ovšem absolventi nepoměrně lépe připraveni pro praxi. Na úkor všeobecných medicínských předmětů mají na studiích výrazně víc hodin praxe.

A muzika?

Co se týká houslí, během nástupu do zaměstnání a povinného vojančení jsem je zanedbal. Návrat k nim byl obtížný, což může potvrdit každý, kdo delší dobu nemá svůj instrument v ruce. Opět jsem se svěřil do vedení pana profesora Šorma, a i když jsem už nemohl zahrát Dvořákův houslový koncert či Bachovu *Ciacconu*, Vivaldiho koncerty, Beethovenovy *Romance* nebo Smetanovo duo *Z domoviny* jsem opět zvládl. V regionu jsem byl postupně členem všech možných hudebních složení, například Jičínského kvarteta, Podkrkonošského symfonického orchestru, mnohokrát jsem vystupoval za doprovodu klavíru. Aktivní muzicírování – samozřejmě vedle rodinného zázemí, které mi žena a dva synové poskytovali měrou vrchovatou – je totiž pro mě tou nejlepší relaxací a únikem od problémů, které život i zaměstnání nutně přinášejí.

Váš návrat k houslím prozrazuje, že bez nich nemůžete být. Oboje, hraní na housle i stomatologie, vyžaduje mimořádně obratné ruce, ostatně doktorka Čeňková, virtuální celebrita ze seriálu Nemocnice na kraji města, z těchto důvodů zase hrála na piano. Přesto se mi zdá, i když se možná mýlím, že speciálnější požadavky obou činností se liší – zubař potřebuje spíše pomalou, silovou šikovnost ocelového pérka, houslista spíš hbitost jazýčku… „Netlučou" se v tomhle ty obory poněkud?

V tom si dovolím oponovat: Řekl bych, že spíše se přece jen vzájemně podporují. Le-



gendární profesor plastické medicíny František Burian doporučoval svým žákům hraní na nějaký hudební nástroj. Právě z důvodu komplementu pohybů rukou. K nutné určité manuální šikovnosti je samozřejmě důležité vzdělání v oboru. Jsem přesvědčen, že teprve potom dokonalá představa v hlavě svým způsobem přinutí ruce ke správné činnosti.

Hudba, tím spíše aktivní, je bezesporu jedinečné relaxans. Myslíte někdy při hraní na práci?

Nikdy, je to zajímavé. Vytvořil jsem si na to vlastní teorii o dvojích drahách v mozku: ty hudební a ty druhé – co řeší pracovní, rodinné a jiné problémy. A tyto dvoje dráhy se prostě vzájemně neprotínají.

Zubaři, chirurgové a psychiatři se v mých očích poněkud odlišují od lékařů ostatních oborů. První dva obory jsou hodně manuální a instrumentální (koneckonců ranhojiči a dentisté neměli plné lékařské vzdělání a dělali je i kováři), čímž poněkud připomínají opravářská řemesla. Zubařina má navíc relativně nejblíž k podnikání, „pacient" je tam nejvíc „klient", a taky je to snad jediný medicínský obor, kam pravidelně chodí i zdraví lidé. Psychiatrie zase jistou svojí ritualizací a jinotajností míří kamsi k šamanství až magii.
Pane doktore, jak specifické mají stomatologie a stomatologové postavení v medicíně – u ostatních lékařů, u pacientů?

Stomatologie nebo chcete-li zubní lékařství je obor s velice rozsáhlým spektrem výkonů a odvětví. Na jednom okraji tohoto spektra stojí stomatochirurgické výkony a nemoci sliznic, kde je třeba ovládat alespoň základy všeobecné medicíny – interny, obecné chirurgie, dermatologie atd. Tady se také rádi družíme s ostatními lékaři, žádáme je o radu nebo i o pomoc. Přímo klasická je dnes spolupráce mezi hematologem a stomatologem při stomatochirurgických výkonech u pacientů s krevními chorobami či poruchami. Na druhém okraji se zubařina skutečně blíží řemeslu, je třeba znát technologii kovů a jejich slitin i vlastnosti kompozitních a keramických materiálů. Tyto dva extrémy také odlišují zdravotní pojišťovny ve svých platbách; výkony z podstaty lékařské se z velké většiny platí z veřejného zdravotního pojištění, na technické zubní výrobky pacient doplácí nebo je i zcela hradí. A pacienti to tak také většinou cítí. Vzhledem k výrazným odlišnostem už dnes ve stomatologii působí řada specialistů. Přes devadesát procent zubních lékařů má privátní praxi. Jinak ale i kolegové ostatních oborů mají soukromé praxe a zásady i problémy podnikání jsou stejné, ať se takto živí lékař nebo kadeřnice. Je dobře, že se díky tomu dostává do povědomí lidí cena zdravotnického materiálu, léků i lékařské práce.

Co se za vaší praxe nejvíc změnilo (k lepšímu, popřípadě k horšímu) – z hlediska lékaře, z hlediska pacienta?

Zubní lékařství – dnes je tak nazýváno spíše než stomatologie – zaznamenalo v posledních letech obrovský vývoj, jako ostatně i jiné medicínské obory. Já skočil do privátní praxe už ve zralém věku, takže se těžko dá říci, že jsem šikovný podnikatel a marketingový umělec. S obdivem hledím na mladé zubaře, kteří už ze školy přicházejí nejen odborně připraveni, ale také s vědomostmi k podnikání ve zdravotnictví. Stále nové hmoty, materiály a přístroje výrazně posunuly kvalitu zubního ošetření. Samozřejmě rostou prudce také náklady na moderní postupy. Proto žádná zdravotní pojišťovna na světě nemůže tato ošetření zcela hradit. Procento úhrady z veřejného zdravotního pojištění je předmětem neustálých dohadů a jednání mezi zdravotními pojišťovnami, politiky a vykonavateli zdravotní péče. Ovšem i dnešní pacient v ordinaci zubního lékaře se zcela změnil. Většina z nich je dobře informována o prevenci a terapii tvrdých a měkkých zubních tkání. Mají zájem, aby hlavně jejich děti měly zdravý chrup již od dětství. Přispívá k tomu i větší medializace našeho oboru. I když i tady se objevují zavádějící informace a reklamy. A tady je na zubním lékaři, aby pacientovi věc vysvětlil a oddělil relevantní informace od čistě komerčního masírování obyvatel. To se ovšem týká všeho dění ve společnosti.

Zdá se, že zatímco dřív se na stomatologii lidi nehrnuli zdaleka tolik jako na všeobecný směr medicíny, dnes je tomu právě naopak. Proč? Je v tom vidina výdělku, možná i menšího rizika žalob?

Já si nemyslím, že hlavním důvodem je vidina dobrého výdělku. Uvědomme si, že po sametové revoluci šly do privátu tisíce zubních lékařů a do nového zařízení museli tito lidé vložit milionové investice. Taková ordinace se zařizuje léta a další léta se splácejí dluhy. Rozumní rodiče se proto snaží motivovat ale-

spoň jedno dítě k pokračování v této záslužné činnosti. Tlak na vysoké školy je obecně dnes větší, pouze poněkud diferencovaný. Současná stomatologie je bohužel oborem starých lidí, absolutní většině z nás je přes padesát let, značný počet je dokonce v důchodovém věku. Jistě si co chvíli všímáte zpráv v tisku, že tam i jinde hledají zubního lékaře. Příliv mladých by tedy byl potřeba, ale fakulty jsou velice limitovány omezeným množstvím pedagogů a financemi na nutné vybavení. Zubař totiž může hned po škole začít pracovat zcela samostatně, i když já se domnívám, že se do toho pustí pouze člověk s nedostatkem pokory. Samozřejmě vidina chudoby by asi mnohé odradila, naproti tomu se dnes nabízejí mnohem výnosnější zaměstnání i při menší námaze a odpovědnosti. Navíc i v našem oboru se začaly objevovat soudní žaloby od pacientů.

Neměl jste někdy chuť spojit svoje povolání lékaře s vědeckým výzkumem? Ten ovšem vnáší do práce lékaře jistý prvek soutěživosti (publikace, tituly) a poněkud redefinuje pojetí úspěchu…

Kdybyste tušil, jak často mě to pálilo! Byly to jen takové drobnosti. Před lety jsem zkoumal procento ohroženého parodontu u dětí a vhodnost eventuálního chirurgického zákroku. Přednesl jsem to na parodontologickém sympoziu v Bratislavě. Byli jsme s kolegou protetikem doktorem Švandou mezi prvními, kdo aplikovali dentální implantáty nejdříve do čelisti prasete, později u lidí. Používali jsme čepy z monokrystalického safíru (čistý oxid hliníku) v době, kdy se u nás ani nevědělo, zda jsou implantáty legální nebo ne. Později se zjistilo, že optimální pro zubní implantáty je titan a jeho slitiny. A konečně jsem přednášel na Purkyňově společnosti kazuistiku jednoho velice vzácného odontogenního tumoru, který jsem náhodně odeslal na bioptické vyšetření a hradečtí histologové zhotovili z nadšení krásné preparáty. Bylo pro mě užitečné zjistit, že dvě stránky takovéto odborné práce nebo půlhodinová přednáška vyžadují hodiny strávené ve vědecké knihovně, aby člověk zcela nepropadl. Trápilo mne omezené vybavení pro dokumentaci případů. Primitivní diapozitivy snad byly při přednáškách pro kolegy v našem okrese dostačující.

Má podle vás člověk v zacházení se svým zdravím neomezenou svobodu, nebo nese závazky i ke společnosti, jíž je členem? Může nebo dokonce má být ke „zdravému“ chování i nucen?

Záleží na tom, kam umístíme laťku posuzování. Bezbřehou svobodu individua, která ale omezuje svobodu druhých, také nelze tolerovat. Ideální by bylo lidi přesvědčit, aby dbali na své zdraví kvůli sobě. Když budou dodržovat perfektní ústní hygienu a chodit na preventivní prohlídky, ušetří desetitisíce, někdy i statisíce za záplatování svého chrupu. Když ale svou bezohledností mohou ohrozit zdraví řady svých spoluobčanů nebezpečnou infekcí nebo poškodit jejich zdraví například pasivním kouřením, měl by stát mít právo postavit se na stranu ohrožených, třeba i represivními metodami.

Jaký má medicína vliv na vaši osobní filozofii, na vaše vidění světa a lidí v něm?

Po celá léta v práci hledám příčinu a následek změn na ústním zdraví. Většinou se mi to daří a přenáším si tento záměr i do běžného života, kde už ale moje úspěšnost není tak vysoká, a to mě někdy trápí. Nesu si v sobě jakousi solidaritu se stavem lékařským a lidem zdravotnickým, a mám-li pocit, že je mu ubližováno, dokáže mě to docela obstojně vytočit. A taky vím, že vždycky, i při špatné prognóze, stojí za to se o kladný výsledek pokusit. O záchranu zubu, o záchranu zdraví, o záchranu života.

Jste – přinejmenším myšlením – lékařem i mimo ordinaci? Jinak řečeno – koukáte lidem na zuby?

Jsem za ty roky docela obstojně profesionálně deformovaný. Ve společnosti si okamžitě všimnu, kdo má jaký přední zub zkažený, registruji zub bez nervu, úspěšnější či méně úspěšný můstek. Vzpomínají na mne známí, jak jsem provizorně reponoval luxovaný zub dítěte v prostředí zledovatělé Sněžky nebo dokončil manuální extrakci dočasného již odcházejícího zubu v nevhodném prostředí, třeba na slavnostní schůzi. Nedokážu se zadržet, když v obchodě zjistím, že si lidé kupují zcela nevhodný zubní kartáček nebo jiný prostředek ústní hygieny. V těchto chvílích mne moje žena urychleně opouští.

Jak byste seřadil plusy a minusy svého povolání, jak se vám jeví teď, a porovnal je se svojí „vstupní kalkulací“, tedy jak jste uvažoval a s čím jste počítal jako vysokoškolák při volbě tohoto povolání? Jinak řečeno – volil byste





dnes totéž, nebo by přece jen vyhrála muzika nebo „alespoň" jiný lékařský obor?

Vzhledem k mému neočekávanému a poněkud zmatenému nástupu na stomatologii jsem ani předem neměl žádné konkrétní představy o svém celoživotním povolání. Stále je považuji za hezké, i když fyzicky poněkud namáhavé zaměstnání. Určitě bych se opět rozhodl pro zdravotnické povolání, klidně i v jiném oboru.

Život bez hudby si představit nedovedete. Dovedete si představit odchod do penze a svoji existenci bez medicíny?

To je otázka! Musím být upřímný. Zatím nedovedu, i když jsem samozřejmě nucen o tom přemýšlet. Byl jsem k tomu blízko po dvou onkologických operacích před deseti lety. Možná poznenáhlu by to bylo lepší. Zatím to asi zastírám tím, že nemám následovníka ani mimo rodinu, a obávám se, že prodej ordinace nebude snadný. I daleko lukrativnější lokality jsou v dnešní době neprodejné. A dokud mne kolegové budou ještě potřebovat pro stomatochirurgické výkony…

Pane doktore, teď ke konci vám položím těžkou otázku. Vy jste o medicíně mluvil se svým otcem, bavíte se o ní se synem. Zkusil byste subjektivně postihnout hlavní změny ve vnitřním světě medicíny i v duši lékařů za ty tři lékařské generace?

Tak veliké společenské změny a turbulentní pokrok vědy a techniky musely nutně poznamenat i vnitřní svět medicíny a lékařů. Tam, kde měl můj otec starý dřevěný Rentgenův přístroj, své ucho (pěkně studené) přiložené na hrudníku pacienta a ruce k poklepu a pohmatu, má můj syn přímo nebo zprostředkovaně nejmodernější techniku. Tak obrovské množství poznatků dnes ovšem nemůže obsáhnout jedinec v celém jednom lékařském oboru ba ani podoboru, byť



za pomoci IT. Vede to ke zvyšování počtu specializací i specialistů. Ti spolu komunikují převážně virtuálně, chybí mi u nich vzájemná osobní setkání pro odborné disputace. Kde jsou naše okresní lékařské semináře, kdy jsme se po odborném programu všichni dobře poznali nad skleničkou vína! V určitém směru je těžko nahradí mezinárodní sympozia…

Je dobře, že se konečně odhalila cena lékařského ošetření. V koutku mozku mají dnes lékaři minicomputer, který je oprávněně ovlivňuje při jejich činnosti. Ovšem slabší jedinci mohou těmto počtům podlehnout v neprospěch medicíny i svých pacientů. V tomto jsem staromilec a pojem „klienti" mi nesedí.

Jaké je vaše největší lékařské přání?

Vlastně jsem na to odpověděl už v minulé otázce. Přál bych si, aby lékaři mohli používat nejmodernější lékařské přístroje jako pomocníky a vůdčí silou byl jejich mozek a šikovné ruce a přitom aby zůstali pevně ukotveni nohama na zemi. A aby se nerozevíraly nůžky mezi nejmodernějšími terapeutickými a léčebnými postupy a možností je aplikovat pro nejširší veřejnost.

Cesta k medicíně

Jak už víte, můj otec byl praktickým lékařem. Dětství a mládí jsem prožil na vesnici mezi Kladnem a Slaným. Oba rodiče milovali hudbu, tatínek hrál na housle, vášnivě, i když technicky méně zručně. V přízemní ordinaci se o víkendech hrála kvarteta v zajímavé kombinaci profesionálních muzikantů a amatérů. Jako lékař byl otec vážený. Musel zvládnout porod, nemocného kojence, ba i extrahovat zub, když bylo třeba.

Naši rodinu bych vůbec označil za potrefenou zdravotnictvím. Tatínek promoval na

lékařské fakultě UK v Praze v roce 1935 (jeho sestra byla magistrou farmacie), můj bratr v roce 1960, já v roce 1965 a můj starší syn v roce 1993. Moje žena je vrchní sestra v důchodu, snacha instrumentářkou na chirurgickém sále.

My s bratrem jsme tedy jaksi automaticky počítali se studiem medicíny. A zároveň jsme se vzdělávali v hudbě, on se učil hře na klavír a já na housle. Po maturitě na jedenáctiletce ve Slaném jsem řešil své první životní dilema. Už někdy od základní školy jsem se cítil jaksi předurčen být internistou. Ale ouvej, po přijímačkách jsem byl sice přijat na správnou fakultu, ale na stomatologický obor! O zubařině jsem do té doby věděl pouze to, že jakýkoliv zákrok pana dentisty mně byl krajně nepříjemný nebo vyloženě bolel. Takže okamžitá reakce horké hlavy byla: Půjdu studovat housle na konzervatoř! To už jsem měl za sebou hudební školu v Kladně a studoval jsem v té době housle u vynikajícího člověka Spytihněva Šorma. Toho si vybral Václav Talich za prvního koncertního mistra orchestru Národního divadla. Pan profesor Šorm se velice zajímal o houslovou pedagogiku, kterou také nějaký čas studoval v Moskvě. Mně byl až do konce svého života nejen učitelem, ale i přítelem. Ale k věci: po dlouhých konzultacích mého tatínka na různých institucích jsem byl ubezpečen, že když nastoupím na stomatologii, později samozřejmě přestoupím na všeobecný směr.

A tak jsem vplul do pražského studentského života. V té době byly první dva roky studia na medicíně společné pro všechny směry. To se sice po několika letech změnilo, já jsem ovšem ještě při přednáškách zažil mnohé velké osobnosti, profesora Borovanského na anatomii, profesora Jedličku na patologii, později profesora Charváta na interně nebo profesora Vondráčka na psychiatrii. Současně se studiem medicíny jsem dál pilně chodil do houslí… Dnes si nedovedu ani představit, jak jsem to mohl zvládnout! Stal jsem se členem orchestru Vysokoškolského uměleckého souboru a mohu se pochlubit tím, že jsem hrál na zájezdu do NDR, a to v lipské Gewandhaushalle, pod taktovkou dnes velice slavného dirigenta a šéfa orchestru FOK Jiřího Kouta. Při jedné hudební soutěži jsem hrál před komisí, kde seděli pan profesor Kamil Henner a náš milovaný pedagog, tehdy docent Ctirad John, zanícený divadelník, hudebník a veršotepec.

Na konci druháku přišla pro moje rodiče studená sprcha a já řešil další dilema. Pod vlivem profesora konzervatoře Zdeňka Brože (otce dnes známé herečky a zpěvačky Kateřiny Brožové) jsem se rozhodl opustit medicínská studia a věnovat se houslové kariéře. Mého tatínka to stálo mnoho úsilí a přibylo mu dalších šedivých vlasů, než se mu i s pomocí profesora Šorma nakonec podařilo navrátit mne na fakultu s tím, že být průměrným houslistou není nic moc a být špičkovým, to vyžaduje mnohé, včetně velikého štěstí. Tak jsem se pokorně vrátil. Dnes vím, že jsem udělal dobře – na housle mohu dodnes hrát jako amatér, ale lékaře bych amatérsky rozhodně dělat nemohl.

Nu a v době, kdy někteří spolužáci plánovitě přestupovali ze stomatologie na všeobecný směr medicíny, já k překvapení všech zůstal. Snad za to mohla moje konzervativní povaha, ale už jsem také přičichl na praxi ke stomatochirurgii, a to zřejmě rozhodlo. Můj vztah ke stomatochirurgii se ještě posílil po úspěšné státnici u profesora Tomana, obávaného examinátora. Díky tomu, že jsem si z vlastního zájmu přečetl publikaci Arnolda Jiráska Chirurgie bolesti, mohl jsem při vražedné otázce „Co mi povíte o neuralgii trigeminu?“ zazářit. Na zubní kliniku jsem ale po promoci nenastoupil, jakkoli mne pan profesor zval. Odešel jsem na umístěnku do okresního města Jičína, kde pracuji dodnes.

MUDr. Ivan Hejduk

Narodil se v roce 1943 na Kladně v rodině venkovského lékaře. Po maturitě absolvoval na Fakultě všeobecného lékařství (dnes 1. LF) UK v Praze obor stomatologie. Po promoci v roce 1965 nastoupil v Jičíně, kde pracuje dodnes. Věnoval se stomatochirurgii na okresní úrovni. Po listopadu ‘89 byl dva roky přednostou zubního oddělení v Jičíně, po privatizaci oboru pracuje jako soukromý zubní lékař se zaměřením na stomatochirurgii.

Pracoval intenzivně v České stomatologické komoře, nyní je členem Čestné rady ČSK. Jeho celoživotním koníčkem je hra na housle.

Jeho žena pracovala jako zdravotní sestra, starší syn je anesteziolog, mladší dopravní pilot.

Pavel Kasal

Moje medicíny

Africká medicína

Těsně po státnici z gynekologie a porodnictví jsem využil příležitost absolvovat praxi v Tunisu, jež mi přinesla zkušenosti dosud jen těžko představitelné. Beduínky nemají kupříkladu v poušti těhotenské poradny a rodí ve stanech za pomoci zkušených starších žen. Když jsem po návratu vyprávěl profesoru Peterovi (ročník narození 1900), že jsem se tam setkal se zanedbanou příčnou polohou se salutující ručičkou a průvodní pyometrou (hnisavým výtokem z dělohy), sdělil mi, že on sám takový stav viděl naposledy jako medik.

Absolvoval jsem do té doby jen několik normálních porodů pod dohledem, a zde jsem měl náhle sloužit samostatné služby, kdy rodily zkušené porodní asistentky, které mne volaly až v případě komplikací. Kolega mi v případě problému radil telefonicky a byl ochoten přijet jen ve zcela výjimečném případě. K tomu asi po měsíci skutečně došlo – afibrinogenemie u rodičky, jež způsobila neztišitelné poporodní krvácení. Pro její krevní skupinu nebyla k dispozici krevní konzerva, takže jsme museli podávat infuze, jež ale postupně krev stále více ředily. Pohled do očí rodičky, jež kritickou situaci vytušila a žádala, abychom jí ještě přinesli její dítě, patří nesporně k mým nejsmutnějším zážitkům v medicíně…

Vojenská medicína

V rámci vojenské služby jsem měl v péči vojáky útvaru protivzdušné obrany na Berounsku. Můj předchůdce mi sdělil, že vojenská medicína je poněkud odlišná, na druhou stranu však od chininu a klystýru z doby dobrého vojáka Švejka již udělala určitý pokrok. Za základní léčebné prostředky považoval intramuskulární injekci celaskonu a výtěr krku Lugolovým roztokem. Uvedený postup využíval jako prostředek selekce mezi vojáky, kteří se hlásí ráno jako neschopní služby a udávají většinou projevy virózy. Přitom vycházel z předpokladu, že nazítří po těchto poměrně nepříjemných zákrocích přijdou už jen ti opravdu nemocní.

Vojenské útvary v té době běžně chovaly prasata, vykrmovaná zbytky z kuchyně. Stalo se, že jsem od velitele obdržel tento rozkaz: „Ta prasata moc nežerou a jsou nějaká smutná, běž se na ně, doktore, podívat!“ Konzultoval jsem telefonicky místního veterináře, jenž mi poradil především změřit teplotu, a to běžným lékařským teploměrem v konečníku. Vyplašená prasata však s kvičením pobíhala sem a tam. Kolega nakonec přijel osobně se slovy „zapomněl jsem vám říct, že je při tom musíte drbat za ušima, pak se ani nehnou“, což skutečně fungovalo.

Terénní medicína

Na rozdíl od dosud poznaného prostředí v roli medika na klinikách skýtaly pohotovostní výjezdy v rámci OÚNZ (pro později narozené: Okresní ústav národního zdraví) zcela odlišnou medicínu. Mám ji ve vzpomínkách spojenu s jízdami sanitky po zasněžených okresních silničkách, kdy se bydliště pacienta často dalo rozpoznat podle jediného světla, které pozdě v noci ve vesnici svítilo. Rozhodování o postupu u závažnějších příznaků, kupříkladu dušnosti, v situaci, kdy byl lékař vybaven pouze fonendoskopem a o pacientovi neměl většinou žádnou dokumentaci, nebylo jednoduché. Neocenitelným způsobem zde občas zafungoval řidič sanitky se znalostí prostředí a předchozích výjezdů. Lapidární komentář typu „tady si většinou vystačíme se syntofylinem“ byl pak v řešení případu skutečnou pomocí.

Dalším přínosem zde pro mne bylo i poznání pacienta v jeho domácím prostředí – tento aspekt v nemocnici vlastně uniká,



přičemž je nezanedbatelným součinitelem zvládání pacientovy nemoci. Návštěva však může být spojena s nelehkou diskusí s rodinou a i se zcela překvapivými zážitky. Po odkrytí peřiny při vyšetření ležícího pacienta se kupříkladu objeví pes, odhodlaný svého pána chránit… Zcela kuriózní zkušeností byl případ náhlé příhody břišní, kdy pacient ze svých potíží obvinil sousedku, která jej „uhranula". Když vyšel na zápraží svého domku, pocítil při jejím pohledu prudkou bolest. V domnění, že v nemocnici na příjmu slouží můj kolega, jsem do zprávy pro převoz zapsal jako příčinu stavu „uhranutí sousedkou". Pacienta však přijímal obávaný primář chirurgického oddělení…

Medicína na klinice

Práce na pediatrické klinice probíhala ve zcela jiném prostředí již v oblasti ambulantní praxe. Nemoc dítěte je mezní situací, jež nabízí silné a často dojímavé nahlédnutí do elementárních mezilidských vztahů. Ve své specializaci na defekty imunity jsem se setkával se život ohrožujícími stavy a současně i s chronickými problémy, jež se pro rodinu stávaly dlouhodobým údělem zcela modifikujícím její život. Osobnosti rodičů jinak plně pokrývají populační rozmanitost, ale právě tyto situace odhalí velmi podobné pozitivní lidské emoční kvality, skryté jinak v nejrůznějších typech skořápek konvenčního vystupování.

V pediatrii je potěšující i poněkud odlišný přístup zdravotníků k pacientům, jenž v medicíně dospělých bývá poznamenán jistým stupněm fatalismu. Děti v těžkém stavu se však do Motola často převážely i z druhého konce republiky.

Je známo, že existují oddělení, kde nemají pacienti z hlediska kvality péče zcela na růžích ustláno a řešení uvedených problémů zde může narážet na nepochopení i nezájem. Na pediatrických pracovištích je v tomto směru klima nesporně lepší, naznačené prohřešky jsou zde mezi zdravotníky většinou předmětem všeobecného odsouzení.

Zvláštní kategorií jsou romské děti, které se odlišují již na novorozeneckém oddělení svými tmavými očky, ostatním dětem oči případně tmavnou teprve postupně. Existují ale i rozdíly v průběhu nemocí, ty romské jsou například „slabší na játra". Samostatnou kapitolou je pak jejich vnímání rodiny jako součásti širší komunity. Stalo se, že si pro dítě do Motola přijela velká skupina Romů ze Slovenska, která usoudila, že je u nás léčíme už příliš dlouho…

Ve volnějších a početných rodinách někdy bývá problémem i posouzení dědičných vad. Vzpomínám na svůj pokus o vyhodnocení rodinných vztahů u čtyřnásobné dvacetileté maminky, jež měla první dítě v patnácti letech. Konstatoval jsem, že tedy vlastně jeden rok zahálela a dostalo se mi omluvné odpovědi, že byla ten jeden rok nemocná… Romští tatínkové jsou každopádně příkladně aktivní, na naší porodnici jsme dokonce zaznamenali při vyplňování porodopisu případ údaje o posledním styku ještě při doprovodu do porodnice v sanitce.

Bezmikrobní dítě

Při své práci na imunologickém oddělení ústavu Akademie věd jsem se při teoretických studiích v oblasti dynamiky tvorby protilátek setkal s náročným experimentálním postupem tzv. bezmikrobních zvířat, která se chovají ve sterilních inkubátorech. Po přechodu na pediatrickou kliniku jsem se pak střetl i s nejobávanější poruchou imunity – dědičným kombinovaným defektem na úrovni kmenových buněk, při kterém vznikají již v časném kojeneckém věku nezvládnutelné sepse. Defekt však postihuje jen část sourozenců a jeho manifestaci nelze předem odhadnout. Nově publikovaným řešením byly dva případy realizace bezmikrobního porodu do sterilního inkubátoru, ve kterém je dítě po dobu přípravy případné transplantace kostní dřeně uchráněno vzniku letálních infekcí.

První případ – chlapec David z Texasu – měl značnou publicitu, projekt sponzorovala i NASA, druhý byl pak realizován v londýnské St. Mary's Hospital. V našem případě se jednalo o rodinu, kde již jedno dítě onemocnění podlehlo a pro uvedené řešení při dalším těhotenství nebylo na technicky náročnou přípravu mnoho času. Ve spolupráci s kolegy z Akademie věd nacvičoval docent Král na prasnicích císařský řez, vedený do sterilní plastové bubliny přilepené na kůži. Poté je novorozenec převeden uzavřeným tunelem do sterilního inkubátoru, kde je o něj pečováno ve zcela uzavřeném prostředí, s využitím technologií podobných jako v astronautice.

Současně se sestry učily péči ve sterilních inkubátorech na narozených selatech, která byla překvapivě dobrým modelem nejen z hlediska velikosti, ale i řady dalších podobností. Vzpomínám na zahraniční návštěvu nedonošeneckého oddělení, kde příprava probíhala, kterou jsme o projektu záměrně předem neinformovali. Zprvu si naši kolegové vůbec ničeho nevšimli, teprve po chvíli jsme zaregistrovali naprosto nevěřícné pohledy… Postup jsme pak úspěšně realizovali a právě v poporodní péči jsme získali ve srovnání s předchozími případy jednu prioritu. Po určité době se u dítěte přece jen některé nepatogenní bakterie objeví, jsou však pod plnou kontrolou. A právě v délce úplné sterility jsme předchozí popsané případy překonali.

Sportovní medicína

V oblasti sportovních aktivit jsem se celoživotně věnoval orientačnímu běhu. Zprvu jsem poskytoval lékařské konzultace v oddílech a časem jsem byl jmenován lékařem našeho reprezentačního družstva. Byla to opět zcela jiná medicína, než kterou jsem do té doby znal. Základním požadavkem na lékaře je zde především zvyklost, že se aktivně účastní závodů. Trenéři mi hned na úvod sdělili, že je to u nich běžné a že by mne reprezentanti jinak jako doktora příliš vážně nebrali. Při své práci jsem tak po absolvování často mnohakilometrové trati ještě navečer obcházel odpočívající reprezentanty a řešil jejich problémy.

Krom léčby poranění a přetížení pohybového aparátu je zde závažným problémem především odpovědné rozhodnutí, zda nastoupit k významnému závodu při nedoléčených potížích, které lze překonat. Dalším důležitým aspektem je pak ovlivnění stavu psychiky a navození sebedůvěry před závodem. Závodník, jenž se kupříkladu pro nervozitu dobře nevyspí, může pak i při dobré formě projevit nečekaný pokles výkonu. K úkolům lékaře patří i příprava jídelníčků, což bylo náročné zejména při mezinárodních závodech v naší republice. Řada běžců, zejména skandinávských, jsou totiž vegetariáni se značnými nároky na skladbu jídla při současné vysoké energetické náročnosti vytrvalostního běhu.

V návaznosti na svou funkci sportovního lékaře jsem byl i českým delegátem v komisi pro doping mezinárodní sportovní federace orientačního běhu. Potěšující bylo, že v této oblasti žádné problémy ani nebylo nutno řešit. Komercionalizace sem nepronikla, což se projevovalo i v celkové atmosféře vrcholového sportu, na který mám ty nejlepší vzpomínky.

Dětská léta lékařské informatiky

Počátky zdravotnické informatiky jsou pro mne spojeny s biokybernetikou, rozvíjenou zprvu fyziology na analogových počítačích s hlavním zaměřením na modelování fyziologických funkcí. Vzpomínám na skripta dr. Wünsche, českého průkopníka oboru, která mne již krátce po promoci zaujala působivými popisy aplikací v oblasti medicíny od otce kybernetiky Norberta Wienera.

Profesor Havlík, děkan fakulty dětského lékařství, již koncem 80. let rozeznal význam rodícího se oboru a pověřil mne vybudováním prvního ústavu lékařské informatiky na našich lékařských fakultách.

Práci s počítači bez předchozí přípravy museli ale vlastně zvládnout všichni zdravotníci a zde Češi vskutku obstáli na výbornou. Jako jedna z našich pozitivních národních vlastností se udává adaptibilita při řešení problémů, která se zde nesporně plně uplatnila. Ze zahraničních návštěv mám možnost srovnání se zaváděním klinických informačních systémů v řadě zemí, kde často vznikaly těžko překonatelné problémy souvisící u lékařů s rigiditou, nechutí se učit cokoliv nového a malou vynalézavostí při jednoduché komplikaci. Ve své práci jsem se trvale setkával s inženýrskými profesemi. Jednalo se často o sympaticky zanícené specialisty, kteří se však nacházeli na druhé straně oné známé mezioborové komunikační propasti. Při budování klinických informačních systémů se techničtí specialisté zajímali především o kapacitu hardwaru, prostupnosti sítí atd., ale již méně se zabývali otázkami pro ně vzdálenějšími, zejména jak bude celý systém fungovat z hlediska uživatele. Zažil jsem vedoucího výpočetního střediska, se kterým se lékaři marně dlouhodobě pokoušeli ujasnit koncepci nemocničního informačního systému a jenž po ročním působení v nemocnici nazýval veškerou zdravotnickou dokumentaci „anamnéza“. Plánované schůzky se zdravotníky neustále odkládal,



ale pokud kdokoliv ohlásil technickou potíž, přicházel ji opravit se sadou nářadí ihned. Vedení nemocnic při pracovních zadáních často mylně vychází z předpokladu, že dané problematice přece musejí techničtí specialisté rozumět, což se může negativně projevit i na koncepci a kvalitě vytvářeného softwaru. Nedostatek zpětné vazby ze strany lékařů a malá informovanost o tom, co vše mohou od systému požadovat, způsobují, že řada produktů vzniká zejména z hlediska minimální pracnosti pro programátory. Systémy pak nejsou *user friendly*, ale *programmer friendly*, a zdravotník musí pro realizaci jednoduché funkce často mnohokrát zbytečně klikat a propracovávat se řadou menu. Zabudování kontextových a logických funkcí, automatických přenosů zaznamenaného atd. by mohly efektivitu systémů nesrovnatelně zrychlit a zefektivnit, podle reálných odhadů až o polovinu času, zdravotník však ani netuší, že to je vůbec možné.

Rovněž názor některých lékařských fakult, že by lékaři měli „jen umět mačkat ty správné knoflíky“, je nepochopením současné situace se všemi negativními důsledky. V návaznosti na uvedená fakta musí mít především přehled o funkcích a možnostech zdravotnického softwaru. Dále se pak ale stávají stále častěji součástí klinických informačních systémů i systémy znalostní, využívané k výpočtům, ale i dalším doporučením v rámci diagnostických a léčebných postupů. Přejímání výsledků z počítače bez porozumění mechanismu jejich vzniku je přitom vysloveně rizikové a v každém případě nesnímá z ošetřujícího lékaře zodpovědnost za konečná rozhodnutí.

Úskalí českého zdravotnického výzkumu

S jistým smutkem pohlížím na koncepci informatizace zdravotnictví. Priority výzkumu pro celé lékařství včetně informatiky byly naposledy formulovány před třemi lety jako zcela obecné okruhy pro jednotlivé obory medicíny. Předkládané praktické projekty v soutěži často neobstojí, neboť jejich hodnocení neprobíhá podle zásad pro hodnocení aplikovaného, ale základního výzkumu, kde je vedoucím kritériem mezinárodní citovanost. Řada významných témat má však národní charakter, bez možnosti publikace v mezinárodních časopisech, příkladem jsou české standardy péče, řešení celostátních zdravotně-organizačních problémů apod. Výsledkem je situace, kdy vlastně jediné prostředky určené pro zdravotnický výzkum a rozvoj jsou využívány na podporu akademické kompetice našich vrcholných pracovišť na mezinárodním fóru, kupříkladu je dotován výzkum velmi vzácných onemocnění apod. Prostředky věnované pro rozvoj informatiky jsou pak v rámci uvedeného systému zcela mizivé, v letošním roce tak bylo pro uvedenou oblast uvolněno pouze 0,96 % všech financí určených na výzkum dotovaný Ministerstvem zdravotnictví.

Podpora informatizace zdravotnictví tak ve skutečnosti zůstává jen nenaplněným mediálně-politickým tématem. Koncepční rozvoj je přitom zcela nezbytný. Komerční firmy totiž vytvářejí zdravotnický software na základě tržních principů, které se často s potřebami našeho zdravotnictví rozcházejí, a současně nejsou většinou ochotny a dokonce ani schopny aplikovat aktuální vědecko-výzkumné zahraniční poznatky.

Internetoví pacienti

Za neméně závažný problém současnosti považuji záplavu informací pro pacienty, publikovaných na webových stránkách bez jakékoliv recenze. U internetových článků je kvalita informace nesmírně rozmanitá a stále je nutno brát na vědomí, že si na své stránky vlastně „každý může napsat, úplně co chce“! Výsledkem je riziko volného šíření klamavé reklamy, ve které se pacienti často jen obtížně orientují. Při nedávném hodnocení uvedeného problému byl rozeslán inzerujícím alternativním léčitelům fiktivní dopis, popisující potíže charakteristické pro iniciální stadium diabetu. Více než polovina oslovených léčitelů odpověděla pozváním k alternativním praktikám, přestože v dané situaci dojde objektivně k poškození pacienta. V zahraničí se uvedený problém řeší zejména poskytnutím kvalitní, objektivní informace o všech oblastech alternativní medicíny, čemuž se věnují zejména neziskové webové stránky se státní podporou. U nás tento přístup, jenž by si nesporně zasloužil grantovou podporu, na svou koncepční realizaci dosud čeká.

Rozvoj informatiky zasáhl zcela nečekaně i vztah lékaře a pacienta. V současnosti





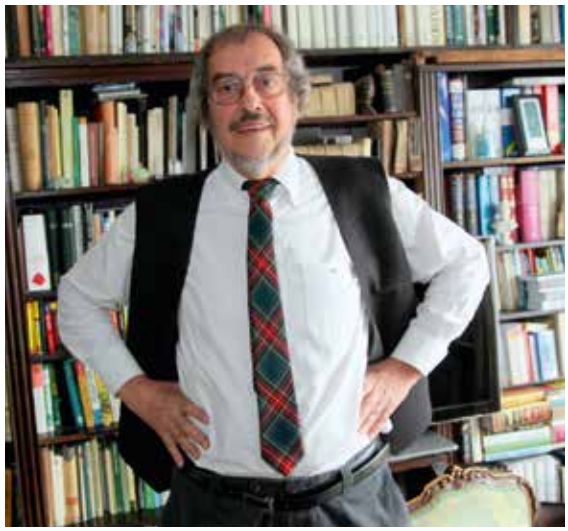
se může stát, že pacient přináší do ordinace obsáhlé tištěné informace o své nemoci, tzv. *internet printout syndrom*, což může být spojeno s otázkou: „Proč není má léčba vedena podle doporučeného postupu, jenž je objektivně nejefektivnější?“ a podobně. Jedná se o realitu, kterou často nelze odmítat jako laický pohled, řada fakt vskutku ani nevyžaduje odbornou interpretaci. Zdravotníci se budou muset s touto novou situací vyrovnat stejně jako se skutečností, že si o nich pacienti začínají mezi sebou vyměňovat informace na internetových fórech. Hodnocení lékařů z pohledu pacientů se prostě stává realitou, stejně jako výměna zkušeností s vlastní nemocí a její léčbou, někdy i s údaji, které se pacienti od svých lékařů ani nedozví. Fenomén stálého zvyšování informovanosti pacienta bude nesporně pokračovat se všemi negativními i pozitivními důsledky. Věřím však, že při řešení problémů spolupracujícího, informovaného pacienta onen pozitivní aspekt převáží.

SNOMED

Pro práci s informacemi má zcela zásadní význam použitá klasifikace pojmů. Čím kvalitnější má klasifikace vnitřní logiku, tím efektivnější jsou pak možnosti jejich dalšího zpracování. V současnosti je bohužel pro vykazování diagnóz využíván jeden systém, jiný, rozdílný, pak pro lékařské výkony a opět jiný pro zdravotnickou bibliografii. Světová zdravotnická organizace, pojišťovny a knihovníci se prostě nedokázali dohodnout a výsledkem je nekonzistentní situace, kdy má jeden pojem i více kódů s rozdílnými nomenklaturami, hierarchiemi a odlišnými vymezeními. Při komunikaci si zdravotníci vše vždy nějak přeberou, nic jiného jim ostatně nezbývá, počítač však vyžaduje důslednější systém, jenž specifikuje přesněji, než jsme byli dosud zvyklí.

Již v osmdesátých letech navrhl Němec Friedrich Wingert jednotící systém SNOMED (Systemizovaná nomenklatura medicíny), umožňující velmi úsporný a elegantní popis jakéhokoliv lékařského pojmu kombinací jednoduchých kódů vyjadřujících: „kde, co, čím, jaký projev, jaký postup“. Jeho uplatnění však mělo v konfrontaci se zavedenými systémy řadu úskalí, takže byl spíše jen teoretickým projektem.

Začátkem 90. let jsem se zabýval programováním znalostních systémů a SNOMED,



jenž jsem znal jen z literatury, se mi jevil jako možná alternativa pro indexování pojmů. Ověřoval jsem tedy, jestli má u nás se systémem již někdo praktickou zkušenost a s překvapením jsem zjistil, že je to jako jediný patolog Blahoslav Bednář. Pan profesor si po odchodu do důchodu opatřil počítač a sděloval mi, že jeho hlavním záměrem je formalizovat své zkušenosti v diferenciální diagnostice nádorů v podobě znalostního systému, aby tak ulehčil práci svým následovníkům. Za ideální nástroj pro popis pojmů pak považoval právě SNOMED, o kterém shromáždil všechnu tehdy dostupnou literaturu. Jeho přístup a invence byly v té době obdivuhodné, předvídal vlastně budoucí vývoj, ke kterému dospěla informatika po období různých zmatků až za řadu let. Teprve aktuální projekty určené pro interoperabilitu zdravotních záznamů v rámci EU začaly SNOMED uplatňovat jako optimální klasifikaci, doporučenou pro aktuální zpracování zdravotnických informací.

Arachnologie

Celý život jsem se ve volných chvílích zabýval životem pavouků, což bylo vždy znovu překvapivé a inspirující nahlédnutí do jiného světa. Naše pavoučí fauna čítá přes 800 druhů a jednou z velkých motivací je samozřejmě nalezení nového druhu v republice, což se mi osobně zdařilo ve čtyřech případech. Na kleči šumavského Mrtvého luhu jsem našel skandinávského pavouka *Dictyna major* a v pískovně u Hradce Králové pak druh *Enoplognatha mordax*, známý z pískových dun na pobřeží Baltu. V lesnaté rokli ve

středním Povltaví jsem objevil zástupce pro ČR nové, původně mimoevropské čeledi – *Mysmenella jobi*, což je obdoba situace, jako by se u nás objevil třeba volně žijící klokan.

Pavouci se mohou po svých vláknech šířit na velmi značné vzdálenosti a záleží na tom, jestli při přistání narazí na příhodný biotop. Poměrně náročné je přitom u zahraničních druhů zejména jejich určení. Popisy druhů jsou totiž k dispozici jen v určovacích klíčích, publikovaných často v národních jazycích, někdy však tyto popisy existují dokonce jen jako časopisecké články roztroušené v zoologické literatuře. Východiskem seriózní práce je tedy vždy prvotní shromáždění obsáhlých literárních zdrojů, pokrývající co nejširší geografickou oblast. Příkladem uvedené problematiky byl můj nález drobného, 2 milimetry velkého pavoučka v lišejníku na hřebeni Belanských Tater. Jeho popis jsem v literatuře nenašel. Zprvu jsem se domníval, že se jedná o nový druh pro vědu, pro jistotu jsem jej však zaslal největšímu znalci vysokohorských pavouků, doktoru Thalerovi z Innsbrucku. Ten mi jako odpověď zaslal svůj nový odborný článek o popisu tohoto druhu, jenž nazval *Panamomops palmgreni*. Jednalo se přitom o nález z Tyrolských Alp, kde pavouk žije ve zcela stejných podmínkách jako na Slovensku (na lišejníku na vápencovém podkladu v nadmořské výšce kolem 2000 metrů).

Cesta k medicíně

Koncem padesátých let, kdy jsem se hlásil ke studiu na přírodovědecké fakultě, mi před studiem na vysoké škole byla doporučena praxe ve výrobě. Nastoupil jsem ve vysočanské Organofarmě, kde jsem byl zařazen do provozu výroby heparinu, vyráběného tehdy z hovězích plic, denně dovážených v kovových sudech z pražských jatek. Práce zde byla fyzicky náročná, ale především přinesla setkání se zcela nezvyklým společenským prostředím z větší části nekvalifikovaných dělníků. Sice drsnější, na druhé straně však velmi bezprostřední a přímočaré vztahy byly novou zkušeností. Začal jsem své spolupracovníky více poznávat – včetně jejich zájmů, názorů a životních příběhů. Vzhledem k mé pozici studentíka na zkušené ke mně přistupovali v provozu většinou s dobromyslnou převahou a přitom i rádi ukázali, že každá práce vyžaduje své. V odpovědi na dotazy, na jaké studium se chystám, jsem uváděl přírodní vědy, a právě tehdy jsem se setkal s názory, že broučky mohu sbírat i ve volném čase. Říkali, že bych se spíše měl zkusit přihlásit na medicínu a poté se vrátit jako závodní lékař. Diskuse na toto téma provázely úsměvné komentáře, že by se ke mně snad ani nebáli jako pacienti chodit. Zapůsobilo to na mne tehdy jako velmi potěšující projev důvěry; přihlásil jsem se nakonec opravdu na lékařskou fakultu.

doc. MUDr. Pavel Kasal, CSc.

Narodil se roku 1942 v Praze v rodině právníka. Po promoci na Fakultě dětského lékařství (2. LF) UK v roce 1966 vždy rok působil u zdravotnické záchranné služby, na imunologickém oddělení Mikrobiologického ústavu ČSAV a na dětské klinice univerzity ve Würzburgu. V letech 1970–1990 vedl imunologické oddělení 1. dětské kliniky FN v Motole (zaměření na defekty imunity), 1991 habilitace z pediatrie; v letech 1990–2010 byl vedoucím Ústavu lékařské informatiky 2. LF UK (zaměření na formalizaci znalostí a kvalitu informace).

Od roku 2008 přednáší též na Fakultě biomedicínského inženýrství ČVUT.

S manželkou, která je lékařka, mají dceru, rovněž lékařku.

Tomáš Koudelka

Připadám si trapně, když moji pacienti nemají na léky

Vaše kariéra praktického lékaře začala za „upadajícího socialismu“, vrcholí za „upadajícího kapitalismu“. Celá se odehrává v oblastech klidných a spíše chudých. Liší se nějak podstatněji lékařství tehdy a teď a také ve městě a na venkově?

Některé statistické ukazatele, které si pro sebe sleduji, ukazují zlepšování biochemických parametrů u pacientů, objevují se však nová onemocnění, která spíše spadají do spektra psychosomatických nemocí. Lidé nezvládají dynamiku změn ve společnosti a nechávají se zotročovat reklamou, jsou manipulováni sdělovacími prostředky i vykořisťováním zaměstnavatelů. Problémem zdejších lidí je, že nejsou vzděláni, nechtějí se vzdělávat sami ani po tom netouží pro své potomky. Jedná se jak o tu starší – předlistopadovou – generaci, tak někdy i o mladé. Probíral jsem situaci i s některými učiteli, kteří potvrzovali, že se jedná o boj s větrnými mlýny. „K čemu by se učil nějaký jazyk, když bude jako já celý život chodit dělat do masny?“ Podobných argumentací jsem sám vyslechl spousty. Lidé chtějí řešit sami sebe, až když pociťují nějaký neduh, nejlépe, abych jim něco píchnul a oni byli uzdraveni. A tak i přesto, že jsou chudí, vyhledávají různé šarlatány, kteří mají – za patřičný honorář – pomoci. Po neúspěchu pak přicházejí za mnou se stížností, že „očištění těla“ za dvacet tisíc nepomohlo a je jim ještě hůř.

Zajímavostí jistě je, že nejstarší generace není k různým svodům na vytahování peněz tak náchylná jako generace padesátníků a šedesátníků…

Utkvěl vám v paměti některý z vašich starších případů?

Jedním z milníků bylo rušení zaběhlého systému lékařské služby první pomoci. Lidé byli zvyklí mít lékaře v chalupě, kdykoliv si to přáli. Tak jsem zpočátku suploval rušení pohotovostí a objížděl v podvečer i v noci banální případy, které by počkaly jistě i vícero dní. Vzpomínám, jak jednou při konci ordinace drnčel telefon: „Pane doktore, dědovi je ňák špatně, prej abyste přišel…“ Vzhledem k tomu, že dědovi už bylo dost přes osmdesát a manželce, která volala, rovněž, vyrazil jsem s kufříkem. Myšlenky na to, co by dědovi mohlo být, mi zabraly celou cestu do domku. Při zvonění nikdo neotvírá, dveře odemčené. Vstupuji předsíní dál a zdá se mi, že slyším smích… Otevřu dveře obývacího pokoje, tam sešlost kolem stolu, zábava… Trochu nasupeně povídám: „Tak co vám je, pane…?“

Pan varhaník chvíli váhá a pak s úsměvem povídá: „Pane doktore, my slavíme diamantovou svatbu a vy byste jinak určitě nepřišel.“

Sílí snaha sjednotit a optimalizovat lékařské postupy. Statisticky, pro úředníky ministerstva, to jistě funguje. Jenže vy přijdete mezi reálné lidi, často pohodlné, nevědomé, v zajetí zlozvyků, setrvačnosti… To je pak asi těžké jen apelovat na rozum?

Je pravdou, že dodržování všech doporučených postupů je v praxi venkova mnohem složitější. Předpokládá totiž spolupráci pacienta a ten často nechce…Takže i když se snažím vtloukat si do hlavy stále se zpřísňující hodnoty, novinky v léčbě i v okolních nemocnicích, stále nedokážu přesvědčovat své pacienty, abych je získal pro aktivní přístup k léčbě. Dle návodu mého duchovního průvodce v dospívání a při vzpomínce na jeho slova „nikdo nedá, co sám nemá“ jsem se snažil jít příkladem. Když mě lidé uvidí, jak za každého počasí běhám své hodinové kolečko kolem Žirovnice či jak pádluji přes rybník pod zámkem sem a tam, zabere to! Reakcí však je jen podiv… „To já bych, pane doktore, nedokázal! To si radši zajdu na pivo…“ nebo „To po mně nemůžete chtít, kde bych na to vzal čas?“ Ale přes tyto zdánlivé neúspěchy se občas někdo chytne. To jsou pak úspěchy, které dvojnásob potěší.


HYPERCHOLESTE
A HYPERTEN

Vzpomínám na svého vrstevníka, ředitele malého místního podniku, jak mi vždy oponoval, že on sportovat nemůže a kolik telefonátů za den vyřizuje… Přitom se denně dožadoval nějakých úlevových léků. Při své váze nad 110 kilogramů a neochotě se hnout vzdoroval podobně jako jiní, dokonce ještě asi deset let po infarktu, který prodělal ve čtyřiceti. Po tomto našem „boji o pohyb", kdy už jsem sám nedoufal, se pacient „chytil": Začal jezdit na kole, na hodinu denně si vypnul mobil – a během dvou let už nemohl bez hodiny fyzického zápřahu během dne být. Stal se „správně závislým", jako já. Teď už mě prakticky nepotřebuje, jen mi při kontrolách v ordinaci líčí zážitky ze svých aktivit. Pečlivě si monitoruje své hodnoty tlaku, váhy, procent tuku a přináší je k pochlubení. Jeden z těch, kteří se chytili. Dává mi naději i do dalších podobných bojů s jinými.

Jak bojujete s pocitem, že někdy to nejde ani v nejlepším případě, že je na to nejen zdravotnictví, ale celá medicína krátká? Dovedete se ještě nad nějakým případem opravdu dojmout?

Musím přiznat, že počáteční stavy, kdy mě dojímalo skoro všechno, jsou pryč. Ve většině případů negativní skutečnosti vypouštím, ale v medicíně nelze nic na sto procent. Když umírá mladá matka a u postele jí stojí maličké dítě, přitom já vím stejně jako ona, že už bude konec, je nadlidské udržet se a utěšovat. Nikdy jsem snad v těchto případech nelhal, ale je těžké říkat krutou pravdu a myslím, že žádný doporučený postup nelze u konkrétního jedince slepě uplatňovat. Každý jednotlivec, každá chvíle, situace, průběh v čase, okolní podmínky vytvářejí nepřeberné množství variant a lékař by měl volit tu pro daného jedince nejlepší.

Lékař má nad pacientem informační převahu, která svádí k pocitu převahy lidské. Jak se tomuto pocitu bráníte?

Přiznávám se, že když po večerech probírám své případy, někdy se stavím do role suveréna, do role, v níž se povyšuji. S přibývajícími léty a zkušenostmi stále víc vím, že to není dobře, a těchto případů ubývá.

Jsou praktici, kteří pacienty raději se vším posílají ke specialistům (což asi platí spíše ve velkém městě, kde je všude blíž), a jsou tací, kteří co možná nejvíc léčí sami. Jak často musíte jako praktik rozhodovat – sám a rychle – o věcech pro zdraví pacienta stěžejních? Jak často vám v ordinaci vytane slovo etika?

Rozhodování závisí na mnoha skutečnostech. Výhodou je, když pacienty znám. S některými dokáži jednat jako rovný s rovným, objasním, co by se mělo, přiznám, co bych podstoupil já jako pacient, a jsem ochoten diskutovat. S některými pacienty vzniká ta potíž, že čím víc poznávám jejich rodinné skutečnosti, prostředí, v němž žijí, pracují, i jejich vlastní limity, tím těžší je najít východiska. V posledních několika letech se do procesu rozhodování v léčebném postupu promítá i finanční stránka pacientů: „Pane doktore, já bych rád, ale nemám na to." Bohužel někdy vím, že vyjít skutečně nemohou… Tak jsem se v polovině února při krutých mrazech zlobil na jednoho stařík, který při teplotě dvaceti stupňů pod nulou šel pro nákup. Zastavil jsem ho a snažil se mu domluvit. „Pane doktore, to je těžké, pečovatelka chce za donášku sto dvacet korun a já už bych pak neměl za co nakoupit. Když mám zaplatit nájem a léky, tak nevyjdu." A já si připadám trapně a nejsem schopen tuto problematiku řešit. Pokud si někdy výslovně vzpomenu na etiku, je to v podobných chvílích.

Pokud zjistíte, že jste udělal chybu, což je v tom množství učiněných rozhodnutí tu a tam nevyhnutelné, říkáte o ní pacientovi?

Chyby se těžko přiznávají vždycky. Snažím se vysvětlit pacientům svůj postup a situaci, tak jak se mi jevila na počátku. Omlouvám se.

Jaký máte pocit, když potkáváte lidi, které jste uzdravil nebo dokonce sundal hrobníkovi z lopaty?

Je to už vícero let, kdy jsem resuscitoval pacienta – staršího kostelníka – při akutním infarktu myokardu. Tehdy se v Počátkách na interně léčila většina akutních koronárních příhod a já měl službu. Vypadalo to špatně. Srdce ne a ne naskočit, uběhla čtvrthodina a střídající sestra se mě během resuscitování ptala, jestli smí zavolat faráře pro pomazání, k čemuž jsem svolil. Po celých pětačtyřicet minut nebyla na monitoru žádná akce; neměřitelný tlak, pacient bez reakcí. Čekali jsme na příchod kněze, abychom s resuscitací skončili. Nakonec přišel kněz, můj dobrý známý. Začal se modlit, pomazal pacientovi čelo – a na monitoru se objevila akce. Přestal

jsem na chvíli resuscitovat a pacient začal sám dýchat. Během deseti minut už měl měřitelný pulz a za chvíli se už chtěl sám posazovat… Zázrak? Pro mě v tu chvíli určitě ano. Pochopitelně jsme spolu se dvěma sestrami mohli jen dělat to nezbytné. Přístrojové vybavení by možná upřesnilo situaci, zda byla nějaká mozková aktivita či ne, nicméně naše úsilí bylo úspěšné. Kostelníka jsem vídával ještě několik let, už jako praktický lékař – a vždycky v den výročí svého „vzkříšení" mi přinesl láhev.

Jaký máte pocit, když potkáte člověka, kterému jste odborně uškodil?

Většina mých odborných provinění byla ovlivněna nespolupracujícím pacientem, nechápající rodinou či špatnými informacemi. Z vážnějších událostí si vybavuji jeden případ. V období chřipkové epidemie přišla dvacetiletá dívka s teplotou ke čtyřicítce, schvácena dráždivým kašlem, který trval jeden den. Vyšetřil jsem ji, konstatoval chřipkové onemocnění, doporučil paralen a čaj. To bylo během dopoledne. Večer ji převáželi na infekci a druhý den byla mrtvá. Diagnóza při pitvě zněla – mozková mrtvice na podkladě trombózy při užívání hormonální antikoncepce a při současném akutním chřipkovém onemocnění. Nebylo mi příjemně před jejími rodiči, ti se však zachovali velice slušně a pochopili mne. Dodnes patří k mým pacientům a snad jsou s mou péčí i spokojeni.

Jindy se stalo, že jsme u pacienta zjistili krvácení do stolice při skreeningovém vyšetření a on odmítl podstoupit další vyšetřovací proces. Za pár let to skončilo špatně a já si jen vyčítal, že jsem ho víc nepřemlouval… Důslednost při péči o pacienta bývá často nepříjemná i pro mne, ale musí být. Čím víc energie věnuji do pacienta, tím spíš si v případě jeho odmítnutí a následných nepříjemností nemusím činit výčitky.

Pacienti bývají neukáznění, nemoci ze své podstaty recidivují, na některé je medicína dosud krátká, jindy terapie selže vinou různých zbytečných okolností – i když osobně děláte, co můžete. Jak bojujete s pochybnostmi o smyslu své práce?

Ve volném čase v porovnání s jinými hodně aktivně sportuji; v kanoistickém oddíle mezi vodáky jsem pro všechny automaticky „sportovní lékař". Je pro mě přímo blahodárné takhle „léčit zdravé"! Připravovat je a povzbuzovat, konzultovat přípravu na výkony při soutěžích uprostřed jižní Afriky, v džungli Kostariky či při obeplouvání Norska je pro mne milou zábavou i nenahraditelnou relaxací. Praxe se sportovci je totiž nejen zajímavá, ale i úplně jiná. Co všechno dokáže člověk vydržet v extremních podmínkách, co dokáže člověk vykonat, když má motivaci!

Medicína je zajisté výjimečné, renomované povolání. Pozorujete na sobě nějaké změny vyplývající z lékařského řemesla? Jaký má medicína vliv na vaši osobní filozofii, na vaše vidění světa a lidí v něm?

Snažím se vnímat život člověka v celé délce. Dnes se o něj leckdy bojuje už před početím, pak se vyvíjí až k závěru. Možná i z toho jsem odvodil, že jak je život krátký, stojí za to žít ho pořádně a neotravovat ho sobě ani těm, kteří jsou kolem nás.

Lékař se střetává s nejsilnějšími lidskými zápornými emocemi – strachem z bolesti a strachem ze smrti. Pacient do lékaře vkládá své naděje, ale přenáší na něj i své obavy a nenálady. Přitom platí, že odolní lidé bývají častěji méně citliví. A lidé velmi citliví zase bývají častěji méně odolní. To je v psychice konečné kapacity pochopitelné. Lékař ale potřebuje obojí. Usilujete o tento „emoční utrakvismus" – vedle výše zmíněných aktivit – i nějak cíleně?

To, jak se dokážou někteří lidé vyrovnávat se smrtí, je obdivuhodné, nebojím se říct až krásné. Jsou lidé, kteří načerpali životní moudrost, jejich život měl jistě smysl a byl hodnotný. Samozřejmě bych chtěl být také takový a snažím se od nich učit. Pravdou ale je, že každý z nás je jen nádoba hliněná a záleží jen na dávce zatížení, kterou ještě dokáže unést. Přestože mám práci na čelním místě v pomyslném žebříčku svých hodnot, není to místo první. Odstrašující případy kolegů, kteří se zcela zasvětili profesi a skončili velmi špatně, mě děsí a varují. Je nutné, je nezbytné poznat, kdy už mám dost, kdy je třeba vypnout a odreagovat se.

Manželka je rovněž lékařka, proto společně probíráme prakticky denně své „případy", což je na jednu stranu přínosem, ale na stranu druhou někdy skličující, protože nedokážeme vypnout či přepnout ani doma. Naproti tomu když se někdy cítíme dost na dně, dokážeme jeden druhého podpořit, povzbudit.

Také jednou ročně navštěvuji místní hřbitov a ve vzpomínkách procházím všechny ty,





kteří mi prošli rukama. Je to rada od Tomáše Halíka, tehdy ještě psychologa, který nám to jako studentům kdysi doporučoval.

Jste myšlením lékařem i mimo ordinaci?

V něčem je mi medicína i osobním přínosem, například v tom, že dokážu postupovat v rozhodování rychleji než ostatní. Dokážu se ptát na důležité věci a sledovat důležité příznaky. Toho se nedokážu zbavit ani ve volnu, přepnout na jiný kanál nejde. Jsem tím možná i protivný svým dětem, kterých mám celkem pět, ale snažím se svoje „doktorství" krotit. Zrovna tak je tomu v prostředí blízkých kamarádů, kdy nedokážu přepnout a jsem pak nepříjemný v tom, že se snažím případným tragédiím předcházet a neriskovat nejen sám, ale ani nenechávat riskovat kamarády.

Co máte na lékařském povolání nejraději a co vás na něm nejvíc štve, pomineme-li věci společné s jinými profesemi, například byrokracii nebo platy?

Medicína je mi posláním, nejen nutným zdrojem obživy, a pokud potkávám lidi, kterým jsem významně pomohl, těší mě to a cítím uspokojení, až jakýsi hlubší smysl života. Nejradši na svém povolání mám jeho pestrost. Kontakt s lidmi a možnost pomáhat jim. Pravdou je, že občas, když se v určitý den nakupí za sebou samí potížisté, mě přepadá tíseň a přestávám mít nadhled.

No a to, co mě nejvíc štve, je pochopitelné. Miliardy vynakládané na ty, kteří si své zdraví sami dobrovolně ničí a které my pak musíme zachraňovat a kompenzovat jejich neduhy. Jak si někteří pacienti spokojeně vykuřují a smějí se nám do očí, když se jim snažíme domlouvat! Pak se s některými setkávám po mrtvicích či infarktech na vozíku, někdy s endoprotézou, jindy s opakovanými revaskularizačními výkony, a oni si někdy i tak spokojeně kouří dál. Jiní mají doma oxygenátory a současně s kyslíkem inhalují svoji dvacku cigaret denně. A k tomu mají tu drzost žádat si o sociální dávky, protože nevyjdou! To prý by za komunistů nebylo… Nerad řeším s pacienty otázku politiky, protože to k ničemu nevede; místo toho vždy řeším každého jedince, který je přede mnou. Pochopitelně mě někteří pacienti dokážou vykolejit, a pak někdy sklouzávám na jejich úroveň. Potom se za to sám před sebou stydím.

Míváte ve spánku „lékařské" sny?

Měl jsem je, když jsem začínal, ale nyní, pokud mám sny, tak jsou většinou o pádlování, starých známých nebo o rodině.

Jaké je vaše největší osobní lékařské přání?

Nejvíc si přeji, abych byl schopen práce, abych neupadl v rutinérství a abych dokázal správně třídit nové poznatky podle jejich významu.

Cesta k medicíně

Moje cesta k medicíně jistě souvisí s tím, že v našem rodě je lékařů povícero. Teta, strýc, bratranec, děda, rodiče… Co si pamatuji, oba moji rodiče přede mnou řešili své pacienty i problémy z práce, čímž jsem chtě nechtě vnímal lékařské obtíže, názory a prostředí. V očích malého kluka bylo zaměstnání obvodních lékařů romantické, plné příjemných zážitků. Jako malý kluk jsem jezdíval v sanitce s mamkou po návštěvách; zatímco ona ošetřovala, já jsem trhal s řidičem švestky, hrál si u řeky nebo jen kopal s míčem… Maminka byla v případě potřeby stále k dispozici, takže když pro ni někdo poslal, byla ochotna v kteroukoliv hodinu pomoci.

Ještě i na základce jsem byl uchvácen povoláním-posláním rodičů, ale na gymnáziu jsem se začal víc věnovat sportu a stavět se jako správný puberťák do opozice vůči všem dospělákům. Ještě ve 3. ročníku jsem byl rozhodnut podat si přihlášku na FTVS, tehdy nově vznikající obor rehabilitace a léčebná fyzioterapie. Sport byl pro mě tehdy na prvním místě. Od mládí jsem se věnoval závodně vodnímu slalomu a sjezdu, vedle toho jsem závodně lyžoval a hrál fotbal. Vodní slalom byl pro mne jedničkou i proto, že prostředí vodáků bylo úžasné. Všechno se změnilo poté, kdy jsem se před uzavíráním termínu přihlášek na vysokou dozvěděl, že obor rehabilitace se nebude otevírat. Po poradě s rodiči jsem zkusil medicínu – a vyšlo to.

Jako medik jsem přestal s velkým sportem, sport se pro mne stal jen příjemnou rekreací, odreagováním od množství informací, leckdy sice zcela zbytečných, ale bylo třeba se jimi

prokousat. V posledním roce studií do mého osudu opět zasáhla náhoda. Z politických důvodů (otec byl do roku 1969 skautským vedoucím, strýc emigroval), jsem nesměl nastoupit praxi v místě bydliště – okres Louny. Tak jsem spolu s dalšími studenty objížděl okresní nemocnice a ptal se na místo. Chtěl jsem nastoupit někam s vyhlídkou práce na obvodě. Místem souzeným, kde byli ochotni vzít „podezřelého mladého absolventa", se stal Český Krumlov. Sdělil jsem tam při pohovoru své názory, příčiny toho, proč nemohu nastoupit v severních Čechách, kde jinde ostatní dostávali stipendia, aby tam vůbec šli… Začal jsem pracovat na interním oddělení, pod vedením zkušeného primáře a v dobré partě. Práce bylo nad hlavu, služby dva celé víkendy v měsíci a dvakrát týdně ve všední den byly normou. Volného času minimum, přesto jsem byl ochoten v nemocnici zůstat. Naučili mě tam toho až dost a mohl jsem se dobře připravovat na atestaci z vnitřního lékařství. Kontakt s praxí na obvodě mi zůstával, protože jako nejmladší lékař na oddělení jsem po dobu prázdnin zastupoval praktiky, kteří si vybírali dovolenou. V terénu jsem viděl jinou realitu praxe. Během dne jsem ordinoval na třech místech s rekordem 120 pacientů – v té době neexistovala žádná elektronika, jen psací stroj, razítko, nečitelné předchozí strohé záznamy a místní zdravotní sestra. Sotva jsem se začal pacienta podrobněji vyptávat na jeho potíže, jak mě to učili v nemocnici, tak jsem schytával kopance pod stolem či se v lepším případě do našeho hovoru vnutila místní sestra a pacienta usměrnila. „Pane doktore, já ty lidi znám, to nemá cenu, tomuhle nikdy nic nebylo. Tenhle by jen chtěl neschopenku, čekají doma štěňata…"

Perličkou při zástupu bylo jedno místo, kde jsem se dopustil „strašného prohřešku". Podobně jako nejmladší lékař, zastupovali o prázdninách i lékárníci. V jednom takovém malém středisku s lékárnou za mnou ke kafi přišla lékárnice, že tam objevila asi 30 balení tehdy nedostupných dovozových nitrátů. Jako správný internista jsem se zaradoval a všechny kardiaky, kteří se v době mého zástupu dostavili ke kontrole, jsem spravedlivě obdaroval. Nepřejte si vědět, jak to vypadalo po dovolených a našem návratu do nemocnice! Léky byly samozřejmě určeny jen pro „vybrané" pacienty. Lékárník přišel s místním lékařem o vedlejší zdroj příjmu,



ale vzhledem k mojí hrozbě, že všechno vyzradím, se případ uzavřel… Místní lékárník i lékař nám nemohli přijít na jméno a pravdou je, že příští letní prázdniny jsem zůstal na interně. Pak přišla sametová revoluce a všechno bylo jinak.

Těch pět let na interně v Českém Krumlově mi dalo velkou školu života, díky pracovní vytíženosti jsem příliš nesledoval změny ve společnosti a věnoval se medicíně. Myslím, že jsem byl ideálním typem pro práci v kolektivu, protože jsem nedokázal nepřijít do práce třeba i s horečkou, nedovolil jsem si ozvat se, ani když jsem měl odsloužit pět dní a pět nocí v jednom zátahu. Své postoje jsem sepsal v krátké povídce O lékaři, který neuměl říci ne, kterou jsem poslal své mladší sestře domů. Nicméně jak na mne bylo nakládáno víc a víc, začal jsem vnímat i jistou nespravedlnost vůči sobě a začal jsem uvažovat o změně.

Bylo to už v místě mého působení na interně v Počátkách, když za mnou přišel starší kolega s dotazem, jestli bych po něm převzal jeho obvod… Otázku jsem probíral se svou ženou a nakonec jsem svolil. Změna mě lákala, budu si konečně pracovat po svém. Tehdy jsme měli jen dvě dcery, ale pracovní vytíženost, neustálý boj o přežití nemocnice, prodlužování termínů výplat až o dva měsíce

i nepříliš jistá budoucnost maličké nemocnice rozhodly.

Začal jsem si budovat svoji praxi. Pro každého kolegu, který přebírá praxi, je to obtížná situace. Každý lékař je jiný, názorové střety mladších vůči rutině jsou běžné. Nové poznatky vědy, nové přístupy v léčbě i nová administrativa byly pro mnohé pacienty nepochopitelné. Ale zdá se, že jsme to zvládli. Pacienti i já.

MUDr. Tomáš Koudelka

Narodil se roku 1964 v rodině obvodní lékařky a zubaře. Maturoval na gymnáziu v Žatci, v roce 1988 promoval na FVL (dnes 1. LF) UK v Praze. Před vojnou nastoupil na internu nemocnice v Českém Krumlově, vojnu strávil jako lékař na posádce v Terezíně. Poté se vrátil na internu do Krumlova, kde v roce 1992 složil atestaci z vnitřního lékařství. Po svatbě nastoupil na interní oddělení nemocnice v Počátkách. Po atestaci z praktického lékařství (1996) zprvu působil dál v nemocnici a současně tam provozoval ambulanci praktika. Po krachu nemocnice nastoupil roku 1997 jako praktický lékař v Žirovnici, kde má i svou interní ambulanci. Působí jako dohlížející lékař slalomářů a sjezdařů vodáckého oddílu v Českém Krumlově. S manželkou, rovněž praktickou lékařkou, má pět dětí. Nejstarší dcera, která má rok před maturitou, studium medicíny zavrhla, její nejbližší mladší sestra o něm uvažuje.

Jaroslav Max Kašparů

Včera, dnes, zítra

Moje první kroky čerstvě promovaného psychiatra vedla umístěnka do léčebny ve Velkých Levárocha na západním Slovensku. Právě tehdy tam přišel na asi půlroční výpomoc psychiatr v důchodu. A já měl to štěstí, že jsem na oddělení sloužil s ním. Byl chodící encyklopedií, disponoval vynikajícím a bohatým psychiatrickým slovníkem, nebylo snad téma, které by s ním nešlo otevřít. Hovořil několika jazyky, hrál perfektně na klavír, měl přehled nejen o medicíně, ale také o kultuře, dějinách, astronomii. Kdyby tento člověk žil dnes, nepochybuji o tom, že by byl univerzitním profesorem. Žil a pracoval ovšem v době, která neměla křesťany v lásce, a on se svou vírou nikdy netajil. Dál než na sekundárního lékaře to nikdy nedotáhl. Šest měsíců práce a rozhovorů s ním mi dalo víc než roky některých univerzitních přednášek.

Právě za jeho působení byla na našem oddělení poněkolikáté hospitalizována žena s opakovanými sebevražednými pokusy. Starší kolegové u ní vždy diagnostikovali depresivní poruchu. Ovšem můj nový mentor o ní nehovořil jako o psychicky nemocné ženě, která by trpěla depresemi nebo jiným závažným duševním onemocněním, ale jako o hysterické osobnosti. Měl jsem tehdy ještě mokrý lékařský diplom a s tím spojenou dávku drzosti, takže jsem s kolegou o jeho diagnóze polemizoval.

„Mně se zdá, že ta žena není hysterická, ale trpí v manželství a má k tomu i řadu tělesných potíží."

„Mně se to nezdá," odpověděl mi lakonicky, „já už jsem se probudil."

Potom si uvařil kafe, zapálil cigaretu a udělal mi přednášku, jejíž obsah si pamatuji dodnes. Dozvěděl jsem se, že její muž je skoro světec, ona ve skutečnosti žádné objektivní tělesné potíže nemá, ale jejich proklamací svého muže manipuluje a svými sebevražednými pokusy ho vydírá.

Ona pacientka páchala své sebevraždy stále stejným způsobem. V paneláku, kde bydleli, si čas od času pustila plyn. Manžel, který se vrátil domů z práce, našel otevřené všechny plynové kohoutky, na otomanu ležící manželku a na stole dopis na rozloučenou, kde ho pokaždé zcela účelově z něčeho obviňovala. Přivolaná sanitka potom odvezla ženu na ARO, odkud se dostala k nám.

„Podívej," řekl mi kolega, „ona už je tady za posledních pět let pošesté. Každej psychiatr musí být taky trochu policajt, a proto to ber jako detektivní případ. Ona to má prostě pokaždé vypočítané. Kouká z okna. A když uvidí, jak se manžel vrací z práce, pustí naplno kohoutky, lehne na kanape, zavře oči a čeká. Než manžel vstoupí do domu a vyjde do třetího patra, nemůže umřít. To je chvilka. Prostě čeká, a když on odemkne dveře, ona dělá, že je v bezvědomí. Co následuje potom, už známe."

Pacientka si u nás opět poležela povinných čtrnáct dnů, během kterých v dojemné scéně manželovi odpustila – poté co slíbil, že jí vyhoví ve všem, co před její „sebevraždou" odmítal. Diagnóze svého starého kolegy jsem začínal víc a víc věřit.

„Pamatuj si," řekl mi jednou u nezbytného kafe a cigarety, „kromě policejního instinktu musí psychiatrovi za léta praxe narůst taky profesionální nos. Až budeš dělat tenhle obor přes čtyřicet roků jako já, ucítíš diagnózu už za rohem. Podíváš se pacientovi, který sedí v čekárně, na oblečení, držení těla, polohu rukou, postavení hlavy – a půlku diagnózy budeš mít hotovou. Druhou půlku si ověříš a doplníš během vyšetření v ordinaci. Tohle se za pár let naučí i chirurgové, kteří podle polohy naříkajícího pacienta poznají, že asi jde o akutní zánět slinivky břišní, žlučníkovou nebo ledvinovou koliku. Stejně tak poznáš zánět hrtanu u malého dítěte už pod okny, když slyšíš, že místo dětského kašlání štěká jako pes."





Asi za dva měsíce po jejím propuštění nám přišla zpráva, že je pacientka mrtvá. Otrávila se doma plynem. Jak jsme později zjistili, vracejícího se manžela, povoláním instalatéra, po vstupu do domu jeden z nájemníků požádal, aby byl tak hodný a opravil mu v bytě kapající kohoutek. Proto tentokrát přišel domů o něco později.

Nejen z psychiatrie živ měl by být psychiatr, ale i z jiných oborů lékařských, které k člověku patří. Budu-li jako odborný lékař den co den sedět v psychiatrické ordinaci a pitvat se v bludech a halucinacích svých klientů, nerozeznám po čase mimoděložní těhotenství od zánětu spojivek.

To ale nebyl jediný důvod, který mne vedl k tomu, abych po psychiatrické atestaci absolvoval záchranářský kurz a školení lékaře první pomoci, své v tom hrála i finanční situace mladé rodiny s ženou na mateřské dovolené.

Sloužil jsem potom mnoho roků všeobecnou pohotovost v rajonu Kamenice nad Lipou. Do něj patřila kromě mé rodné Žirovnice i vesnička, kde se narodila a chodila do školy moje maminka.

Pohotovost sloužil lékař od odpoledních hodin do rána. Výjimkou byl pouze Štědrý den, kdy se služba půlila. Lékaři se vystřídali v devatenáct hodin večer. Oba dva tak mohli prožít sváteční večeři doma. Jeden před nástupem do služby, druhý po ní.

Onoho Štědrého dne na mne připadla první polovina služby. Celý den se prakticky nic nedělo. O šesté hodině večerní volala jistá žena, že se mamince udělalo nevolno, upadla a bezvládně leží v obývacím pokoji na zemi.

Než jsme se ve vánici a po zasněžených cestách dostali sanitkou do cíle, uběhla celá půlhodina. Na místě jsem zjistil, že žena je již mrtvá. Snažil jsem se sice zavést oživovací pokusy, ale marně. Jednalo se o nevratný stav.

Když jsem se od dcery dozvěděl jméno její zemřelé matky, zjistil jsem, že vedle slavnostně prostřeného sváteční ho stolu, kousek od vánočního stromku, leží na zemi nejlepší kamarádka mojí maminky z dětských let. Spolužačka, kterou měla nejraději a se kterou si pravidelně dopisovala.

Dvě malá vnoučata v domě stačili ještě včas odvést do prvního patra, takže děti ani netušily, že na místě, kde budou za chvíli ležet jejich dárky, leží v tuto chvíli mrtvá babička.

Protože jsem nechtěl, aby měly Ježíška natrvalo svázány se vzpomínkou na příjezd pohřební služby a černou rakev pod stromečkem, zvolil jsem postup, který byl zcela proti předpisům a v rozporu s lékařskou praxí. Naložil jsem zemřelou do sanitky a vezl ji do spádové nemocnice v Počátkách. Podle úmrtního listu zemřela při transportu.

Doma už na mne netrpělivě čekaly moje dvě malé děti, manželka a společně s nimi také moje maminka, která toho roku trávila Štědrý večer s námi.

„Tak jaká byla služba?“ zeptala se mne maminka.

„Naštěstí dobrá, taková pohodová, vánoční,“ odpověděl jsem a odešel si do koupelny umýt ruce.

I milosrdné lži potřebují alespoň formální očistu.

Režimy padají, časy se mění, ale lidé zůstávají stejní. Smítka stále hledají raději v očích jiných než svých. Při sledování rozhlasových a televizních debat o vztahu doktorů a pacientů slýchám nářky na chování lékařů. Nevylučuji, že v našich řadách existují případy nevhodného jednání, ale zatím, bohužel, neproběhla žádná větší diskuse o chování pacientů vůči zdravotníkům. Zprávy o napadených sestrách v nemocnicích nebo na pohotovosti, o zabitém nebo zmrzačeném lékaři jsou jen špičkou ledovce.

Během posledních roků pozoruji nejen já, ale i ostatní mí kolegové narůstající drzost, hrubost až neomalené hulvátství pacientů. Občan má přece v liberálně tržním systému demokratické společnosti svá nezadatelná lidská práva a lékař ve službě má jenom povinnosti. Což ostatně neplatí jen v medicíně, ale i ve školách, kde o chodu věcí pomalu začínají rozhodovat žáci, nebo doma, kde děti mají pouze práva a rodičům náleží plnění povinností.

Události, které nyní uvedu, se obě týkají téže věci, avšak ukazují rozdílnost chování klienta vůči lékaři.

Svého času mne v ordinaci navštívil otec se svým devatenáctiletým synem. Chlapec potřeboval psychiatrické potvrzení o způsobilosti k držení řidičského oprávnění pro osobní automobil. Obvodní lékař mu je odmítl vystavit, protože v mladíkově dokumentaci bylo uloženo psychologické vyšetření, kde stálo, že trpí intelektovými schopnostmi sníženými do těžšího pásma debility, váze u něho pravolevá orientace, je absolventem zvláštní školy a mělo by se uvažo-

vat o omezení jeho způsobilosti k právním úkonům.

Když praktik odmítl potvrzení vydat, obrátil se otec na psychologa. Ani ten je nevydal. Další psycholog také ne. Přišli tedy za mnou, aniž by mi o celé předchozí anabázi řekli.

Vyšetření ukázalo, že mladík skutečně postrádá všechny potřebné schopnosti k řízení byť jen malého motocyklu.

Když jsem tento závěr sdělil otci, ten se rozeřval a začal mi sprostě nadávat. Když ani pak neuspěl, začal vyhrožovat a poté kopat do nábytku v ordinaci. „Já to tady rozsekám na kusy, když to potvrzení nedostane," začal křičet a bylo vidět, že to myslí vážně.

Bylo mi ho líto, ale musel jsem mu pohrozit, že zavolám policii.

Se zcela jiným přístupem jsem se setkal u starého hajného, který dožíval s manželkou a letitou Škodou 105 na samotě u lesa. Dosáhl věku, kdy měl doručit dopravní policii potvrzení o svém zdravotním stavu, a tím pádem získat na další období řidičský průkaz.

Jeho praktický lékař mu vystavil vyjádření, že po stránce tělesné je schopen, s dodatkem, že ještě doporučuje vyjádření psychiatra k jeho schopnostem duševním.

Hajný byl komunikativní typ člověka. Bodře mi sdělil všechno, co bylo potřeba, a orientačními testy prošel na svůj věk poměrně dobře.

Ještě než jsem mu vydal doporučení k řízení, hajný se na mne podíval a povídá:

„Daj mi to doporučení, doktore, já nebudu jezdit ani do ciziny, ani do Prahy. Já ten řidičák potřebuju jenom na to, abych si občas zajel do hospody na pár plzeňskejch dvanáctek."

Dostal je.

Jindy mne zase navštívila mladá žena s vysokoškolským diplomem v kapse a tříletým chlapečkem v náručí. Sotva dosedla, počala si hořce stěžovat.

V podniku, kde po promoci začala pracovat, hned první den po nástupu strávila noc s vedoucím oddělení. On se kvůli ní po třech měsících rozešel s původní partnerkou a nastěhoval si do bytu mou klientku. Ta mi sdělila, že na rozchod s první partnerkou měl plné právo, protože navázal nový partnerský vztah s ní.

Po třech letech se rozhodla, že chce dítě, o čemž on nechtěl ani slyšet. Ona však měla na početí, jak říkala, nezadatelné lidské právo. On jí tvrdil, že na dítě mají ještě čas, jeho byt není zatím ve stylu zahraničních magazínů a dítě má právo se narodit do kvalitních podmínek. Mladá žena otěhotněla, protože si bez vědomí partnera vysadila antikoncepci, a jak dodala, měla na to opět nezadatelné lidské právo. Když se partner dozvěděl, že je gravidní, donutil ji k potratu. Dala se přemluvit. I na to přece má v demokratické společnosti plné právo. Po roce, když se domnívala, že už je všechno připraveno k těhotenství, opět vysadila antikoncepci a přišla do jiného stavu podruhé. Tentokrát se už přemluvit nedala a porodila chlapce, na kterého, jak nezapomněla dodat, už ve svém věku měla plné právo.

Sdělila mi, že si oba dva vždycky perfektně rozuměli, především v oblasti sexuální, dokonce se pro zpestření svého soužití zúčastňovali skupinových sexuálních dýchánků, na což měli oba právo, a praktikovali i občasné výměny partnerů, protože, jak jsem byl poučen, tento způsob „pročišťuje původní vztah".

Byli zajedno i v názoru na manželství, které je podle obou středověkým přežitkem, jenž lidem bere svobodu rozhodování, omezuje jejich rozlet a nasazuje jim okovy pro individuální rozvoj osobnosti, na což žádná instituce nemá právo.

Časem nastaly problémy. Když bylo chlapci dva a půl roku, odvezl partner ji i dítě k jejím rodičům, protože došel k názoru, že synek potřebuje dobrý vzduch, který v Brně rozhodně není, a jeho partnerka potřebuje víc pomoc maminky než jeho přítomnost, a on musí v bytě dokončit ještě pár neodkladných úprav.

Postupem času za nimi přestával jezdit, pak i telefonovat. Za tři měsíce partnerka zjistila, že si do bytu nastěhoval novou přítelkyni.

A nyní konečně otevřela důvod své návštěvy. Nechce v žádném případě léky, odmítá hospitalizaci, nechce, aby se o její návštěvě u mne dozvěděl její praktický lékař, a chce být brzy „s nervama zase v pořádku". Samozřejmě mne nezapomněla poučit o tom, že na všechny vyjmenované požadavky má nezadatelné lidské právo.

„Dejte mi jen pár základních rad, jak postupovat, aby s mým partnerem bylo všechno zase normální jako dřív."

„Vy to všechno, co mezi vámi bylo od počátku, považujete za normální?"


NEVSTUPUJTE

Nastalo ticho. „Vidím, pane doktore," řekla po chvíli, „že se nejen nevyznáte ve složitostech života, ale i pojem morálka je vám na hony vzdálený!"

Nu, měla na svůj názor nezadatelné lidské právo.

Ale abych nezapomněl, něco se s dobou přece změnilo. Pokud na pelhřimovském náměstí potká pacient svého zubaře, široce se na něho usměje panem doktorem nedávno spáchanými kusadly a zdaleka ho pozdraví. Stejně jednají i pacienti ostatních medicínských oborů vůči příslušným lékařům. Potká-li ve městě někdo z mých pacientů mne, okamžitě je zaujat obsahem výkladní skříně nebo si v tu chvíli pozorně hledí ciferníku svých hodinek. Prostě o mně v tu chvíli neví. Dříve mě na veřejnosti ignoroval proto, aby si lidé kolem náhodou nepomysleli, že se známe z kostela. Chodit do kostela se tehdy hodnotilo mnohem hůře než trpět psychickými problémy. Zato dnes už se lidé za svoji víru stydět nemusí. Nezdraví mě jako psychiatra.

Ještě jednu věc ohledně současnosti mám na srdci.

Pokud jsem v minulých letech řešil odchody dětí ze středních škol a učilišť jako ojedinělé případy, v současnosti jde v mé ordinaci o skoro běžný jev. Učení nebaví, škola nudí, učitelé obtěžují. Výhradním zájmem je zábava všeho druhu. Mám skoro dojem, že se většina těchto mladých dezertérů chce ubavit až k smrti. Adrenalin, vzrušení, nevázanost.

Velkou roli hraje v jejich životě internet, který zprostředkovává zcela nové pokušení – útěk do *virtuální reality*. Žijeme uprostřed světa, jenž klade velký důraz na prožitek. Zažít něco zvláštního, vzrušujícího, co by nás mohlo vytrhnout z šedivé a nesnadné reality! Sdělovací prostředky a zábavní průmysl nám podsouvají, že štěstí je na dosah ruky. A tak se rodí jakési nové hnutí „útěku ze světa". Ovšem z toho reálného do nereálného, virtuálního. V něm je možné vžívat se do role virtuálních hrdinů namísto řešení vlastních problémů.

V Ivanině pokojíku svítívala obrazovka počítače dlouho do noci. Matka se domnívala, že se dcera poctivě učí nebo si na internetu vyhledává studijní informace. Pravda byla jiná. Ivana si poslední rok a půl, noc co noc, po internetu dopisovala s neznámým člověkem. Postupně se vyčleňovala z rodiny, rozvazovala přátelství, byla arogantní, vzpurná. Rodiče to přičítali náročnosti studia a pubertě.

Předposlední vysvědčení už bylo nevalné, poslední ještě horší a při nedávném rodičovském sdružení dokonce dva profesoři hovořili o opakování ročníku.

Matka tomu nemohla věřit, protože Ivana nikam nechodila, přátele neměla, seděla jen doma sama v pokojíčku a „učila se".

Když jsem se s Ivanou setkal poprvé, byla naše komunikace obtížná. Přesto se brzy ukázalo, že přede mnou sedí člověk s dvěma diagnózami: „závislost na internetu" a „vymytý mozek". První diagnóza se mnoho nelišila od těžké závislosti na alkoholu, druhá od obrazu příslušníka náboženské sekty. Za třicet let své psychiatrické praxe jsem se s tak těžkou obětí této patologické kombinace setkal poprvé.

Útěk do virtuální reality, tedy „neskutečné skutečnosti", se stává problémem především v životě dětí a mladých lidí, kterým chybí základní vnitřní mravní řád, hierarchie hodnot a citové naplnění. Nevědí ještě a nezakusili, co je v životě opravdu důležité.

Ivana se přes internet seznámila s neznámým člověkem, který, jak jsem měl později možnost číst jeho dopisy, postupoval velice rafinovaně. Zjistil, že mladé děvče má nedostatek domácí pochvaly a uznání a že i přes úspěchy ve škole trpí komplexem méněcennosti stran své postavy a vzhledu. Dovedl ze všech drobných detailů, které od ní v korespondenci získal, postavit odpovědi, jež jí dodávaly všechno, co postrádala. Začal ji na sebe navazovat.

Musel jsem o tom člověku přemýšlet. Dopisoval si s Ivanou jeden a půl roku a nikdy se s ní nechtěl setkat. Vydával se sice za studenta stejně starého, jako byla ona, ovšem obsah dopisů, které jí psal a na něž jsme už odpovídali společně, to zcela vylučoval. Odmítal jakékoli setkání, vždy se na něco vymluvil nebo na nabídku vůbec nereagoval. Ač jsem ho nikdy neviděl, mám stále dojem, že se jednalo o muže středních let, prolhaného a prohnaného psychopata, který si tímto způsobem cosi léčil nebo osnoval nějaký plán.

Asi po roce povzbudivého a pro Ivanu posilujícího dopisování jí sdělil, že zná na okresním oddělení policie, kam spádově patřilo i její bydliště, vlivného policistu, který ho o každém jejím kroku podrobně informuje. Je pod jeho dohledem a on o ní ví naprosto všechno.

Od té chvíle jí začal dávat úkoly, které má plnit. Pokud je plnit nebude, onen policista ji obviní z distribuce drog. Následky, které to pro ni bude mít, jí detailně popsal.

Ivana dostala strach a začala plnit všechno, co dostala přikázáno. Žila v napětí, začala kolem sebe pozorovat neznámé osoby, viděla v nich kriminalistu, který ji sleduje.

Z dobrého, neznámého člověka se během několika měsíců stal manipulátor první kategorie. Protože jako studentka neměla peníze, které od ní začal požadovat, nutil ji, aby odešla ze školy a začala vydělávat. Pokud nepůjde, nehrozí jí už jen falešné obvinění z distribuce drog, ale možná i fyzická likvidace.

Asi za měsíc po vyřešení Ivanina případu jak po stránce zlepšení školního prospěchu, tak i po stránce psychologické, seděla v mé čekárně jiná studentka se svými rodiči. Zhoršil se jí prospěch, změnila povaha, rozhodla se opustit školu v maturitním ročníku.

A v jejím pokoji svítila dlouho do noci internetová obrazovka…

Říkal jsem, že psychiatr musí být i tak trochu policajt. A nejen to, taky třeba pedagog nebo sociolog nebo ekonom nebo právník, navíc musí mít čich na všechno, čím lidé kolem něj zrovna žijí. Nechci se plést do práce jiným profesím, ale jako psychiatr se pak v ordinaci setkávám s následky procesů, které při svém vzniku spadaly do úplně jiných oborů než do mého. Říkávalo-li se dřív kupříkladu o děvčatech na vdávání, že mají „Pět P“, znamenalo to **p**ěkná, **p**ilná, **p**octivá, **p**racovitá, **p**enězi oplývající, dnes v souvislosti s „Pěti P“ u dívek stále častěji hovoříme o **p**sychogenně **p**odmíněné **p**oruše **p**říjmu **p**otravy. Pod jakou -logii „spadají“ počátky vývoje mentální anorexie, ještě daleko předtím, než se její oběť dostane k psychiatrovi?

Říkám to proto, že vyžadované zamyšlení nad zítřkem v praktické psychiatrii všemožně přesahuje rámec psychiatrie. Přesto se pokusím – už kvůli sobě.

Budoucnost českých psychiatrů

aneb

Od chemie k filozofii a zase zpět

Věnuji se psychiatrii skoro čtyřicet roků a sleduji její stále rychlejší vývoj. Nejen v paletě moderních psychofarmak, ale také v šíři jejího společenského záběru. Pokud před desítiletími bylo její náplní jen studovat a léčit duševní nemoci a poruchy, jak hlásala prostá definice, dnes se na psychiatry obrací stále více dětí, mladistvých i dospělých, kteří netrpí žádnou duševní chorobou v pravém slova smyslu, ale jsou ze svého života nešťastní a unavení. Jednoduše řečeno – nenalezli smysl své existence, nedovedou žít přirozeně lidským životním stylem, hledají tedy někoho, kdo by ony, často dvacetileté, starce nasměroval. Pokud jejich cesta nepovede do drogového opojení či náboženské sekty, budou klepat na dveře psychologa nebo psychiatra. Otázkou je, zda na to budou oni profesionálové za pár roků adekvátně připraveni.

Dovolím si na tomto místě lehké, ale přesto kontinuální odbočení a požádám čtenáře, aby si představili flotilu, skupinu zaoceánských lodí, která právě vyplula z přístavu.

Pokud má plavba každé lodi ve flotile skončit dobře, musí kapitáni všech lodí znát odpovědi na tři otázky. Jak se na moři chovat vůči ostatním plavidlům, aby nedošlo ke vzájemné srážce, jak se chovat na vlastní lodi, aby nedošlo k jejímu potopení, a ve třetím případě, což osobně považuji za nadmíru důležité, je nutné vědět, proč loď vyplula, proč je na moři, kam pluje a s jakým cílem. Pokud nemá kapitán třetí otázku zodpovězenu, tak na hladině oceánu jen bezcílně bloudí.

Na flotilu si vzpomenu pokaždé, když do mé ordinace přijde mladý nešťastný člověk, který sice ví, jak se chovat vůči svému sousedovi, aby nenarazil – má určité právní povědomí –, ví jak se stravovat, aby neonemocněl – zná zásady správné výživy –, ale je „nemocný“ chybějící informací o smyslu svého života.

Nemá-li lidské bytí na této planetě trpět právě karencí v obsahu a podvýživou ve formě vlastní existence, musí znát její smysl. Musí vědět, kým je a proč je. Pokud to neví, tak, v porovnání s lodí, začne trpět frustrací.

Pravdu má rakouský psycholog Viktor Frankl, který se v této souvislosti zamýšlí právě nad změnami obsahu frustrací v době Freudově a v době naší a říká, že ve Freudově době žil člověk v sexuální frustraci, ale dnes žije ve frustraci existenciální. Zvláště mladý člověk, jehož vůle ke smyslu bývá ochromena.

Tyto otazníky, které visí nad každým z nás a v každé dějinné epoše, formuloval velmi srozumitelně německý filozof Immanuel

Kant, který klade čtyři základní otázky. „Co mohu vědět? Co mám konat? V co smím doufat? Co je člověk?“ A současně připojuje: „Na první otázku odpovídá metafyzika, na druhou etika, na třetí náboženství a na čtvrtou antropologie.“

Nabízí se tu řada otázek. V první řadě ta, zda na všechny čtyři výše uvedené Kantovy otázky bude umět pacientovi smysluplně odpovědět moderní lékař, psychiatr především. A zda mu k tomuto složitému úkolu bude stačit dosavadní objem pouze lékařského vzdělání. Nehrozí psychiatrii během krátké doby to, co potkalo stomatologii, které byla během studia zredukována část somatických disciplín a byla posílena oblast vlastní jejímu lékařskému zaměření? Nedojde i v tomto případě na lékařských fakultách k redukci anatomie nebo histologie za účelem posílení filozofie, religionistiky nebo etiky?

Zastavme se u první otázky. Odpověď nám zde může dát americký profesor Farnsworth z Harvardovy univerzity. Jeho slova, která věnoval lékařské veřejnosti, jsou platná pro každého člověka a zde si je dovolím přeložit v parafrázi do lékařského prostředí: „Moderní člověk není dnes konfrontován, jako často dříve, jen s otázkou holého přežití, ale právě dnes před ním stojí úkol rozšířit své existenční funkce, a je proto nezbytné, aby si v době krize hodnot – provázené bezcílností, nudou a ztrátou smyslu – oblíbil právě filozofii. Sami si musíme klást otázky přesahující každodenní životní rutinu, a netrpět tak vlastním existenčním vakuem.“

Samozřejmě, lze být lékařem i bez filozofických otázek a netrápit se obsahem a smyslem života. I tak se dá pobyt v rutinní ordinační praxi přežít. Kromě toho i každá zdravotní pojišťovna vyžaduje pouze evidovaný výkon, nikoli úvahy o smyslu života.

Lidé přicházejí do psychiatrických ordinací a nedovedou často své potíže slovně dešifrovat. Nic je nebolí, nepíchá, nepálí. Z jejich situace se ale ukazuje, že trpí právě pocity vnitřní prázdnoty, pocity nesmyslnosti vlastního bytí. Jde u nich o „existenční vakuum“. Pregnantněji to vyjádřil Ernst Bloch, který řekl, že „… lidé dostali už v mládí darem takové starosti, jaké by měli mít až ve chvíli smrti“. Naši pacienti nemívají slovník ani vyjadřování filozofů, ale svojí bezradností a ztrátou „přístavu“ vyslovují to, o čem mlčí jejich ústa.

Příčiny, které mohou vést k existenčnímu vakuu, jsou dvě. Ztráta instinktu a ztráta



tradice. Současnému člověku už instinkty neříkají všechno, co musí dělat, a ani tradice mu neříká, co by dělat měl – a tím pádem neví, co vlastně chce. Buď tedy dělá to, co dělají druzí, a potom máme co do činění s životním konformismem, nebo dělá to, co po něm druzí chtějí, a pak jde o různé druhy menších či větších totalitarismů. Ani v jednom ovšem nejde o lidské štěstí.

Současný člověk trpí více než somatickými nebo duševními nemocemi situací vlastní nezakotvenosti. Německý jezuita Emerich Coreth uvádí, že výše nastíněné otázky vystávají v naší době s novou naléhavostí. Dodává, že moderní technický svět se svým pokrokem a blahobytem nemůže dát životu nosný smysl. Člověk pociťuje, že život, při všech vědecko-technických výkonech, není v podstatě lidsky zvládnut a že základní problémy vlastní člověku neřeší, nýbrž nově vyhrocuje, že vlastní lidské hodnoty nepodporuje, nýbrž je ohrožuje, a že věda a technika nejsou schopny odpovědět na lidskou otázku týkající se smyslu. Kdo nemá žádné platné hodnoty a cíle, jež jeho životu dávají smysl a směr, ten uprostřed toho všeho už neví, k čemu žije a kam se všechno ubírá. Pociťuje vnitřní prázdnotu, hlubokou stísněnost a vzpírá se proti nim. V bouřlivém neklidu naší doby se všemi hlasitými protesty a revoltami, v nichž většinou zůstává skryto, proti čemu se stavějí a zejména oč usilují, se otevírá propast vnitřní prázdnoty, chaos bezradnosti a nesmyslnosti, v níž je člověk uvězněn. O východiscích by nám mohla vyprávět psychosomatická medicína. Tolik od psychiatrické chemie k filozofii života.

Kyvadlo se ovšem začne brzy vracet zpět. Člověk budoucího času začne, více než dnešní lidé, trpět novými moderními iluzemi.

Především iluzí o právu na štěstí a už dnes patrnou představou, že je možné absolutně všechno korigovat chemií. Otylého zeštíhlet, hubeného vytučnit, starého omladit. Napsat léky proti pláči na pohřbu, eventuálně jiné, abychom se smáli tam, kde se nudíme. Z hlupáka udělat Einsteina. Jinou moderní iluzí o štěstí je a bude ještě více vágní představa, že vše lze koupit. Pacienti už nebudou přicházet do psychiatrické ordinace jen s těžkou depresí, ale i se žádostí o lehkou kosmetickou úpravu psychiky při různých životních událostech, jako je tomu dnes v módních salonech. O léčení už nebude rozhodovat prevalence nebo incidence nemocí, ale diktát farmaceutických firem, který na jedné straně vypustí fámu o objevu nové duševní nemoci a na druhé straně už budou ve skladech mít předem vyrobenou léčebnou pilulku. Podle jejich návodu se nebude jen léčit, ale přímo i marodit. Psychiatr přestane být služebníkem chudého pacienta, ale stane se lokajem bohaté farmaceutické firmy.

Další skutečností, kterou lze očekávat právě v oboru psychiatrie, bude posun v obsahu slova normalita. Již v současnosti se ukazuje, že na jedné straně se diagnózou stává to, co bylo dříve chápáno jako přirozené, a na druhé straně se patologické jevy stávají širší společenskou normou.

V rámci této logiky nebude sexuálně promiskuitní manžel v budoucnosti diagnostikován jako nevěrník či záletník, ale jeho promiskuita se prohlásí za diagnózu. Manželka tedy nebude mít doma nevěrného smilníka a sukničkáře, ale psychicky nemocného chudáka. A farmakofirmy začnou horečně vyvíjet lék. V těchto případech bude mít budoucí psychiatr trochu práce navíc.

Na druhé straně mu odlehčí skutečnost, že psychotropní látky se prohlásí za kulturní drogy a zařadí se vedle čaje, kakaa a tabáku. Dnes ještě diagnostikované sexuální deviace budou prohlášeny za širší sexuální normu. Uleví se také soudním znalcům z oboru psychiatrie a sexuologie, protože psychopatické a deviantní jednání se dostane pod ochranu bruselské diktatury a ze řetězu utržená lidská práva a občanské svobody budou garantovat nadvládu antipsychiatrických aktivit nad psychiatrií.

Bude pokračovat eroze všeobecné slušnosti, ztratí se cit pro rozlišení dobra a zla, krásy a ošklivosti, pravdy a lži. Jedenadvacáté století se na svém konci nebude nazývat stoletím kosmickým nebo atomovým, ale stoletím depresí a plastů.

Pokud jde o psychiatry, dělí se dnes zhruba na „práškaře“ a „duchaře“. Ti první upřednostňují pilulky, druzí preferují psychoterapii. V budoucnu se budou dělit pouze na ty, kteří to při zdravém rozumu dotáhnou k hrobu ještě před odchodem do důchodu, a na ty, kteří už tolik štěstí mít nebudou.

Cesta k medicíně

V naší rodině medicínská zátěž nebyla, jsem z obou stran prvním lékařem v rodinné historii. Trochu to zavinil můj dědeček, kterému coby úspěšnému gymnazistovi první světová válka zhatila jeho sen stát se lékařem. Když jsem se v maturitním ročníku rozhodoval mezi studiem filozofie a medicíny, jeho slovo tenkrát převážilo.

doc. MUDr. ThDr. PhDr. Jaroslav Max Kašparů, Ph.D., dr.h.c.

Narodil se roku 1950 v Žirovnici v rodině výrobců perleťových knoflíků, kterou je tato obec proslulá. Vystudoval postupně stomatologii, všeobecné lékařství (na Komenského univerzitě v Bratislavě, která mu jediná umožnila studovat dálkově), dále pedagogiku, etiku a teologii.

V Pelhřimově založil *Norbertinum* – centrum pro pastorální medicínu, kde působí jako psychiatr, pedopsychiatr, hypnoterapeut, premonstrátský diákon a soudní znalec. Je rovněž náruživý esperantista.

Je ženatý, otec dvou dcer.

Napsal dvacet knih.

Eva Havrdová

Na hraně lidských osudů

Paní profesorko, ve veřejnosti stále převažuje představa, že na medicínu se mladí lidé dávají cloumáni základním ideálem uzdravovat nemocné. V tomto smyslu existují lékařské obory „vděčné", kde se často skutečně uzdravuje či dokonce zachraňuje, příkladem nade všechny nechť jsou akutní chirurgie a infektologie nebo traumatologie/intenzivní medicína. Pak jsou obory vyloženě výnosné (historicky gynekologie a porodnictví, nověji třeba plastická chirurgie v soukromém modu apod., o dealerství lékařských drog nemluvě). A existuje taky obor, který veřejnost zhusta považuje za samo synonymum medicíny – praktické lékařství. Obor dle mého názoru z řady hledisek nejtěžší, však se tam taky zájemci nehrnou (přinejmenším donedávna). Vy jste neuroložka specializovaná na výzkum a terapii roztroušené sklerózy, tedy nemoci, kterou zatím neumíme uspokojivě vyléčit, můžeme pouze zlepšovat stav nemocného a zpomalovat jeho zhoršování. Ve smyslu výše řečeného tudíž pracujete v „nevděčné", méně viditelné oblasti lékařství. Děláte medicínu vpravdě nedramatickou, pracujete neokázale, postupujete vpřed krůček po krůčku – to dnes ostatně skoro celá medicína; její heroická éra ve stylu „buď-anebo" je – díkybohu, nebo bohužel? – dávno tatam. Na první pohled vaše specializace skýtá samé nevýhody (třeba málo radosti z úspěchů, nároky na trpělivost a vytrvalost), ale při hlubším pohledu v ní probleskují i jisté výhody. Jaké výhody to jsou?

Však jsem chvíli uvažovala o neurochirurgii, ale v Krči jsem viděla práci profesora Pavla Jedličky, který se věnoval chronické chorobě, jež nebyla před těmi třiceti lety rozhodně ve středu zájmu neurologů. Studoval tehdy všechny nové dostupné poznatky z imunologie a pokoušel se je na tuto chorobu léčebně aplikovat. Jeho práci tehdy širší neurologická komunita rozhodně nijak neoceňovala, přímo naopak. Ale ti mladí lidé, kterým se snažil pomáhat, se často postavili na nohy a odešli z kliniky po svých! Pokus o ovlivnění imunitního systému pacientů s roztroušenou sklerózou znamenal tehdy cosi heretického, přičemž většina neurologů byla v té době velmi konzervativní, nevěřili, že by to mělo smysl. Posléze připustili, že by akutní ataky nemoci mohly být ovlivnitelné kortikosteroidy, profesor Jedlička si však všiml, že pokud pacienti zůstanou na nízké udržovací dávce těchto hormonů kůry nadledvin, další ataka přijde za delší dobu. Vytvořil tak koncept nutnosti trvalé léčby této choroby. Více než dvacet let před tím, než na to přišla oficiální, dnes bychom řekli „na důkazech založená" medicína. Byl tím postaven princip ovlivnitelnosti choroby. Konec beznaděje. To mělo zásadní vliv na moje rozhodnutí věnovat se roztroušené skleróze.

Jako lékařka působíte nějakých třicet let. Co se během nich ve vašem oboru změnilo k lepšímu, popřípadě k horšímu – z hlediska lékaře i z hlediska pacienta?

Když jsem nastupovala na neurologickou kliniku v Krči, stále ještě znamenalo sdělení diagnózy roztroušené sklerózy sdělení osudu. Pracovali jsme s několika málo léky, z nichž žádný neměl oficiální schválení pro léčbu tohoto onemocnění. Přesto u řady pacientů došlo ke zpomalení choroby. U některých jen k vývoji vedlejších účinků. V čím pozdějším stadiu nemoci jsme léčili, tím menší byl efekt. V roce 1993 byl v USA pro léčbu schválen první interferon beta. V roce 1996 ho dostalo prvních několik pacientů i v České republice. Předcházela tomu nekonečná vyjednávání se zdravotními pojišťovnami. Od té doby jsme hodně pokročili v porozumění této chorobě. Dnes je jasné, že léčba ovlivňující imunitní systém musí začít co nejdříve, vlastně tehdy, kdy se pacient cítí úplně dobře. Za pár let po interferonu beta přišel další lék, glatiramer acetát – s jiným mechanismem účinku, ale stejnou, tedy





ne zcela uspokojivou účinností. Změnila se i diagnostická kritéria, aby se jistota diagnózy neoddalovala. Naučili jsme se pacientům otevřeně diagnózu sdělovat. K léčbě je nutná jejich spolupráce, jde o injekční léky s řadou nepříjemností, ale žádnými závažnými vedlejšími účinky. Zjistili jsme, že pro pacienta je období, kdy není diagnóza jistá, horší než její samotné sdělení. Začátek léčby se před pár lety posunul na úplný začátek choroby. Dnes víme, že je to jediný způsob, jak předejít invaliditě, alespoň u části nemocných. Vývoj v oblasti léků na roztroušenou sklerózu jde dál. Pro ty, kdo neodpovídají dostatečně na léky první volby, máme dnes dvojnásobně účinnou látku, natalizumab. Brzo k ní přibudou další. Účinnější léky mají samozřejmě více vedlejších účinků. Naše práce se rozšířila o diskusi s pacientem, jaké riziko je ochoten podstoupit a co my jsme schopni udělat pro to, aby bylo co nejmenší. Tenhle posun za posledních třicet let považuji za vzrušující. Provázíme pacienta od doby diagnózy po celou dobu jeho choroby, která trvá několik desetiletí. Zásadní pro léčebný efekt je u této diagnózy vztah důvěry a spolupráce. Proto je důležité, aby pacient bral naše rady vážně. Nejde totiž jen o léky, jde o změnu v řadě oblastí jeho života. Pacient pro sebe musí začít něco dělat, začít pečovat o svou fyzickou i psychickou kondici. Tahle soustavná mravenčí práce se nemůže neodrazit na lékaři, který bere svou práci svědomitě. Na druhou stranu vidí i to, že budoucnost nově diagnostikovaných se zásadním způsobem změnila. Léčba jim umožňuje žít normální život. A to je pro lékaře odměna jistě srovnatelná s euforií při záchraně života v chirurgických oborech.

Řada lidí si myslí, že usnadnění komunikace a přístupu k informacím i manipulace s nimi díky počítačům a internetu by měly zredukovat „papírování“ a snížit byrokracii. Žel, z důvodů, které souvisí až se samou evolucí člověka, to nemůže být pravda, rozhodně ne v dohledné době. Jak vy se vyrovnáváte se stále nesmyslnější administrativou, někdy až úřední šikanou?

Špatně, je to tíživý problém, který by měl řešení jen tehdy, kdyby řízení bylo v rukou zdravého rozumu. Existuje jen to, co zapíšeme na papír, nejlépe na dva až tři různé formuláře, místo abychom věnovali čas rozhovoru s pacientem. Až někdo spočítá, že by bylo výhodnější, aby se místo nesmyslné administrativy vysoce kvalifikovaný člověk věnoval smysluplné činnosti, nastane zlatý věk. Chápu snahu ošetřit rizika, ale všechno má mít své meze. Na všechno máme standardní operační postupy, dusíme nadšení a kreativitu. Místo aby nám administrativa sloužila a počítače uspořily čas, obojí nám vládne. A to je špatně.

A jak se potýkáte se sílícím informačním (a ještě vyšší měrou dezinformačním) šumem v medicíně?

Validní informace je v záplavě balastu jistě těžké vydolovat. Nevím, zda učíme nastupující generaci mediků informace efektivně třídit. Je k tomu potřeba určité klinické zkušenosti a i zde zdravého rozumu. Na druhou stranu vyhledávat potřebné informace nebylo nikdy tak snadné. I v tom musí technika sloužit, ne vládnout. Pacient je však nezřídka zmaten, přichází vyzbrojen informacemi z internetu, jejichž hodnota je často sporná. Snažíme se pacientům aktivně poskytovat internetové adresy, kde najdou spolehlivé informace. Děláme to ve snaze předcházet úzkosti, která někdy pacienty polapí, když se probírají diskusními fóry na internetu.

Nechci zpochybňovat význam medicíny založené na důkazech (EBM), ale je to ve své podstatě odnož matematické vědy, a tu, jak známo, nezajímá jednotlivec, nýbrž statistický soubor jednotlivců. Naproti tomu konkrétnímu pacientovi Josefu Novákovi je úplně jedno, že za posledních několik let se pravděpodobnost vyléčení choroby, kterou trpí, zvýšila třeba z 60 na 67 procent nebo že v současnosti má průměrnou naději na přežití čtyři roky, zatímco ještě před deseti lety to bylo šest měsíců. EBM vede lékaře jednoznačně (a právně nenapadnutelně, ale i mechanicky), vtělila se do příslušných terapeutických směrnic. Jak nakládáte se stále menší volností léčit konkrétního pacienta v konkrétních podmínkách nikoli algoritmicky podle návodu pro soubor pacientů, nýbrž individuálně a tvořivě? Já tady nepléduji za jakési kurýrování ve volném stylu, to ani náhodou! Nicméně co s ohledem na výše řečené znamená léčit optimálně? Jak chápete pojem lege artis *vy? Je vaše pojetí shodné s úředním? Jak byste je vysvětlila obyčejnému pacientovi?*

Jaksi se vytratilo pochopení, že EBM vytyčuje určité směry a nikdy nemá odpověď na všechny otázky. U konkrétního pacienta nemusí pravdivě odpovědět ani na jedinou otázku. Je to snadno vysvětlitelné – kromě toho, že sleduje soubory pacientů a ne individuum, je to tím, že genetická výbava, která je i pro reakce na různé léky zásadní, je u každého jiná. A s tím EBM nepočítá. Kreativita je stále omezenější, což sice do jisté míry chrání pacienta i lékaře, na druhou stranu části pacientů nepřinese optimální léčebnou odpověď. Stále ještě máme možnost použít léky takzvaně *off-label*, tedy mimo jejich běžné indikace, je to však spojeno s obrovskou administrativní zátěží pro lékaře a s rizikem, že léčba nebude uhrazena zdravotní pojišťovnou. Hluboce doufám, že se ještě u roztroušené sklerózy dožiju situace optimalizované medicíny, tedy „ušití" léčebného režimu na míru individuálnímu pacientovi. Už to trochu umíme v oblasti rizika vedlejších účinků, blíží se doba, kdy půjde říci: u pana Nováka začneme lékem C, protože nemá genetickou výbavu odpovědět na lék A a na lék B by vyvinul těžké vedlejší účinky. Zatím je to tak, že co je *lege artis* pro jednoho, nemusí druhému vůbec pomáhat. Ale naši práci hodnotí a o financích rozhodují úředníci. A ti pro něco takového ještě dlouho nebudou mít pochopení.

Lékař ví zřejmě ze všech nejvíc o biologii života i o relativní nedostatečnosti našich vědomostí v této oblasti, najmě u tzv. těžkých diagnóz (včetně roztroušené sklerózy). Jak se to projevuje na vašem životním názoru?

Skutečně jsou věci, které neovlivním, kdybych se na hlavu postavila. Mohu jen pacienta vyslechnout, vyšetřit a poradit mu, co bych já při svých třicetiletých zkušenostech považovala za optimální v jeho situaci. Často se to netýká jen medikamentózní léčby, ale i péče psychologa a rehabilitačního pracovníka. Pacient rozhoduje sám o tom, na kolik z toho přistoupí a kolik toho vezme vážně. A tím rozhoduje z velké části o svém osudu. Na ten nemám jiný vliv, než že zvážím všechna rizika choroby i léčby a dám nejlepší radu, kterou mohu. A protože nevíme zdaleka všechno, mohu se jednak mýlit, jednak se rozhodovat na základě neúplných informací. Nejsem vládcem nad životem pacienta, u chronických chorob je to obzvláště zjevné. Jsou výzvou nejen pro nás, ale i pro pacienta. Je fascinující sledovat, jak se s touto výzvou dovedou lidé poprat, změnit přístup k životu i životní styl, a jak jiní se do choroby „položí", vlastně jim jejich situace vyhovuje, vysávají energii ze zdravotnického personálu i rodinných příslušníků a jejich život odplývá do nicoty.

Má podle vás člověk v zacházení se svým zdravím neomezenou svobodu, nebo nese závazky i ke společnosti, jíž je členem? Může nebo dokonce má být ke „zdravému" chování i nucen?

Svobodu člověk má, ale s ní přicházejí i závazky, odpovědnost. Jeho svoboda nesmí omezit svobodu ostatních. Pokud si chce své zdraví ničit, má na to plné právo, ale následky nemohou být řešeny ze solidárního zdravotního pojištění. To je velmi prozaická pravda, která by – pokud by byla uplatňována – vyřešila problém financování zdravotnictví. Není k tomu ale politická vůle, takže je to utopie.

Vnímáte nemocného ve své ordinaci jako pacienta či jako klienta? Jaký je v tom podle vás rozdíl?

Pacienta vnímám jako člověka. Pracuji celý život ve státním zdravotnictví, pacient je klientem své zdravotní pojišťovny, ne mým. Snažím se jednat s pacientem jako s partnerem. Mám samozřejmě o jeho typu choroby více odborných informací, na druhou stranu svou chorobu zná on nejlépe sám. Pacienti nás naučili, co víme o jejich chorobách. Na lékařských fakultách nás naučili, co se s tím dá na základě současných poznatků dělat. Nebagatelizuji příznaky, které mi pacient líčí. I pokud jsou jeho příznaky povětšině neurotické, je v nich skryta tíseň nepohody, prosba o pomoc. Někdy stačí vysvětlení, uklidnění, jindy se ukáže, že za něčím banálním se skrývá závažný problém. Tady lékaři EBM nepomůže. Potřebuje kromě ní i cit, empatii a čas, který mu neúprosná administrativa bezohledně ukrajuje. Ten, kdo na to doplácí, je samozřejmě pacient.

Lékař má nad pacientem informační a situační převahu, a čím „vyšší" postavení – vědecké, pedagogické, funkční – lékař zaujímá, tím intenzivněji ji pacient vnímá a tím je podvědomě zakřiknutější a „pokornější" (což ovšem nevylučuje jeho občasné zkratové jed-





nání). Tato informační a situační převaha lékaře nutně svádí k pocitu i převahy lidské. Výsledek může být z pohledu pacienta až děsivý. Jak se tomuto pocitu bráníte? Dá se mu vůbec trvale ubránit? Jak ho oddělit od žádoucí lékařovy sebedůvěry?

Lze se tomu ubránit. Ale jen tehdy, když se člověk nebere sám smrtelně vážně, když si nehraje na „boha". Na druhou stranu rozpačitý a nejistý lékař ztrácí důvěru pacienta, i kdyby byl sebevzdělanější. Mnohé je o komunikačních dovednostech. A ty by se měly v zájmu všech učit už na základní škole. Pacient by měl vědět, jaké informace a jakým způsobem lékaři sdělovat – a lékař by měl vědět, jak působit věrohodně a jak pacientovi situaci srozumitelně vysvětlit.

Pacienti bývají neukáznění, některé nemoci ze své podstaty recidivují, na jiné je medicína dosud krátká. Někdy terapie selže vinou různých vnějších okolností, zhusta zbytečných až k pláči… Jak bojujete s pochybnostmi o smyslu své práce? Vystačíte si při tomto vnitřním „křížku o smysl" jen s medicínou (další studium, připomínky úspěchů, analýzy neúspěchů či snad obecnější „filozofování"), nebo si přibíráte lidskou společnost? Pokud ano, dáváte přednost společnosti kolegů (jen ti mi mohou rozumět) nebo nelékařů (jen ti mě mohou přivést na jiné myšlenky)?

Lékař by si neměl myslet, že může vyřešit všechny problémy svých pacientů. Pak se může radovat z toho, že některým pomohl, a nezhroutit se, když se vše nedaří. Má dělat všechno nejlépe, jak umí. Koncem lidského života je smrt, což se bohužel dnes často považuje za selhání medicíny jako takové nebo za selhání konkrétního lékaře. Je to proto, že společnost se pokusila smrt vytěsnit. Ale to, že něco popřu, neznamená, že to přestalo existovat. Medicína se dnes snaží prodloužit život za každou cenu, navzdory jeho kvalitě. Důstojné umírání jako by k medicíně nepatřilo. Snaží se ho u nás podpořit či spíš vrátit zpět organizace, které oficiální medicína jako by nepřijala mezi sebe. Je potřeba o tom hovořit s daleko větší otevřeností a pokorou. Medicína, která se zabývá stavem nemoci, jež ke smrti vede nebo může vést, má velmi blízko k filozofii, ať to sama rozpoznává, či nikoli. A ani si neuvědomujeme, kolik představ přetrvalo z dob socialismu.

Obklopuji se lidmi, s nimiž lze jakékoli otázky života (i smrti) diskutovat otevřeně. Nezáleží na jejich profesi. A za přátele si vybírám ty, kteří jsou orientováni na řešení, nikoli na problém.

S tím souvisí další otázka: Potřebuje „duše" lékaře, aby měl její nositel širší kulturní povědomí? Může lékařův všeobecný rozhled prospívat pacientovi?

Protože v medicíně neopravujeme podle návodu rozbitou pračku, je širší rozhled naprostou nutností. Nemyslím tím, že je nutno citovat básně v originále. Jde spíš o hledání kontextu, který vede k pochopení chování pacienta a interpretace jeho obtíží. Porozumění neznamená souhlas, ale umožňuje vést pacienta tak, aby se mu vedlo lépe.

Zkuste v sobě rozebrat vztah lékař – badatel – pedagog. Čím jste nejvíc? Ano, samozřejmě vždy tím, čím se zrovna zabýváte, nicméně celkově se něčím nejvíc cítit musíte… Jak si tyto tři aspekty vaší profesní existence mohou navzájem pomáhat, jak si případně mohou škodit? Lze pochopit u velmi těžko léčitelných chorob, třeba v onkocentrech nebo u vás, že každý lékař by tam měl být na úrovni výzkumníka a naopak. Zároveň však cítím, že třeba očekávání okolí, že budete náležitě kumulovat příslušné vědecké hodnosti nebo že budete řádně učit (tj. povinně a za peníze, daleko nad rámec prostého a samozřejmého předávání zkušeností mladším kolegům), bere čas i soustředění k lékařství. Lze si ale představit, což možná souvisí s předchozí otázkou, že určité „přesedání z židle na židli" brání rutině i vyhoření a skýtá určité vnitřní uvolnění.

Odjakživa mne nadchlo, když jsem něčemu porozuměla a byla to pak schopna přetlumočit ostatním. Ne abych je poučovala, ale abych se s nimi s radostí podělila o poznání. Takže tam jsou asi kořeny pedagogiky. Lékařská praxe přináší uspokojení z toho, že umíte poskytnout kvalifikovanou pomoc, kterou občas i někdo ocení. Výzkum je droga, která má vlastní palivo. Zvlášť přijdete-li na něco aplikovatelného. (Moc nevím, kde se u některých kolegů bere totéž nadšení pro pokusy na zvířatech, ale pravdou je, že medicína potřebuje i takové obory. Přesto nepřestávám pochybovat o tom, že by zvířecích obětí muselo být tolik.) Příslušné vědecké hodnosti nikdy nebyly mým cílem, přišly nějak samy od sebe, jako by se naplni-



la další kapitola. Kombinace těch tří vlastně samostatných oborů je – přiznávám – poněkud schizofrenní, což se projevuje především v tom, že mám pocit, že neustále nemám čas na ty dva zbývající (v různých kombinacích). Chtěla bych mít mnohem více času na čtení, ale ten užírá administrativa a boj o to, abychom mohli vůbec pacienty léčit.

Lze po těch letech zcela nechat medicínu uvnitř ordinace či na klinice? Dá se takové totální odpoutání časem naučit? Je vůbec možné? Zachovala vy jste se v nějaké situaci charakteristicky jinak než ostatní lidé a pak se divila, jak hluboko je ve vás doktořina zažraná?

Medicínu lze nechat aspoň na chvíli zavřenou někde jinde, protože k tomu, aby byl člověk v práci efektivní, musí pečovat o vlastní psychohygienu. Na to není vůbec pamatováno, takže máme spoustu vyhořelých lékařů, kteří sice dělají rutinní práci vzorně, ale už bez nadšení, někdy dokonce se zoufalstvím. Chovám se mnohdy trochu jinak než ostatní, ale snažím se tím zachovat si kreativní individualitu a nepodlehnout průměrnosti, takže to vlastně považuji za normální. Doktořina je ve mně určitě zažraná, ale to vnímá možná víc okolí než já sama.

Dovedete se ještě nad nějakým případem opravdu, neřkuli k slzám, dojmout? Pokud ano – je či není to na škodu?

Rozhodně to není na škodu. Pacienti jsou lidé jako my a snadno je to vidět, když se sami staneme pacienty. Také si přejeme něco empatie.

Jak byste seřadila plusy a minusy svého povolání, jak se vám jeví teď, a porovnala je se svojí „vstupní kalkulací", tedy jak jste uvažovala a s čím jste počítala jako středoškolačka při volbě lékařského povolání?

Bylo v tom tehdy určitě mnoho iluzí, především o tom, že lidé budou dělat to, co jim doporučím (když už složitě na základě svých nejlepších vědomostí vymyslím, co by pro ně bylo nejlepší). Po škole to byl skok do reality. Populace je jiná, než si ji medik představuje. Ale nesmí to vzdát. Takže dnes mohu říci, že jsem si svůj obor vybrala dobře – ostatně málokterý obor se rozvíjí tak rychle, jako poznání a léčba roztroušené sklerózy. Mám spoustu skvělých spolupracovníků, zde i v zahraničí, daří se nám vydobýt léčbu pro více a více pacientů, vidíme, že životy těch mladých lidí nejsou zmařeny nemocí, a to je obrovská odměna. Neměnila bych.

Jaké je vaše největší osobní lékařské přání?

Aby se podařilo najít lék pro každého pacienta s roztroušenou sklerózou.

Cesta k medicíně

Lékařský vzor jsem neměla, žádný lékař u nás v rodině není. Šla jsem na medicínu už s pevným záměrem věnovat se mozku a jeho funkci. Na gymnáziu jsem si o mozku četla populárně naučné knížky a na medicíně záhy chodila v roli středně zdravotního pracovníka pomáhat na neurologickou kliniku v Krči. Kromě toho mne to táhlo také k imunologii, ale moc jsem jí nerozuměla. Tehdy jsem ještě netušila, jak to půjde krásně spojit a že jednou napíšu knihu s názvem Neuroimunologie.

prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc.

Narodila se roku 1955 v Praze. Roku 1981 vystudovala Fakultu všeobecného lékařství (dnes 1. LF) UK v Praze, z neurologie atestovala v letech 1984 a 1991. Začínala na katedře neurologie IPVZ a ve FTN, od roku 1996 je vedoucí Centra pro demyelinizační onemocnění neurologické kliniky 1. LF UK a VFN. V roce 2003 habilitovala v oboru neurologie, v roce 2010 byla jmenována profesorkou. Soustřeďuje se na výzkum a terapii roztroušené sklerózy.

Má dvě dospělé děti, s medicínou souvisí pouze povolání dcery – lékařská ilustrace.

Kamil Kuchler

Ze svitků pediatrových

Po promoci si mne zavolal tehdejší náměstek ministra zdravotnictví MUDr. Zdeněk Štich. (Ministrem byl Josef Plojhar, který zdravotnictví vůbec nerozuměl, byl to kněz a ještě špatný.) A Štich, který byl za války gestapem vězněn, vyslýchán a mučen ve stejné cele s mým otcem a pak ještě spolu byli v Buchenwaldu, mi nabízel místo rentgenologa v Motole. Já jsem hrdě odmítl protekci a oznámil jsem mu, že chci zkusit, jestli vůbec jako lékař budu k něčemu, a to v pohraničí. Vybral jsem si Děčín.

V Děčíně mě čekalo velmi tvrdé přivítání. Byl tam primářem MUDr. Ondřej Parák, který se soustřeďoval na organizaci terénní práce. Tehdy ještě o děti v terénu pečovali obvodní lékaři. Práci v nemocnici ponechával svému zástupci MUDr. Stanislavu Havelkovi, pozdějšímu profesoru v revmatologii. Ten mi oznámil, že za rok a půl odchází do Hradce Králové a že práci v dětské kardiologické poradně, kterou již tehdy založil, po něm převezmu, tak ať sebou hodím. Sluší se podotknout, že tehdy v péči poradny byly převážně děti stižené revmatickou horečkou, velký počet z nich po opakovaných dlouhodobých pobytech v nemocnicích a v lázních, s recidivami karditid a následnými chlopenními vadami. Teprve v dalších letech se díky léčbě a dlouhodobé prevenci penicilinem (hlavně později Pendeponem) podařilo zachránit tyto děti od utrpení mnohaměsíčních léčebných pobytů a doživotní invalidity. Takže jsem sebou hodil.

Dodnes vím, jak se jmenovala první dívenka, která mi zemřela s tehdy neřešitelným onemocněním ledvin a kterou jsem přitom držel za ruku. Jmenovala se Miládka a já jsem ji každý večer navštěvoval u postele, i když jsem neměl službu, a byl s ní do poslední chvíle. Taky si moc dobře pamatuji Františka, s tehdy neřešitelnou idiopatickou plicní hemosiderózou, s jeho strašlivou dechovou nouzí. Tak jako by se dnes řešily Miládčiny ledviny transplantací, dá se dnes pomocí měničů iontů zabránit zničení plic u plicní hemosiderózy. Jsem rád, že jsem mohl prožít období takových zázraků, prvních penicilinových injekcí, léčbu tuberkulózy streptomycinem, PASem a INH. Zmizení (alespoň zatímní) spalniček, na které se hodně umíralo, zejména na tzv. hemoragické spalničky, téměř vymizení černého kašle. Záškrtu jsem viděl hodně i v pozdějších letech. Diagnostikovali jsme ho (nebyly-li vidět typické povlaky, které krvácely) podle čichu. Strkali jsme nosy pacientům do úst, dodnes bych ten sladký zápach bezpečně rozeznal. Stalo se mi v pozdější době několikrát, že povlaky byly na zadní straně měkkého patra, poněvadž si pacient pečlivě a důkladně čistil ústní dutinu. To byl i případ profesor Brdlíka, jehož diagnózu jsme prvně vyslovili jako dva studenti kolega Patočka a já. Když jsme přišli pana profesora navštívit do nemocnice, kde ležel jako pacient, přivítal nás s žádostí, abychom ho vyšetřili. Řekl nám: „Oni sem za mnou doktoři chodí a vyšetřují, ale jen tak zlehka, asi se mě bojí.“ Taky jsme se báli, ale kutali jsme na něm, jak jsme mohli, a pánům ošetřujícím lékařům jsme podezření na záškrt prozradili. Pan profesor Brdlík nám ještě na fakultě říkal: „Jestli chcete skutečně pracovat jako dětští lékaři, musíte počítat s tím, že se zcela jistě nakazíte tuberkulózou, jestli jste ji už neprodělali, záškrtem, spálou a snad i obrnou!“

Z kliniky profesora Švejcara ve Fakultní Thomayerově nemocnici, kde jsem pracoval v šedesátých letech jako jeho léčebný zástupce a primář dětského a kojeneckého oddělení, jsem odešel vyhazovem, jelikož jsem se angažoval v Pražském jaru. Ne že bych nedostal šanci: „Odvolej a posyp si hlavu, řekni, že sovětská vojska nejsou okupanti, zopakuj to na několika schůzích a bude ti


K + M + B 2012
5



odpuštěno…“ Švejcar mi tehdy říkal: „Myslíte, že bych měl ještě jednou jít za Husákem, abyste mohl zůstat?“ A když jsem řekl, že to nepovažuji za nadějné, prohlásil: „Víte, máte pravdu, on Husák není ten hlavní problém, ale ti husáčkové.“

Několikrát za život jsem se s úžasem přesvědčil, že verše z buddhistického textu *Dhammapam*, které jsem znal z mládí, platí doslova: „Vůně dobrých skutků vane proti větru!“ Zafungovaly i teď; měl jsem nastoupit někde na Praze-východ jako obvodní lékař a najednou přijeli z Děčína, že se tam uvolňuje primariát a abych ho tam vzal spolu s místem okresního odborníka v péči o dítě. Tak jsem jim s díky sdělil, že nesmím vykonávat žádnou vedoucí funkci, natož tak vysokou – to by museli přemluvit soudruha Kapka, pražského vrchního komunistu. Obratem se z Děčína dostavila silnější delegace s tajemníkem strany, předsedou ONV a ještě s jedním soudruhem. A ti Kapkovi pravili, že jsem u nich léčil děti a že chtějí, abych se tam vrátil, neb se mnou bylo dobře. A tu Kapek chtěje jim vyhovět, napsal do mých kádrových posudků hned za odstavcem, že jsem nositel kontrarevolučních idejí a spolupracovník dr. Kriegla: „Přesto doporučuji využít jeho odborných vědomostí (a pak nějak automaticky pokračoval) i politických zkušeností.“ Tahle věta mi pak umožnila relativně slušný život i mezi těmi husáčky.

K tomu relativně slušnému životu: Poté co jsem pohrozil odchodem na jiné místo a ukázal písemnou nabídku primářského místa, bytu ve vile i místa pro moji ženu z jednoho moravského okresu, jsme dostali velký byt a vzali si půjčku na jeho vybavení. Při oddělení jsem zřídil jednotku intenzivní péče, a to díky našemu šikovnému ekonomovi. Na spoustu potřebných přístrojů tehdy peníze v jednotlivých okresech přebývaly, neboť je koncem roku (když přišli na to, že je mají) neuměli rychle utratit. My jsme už s předstihem od našich firem závazně objednali (na obyčejné razítko oddělení a můj podpis) přístroje a materiály s termínem před koncem roku. Takže jsme dokázali utratit „plonkové“ peníze z celého kraje. Kromě Českých Budějovic jsme tak měli první dětskou JIP a přijímali jsme i z dalších dvou okresů. Poněvadž tehdy ještě neměla Radana Königová na spáleninách v Praze na Vinohradech šokové oddělení, přijímali jsme spáleniny z našeho území my a překládali je na Vinohrady až po vyvedení z šoku. Pacienti tak měli lepší prognózu. Co se ale stalo: Jakmile jsme začali přijímat ty spáleniny, byl jsem ihned předvolán na kraj, že mám mnohonásobně vyšší spotřebu plazmy než jiná oddělení, což jsem musel písemně zdůvodnit. Vzhledem k počtu spálenin kraj uznal, že nelze jinak. Příští rok se ale divili znova – co že to s plazmou dělám? Znova projednáváno a písemně zdůvodňováno, znova schváleno – a další roky zas a zase. Pak konečně Vinohrady otevřely šokovou jednotku a já měl alespoň od té plazmy pokoj.

V té době, kdy jsme se zaběhli v práci na JIPu, jsme poznali novou, trochu jinou práci. Mé báječné sestry se perfektně zaučily, stačilo mi natáhnout ruku – a v tu ránu jsem v ní měl stříkačku s potřebným lékem, před oči mi strčily ampulku, ze které to natáhly. A nejednou i komentovaly. Nemohu zapomenout na sestru, kterou jsem žádal opakovaně o velmi vysokou dávku léku u dítěte, otráveného morfinem. Lék jsem dostal, ovšem s okamžitým velmi ostrým varováním, jestli vím, co do žíly dávám a v jakém množství.

Rád bych se teď zmínil o stále přítomném pocitu jistoty i v těch nejdramatičtějších chvílích. Nějak jsem si vydobyl pověst vždy jistého diagnostika a terapeuta, zejména u těch nejdramatičtějších případů, kdy k nám překládali chirurgové dítě s poznámkou *ante finem*. Jednou jsem byl na oddělení přivolán v noci, resuscitace již ukončena, tělíčko přikryté prostěradlem. Sundal jsem prostěradlo a po intrakardiálním adrenalinu dítě resuscitoval.

Školačku, která k nám byla přeložena z ORL pro nezvladatelně postupující encefalitidu, jsem hibernizoval a po 96 hodinách řízeného bezvědomí v hypotermii probudil. (Za půl roku mi přinesla ukázat vysvědčení s jedničkami!) Tohle tady nepíšu proto, abych se vytahoval, ale proto, abych sdělil opakovaně prožívanou přítomnost někoho dalšího, mého nápovědy, který mi vždy vedl ruku i hlavu. Kdykoliv jsem se ocitl v podobně dramatické situaci, vždycky jsem okamžitě věděl, jestli to dobře dopadne, nebo ne. Jako by mi někdo do levého ucha přesně diktoval, co dělat. Nebylo to jen někdy, bylo to pokaždé. Prostě nevím, byl-li jsem to já, kdo léčil, nebo zda jsem byl jen prostředníkem jakkoliv chápané vyšší vůle. Později jsem se

dočetl, že horolezci v nebezpečných situacích na kolmých stěnách v bivacích vnímají účast jednoho dalšího člena výpravy navíc… Že by snad andělé strážní?

Kdyby to byli andělé strážní, pak je s úctou prohlašuji za maximálně tolerantní. Jsem jistě problematický křesťan. Pokřtěný katolík, záhy otcem odhlášen z církve, maminkou a babičkou však potají vychováván ve víře a posléze posílán na vzdělání v náboženství do církve Československé husitské. V době, kdy jsem pracoval v Děčíně, se mi opakovaně stalo, že mě matky čerstvě narozeného dítěte žádaly o křest novorozence. Sehnat kněze tehdy bylo nad lidské síly, takže jsme víckrát spolu se sestrou dítě pokřtili. Křest jsme prováděli uvážlivě a maminku jsme informovali. Já jsem se pak opakovaně ptal, zda takový můj křest platil, a dozvěděl jsem se, že je-li proveden z čistého srdce a s plnou vážností, křest platí. To jsem byl rád, poněvadž jsem přesvědčen, že lékař má být v těžkých chvílích člověka průvodcem v každé situaci. Dokonce i když oznamuje smutnou zprávu o úmrtí člena rodiny, má už myslet na toho, komu to říká. Vím ze zkušenosti, že byť by byla situace neodvratná a nebyla zaviněna žádným opožděním, nedodržením léčby, přehlédnutím nebo jakkoliv jinak přivolána, matka (někdy i jiný člen rodiny) si začne vyčítat svoji vinu a hledat, čím situaci zavinila. Nejde-li o týrané dítě nebo podezření z úmyslného ublížení, je třeba důrazně říci, že situaci nebylo možné zabránit, že nikdo nemůže být jakkoliv obviňován třeba z pomalé reakce a podobně. Takovéto prohlášení je nezbytné a podle mého názoru je povinností ošetřujícího lékaře se takhle postarat o klid rodiny. I svým doktorům jsem mnohokrát citoval, myslím z Hippokrata: „Jestliže jsi mluvil s lékařem a neulevilo se ti, nebyl to lékař!“ Nevím o lepší definici lékařských povinností. Vždyť i nepříznivou zprávu je možné podat tak, aby se pacientu ulevilo.

Říká se – kolik řečí umíš, tolikrát jsi člověkem. Lékař pak (není-li to jen doktor) musí umět řečí velmi mnoho. Musí především umět naslouchat. Pozorně a trpělivě. Některým pacientům trvá velmi dlouho, než se rozmluví, a ještě navíc zjistíte, že vlastně každý má svůj jazyk. Každý líčí jinak svoji bolest, svoji starost, svoje obavy. Někomu můžete věřit všechno, jinému jen něco. A děti? Myslel jsem, že nemohu přijmout práci v ordinaci pro děti cizinců, ač jsem jakž takž mluvil rusky, německy, francouzsky, poněvadž neumím dětské výrazy v těch jednotlivých jazycích. Velký omyl! Měl jsem na oddělení pár dětí, jejichž jazyk mi byl zcela cizí, a poněvadž takové dítě jako čerstvý příjem alespoň první noc tráví na samostatném pokoji vytrženo z rodiny, najednou bez rodičů a bez znalosti řeči cizích lidí kolem sebe, tak jsem k němu musel večer zajít a trochu ho uklidnit. Zjistil jsem, že se klidně domluvím s chlapečkem z Dánska, Finska, s Rumunem. Během jednoho dvou dnů si pak už hráli s dětmi na oddělení, jen to frčelo! Vzpomněl jsem si, že jsem někde četl, že existuje i světová řeč, kterou vymyslely děti. Myslím, že je to afrikánština, kterou se dodnes mluví v jižní Africe a která prý vznikla sestěhováním několika národností dohromady; první pak spolu začaly mluvit děti, které si spolu ihned začaly rozumět.

Nikdy jsem nevzal od lidí peníze, často jsem dokonce musel nějakou korunu pacientovi přidat, aby v lékárně koupil třeba správné dietní mléko. A kontrolovat zejména cikánky, které mámily koruny, i když měly dost. Stalo se mi třeba při návštěvě u nemocné rodiny vysoko v horách, že mi matka dítěte přinášela pytlík s vejci. Když jsem se ohradil, že nic takového neberu, omluvila se s tím, že mi je nechtěla dát, ale prodat, aby mohla druhý den jet autobusem do města pro další léky. Měli jsme v kopcích na samotách hodně velmi chudých rodin. Některým rodinám jsme občas propašovali nějaké to mýdlo, ručník nebo rohlíky. A naopak byli i lidé, kteří mi v ambulantní knize na vyšetřovně po sobě zanechali tu 50, tu 100 Kčs. Většinou to byla provokace od milých husáčků, vždycky jsem je druhý den poštou odeslal zpět a doklad si ponechal.

Neměl jsem nijak vysoký plat, většinou bez odměn. Jakkoli jsem se nikdy nenaučil brát od pacientů peníze, věděl jsem, že leckterý profesor nebo docent poplatek vyžaduje. Ale mezi námi to probíhalo tak, že mi pacienta zadarmo vyšetřili, předpokládajíce, že zaplatil mně. Brzo mi ale poslali k vyšetření svého pacienta, kterého jsem pochopitelně musel vyšetřit bez poplatku, poněvadž zaplatil jim. Když jsem pak odešel do Děčína, uzavřel jsem s nejmenovaným odborníkem, který jako jediný v republice perfektně ovlá-





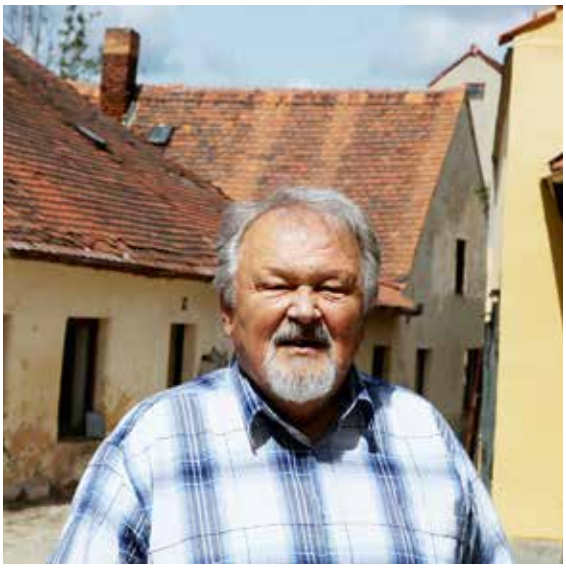
dal jistou složitou operaci u dětí, dohodu: tři pacienti platící (těm jsem vysvětlil, že sám nechci nic, ale pan profesor musí dostat obálku), čtvrté dítě mi odoperoval zdarma. To byly většinou cikánci nebo děti vysloveně nemajetných rodičů. Fungovalo to dobře a ke spokojenosti všech.

Podobným výměnným způsobem se ke mně dostali rodiče s 16–17letou dívkou, která omdlívala, a to doma, ve škole i na ulici, tak abych poradil. Srdce bez patologického nálezu, poslechově i na EKG, jen krevní tlak vyložené kolísavý, vagotonní typ. Nemohlo mě nic napadnout, ale pořád jsem měl pocit, že jsem si něčeho nevšiml, že jsem něco přehlédl, a tak jak dívka ležela na vyšetřovacím stole, ještě jsem zkoušel tep v tříslech. Ruku jsem měl na jejích stehnech a ještě přitom zpovídal rodiče ve snaze k něčemu se dobrat, když najednou jsem si uvědomil, že jí rukou po stehnu přejíždím už dlouho, a to dost vysoko, a že to může vypadat pěkně podezřele. A vtom jsem si uvědomil, proč jsem tak činil! Ona ta kůže, přestože vypadala mladistvě, nebyla pružná. Neměla správný turgor! A bylo to. Když jsem se zeptal, jestli v poslední době nějak nezhubla, dozvěděl jsem se, že před dvěma měsíci shodila jedenadvacet kilo a je na to moc pyšná. Jenže tím pádem než se kůže vylepší co do pružnosti (a vzhledem k jejímu věku se vylepší rychle), občas přece jen „vykrvácí" do periferních žil, zejména v klidném stoji. Spravila to gumová obinadla a punčochy a já místo za pedofila byl za Pana doktora. Ne snad pyšného, ale spokojeného a hlavně pokorného a osudu vděčného!

Asi bych teď už neuměl dělat stejnou práci jako kdysi. Byli jsme tehdy vlastně konečnou stanicí a i skutečně akutní případy jsme museli vyřešit sami, nebylo kam je přeložit. Překlad s časovou prodlevou byl vždycky nebezpečný a znamenal by jen, že jsme se zbavili odpovědnosti. Leckdy jsme museli překročit předpisy, riskovat, aby byla vůbec naděje k záchraně života. Přivezli nám chlapce, školáka *ante finem*, vykrváceného, podařilo se nám dostat se do žíly, krev v ní nebyla. Věděli jsme podle orientační zkoušky s malou kapkou séra, že má skupinu B. Čekat na krev z banky by trvalo nejméně čtvrt hodiny, dítě jen občas laplo po dechu. Moje kolegyně (později moje žena) mi okamžitě řekla: „Já mám béčko jistotně taky, můžeš se spolehnout," sebrali jsme silikonovou láhev, odebrali jsme jí fofrem půl litru, láhev otočili, natlakovali a bez křižáku – nebylo z čeho – ale zato s křížkem na čele, který mi místo toho křižáku kolegyně udělala, jsem do umírajícího dítěte cpal krev. Když zase chlapec začal dýchat, bylo to nádherné, nádherné. Nezazlívám dnešním kolegům, že ani v kritickém stavu nemohou podstoupit taková rizika. Celá banda právníků se živí vymáháním poplatků na nemocnicích a lékařích, jakmile zjistí sebemenší možnost. Jsem rád, že už to nemusím zažívat.

Jednou jsme přijali na oddělení chlapce, kterého jeho strýc v radosti ze setkání vyhodil z náruče vysoko nad hlavu, chlapec narazil na strop a ztratil vědomí. Neurologický nález beznadějný, hoch mohl jen přijímat tekutou stravu, nedokázal se vůbec pohybovat, mluvit. Připadlo mi nesprávné nechávat ho samotného na izolačním pokoji a přeložil jsem ho jako čtvrtého na pokoj, kde leželi stejně staří kluci. Chodila za nimi učitelka zvláštní školy při nemocnici a chtěla po mně, abych toho chromého chlapce přeložil jinam, že občas chroptivými zvuky ruší jejich vyučování. Jenže při rozboru situace, kdy přesně s touhle přece jen nějakou aktivitou začíná, jsem zjistil, že to je pokaždé v momentě, kdy při výuce zkoušený spolubydlící odpovídá špatně! Napadlo nás, že slyší, umí odpovědět správně a chce to vyjádřit. Jediný pohyb, který dokázal, byl pohyb jednoho prstu, a tím prstem jsme ho naučili odpovídat „ano" a „ne". A když dokázal takto i sestavit věty z nabízených písmen, začala tvrdá rehabilitace. Trvala víc než rok, ale domů odjížděl na sedací kolečkové židli, dokázal mluvit, hrál – a dobře! – šachy. Několikrát jsem ho ještě navštívil doma, pak se s rodiči odstěhoval nevím kam. Ale mohl jsem na něm dokázat svým doktorům, že před bezvědomými pacienty se nesmí mluvit o špatných vyhlídkách. Zásadně jsme pak takové případy řešili v jiné místnosti.

Jindy mi volal profesor Křepela ze Švejcarovy kliniky, že má na oddělení tuberkulózy dívenku s proliferativním tuberkulózním zánětem mozkomíšních obalů, pro kterou nemůže nic udělat, poněvadž se nelze lumbální jehlou ani dostat do cerebrospinálního prostoru. Krev se tam také nemůže dostat právě pro ten hrůzný otok, a tak nelze podat ani streptomycin. Že ji každý pohyb bolí,



a poněvadž její rodiče i dědeček bydlí blízko Děčína, prosí, abych ji přijal. Že se pro ni už vážně nedá nic dělat. Uložili jsme ji mezi děti na větší pokoj. Ale už při první vizitě mi připadalo nepřijatelné jen chodit kolem a nic pro ni neudělat. Nadto při sebemenším drcnutí do její postýlky plakala bolestí. Napadlo mě, jestli by se léky do míšních prostor nedaly dopravit jinak, a myslel jsem na iontoforézu (na jednu elektrodu si pacient lehne a druhá se umístní tak, aby proud, nesoucí s sebou ionty léku, procházel žádoucím směrem). Tak se mohou některé látky dostat i jinými tělesnými tkáněmi na některá jinak nedostupná místa lidského těla. Zavolal jsem to Křepelovi, ale ten mi odpověděl, že ho to taky napadlo, ale že streptomycin, PAS ani INH nelze iontoforézou stěhovat. Já jsem ale chtěl alespoň něco dělat! Iontoforézu jsme už měli připravenou, a poněvadž prokain zbavuje od bolesti, ostatně se užívá k utlumení lokálních bolestí injekčně, bez velké naděje jsme ho zkusili dát té holčičce iontoforeticky. Hned druhý den na vizitě nás čekalo velké překvapení. Sotva jsme přišli, Lucinka se ptala: „Dáte mi zase ty mravenečky jako včera?“ Tak jsme jí dávali mravenečky, Lucka méně naříkala a já přemýšlel, co s tím. A tak jsem nastudoval, že prokain nejen utišuje bolest, ale že vysušuje tkáně! Když vysušuje, pak taky může odstranit otoky, které brání streptomycinu proniknout k mozkomíšním tkáním!? Takže jsme zanedlouho spustili naplno léčbu STM, INH a PASem a měli jsme čím dál tím větší radost. Lucku už bolely jen vysloveně tvrdé nárazy a na Vánoce jsme ji mohli poslat domů. Vrátili ji k nám na další léčení za tři dny a bylo to veliké společné štěstí. Děda říkal, že musel jet oklikou, poněvadž kratší cesta je vymletá a drncání ji bolelo. Za dva měsíce jsme už mohli přejít na ambulantní kontroly. Vždycky, když říkala, že ji nic nebolí, jsem ji nutil skočit ze stoličky na podlahu – a vždycky po dopadu ještě bylo vidět, že švindlovala. Až pak jednou jsem otevřel dveře do čekárny a zezadu z chodby se rozběhla Lucka, strašně se odrazila do výšky, a když dopadla, smála se a křičela: „A nebolí!“ Nevím, jestli může člověku udělat něco větší radost! Ještě dnes mám mokré oči, když si na to vzpomenu…

Jednou nám ještě v Děčíně volali odněkud z těch kopců kolem, že vezou novorozence a rodičku. Novorozenec prý má přetrženou pupeční šňůru a tržnou ránu na hlavičce. Stalo se tohle: maminka v pokročilém těhotenství, tercipara, šla ve svém patrovém domku na toaletu. V domku měli suchý záchod a z obou podlaží do senkrubny vedly oplechované roury. Maminka však do záchodové roury v patře zcela nečekaně porodila. Pupečník se přetrhl, dítě zachrastilo v tom zařízení a šplouchlo do přikryté jímky. Máma zoufale volala z okna na manžela, který byl naštěstí nedaleko. (Poněvadž všechno dopadlo dobře, dělali jsme si později trochu legraci, co asi volala, kde že jejich Fanoušek je.) Otec nezaváhal, rychle otevřel jímku, Fanouška z té husté kaše vylovil, na hlavičce měl tržnou ránu dost velkou, jak po cestě někde vzal o odchlípnutý plech, tak asi 2 × 3 cm a zvednutou. Když k nám přijeli, novorozeně jsme – jak to šlo – očistili, chirurg, který přiběhl kvůli tržné ráně, ji po poradě s námi jen lehce přistehl a zadrénoval, poněvadž začne hnisat. Dítě strašlivě smrdělo, ať jsme dělali, co jsme dělali. Ale na kůži žádné hnisání, očka čistá, pupeční jizva krásně zasychala a kůže na hlavičce se přihojila *per primam*, ani známka nějakého zánětu. K tomu krásně prospívalo, pilo jako duha, jen ten smrad byl nezvladatelný. František byl už dávno doma, ale oddělení páchlo a páchlo, ještě štěstí, že se pak brzy malovalo, a tím celé voňavé drama skončilo.

Když už jsem u toho vzpomínání – na jednoho tatínka, kterého jsem poznal už hodně dávno, si vzpomenu stále častěji. Hned pochopíte. Byl to tehdy pán asi čtyřicetiletý, měl tři chlapečky a jeden z nich měl opako-

vané astmatické potíže. Jednou se přihnal s jiným svým dítětem, kojencem, který měl velice ošklivé průjmové onemocnění a byl evidentně ve špatném acidotickém stavu. Zatímco táta čekal na příjmu, my se sestrou jsme se postarali o to prtě. Když už bylo na kapačce s iniciálními roztoky, vrátil jsem se k otci sepsat anamnézu a přijímací papíry. Mezi již celkem klidným vyplňováním papírů jsem se ho zeptal, jak se jmenuje ten z jeho chlapců, co má astma. A tu se ten člověk, jak byl ještě rozčilený, dostal do hrozné situace, nemohl si totiž vzpomenout. Začal mě plácat po rameni a opakoval: „Jméno má, doktore, jméno má!" Po chvilce se uklidnil a jméno mi řekl. Já si však, jak se s postupujícím věkem přečasto zastavím, nemoha si vzpomenout na úplně běžná jména nebo termíny, v klidu opakuji: „Jméno má, jméno má…" A za chvilku mi už ten správný výraz vyskočí v paměti. Vzpomínka na toho tatínka mi pomáhá věc v klidu řešit.

Mezi dotazy, které jsem od vás dostal na pomoc své paměti, je i otázka, zda a jak ovlivnila profese můj rodinný život. Pochopitelně ovlivnila, a to totálně. Moje děti opakovaně zažily situaci, kdy jsme měli sbaleno, třeba už i lyže na střeše auta, načež zazvonil telefon z nemocnice – a odjezd byl odložen, nebo se nejelo vůbec nikam. Alespoň věděly, co je ve zdravotnictví čeká. Přesto má dcera už víc než třicet let pracuje v oboru, navíc si vzala lékaře.

Tohle tedy, když to chcete vědět, byla ta moje medicína, takový je vzorek mojí lékařské duše.

Cesta k medicíně

Maturoval jsem v roce 1950. Poněvadž jsem si (kupodivu a z velmi kuriózních důvodů) mohl zvolit vysokou školu, rozhodoval jsem se, jestli na umělecký směr – dramaturgii –, nebo na medicínu, která mě lákala od raného dětství tří a půl let, kdy jsem strávil dost dlouhou dobu na dětské klinice a posléze v péči lékařů. Dodnes si pamatuji na profesora Jaroslava Procházku, který mě léčil v době bez antibiotik a s trochou sulfonamidů transfuzemi prováděnými tehdy přímou metodou od dárce, který ležel na lůžku vedle mě (byl to můj otec a dával mi krev rovnou z ruky do ruky), na profesora Otakara Hněvkovského, který o mne pečoval ještě několik let po mém návratu domů. Na profesora Václava Kafku, který mě opakovaně operoval při pobytu na klinice, se nepamatuji z té doby vůbec, ale na sekundárního lékaře, který mi převazoval a čistil operační rány (což hodně bolelo) a zpíval se mnou takovou píseň, již jsme spolu složili, aby to už přestalo bolet, a o kterém jsem nikdy nevěděl, ani jak se jmenuje, jsem nezapomněl nikdy.

Možná bych se přece jen měl zmínit o tom, proč jsem bez potíží odmaturoval. Tehdy ještě i po komunistickém převratu doznívaly na školách zbytky demokratického režimu, a tak na velmi „luxusním" gymnáziu v tehdejší Praze XIX na Velvarské třídě (dnes Praha 6–Dejvice), kam jsem chodil se spoustou svých spolužáků z obecné školy na Hanspaulce, mezi které patřili třeba Pavel Kopta a Jiří Stránský, oba vzhledem k svým rodinám jsoucí na odstřel, existoval ještě Spolek středoškolských studentů. Měli jsme svůj časopis i peníze z každoročních příspěvků a já byl tehdy jeho místopředsedou. Předseda spolu se svým otcem snad emigroval a já najednou měl na starosti výroční schůzi osmi stovek studentů. Hned po zahájení schůze se přihlásila jedna vzdálenější spolužačka (měla na sobě k údivu všech modrou svazáckou košili) a sdělila nám do mikrofonu, že celé gymnázium hromadně přihlásila do SČM, tak abychom to hlasováním potvrdili. Ale já jsem využil své funkce předsedajícího a řka, že to bude mít větší morální hodnotu, vznesl jsem protinávrh, aby se naopak odhlasovalo hromadné vystoupení ze svazácké organizace a pak aby tam každý vstoupil sám za sebe. Schváleno i s aplausem, jenže během čtyř dnů se dostavili pánové, kteří nám (tedy mně a pokladnici) sdělili, že spolek je zrušen. Peníze na knížce i v pokladničce nám zabavili, a tak jsem pochopitelně očekával, že mi bude ředitelem (moc slušný pán, odvolaný diplomat) doporučeno, abych k jarnímu termínu maturity raději nechodil, ale abych nezoufal, v opravném termínu že už uspět můžu. To se skutečně stalo spolužákům

Stránskému, Koptovi, Řehákovi… Ale mně nic! Teprve po roce 1989, kdy se mi dostaly do rukou zbytky mého kádrového materiálu, jsem – pokolikáté už! – zjistil, že verš „Vůně dobrých skutků vane proti větru!“ z Dhammapam platí. Na posudku k maturitě stálo: „Má výborný vztah k pracující třídě!“ Podepsána dívka, kterou jsem jako spolužačku z bůhvíjaké třídy vídal v tanečních hodinách v Lucerně. Většinou tam stála opuštěná a čekala, až k ní taneční mistr někoho přivelí. Vlasy smutně spuštěné, postavou i oblečením připomínala jakousi zbloudilou husopasku. A poněvadž moje ze všech znejmilejší chodila do tanečních jinam, tak jsem vždycky pro tu husopasku šel a s ní protancoval celé taneční. Pak už jsem ji nikdy neviděl. Ale byla předsedkyní nějakého výboru a podepisovala posudky na spolužáky. Takže pro výborný vztah k pracující třídě mi prošla organizace kolektivního vystoupení z SČM.

Poněvadž jsem pak maturoval zcela bez potíží a s vyznamenáním, mohl jsem si podle toho roku platné směrnice zvolit vysokou školu. Radil jsem se, poněvadž jsem byl jako už odrostlý skaut členem „kruhu“ s Pavlem Křivským, později odsouzeným k smrti za kažení mládeže (jako Sokrates!). Rozsudek mu byl změněn na doživotí a z kriminálu se dostal v šedesátých letech. Ale tenkrát ještě fungoval a já využil možnosti takzvaných vigilií a při dlouhých společných procházkách nočním Petřínem jsem ho požádal o radu. Tehdy mi říkal: „Umění, psaní, divadlo nejspíš budou umět pokroutit a budou deptat všechno, co se jim nebude hodit do krámu, ale pomáhat lidem od bolesti bude zapotřebí v každé době!“ Tak jsem zvolil medicínu. Nikdy Pavlovi nepřestanu být vděčný za mnohé, včetně tohoto svého tehdejšího rozhodnutí.

Studovat medicínu jsem začal v Plzni a od začátku studia jsem věděl, že budu chtít pracovat u lůžek, a to nejspíše dětských; měl jsem takovou nějakou představu, že děti míň lžou, jsou víc opuštěné a ve své nemoci samy. Proto jsem nezaváhal, a když profesor Josef Houštěk otevřel v roce 1953 Fakultu dětského lékařství, přestoupil jsem k němu.

MUDr. Kamil Kuchler

Narodil se roku 1931 v Praze v rodině pojistného matematika. Maturoval na gymnáziu Velvarská. Medicínu začal studovat v Plzni, promoval roku 1956 na nově zřízené Fakultě dětského lékařství (nyní 2. LF) UK.

Působil jako sekundární lékař na dětském oddělení okresní nemocnice v Děčíně, v 60. letech jako primář dětského a kojeneckého oddělení kliniky Josefa Švejcara v pražské Thomayerově nemocnici, kde se věnoval dětské kardiologii. Od roku 1971 byl primářem dětského oddělení a okresním odborníkem v Děčíně, v letech 1990–1997 náměstkem ředitele Fakultní Thomayerovy nemocnice, poté do roku 2002 zdravotním radou pro Prahu 12.

Druhá manželka byla lékařka, ze tří dětí je dcera zdravotní sestrou.

Jozef Kubinyi

Základním cílem medicíny je léčit, ne vydělávat peníze

Pane doktore, nukleární medicína není dvakrát běžná specializace…

Nikdy mě neoslovila interna nebo chirurgie, které jsou všeobecně považované za hegemony medicíny. Zřejmě můj zájem o přírodní vědy způsobil, že jsem už záhy po začátku vysokoškolského studia začal uvažovat o nukleární medicíně. Dělal jsem pomocného asistenta na fyziologii a patofyziologii, ale čistě teoretická práce by mě neuspokojila. Nukleární medicína v mých představách dávala prostor pro využití matematiky, fyziky, fyziologie, patofyziologie… Navíc jsou v ní aplikovány diagnostické i terapeutické postupy, takže umožňuje dostatečný kontakt s pacientem. Po vojně jsem proto nastoupil do Krajské nemocnice v Ostravě, sice na radioterapii, ale současně jsem pracoval na nukleární medicíně. Nukleární medicína tenkrát neměla základní atestaci, takže jsem musel absolvovat i základy radioterapie. Byla to tvrdá škola o životě, umírání, lidské důstojnosti. Hned první Vánoce jsem dostal službu na lůžkovém oddělení, ta se vždycky přidělovala nováčkům. Na celém oddělení zůstalo asi 15 pacientů, všichni v terminálním stadiu onkologického onemocnění. Požádali mě, jestli bych s nimi na Štědrý den povečeřel. Oblékli si k večeři civilní šaty, to nejlepší, co měli. Byla to jejich poslední večeře. Nebo se mě dvě holčičky v předškolním věku ptaly, kdy se maminka vrátí domů. Věděl jsem, že se domů už nevrátí. Taková zkušenost naučí člověka pokoře. A možná trochu i pochopit smysl života a práce lékaře.

Specifika lékařské „duše" – přesně o to v této knize jde. Ale dál: Nukleární medicína zní laikovi hrozně, něco jako nukleární válka. Ostatně právě slůvko „nukleární" (jaderná) ze svého názvu z taktických důvodů vypustila původní nukleární magnetická rezonance (NMR) a stala se pouze magnetickou rezonancí (MR)… Takže alespoň letem – co je nukleární medicína?

Nukleární medicína a nukleární válka mají společné to, že využívají energii z atomového jádra, a proto nesou společný název. Dokonce i slunce funguje na termonukleární pohon, takže ne všechno, co souvisí se zářením z jádra, je špatné. Záření gama, využívané v diagnostické nukleární medicíně, je svým charakterem úplně stejné jako rentgenové záření využívané v radiodiagnostice, jenom jeho původ je jiný. Jeho základní výhodou je, že proniká pevnou látkou a lze ho detekovat. Když to velmi zjednodušíme, princip vyšetření v nukleární medicíně spočívá v detekci radiofarmaka v organismu. Radiofarmakum má dvě složky – radioaktivní a biologicky aktivní. Radioizotop s vhodnými fyzikálními vlastnostmi se spojí s chemikálií, která má žádané biologické vlastnosti. Radioizotop (tracer) je zodpovědný za to, že můžeme vidět jeho rozložení v organismu. Biologicky aktivní molekula zase dopraví radioizotop do požadovaného místa – nejčastěji v rámci nějakého metabolického děje. S dalším velkým zjednodušením lze říct, že je to stejné jako vyšetření na rentgenu, ale tady je zdroj záření přímo v pacientovi a vyšetření podává informaci o nějaké funkci, biochemickém ději a podobně. Nu a když v radiofarmaku nahradíme radioizotop vyzařující záření gama radioizotopem vyzařujícím částice beta nebo alfa (rovněž z jádra atomu), můžeme ho použít k léčbě ozařováním (třeba nádoru).

Jaký je vývoj nukleární medicíny, najmě v současnosti, kdy finesy medicíny spíš postupují naopak – od fyziky přes chemii k biologii (biologické léčbě)? Jak je tomu například u onkologických onemocnění?

Po roce 1945 se nukleární medicína rozvíjela rychle, v bývalém Československu vzniklo



okolo 60 oddělení. Tehdy se předpokládalo, že by mohla mít význam i v předpokládané atomové válce, proto ta pozornost.

Dnes je v ČR 43 oddělení nukleární medicíny. Součástí některých jsou lůžková oddělení, celkem asi 100 lůžek pro léčbu pomocí radiofarmak. I když se to asi laikovi bude zdát složité, je to zcela klasická klinická medicína. Jen vyžaduje multidisciplinární přístup, na oddělení pracují kromě lékařů a sestřiček taky fyzikové a farmaceuti, radiologičtí a farmaceutičtí asistenti, odborníci na IT a případně další specialisté.

Původní pomalé a nepřesné měřicí přístroje nahradila technika umožňující kvalitní tomografické zobrazování. Zejména pozitronová emisní tomografie (PET) umožňuje velmi přesnou a zatím ničím jiným nahraditelnou diagnostiku, zejména v onkologii.

A budoucnost? Lze očekávat mimořádný rozvoj nukleární medicíny, která se asi změní na molekulární medicínu. Celé 20. století bylo ve znamení rozvoje diagnostických metod, které mapují strukturu – ultrazvuk, rentgen, počítačová tomografie, magnetická rezonance… 21. století bude nepochybně charakteristické rozvojem metod, které umožní zachytit jiné, subtilnější aspekty nemoci a dříve ji diagnostikovat.

Molekulární medicína by tedy měla umět zachytit patologický řetězec už ve stadiu exprese genu nebo změněných biochemických poměrů. To všechno na základě nových radiofarmak, která jsou ve vývoji. Zatím se tomuto ideálu blíží zobrazování PET po aplikaci fluorodeoxyglukózy, neocenitelné při většině nádorových onemocnění.

Druhým fenoménem, který nepochybně ovlivní v příštích desetiletích diagnostiku, je hybridní zobrazování. Spojení dvou různých přístrojů do jediného celku umožní sledovat současně různé změny v čase a tyto změny přesně lokalizovat. Zatím nejužívanějším hybridním přístrojem je pozitronová emisní tomografie ve spojení s počítačovou tomografií – PET/CT. Pro neurologii (ale nejenom pro ni) velmi slibné je spojení magnetické rezonance s PET vyšetřením – PET/MR. Další varianty hybridů umožňují současně vyšetřit průtok cévami zásobujícími srdce a prokrvení srdečního svalu – CT angio/SPECT myokardu. Ve vývoji je dynamická PET, která by měla umožnit zachycení rychlých biologických dějů.

Cílem všech těchto snažení je personalizovaná medicína, to znamená léčení „šité na míru“ každému nemocnému. V současnosti na příbalovém letáku léku najdete instrukci, že máte užívat třeba 3× denně jednu tabletu. Nové diagnostické metody do budoucna každému pacientovi určí přesné množství a interval užívání léku podle jeho genetické výbavy, podle typu, stadia a závažnosti onemocnění. Diagnostika se tak ještě výrazněji přiblíží k terapii, až s ní vytvoří skutečně nedílný celek. Už dnes se toto propojení diagnostiky a terapie označuje jako „teranostika“ (terapeutická diagnostika).

Budoucnost v oboru popisujete docela hezky, ale kde se na to vezmou peníze, kdo to všechno zorganizuje? Působil jste nějakou dobu v politice, jak vidíte pokrok v medicíně v této souvislosti? Jaký je vztah politické sféry a zdravotnictví?

Obecně je zdravotnictví spolu s penzijním systémem celosvětově největším problémem. Zajistit důstojné stáří a kvalitní zdravotní péči pro všechny je mimořádně obtížný úkol, který se zatím žádné vládě na světě nepodařilo uspokojivě vyřešit. Z tohoto hlediska je situace v ČR zatím relativně dobrá. Nepochybně ale taková nezůstane do budoucna, protože bez jasné strategie a politické vůle bude zajištění zdravotní péče čím dál obtížnější. Zdravotnictví je velkým problémem, ale politickou elitou je vnímáno jako politikum. Pěkně to dokumentuje výrok jednoho mladého premiéra, který mi řekl: „Tys chtěl to zdravotnictví řešit, viď? Ale tvým úkolem je hlavně získávat body pro stranu!“ O zdravotnictví se hodně mluví před volbami, reálně se však – především v koncepční rovině – udělalo za posledních dvacet let velmi málo. Základní nerovnost vzniká mezi rychle se zvyšující cenou léků a technologií a jenom pomalu rostoucími zdroji na zdravotní péči. Ceny léků rostou v desítkách, někdy až stovkách procent, zatímco platy a HDP rostou v jednotkách procent, pokud vůbec. Proto slib, že dáme každému nejlepší možnou péči, jaká je k dispozici, představuje evidentní lež. Existuje celá řada restrikcí, které zabraňují ekonomickému kolapsu zdravotnictví. Koneckonců, tyto restrikce byly i za minulého režimu a jsou ve všech zemích na světě. Je ale velká škoda, že už dávno neprobíhá celospolečenská diskuse o potřebách a možnostech, o hranicích únosnosti, o možných

řešeních. Myslím, že občané ČR vnímají a v intuitivní rovině chápou, že se leccos musí změnit. Na druhou stranu je potřeba přiznat, že stanovení jakési průměrné, ekonomicky únosné péče jsme sice v rovině teoretické všichni schopni akceptovat, ale v rovině praktické se jí nebudeme ochotni řídit. Když onemocníme my nebo nám blízký člověk, chceme *tu nejlepší možnou* péči a nikoliv nějakou *průměrnou, ekonomicky optimální*. Pravdu má František Koukolík, když říká, že lidi jsou nikoliv myslící bytosti, které mají občas emoce, ale emocionální bytosti, které občas myslí…

Přesto by nebylo až tak obtížné udělat analýzu kvality a ceny poskytovaných služeb a optimalizovat síť poskytovatelů. Tento proces běží ve všech civilizovaných zemích. Proces koncentrace poskytování služeb (zejména drahých technologií), rušení některých zařízení a s tím spojená horší místní dostupnost péče jsou pochopitelně nepopulární. Ale je to jediná cesta, jak udržet „rozumnou kvalitu za přijatelnou cenu". Je lepší dojíždět za kvalitní péčí do vzdálenějšího města, než mít nekvalitní péči v místě bydliště. Pro tento proces máme zcela nepochybně všechny podklady. Jenomže se dosud nenašel nikdo, kdo by to udělal. Důvodem, proč se u nás nemůžou udělat prakticky žádné reformy, je kromě nepopulárnosti zejména možnost narušení netransparentnosti systému. Na zdravotní péči se v ČR ročně vydá okolo 250 miliard korun. A ročně se z toho deset až dvacet procent ztratí. Kam? No, například by se asi značná část dala najít na černých fondech politických stran.

Vzhledem k takříkajíc futuristické instrumentaci a dekoracím není v nukleární medicíně asi moc místa na lidský kontakt, vztah lékař–pacient. Stane se vám někdy, že zafungujete i jinak než jako krmič radiofarmaky a měřič záření jimi vydávaného z pacientských útrob?

Abych kontroval toho krmiče, musím konstatovat, že největší kontakt s pacientem má asi šaman, který pacienta hladí a okuřuje a běhá kolem něho s virgulí. Ale vážně – je pravdou, že s rozvojem přístrojové techniky se snižuje kontakt s pacientem. Částečně je to logické, předtím jsme používali jenom své smyslové vnímání, vyšetřovalo se pohmatem, poslechem, poklepem a při všech těchto činnostech byl kontakt s pacientem zajištěn. Postavení lékaře bylo poněkud jiné, možná se trochu blížilo tomu šamanovi, protože znalosti lékaře byly objektivně malé (ve srovnání s dnešní dobou). Medicína předtím bývala spíše uměním než vědou. Dnes by se měl stát lékař jakýmsi průvodcem a rádcem pacienta, měl by mu pomoci orientovat se v bludišti možností medicíny, informovat o výhodách a nevýhodách toho kterého postupu léčení. Pokud jde o lidský kontakt, do značné míry ho v diagnostice zajišťují zdravotní sestry a radiologičtí asistenti. Lékař má, jako ostatně dnes snad každý na této zeměkouli, nedostatek času. Ale stejně musí s každým pacientem probrat alespoň nutné minimum, vysvětlit mu, co a proč s ním bude dělat, jak to bude probíhat. Občas je to dost svízelné, lidé se bojí složitých přístrojů a někdy i stísněného prostoru, někteří jsou méně bystří, taky se na každém pacientovi projevuje stres z jeho nemoci. Nejsložitější je to po skončení vyšetření, pacienti chtějí vědět, co jsme zjistili a co to pro ně znamená. To by jim ale měl v celé komplexnosti vysvětlit ošetřující lékař, u kterého se shromažďují veškeré informace. Pokud ale je prostředí při vyšetření pacienta vlídné a on se cítí dobře, někdy se třeba svěří se svou obavou z nadcházející operace nebo jiného výkonu. Pak někdy „zafunguji jinak" a třeba přesvědčím pacienta, aby se nechal operovat nebo že biopsie není až tak strašný výkon a je skutečně nutná. Největší kontakt s pacientem mám při léčbě. V tom případě musí být informace pro pacienta zcela vyčerpávající, pacient musí přesně vědět, co může po léčbě očekávat, jaké jsou možné nežádoucí účinky a komplikace. Je to o to těžší, že u nás v oddělení nukleární medicíny léčíme jenom ambulantně. Pacientům, u kterých očekávám komplikace, dám na sebe číslo mobilu, aby mi v případě potřeby mohli zavolat a poradit se. Obecně ale platí, že medicína se čím dál tím víc mění v neosobní mašinérii velmi roztříštěnou na jednotlivé specializace, ve které chybí nějaký jednotící činitel schopný strávit s pacientem více času a pořádně mu všechno vysvětlit. Prostě chybí obyčejný lidský kontakt a empatie.

Cílem medicíny sice je, aby lidé byli zdraví, nicméně lékaři jako údy zdravotnického systému existenčně závisí na platbách za léčení nemocných (ať už jdou z jakékoli kapsy), tedy na tom, že lidé nejsou zdraví. A zdravotnictví coby ekonomicky fungující „fabrika" provo-


COUNTRY



zovaná reálnými lidmi a zmítaná reálnými ekonomickými zájmy i toho největšího idealistu a obětavce buď zglajchšaltuje (donutí léčit dráž, než je nutné, stát se jakýmsi pasákem nemocných), nebo vyvrhne. Může s tím slušný lékař něco dělat, nebo je opravdu bezmocný jak ono pověstné nemluvně?

Pasák nemocných je zajímavé označení pro lékaře. To bychom mohli stejnou terminologií označit novináře za „oblbovače národa". V obou případech bychom někdy měli pravdu a někdy ne. Mezi lékaři, jako ostatně i mezi novináři, jsou v převaze slušní lidé, kteří chtějí svou profesi vykonávat čestně a svědomitě. Otázkou je, jestli jim to prostředí umožňuje. Obávám se, že ne zcela. Žijeme ve světě, ve kterém kralují peníze a v němž je ekonomika určujícím faktorem. Dokonce i v sociologických průzkumech národem uznávaných hodnot se dnes hmotný blahobyt dostal před zdraví. To je navýsost alarmující. Ale odráží to realitu. Pokud jde o lékaře, ten samozřejmě chce taky být hmotně zajištěný, v tom nevidím nic špatného. Pokud ale někdo zle nastaví pravidla, pak nezbývá, než se přizpůsobit. Nebo se pokusit změnit systém. To ostatně bylo to, co mě přivedlo k politice – a posléze mě z ní zase vyeliminovalo. Souhlasím, že zdravotnictví je „fabrika zmítaná ekonomickými zájmy". Ale základním cílem medicíny (a lékaře) je léčit, ne vydělávat peníze. Což asi nevysvětlíte farmaceutickým firmám, prodejcům přístrojové techniky a zdravotních pomůcek, stavebním a dopravním firmám atd. Střet etiky a ekonomiky je evidentní, trvalý a neodmyslitelný. S tím by se měla vypořádat nejen politická sféra (i když ta zejména), ale i každý jednotlivý lékař. Politická elita u nás je zatím evidentně nad věcí, nebo možná spíš „mimo" věc; na rozdíl od vyspělých zemí se tento problém ani nezačal řešit. Lékaři mají omezené možnosti, protože jak v privátní, tak ve státní sféře se jejich ekonomické hodnocení odvíjí zejména od plnění ekonomických ukazatelů.

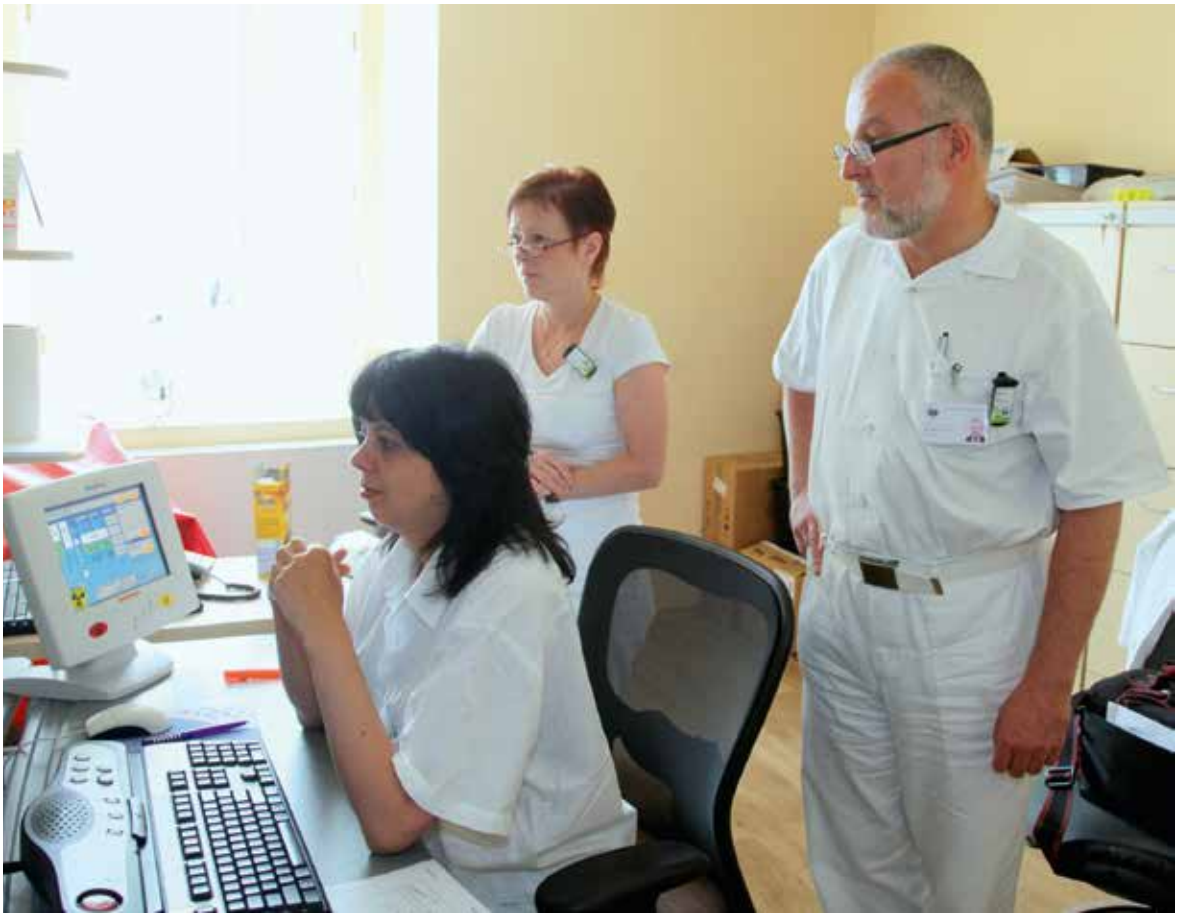
A co s tím tedy, pokud vůbec, může dělat ten „sám voják v poli", jednotlivý lékař?

Odpověď na vaši otázku, co s tím může lékař udělat, zní – angažovat se. Politologická poučka praví, že demokracii nelze vybudovat bez angažovaných občanů. Organizovanost v politických stranách je v České republice pod jedno procento, v zavedených demokraciích je to někde mezi třemi až osmi procenty. Pak si stěžujeme, že není koho volit. Takže jednak se můžou lékaři angažovat přímo v politice a jednak by je mělo být víc slyšet. Žel, jaksi jsme otupěli. Stát je prolezlý korupcí a kmotrové řídí politiky. Trend vývoje je jako u neléčené rakoviny, šíří se a zasahuje postupně do všech sfér života. Samozřejmě že zdravotnictví není ušetřeno. Vyřešit to na lokální úrovni nelze. Nutná je systémová změna, a podle mne už je „hodně po dvanácté".

Ve zdravotnictví lze proti ekonomickým zájmům postavit jasná pravidla pro léčbu a její financování, zavést doporučené postupy diagnostiky a terapie, zveřejňovat informace o pohybu peněz v pojišťovnách a zdravotnických zařízeních, o kvalitě zdravotní péče. Transparentnost a koncepčnost systému jsou základní podmínkou, bez níž vždycky vyhraje ekonomika nad etikou. Dokonce si dovolím tvrdit, že tyto podmínky jsou *apolitické*, nelze je označit za pravicové či levicové, jsou prostě fundamentální. A politické rozložení sil u nás je stejně takové, že bez široké politické shody není a nebude možné udělat v systému zdravotnictví žádnou zásadnější změnu.

Představme si situaci, kdy bychom všichni dodržovali zásady prevence, vyhýbali se nepřestem, přiměřeně sportovali, jakož i jinak vedli zdravý život – tudíž byli poměrně dost zdraví. Rozpor spatřuji v tom, že si to navenek sice všichni lékaři okázale přejí, ale jako příslušníci systému zdravotnictví založeného na platbách za léčení to naprosto logicky nemůžou myslet vážně. Ať se na to dívám z kteréhokoli úhlu pohledu, ten zásadní konflikt v lékařském řemesle platí a i ten nejobětavější lékař si ho musí hluboce uvědomovat. Pro ty vaše kolegy, kteří v tomto okamžiku brunátní, doporučuji představit si sama sebe, jak má už týdny prázdnou ordinaci a jásá nad tím, že jsou lidi kolem báječně zdraví… Pane doktore, co byste s tímhle dělal? Jací vy doktoři opravdu jste?

Tak teď jste mne pobavil. I když se vám to bude zdát asi divné, my doktoři jsme opravdu taky lidé. Ano, představa prázdné ordinace je jistě děsivá. Ale mám děsivější – ordinace bude plná, a nebude v ní lékař! Obliba lékařské profese klesá, na medicínu se u nás i ve světě hlásí čím dál méně studentů. Podle statistik se hlásilo před dvaceti třiceti lety



na fakulty téměř čtyřikrát víc uchazečů, než bylo možné přijmout, dnes je to jenom asi o padesát procent více. Je jen otázkou času, kdy bude zájem menší než potřeba. Přitom už dnes je málo stomatologů, anesteziologů, patologů, radiologů, nukleárních medicinmanů… Takže pokud bude lidstvo žít zdravěji, možná se mu bude dostávat dostatek lékařů. Nakonec to může být dobrá motivace: Žijte zdravěji, protože vás jinak nebude mít kdo léčit!

Promiňte mi manipulaci, trochu jsem to celé otočil. Ale vážně se neobávám, že nás čeká přebytek lékařů. Je to vysoce nepravděpodobná varianta. V dlouhodobém horizontu lékařů nakonec bude „tak akorát“, protože zafunguje tržní mechanismus. Pokud jich bude nadbytek, neuživí se a taky samozřejmě dojde k redukci škol, které je produkují. Pokud jich bude nedostatek, zlepší se jejich ocenění i postavení. Navíc žijeme v otevřeném světě, ve kterém poroste fluktuace pracovní síly. Lékaři se budou stěhovat za prací a lepšími podmínkami, čehož jsme svědky už dnes. Mimochodem, největší nedostatek lékařů v Evropě má asi Švédsko, švédští lékaři totiž hledají lepší podmínky jinde, zejména ve Spojených státech. Do Švédska zase směřují hlavně polští lékaři. A popravdě, ve švédské Uppsale jsem před šesti lety málem skončil i já…

Jaké je vaše největší osobní lékařské přání?

I to je poněkud obecnější. Jak známo, na zdraví populace se jenom asi z dvaceti procent podílí úroveň zdravotnictví. Celých 80 % je podmíněno životním stylem, kvalitou potravin, vody, vzduchu, bydlením, pracovními podmínkami a tak dále. Takže z hlediska efektivity by bylo potřeba dát mnohem víc prostředků právě na osvětu, ekologii, prevenci. Dokonce si myslím, že kdyby se povedlo odstranit „kmotry“ a „blbou náladu“, mělo by to za následek pokles onemocnění srdce i cév. V nadsázce lze říct, že snad by to znamenalo i pokles počtu pacientů v blázincích. Lékaři by asi v naprosté většině nic nenamítali. Možná jsem idealista, ale neumím si představit lékaře, jak se raduje z toho, že je hodně lidí nemocných, jak si mne ruce, že bude mít víc práce. A je pro mě nepředstavitelné, že by úmyslně léčil tak, aby pacienta

úplně neuzdravil, aby byl pacient nucen přijít opakovaně, a tím lékaři zvýšil jeho zisk. Nevylučuji, že se čas od času u nějakého jednotlivce může takové jednání objevit, ale v naprosté většině jsou lékaři vnitřně nastaveni k pomoci pacientovi. Ti, kteří jsou „naprogramováni" na zisk, většinou zdravotnictví časem úplně opustí, nebo alespoň opustí výkon medicínského povolání a jdou dělat něco výnosnějšího. Takže já osobně si docela dobře umím představit, že by lékař dokonce mohl mít radost i z té prázdné ordinace. Řekl by si, že odvedl dobrou práci, že žije ve skvělé zemi, kde jsou lidé zdraví. A jelikož intelektuální kapacita většiny lékařů je dostatečná na to, aby dokázali změnit oblast svého zájmu, dal by se na výzkum, věnoval by se osvětě, taky by mohl najít uplatnění v rozsáhlé síti prevence. Nebo by se po vzoru Alberta Schweitzera sebral a šel by léčit potřebné jinam.

Cesta k medicíně

Střední školu jsem začal studovat v roce 1970. První den se nás třídní profesorka ptala, kdo chce vstoupit do nově založeného Svazu socialistické mládeže. Nikdo se nehlásil. Pak nám řekla, že bez členství v SSM nás nevezmou na vysokou školu, a zeptala se ještě jednou. To už zvedlo ruku a následně vyplnilo přihlášku všech 41 studentů 1. C. Dnes se rok 1970 považuje za začátek normalizace…

Táta byl primářem chirurgie, máma tehdy laborantkou na hygieně. Takže s lékařským prostředím jsem se seznamoval od raného dětství. Přesto jsem na střední škole uvažoval, že bych mohl studovat matematicko-fyzikální fakultu. Pak jsem ale zjistil, že moje vlohy nejsou dostatečné, a ujistil jsem sám sebe, že realizovat se můžu i v medicíně. Ale spolužáci i kantoři mě přesvědčovali, že nemám jít pracovat s lidmi, že mi to moc nejde. Výběr jsem učinil sám a po poměrně dlouhém váhání. Dodnes toho nelituji.

Medicínu jsem začal studovat v Martině a v touze po samostatnosti jsem pak přestoupil do Olomouce, kde jsem v roce 1979 promoval. Když dnes jako vysokoškolský učitel srovnávám, konstatuji, že kvalita výuky byla vysoká, ale organizace se mi tenkrát zdála lepší. Když si student dobře rozložil zkoušky a uměl se učit, zbyl mu dostatek času na relaxaci. Studium v současné době mi připadá zbytečně extenzivní a poněkud hektické. Možnosti dnešních studentů jsou ale v mnoha ohledech větší, než byly naše – stačí vzpomenout výměnné stáže nebo dostupnost informací.

Po promoci následovala povinná základní vojenská služba v délce jednoho roku. Nebyl do zcela ztracený rok, dalo se hodně naučit zejména z běžné praxe na úrovni obvodního lékaře. Taky bylo dost času na čtení. Problém nastal až ke konci v létě 1980, kdy nám hrozilo, že místo domů půjdeme v rámci „bratrské pomoci" likvidovat polskou Solidaritu. Naštěstí z toho sešlo.

MUDr. Jozef Kubinyi, Ph.D.

Narodil se roku 1955 v Žilině v rodině lékaře. V roce 1979 vystudoval Lékařskou fakultu Univerzity Palackého v Olomouci.

Do roku 2002 působil v Ostravě (naposledy jako přednosta kliniky nukleární medicíny FNsP), v letech 2002–2006 byl členem Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR (část roku 2004 též ministrem zdravotnictví).

Nyní je odborným asistentem na 1. LF UK pro obor nukleární medicína a primářem Ústavu nukleární medicíny 1. LF UK a VFN v Praze.

Od roku 1996 FEBNM (Fellow of European Board of Nuclear Medicine, jako první a dosud jediný občan ČR).

Má dvě dcery (jedna z nich je lékařkou), manželka je rovněž lékařka.

Jiří Kofránek

Mezi medicínou a matematikou

V profesi jsem byl vždy tak trochu rozpolcený. Na jedné straně mě zcela pohltil reálný svět medicíny se vší její složitostí, náročností i novými možnostmi moderního lékařství, ale často i s dosud neurčitými znalostmi o lidském organismu a omezenými možnostmi léčení chorob. Na druhé straně mě lákal přesný exaktní svět matematiky a výpočetní techniky, kde však i ten nejsložitější počítač je principiálně mnohem jednodušší zařízení než biologický organismus.

Tuto moji rozpolcenost změnila jedna publikace. Jako čerstvý absolvent lékařství jsem někdy v roce 1974 sháněl podklady k jedné klinické kazuistice a ve státní lékařské knihovně jsem úplně náhodou, v časopise *Annual Review of Physiology* z roku 1972, narazil na přehledový článek Arthura Guytona a spolupracovníků o regulaci krevního oběhu. Článek měl zcela neobvyklou strukturu. Vévodila mu velká vložená příloha, na první pohled připomínající schéma nějakého elektronického zařízení. Jednotlivé prvky (násobičky, děličky, sumátory, integrátory, funkční bloky) byly spletitě propojeny čarami. Čáry zobrazovaly jednotlivé proměnné fyziologické veličiny a jejich propojení reprezentovalo matematické operace. Dohromady to celé představovalo model krevního oběhu, včetně všech podstatných návazností na další systémy organismu (ledviny, dýchání, oběhovou a iontovou homeostázu, přenos krevních plynů, hemopoézu aj.) s uvažováním nervové a hormonální regulace.

Integrativní fyziologie

Guytonův model byl jedním z prvních rozsáhlých matematických popisů fyziologických funkcí propojených subsystémů organismu a odstartoval oblast fyziologického výzkumu, která je dnes někdy popisována jako *integrativní fyziologie*. Obdobně jako se teoretická fyzika formálními prostředky snaží popsat fyzikální realitu a vysvětlit výsledky experimentálního výzkumu, tak se i integrativní fyziologie na základě experimentálních výsledků snaží vytvořit formalizovaný popis vzájemného propojení fyziologických regulací a vysvětlit jejich funkci v rozvoji nejrůznějších onemocnění.

Z tohoto hlediska byl Guytonův model určitým mezníkem, který se snažil systémovým pohledem na fyziologické regulace zachytit dynamiku vztahů mezi regulací oběhu, ledvin, dýchání, objemu a iontového složení tělních tekutin pomocí graficky znázorněné sítě matematických vztahů.

Je zajímavé, že průkopník integrativní fyziologie Arthur Guyton (1919–2003) se k počítačovému modelování dostal vlastně díky nepřízni osudu. Původně se na špičkové Harvardově univerzitě připravoval na dráhu kardiochirurga. Během specializační přípravy ale onemocněl dětskou obrnou, která způsobila ochrnutí na pravou nohu, levou ruku a obě ramena. Když se v následujících devíti měsících zotavoval v sanatoriu Warm Springs v Georgii, vynalezl joy-stick pro ovládání elektrického invalidního vozíčku (dnes se joy-stick používá od počítačových her až po ovládání Airbusů), motorizovaného zvedáku pro manipulaci s pacienty a dalších zařízení na podporu hendikepovaných. Dráha chirurga se mu zavřela, ale na Univerzitě Mississippi vybudoval světoznámé fyziologické pracoviště. Guytonovy experimenty a následné počítačové modely přispěly k pochopení významu řady fyziologických regulačních vztahů. Tak například překopaly tradiční názor, že srdce samo je regulátorem srdečního výdeje. Guyton dokázal, že ne srdce, ale potřeba kyslíku a metabolická aktivita jednotlivých tkání je rozhodujícím regulačním faktorem srdečního výdeje. Ukázal také, že porucha regulace objemu krve ledvinami je hlavním patogenetickým faktorem vzniku hypertenzní nemoci. Guyton



napsal 40 knih, vychoval stovku doktorandů, měl 10 dětí, přičemž ze všech se stali lékaři.

Tehdy, v roce 1974, pro mě však nebylo jednoduché se v Guytonově modelu vyznat. Jeho textový popis totiž obsahoval jen velmi stručné komentáře typu: „bloky 266 až 270 počítají vliv buněčného pO_2, autonomní stimulace a bazální rychlosti spotřeby kyslíku na skutečnou rychlost spotřeby kyslíku v nesvalových tkáních…“. Rok jsem ten Guytonův článek studoval, než jsem ho začal chápat – našel jsem v něm i nějaké chyby. Nakonec jsem o nich Guytonovi napsal dopis, kde jsem se ho na ty chyby ptal. Asi po osmi měsících jsem od Guytona dostal na celnici balíček s výpisem počítačového programu (Guyton mi odpověděl rychle, ale dlouho trvalo, než tehdejší bdělé státní orgány pochopily, že obsahem balíčku nejsou nějaké zakódované špionážní instrukce). Guyton mi psal, že za ty roky od vydání článku jsou už trochu dál, model je ještě složitější a posílá mi výpis implementace modelu ve Fortranu.

Tím se mi otevřel nový svět, kombinující medicínu s matematikou a výpočetní technikou. Vstřebával jsem nezbytné technické a matematické znalosti a začal se intenzivně zabývat matematickým modelováním fyziologických systémů. Je to hraniční obor medicíny, techniky a matematiky; badatelů, kteří se této problematice věnovali, bylo v polovině 70. let málo. Naštěstí jsem je našel na pražské fakultě všeobecného lékařství. Byli to docent Wünsch a docent Pokorný, kteří byli v mé vědecké aspirantuře (jak se tenkrát nazývalo doktorandské studium) mými „tajnými našeptavači“. Být školiteli vědeckých aspirantů z politických důvodů oficiálně nesměli – můj oficiální školitel, šéf Ústavu patologické fyziologie v Praze, profesor Janoušek, velmi slušný člověk, který to tenkrát celé kryl, se o výsledcích mé práce, věnované modelování acidobazické rovnováhy, prakticky dozvěděl až při obhajobě. Přínosem pro mou práci také bylo, že koncem první poloviny 70. let se na pražské lékařské fakultě objevilo pracoviště, vybavené na tehdejší dobu špičkovou výpočetní technikou – americkým hybridním počítačem EAI 690 za téměř milion dolarů. Původně byl asi cíl využití tohoto počítače jiný, ale díky tomu, že dovoz této jinak přísně embargované technologie byl oficiálně povolen pro využití ve zdravotnictví a ze strany Západu se to začalo přísně kontrolovat, získalo zdravotnictví vysoce výkonnou technologii pro modelování fyziologických systémů. Na tomto počítači se jednotlivé výpočetní prvky (integrátory, sumátory, násobičky, děličky, funkční bloky) propojovaly kablíky. Dnes se ve specializovaných programech pro modelování (např. Simulink) výpočetní prvky propojují na obrazovce počítače pomocí počítačové myši.

Fyziologie na ministerstvu financí

Počítačové modelování fyziologických systémů úzce souvisí s problematikou formalizace, tj. s převedením čistě verbálního popisu příslušných vztahů v organismu na popis ve formalizovaném jazyce matematiky. Na rozdíl od technických věd se v biologii a medicíně s matematickým vyjádřením biologické reality nesetkáváme často. Souvisí to s tím, že proces formalizace je v biologických a lékařských vědách, oproti technickým vědám, fyzice či chemii, opožděn. Jestliže proces formalizace ve fyzice začal již někdy v 17. století, v lékařských a biologických vědách, z důvodů složitosti a komplexnosti biologických systémů, přichází až s kybernetikou a výpočetní technikou.

Rozvoj výpočetní techniky na přelomu 70. a 80. let vedl k vlně publikací zabývajících se modelováním fyziologických systémů, nicméně v době, kdy počítače zaujímaly celé klimatizované sály, byla výzkumná pracoviště, která se této problematice věnovala, ještě poměrně raritní. O to důležitější byla spolupráce mezi těmi tehdy relativně exkluzivními laboratořemi, které se touto novou technologií zabývaly. To ale pro nás bylo tenkrát trochu komplikované.

Za normálních okolností bych se asi spojil se skupinou profesora Guytona v Jacksonu v Mississippi nebo s partou lidí v Holandsku, která se začala zabývat simulací biomedicínských systémů… Ale svět byl tehdy rozdělen a vyjet na Západ se mi nepodařilo (do Jacksonu jsem začal jezdit až po revoluci). Obrátil jsem se tedy na Východ, kde v tehdejším Sovětském svazu byly dvě silné skupiny, které se věnovaly modelování fyziologických systémů – jedna v Tbilisi a druhá v Moskvě.

Gruzie je malá země, kde se navzájem kdekdo zná. Z dnešního pohledu je to směšné, ale člověkem, který se v Gruzii zasloužil o rozvoj modelování fyziologických systémů,



byl gruzínský ministr financí. Ten nám totiž umožnil po nocích využívat pro naše hrátky s modely počítač gruzínského ministerstva financí, což byl tenkrát nejvýkonnější počítač v Gruzii. A tak se každou noc suterén gruzínského ministerstva financí plnil nadšenými badateli, kteří ve výpočetním středisku pouštěli své simulace na počítači, jehož skříně zaplňovaly rozlehlou klimatizovanou halu. Ve dne pak tento počítač zase spořádaně propočítával státní plán gruzínské sovětské republiky.

Zato v Moskvě to bylo jiné – tam jsem spolupracoval s badateli, kteří se věnovali tvorbě rozsáhlého modelu fyziologických regulací pro kosmický výzkum. Ve skupině, kterou vedl Vjačeslav Verigo, byli skutečně špičkoví odborníci, kteří původně simulovali kosmické rakety. Po určitých roztržkách s tehdejším vedením kosmického výzkumu po smrti hlavního konstruktéra Koroljova, kdy propočetli, že raketa plánovaná na projekt dosažení Měsíce má příliš malou nosnost, se uklidili do Ústavu lékařsko-biologických problémů, který se zabýval kosmickou biologií a medicínou.

Ten ústav byl obrovský, ochranka hlídala vchod a dokonce, podle předpisů, namátkově prohlížela tašky (snad jestli někdo nevynáší tajemství). Na oběd se ale chodilo normálně dírou v plotě, aby se nemusel obcházet celý areál, byla tam dokonce zřetelně vyšlapaná cestička, ale té si nikdo nevšímal, předpis byl pouze kontrolovat lidi ve vrátnici – i to patřilo k tehdejšímu haškovsko-kafkovskému folkloru.

Stěhování počítačů z výpočetních sálů na stůl

V 80. letech jsem jezdil do Tbilisi a do Moskvy a se závistí sledoval technologický pokrok na Západě. Velmi jsem vítal příchod malých osobních počítačů, které slibovaly nové možnosti praktického uplatnění technologií, do té doby řešitelných na velkých počítačích, umístěných v klimatizovaných sálech.

V první polovině osmdesátých let se začaly masově dovážet (většinou načerno, přes různé překupníky) malé počítače Sinclair. Ty přivedly k výpočetní technice hodně mladých lidí, kteří počítač brali jako zábavnou hračku. Spolu s partou dalších nadšenců z různých vysokých škol, akademie věd i průmyslu jsem v bezútěšné době osmdesátých let věnoval hodně času práci s dětmi a mladými lidmi gymnaziálního věku. V rámci tehdejší 602. organizace Svazarmu jsme pořádali nejrůznější kurzy – já jsem například spolu s Rudou Pecinovským psal osmidílný *Dálkový kurz programování*, jiná parta pořádala *Kurz digitální techniky* apod. Velkou zásluhu na tom měl Mirek Háša, který všechno organizoval. Byl původně učitel, když však po skončení pedagogické fakulty měl nastoupit do zaměstnání do školy (kam děti ale moc rády nechodí), raději zorganizoval *Stanici mladých techniků*, kam děti chodily s nadšením… (Když zlobily, tak jim rodiče údajně zakazovali tu naší „školičku“ navštěvovat!) Z řady našich tehdejších teenagerových posluchačů se později, po revoluci, stali odborníci IT, šéfové či majitelé počítačových firem.

Právě do první poloviny 80. let asi také sahají kořeny mé snahy využívat počítač jako výukovou pomůcku. V pětaosmdesátém roce na světovém kongresu lékařských fakult, který se konal v Praze, jsem poprvé představil multimediální výukový program se simulačními hrami na PC Olivetti. Během kongresu v Karolinu byl počítač spolu s naším programem vystaven jako demonstrační pomůcka – a zahraniční účastníci se ptali, jaké s tím máme na fakultě zkušenosti. Odpovídal jsem vyhýbavě, těžko se dalo vysvětlit, že mi ho načerno půjčila přes prázdniny firma Olivetti, abych tam naprogramoval výukový program z fyziologie, a pak jsem ho musel vrátit, protože PC pro výuku byl pro školu příliš drahý luxus, který si nemohla v té době dovolit. Ono se to později změnilo, protože na sklonku 80. let si už naše katedra konečně mohla dovolit koupit „pécéčka“ přes JZD Slušovice – sice za vyděračsky drahé peníze, ale za české koruny, nikoli za pro nás tehdy nedostupné dolary.

Škola hrou pro 21. století

Jedno staré čínské přísloví praví: „Co slyším, to zapomenu, co spatřím, to si pamatuji, co dělám, tomu rozumím.“ Tuto moudrost potvrzují i moderní metody učení nazývané někdy jako *learning-by-doing*, kde mají velké uplatnění simulační hry. Simulační hrou je možné bez rizika otestovat chování simulovaného objektu – například zkusit přistávat virtuálním letadlem nebo, v případě lékař-



ských simulátorů, léčit virtuálního pacienta či testovat chování jednotlivých fyziologických subsystémů.

Spojení internetu a interaktivního multimediálního prostředí se simulačními modely přináší zcela nové pedagogické možnosti zejména pro vysvětlování složitě provázaných vztahů. Simulační hry dosažitelné přes internet pomáhají studentům pochopit, jak pracuje organismus v normě a v patologii. V zapojení multimediálních výukových her do výuky nachází své moderní uplatnění staré krédo Jana Amose Komenského *Schola Ludus* – tj. „škola hrou", které tento evropský pedagog razil již v 17. století.

Abychom tyto nové možnosti vyzkoušeli v pedagogické praxi výuky lékařství, pustili jsme se do budování internetového *Atlasu fyziologie a patofyziologie* (http://www.physiome.cz/atlas). Než se ale atlas mohl začít objevovat na internetu, musela se vyřešit řada problémů.

Tak například bylo nutno sehnat výtvarníky pro tvorbu počítačových animací – ti ale běžně nebyli k dispozici. A bez nich se profesionální interaktivní výukové programy neobejdou.

Začal jsem tím, že jsem akademické malíře – učitele Výtvarné školy Václava Hollara – učil kreslit tabletem a pak je naučil tvořit animace v počítačovém nástroji Flash. Pak jsem totéž na té výtvarné škole učil studenty. Sehnal jsem peníze a vybudoval na výtvarné škole laboratoř interaktivní grafiky jako detašované pracoviště mého oddělení. A spolu s výtvarníky na Hollarce založil Vyšší odbornou školu interaktivní grafiky. Škola je tříletá a dnes už existuje více než osm let – absolvovalo ji už pět ročníků. Dobře jsme odhadli potřebu těchto specialistů – reklamní agentury, televize i firmy vyrábějící počítačové hry po absolventech rádi sáhli.

A my máme díky škole neustálý přísun „pracovních sil" pro naše výukové aplikace.

Za oponou námi vytvářeného atlasu je tak skryt multioborový vývojový tým a různé vývojové nástroje pro tvorbu modelů, interaktivních animací, scénářů her, řízení simulátorů a softwarové prostředky usnadňující propojení těchto vývojových nástrojů. Podstatná ale není jen technologie tvorby, ale také didaktický obsah. Proto je nesmírně důležité, že si uplatnění simulačních her ve výuce můžeme vyzkoušet přímo ve výukovém procesu lékařské fakulty, kdy máme zpětnou vazbu našeho vývojového týmu se studenty. To nám umožňuje vyvíjené modely modifikovat tak, aby byly z didaktického hlediska co nejpřínosnější.

Pomocí simulačních her se snažíme pomoci studentům medicíny pochopit, jak pracuje organismus v normě a v patologii.

Úloha učitele je zde ovšem dost podstatná. Složité modely samy o sobě, díky velkému množství vstupních a výstupních proměnných, jsou pro studenty medicíny trochu málo srozumitelná hračka. Poněkud to pak připomíná situaci, jako kdybychom medika bez pilotního kurzu posadili do trenažéru Airbusu a chtěli po něm, aby s letadlem přeletěl z Ruzyně do Paříže.

Ukázalo se, že mnohem větší pedagogický význam než rozsáhlé komplexní modely mají modely jednotlivých subsystémů, které „odpojíme z okolního propojení" a jejich funkci můžeme sledovat samostatně. Tak například odpojením subsystému cirkulace můžeme sledovat reakci cirkulačního systému na jednotlivé v organismu řízené vstupy a studentům pomocí modelu vysvětlovat patogenezi nejrůznějších poruch cirkulace – od levostranného a pravostranného selhání, poruch řízení arteriálního tlaku až po patogenezi čtyř druhů šoku. Obdobně využíváme model přenosu krevních plynů a model respirace pro vysvětlení patogeneze nejrůznějších příčin a následků hypoxie, rozvoje respiračního selhání, horské nemoci apod. Na modelu acidobazické rovnováhy demonstrujeme příčiny a průběh složitých acidobazických poruch atd.

Díky rozvoji tabletů, které začínají také sloužit jako elektronické čtečky knih, se do budoucna rýsuje možnost vytvářet zcela nový druh elektronických učebnic, v nichž budou interaktivní a animované obrázky řízené modelem na jejich pozadí. To znamená, že bude možné vydávat malinké učebnice s velkou didaktickou účinností.

Velkou perspektivou pro výuku medicíny jsou specializované lékařské trenažéry určené pro výuku lékařského rozhodování. Lékařské trenažéry umožňují, obdobně jako trenažéry letecké, aby si student bez nebezpečí pro pacienta mohl ve virtuální realitě procvičovat diagnostické a terapeutické úkony. Vlastní trenažér je, obdobně jako u leteckých pilotních simulátorů, řízen ze stanoviště operátora, odkud učitel může ovládat simulovaného pacienta a volit mezi nejrůz-



nějšími scénáři simulovaných onemocnění. Veškeré akce studentů jsou monitorovány a simulátor poskytuje podklady pro pozdější rozbor (*debriefing*) diagnostického a terapeutického postupu studentů.

Jak zvláště v poslední době upozorňuje řada autorů, výuka se simulátorem klade ovšem na vyučujícího citelně vyšší nároky než klasická výuka. Při správném využití simulátoru je však pedagogický efekt velmi výrazný, zvláště v takových oblastech, kde je rychlé a správné rozhodování velmi důležité, například v medicíně akutních stavů a v anesteziologii.

Obdobně, jako je teoretickým základem leteckého simulátoru model letadla, základem lékařských výukových simulátorů je dostatečně věrný model fyziologických systémů lidského organismu. Jeho podrobná struktura (soustava rovnic a hodnoty parametrů) není obvykle u komerčních trenažérů zveřejňována a stává se pečlivě chráněným technologickým know-how.

Vybudovat takový model není jednoduché. Nestačí totiž jen vytvořit modely jednotlivých fyziologických subsystémů, ale ty musí být integrovány do jednoho celku a navíc musí zahrnovat vliv léků i propojení na modely lékařských přístrojů. V současné době spolupracujeme se skupinou Guytonových spolupracovníků a žáků na tvorbě rozsáhlého modelu integrovaných fyziologických systémů *HumMod* (jehož struktura, jako vědecký výsledek, je veřejně přístupná – www.physiome.cz/hummod), který by mohl být podkladem pro výukový simulátor. Integrativní fyziologie a integrované modely fyziologických systémů se tak postupně stávají nejen teoretickým výsledkem pro publikace ve vědeckých časopisech, ale i technologickým know-how jako podklad pro vývoj nových výrobků.

Zlaté valounky v nerozoraných mezioborových brázdách

Od vydání knihy Norberta Wienera *Kybernetika neboli řízení a sdělování v živých organismech a strojích* uplynulo již více než půl století. Tato kniha, vydaná v roce 1948, byla výsledkem více než desetileté práce, kterou Wiener prováděl spolu s dr. Arturem Rosenbluethem, fyziologem působícím tehdy na lékařské fakultě Harvardovy univerzity. Rosenblueth organizoval řadu diskusních schůzek, které se konaly každý měsíc. Účastníky těchto schůzek byli odborníci mnoha oborů – na těchto setkáních se rozpracovávaly koncepty, které zdánlivě odlehlé disciplíny spojují – a tím byla právě problematika informací, komunikace a řízení. Systematické studium různých systémů vedlo k poznatku, že systémy různé fyzikální podstaty mohou mít velmi podobné chování a že chování jednoho systému můžeme zkoumat prostřednictvím chování jiného, snáze realizovatelného systému ve zcela jiných časových či prostorových měřítcích. Ukázalo se, že mnohé systémy mechanické, hydraulické, pneumatické, tepelné a jiné jsou formálně popsány stejnými diferenciálními rovnicemi jako elektrické obvody. Tento poznatek vedl k vytváření speciálních elektrických obvodů sloužících jako analogové počítače, jež však byly později vytlačeny symbolickými modely na číslicových počítačích.

Norbert Wiener výsledky těchto bádání shrnul do knihy, která dala název vědecké disciplíně, ta však v naší části světa měla pohnuté osudy.

První článek *Cybernetismus, nauka o kontrole a spojích v živé hmotě a ve strojích* vyšel u nás již roku 1949 v *Biologických listech*. Autorem byl profesor Josef Charvát. Ale na

dlouhou řádku let to byl také článek poslední. Kybernetika byla v Sovětském svazu uvržena do klatby jako reakční pavěda a řadu let o ní u nás oficiálně nesměla být ani zmínka. Důvody byly iracionální, čistě ideologické. Bylo to o to absurdnější, že mnozí ruští vědci, zejména matematici (např. Kolmogorov), ke vzniku kybernetiky významně přispěli. Prokletí pominulo po letech a Wienerova kniha v překladu mého učitele Zdeňka Wünsche směla u nás vyjít až v roce 1960.

V tomto roce Norbert Wiener navštívil i Prahu. Pamětníci vzpomínají na jeho pražskou přednášku, kde byl nejprve představen akademikem Arnoštem Kolmanem, který v rozsáhlém projevu přiváděl z marxistického hlediska na pravou míru některé Wienerovy „omyly". Když pak dostal slovo Wiener, poděkoval za krásný a obsažný úvod a poznamenal, jak je rád, že je opět v Praze, kde ve 30. letech strávil krásné dny jako host prezidenta Masaryka. Wienerův otec (Leo Wiener) byl totiž profesorem slovanských jazyků na Harvardově univerzitě a dobrým přítelem TGM. Tím, že Masarykovi usnadnil přístup ke špičkám americké politiky, přispěl k naší samostatnosti, jak se o tom zmiňuje Masaryk ve *Světové revoluci*.

Dnes se v naší laboratoři biokybernetiky spojuje řada profesí – lékaři, výtvarníci, informatici a inženýři – všichni se snažíme propojit síly. Hlavním naším cílem je právě tvorba takových technologií, které umožní převést do aplikační praxe teoretické výsledky (např. na základě složitého matematického modelu vytvořit multimediální výukový simulátor), přitom ale ne primárně za účelem zisku. Právě proto jsem před lety opustil nakladatelství a vrátil se na univerzitu, kde je možné vytvářet nové nevyzkoušené věci, chodit po neprošlapaných cestičkách i s tím rizikem, že vybraná cesta může být slepá, a nebýt pod věčným tlakem zajištění pozitivního cash flow…

Na druhé straně ale spolupráce s komerčním sektorem je cesta, jak na univerzitu dostat prostředky komercionalizací výsledků a jak zaplatit jejich tvůrce. Vím, o čem mluvím, v minulosti nám komerční spolupráce několikrát vytrhla trn z paty, když jsme neměli dostatek finančních prostředků.

Každý tvůrčí člověk má nějaké vize a nějaký cíl. Mým cílem bylo vytvořit určitou tvůrčí dílnu, kde na společném díle pracují odborníci z různých profesí – právě na styku nových profesí jsou totiž „nerozorané meze", z nichž se dají „vydolovat zlaté valounky". Jak psal Norbert Wiener: „Po mnoho let jsme byli, dr. Rosenblueth i já, přesvědčeni, že nejplodnějšími obory pro rozvoj věd jsou ty, které byly zanedbávány jako země nikoho mezi různými, pevně vymezenými vědními oblastmi. Tyto hraniční oblasti vědy skýtají nejbohatší možnosti kvalifikovanému výzkumnému pracovníkovi. Zároveň nejsnáze odolávají běžné technice nasazování velkého počtu pracovníků a dělby jejich práce. Je-li nesnáz fyziologického problému v zásadě rázu matematického, dostane se deset fyziologů, neznalých matematiky, přesně tak daleko jako jeden fyziolog, který nezná matematiku, a ani o krok dále. Bude-li fyziolog, který nezná matematiku, spolupracovat s matematikem, který nezná fyziologii, nebude jeden schopen určit problém v termínech, se kterými umí pracovat druhý, a druhý nebude s to odpovědět takovou formou, aby mu první rozuměl… Důkladný průzkum těchto bílých míst na mapě vědy musí být proveden pouze skupinou učenců, z nichž každý je odborníkem ve svém oboru, přitom však prostudoval a důkladně zná obory svých sousedů: všichni ovšem musejí být zvyklí pracovat spolu, musí znát jeden druhého a jeho intelektuální zvyklosti a rozeznat význam kolegova náznaku nové myšlenky dříve, než byla formulována. Matematik nemusí umět samostatně provést fyziologický experiment, ale musí být schopen mu porozumět, posoudit jej a navrhnout jej."

Multioborová spolupráce předpokládá, že členové týmu musí mít určitý překryv znalostí, který umožňuje, aby se vzájemně domluvili. Proto moji doktorandi, kteří jsou původním vzděláním lékaři, studují matematiku, předměty počítačových věd, teorii regulace, kybernetiku aj. a doktorandi, kteří pocházejí z matematicko-fyzikální fakulty nebo z ČVUT, se zase učí fyziologii.

Pro vznik inovativních multioborových týmů jsou univerzity ideálním prostředím. Je příznačné, že úspěšná inovativní centra vznikají právě na univerzitách, které obsahují jak klasicky univerzitní, tak i technické obory – jako příklad bych uvedl Stanfordovu univerzitu v USA nebo univerzitu v Lundu v jižním Švédsku. Proto má pro budoucnost velký význam spolupráce UK a ČVUT v Praze (stejně jako třeba spolupráce Masarykovy univerzity a VUT v Brně).

Bohužel u nás jsou univerzity zatím spíše konfederace fakult, které spolu málo ko-

munikují. Přitom ale síla univerzit je právě v možnosti multioborové spolupráce. Univerzity jsou právě proto *univerzální*, že nabízejí široký vějíř oborů, které jsou užitečné i pro postgraduální a celoživotní vzdělávání.

Mottem naší laboratoře je moudrá věta, kterou Norbert Wiener charakterizoval atmosféru multioborových workshopů, jejichž výsledkem byl vznik kybernetiky jako nového oboru:

„Léta jsme snili o instituci nezávislých učenců, kteří spolupracují nikoli jako podřízení nějakého velkého vedoucího, ale spojení touhou, ba duchovní potřebou, pochopit tuto oblast jako celek a dodávat si navzájem sílu, aby to pochopili."

A já bych k tomu dodal ještě požadavek: „… a aby se u toho královsky bavili." Tvůrčí práce přece není jen „pot a slzy", ale je to především velká zábava.

Cesta k medicíně

V dědině, kde jsem se narodil, se jmenuje jedna z ulic po mém pradědovi – ulice Dr. Votočky. Dnes už málokdo ví, čím se vesnický doktor ve východočeské Ostroměři tak vepsal do srdcí svých krajanů, že po něm pojmenovali ulici. Z rodinných relikvií se dochoval jakýsi přívěsek s pozlaceným zubem, prý doktora chránil před loupeživými přepady kočujících cikánů, kteří se sjížděli v okolí Ostroměře, zvláště když potřebovali nějakou lékařskou pomoc. Vesnický doktor vždy přispěchal na pomoc, bez požadavku na finanční kompenzaci, protože měl lékařské povolání za poslání, a snažil se, jak uměl, těm nešťastníkům pomáhat. Umřel počátkem 20. let minulého století, když onemocněl tyfem, kterým se nakazil od jednoho ze svých pacientů. Antibiotika tenkrát nebyla, a tak to šlo rychle ke konci. Rodinné anály praví, že když skončil oficiální obřad na hřbitově, cikáni, kteří se sjeli z rozlehlého území celé republiky do Ostroměře, prý uspořádali zvláštní pohřební rituál.

Pradědovým nástupcem byl můj děda, kterého jsem jako malý kluk zažil, a citlivě jsem vnímal atmosféru nikdy nekončící práce oblíbeného obvodního lékaře, který své pacienty a jejich rodiny zná desetiletí.

Můj otec s medicínou neměl nic společného, pracoval v oboru námořní plavby a počátkem 60. let byl s rodinou vyslán do koordinačního centra pro řízení nájmů námořních lodí do Moskvy. A tak jsem se jako žák sedmé třídy dostal do Ruska, kde jsem se po úspěších v matematických olympiádách dostal na speciální střední školu se zaměřením na matematiku a fyziku. Původně jsem po maturitě chtěl studovat nově otevíraný obor bionika na prestižním „Fiztěchu" (což je ruská obdoba slavného amerického M.I.T., Massachusettského technologického institutu), ale v době, kdy jsem tam úspěšně udělal přijímačky, obor najednou uzavřeli pro cizince. Nabízeli mi přestup na studium matematiky na Lomonosovově univerzitě, ale já se nakonec rozhodl pro medicínu, a první ročník jsem proto studoval v Moskvě. Do druhého ročníku jsem ovšem nastupoval už v Praze. Během studia medicíny mě ale vždy přitahovaly i exaktnější technické a matematické disciplíny, a tak jsem si přidal jako mimořádný student některé předměty na MFF a na ČVUT.

doc. MUDr. Jiří Kofránek, CSc.

Narodil se roku 1949 v Ostroměři, od promoce roku 1973 působil na FVL (dnes 1. LF) UK v Praze na jejím Ústavu patologické fyziologie. V letech 1990–1996 spoluvydával časopis *Bajt*, od roku 1996 působí opět na Ústavu patologické fyziologie 1. LF UK (docent v oboru patologická fyziologie), kde vede multioborový tým na Oddělení biokybernetiky a počítačové podpory výuky. Učí i na ČVUT (docent v oboru technická kybernetika) a na Vyšší odborné škole Václava Hollara (obor programování interaktivní grafiky).

Manželka, absolventka přírodovědecké fakulty, pracuje na transfuzním oddělení pražské Vinohradské nemocnice, ze dvou dcer je jedna lékařkou, druhá výtvarnicí.

Ivan Macháček

Novorozenci jsou krásní, jsou to zázraky života

Pane doktore, kdybyste dnes, po všech těch zážitcích a zkušenostech, měl tu možnost – měnil byste?

Medicína je úžasný obor a pediatrie je z ní nejúžasnější. Takže bych neměnil, ale možná se k ničemu jinému nehodím…

Ale vážně: Mám-li z pozice lékaře téměř před penzí hodnotit své povolání, musím konstatovat, že profese lékaře je jedna z nejlepších, a troufám si říci, že dokonce nejlepší. Široká veřejnost ji stále uznává a ctí, a když se dnes zeptáte kteréhokoliv lékaře, zda by chtěl dělat něco jiného, pak všichni potvrdí, že by se nerozhodli jinak. Občasný exces, kdy lékař „zběhne" a stane se třeba podnikatelem v jiném oboru či dokonce politikem, je spíše výjimečný.

Komunikace s dětmi je příjemná, s rodiči většinou také – pominu-li věčné nespokojence. Vyléčení nemoci s sebou samozřejmě přináší pocit uspokojení. Vzpomínám na docenta RNDr. Josipa Kleczka, DrSc., význačného astronoma, který přednášel a bádal po celém světě a ke kterému v rodině vzhlížíme s neobyčejnou úctou – ten jednou u nás prohlásil, jak nám naše povolání závidí, protože vyléčit někoho, pomoci mu, musí být „úžasné". Ano, JE to úžasné!

Novorozenci a malí kojenci jsou krásní, nejen fyzicky, ale vidím i ten zázrak života, kdy téměř z ničeho (genetikové protentokrát prominou!) se rozťuká srdíčko a ťuká pak ještě dalších řekněme 80 let. Při každé návštěvě dítěte v kojenecké poradně sleduji, jak rychle se mu rozvíjejí všechny funkce: řeč, poznávání, motorika, komunikace atd. Později se tento proces už jen zpomaluje.

Nejmilejší jsou děti předškolní, upřímné a bezelstné. Školáci a dál „puberťáci" jsou už svoji, občas vzdorují, ale tady lituji spíš učitele. Agresivita dětí výrazně vzrostla a myslím, že představuje skutečný problém společnosti.

Příklad?

Každý pediatr může jistě uvést řadu historek, které při styku s dětmi zažil. Já kupříkladu jednou týdně ordinuji v malé vsi a pak tam v místní škole obědvám. Zároveň se tam stravují děti z mateřské školy, pro které se ihned stanu velmi zajímavým objektem pozorování. Když z jídelny odcházejí, občas mě některé z nich kradmo pohladí po zádech. A to je velmi milé.

To je pomalu jak z Vláčilova filmu Dým bramborové natě…

Proč ne? Když už jste zmínil tohle, jiným známým filmovým příkladem je postava doktora z *Vesničky mé střediskové*. Myslím, že je to ideál a že by jím mohl klidně být i nadále. Jenže co naplat – takový praktik by asi v reálu dnešní doby neuspěl!

Každopádně však i dnes platí, že léčení v takzvané první linii je specifické, jinak léčí praktik a jinak například primář. Kdyby praktik léčil jako primář a primář jako praktik, oba by pravděpodobně zkrachovali. My musíme vyšetřit v krátkém čase víc pacientů, musíme se rozhodnout rychle, naše léčba je často empirická. Bohužel se občas setkáme i s tím, že je pacient takzvaně „vytěžen". Provádí se mu řada nepotřebných, nesmyslných a s danou nemocí nesouvisejících vyšetření. Možná z alibismu, možná kvůli vyšší platbě od pojišťovny… Na to nemá systém peníze prakticky nikde a „není to přece ono".

Ale dovolím si uvést i jiný příklad – osobností pediatra *par excelence* je pro mě Vladimír Pucholt. Rozjetou kariéru populárního herce, a tehdy skutečně byl „miláčkem národa", vyměnil za obtížné studium v cizí zemi, v cizím jazyce. Několikrát jsem ho slyšel vyprávět v televizi a o své praxi pediatra mluvil vždy hezky a s opravdovou láskou. Klobouk dolů!





Na fakultě se medici sice tu a tam zapotí, nicméně jejich výuka je vlastně ještě hra a jejich hřiště cosi jako chráněné dílny. Jaké byly vaše začátky „v reálu“?

Ano, promocí skončil spíš bezstarostný život a dostavila se realita. Dosud jsem byl víc extrovert, a jak trefně řekl náš rodinný přítel – pan profesor John – trochu fanfarón. Ale i první roky v nemocnici byly ještě víceméně bezstarostné. Nějakou dobu přetrvávala euforie z určitého pocitu seberealizace – „dokázal jsem vyštudovat“. Na oddělení, kam jsem nastoupil, bylo kromě výuky, vedení a přetvoření medika v lékaře běžnou prací u lůžka zvykem ještě začlenit nás mladé do některé odborné poradny. Já jsem se staral o poradnu nefrologickou a později, myslím až po atestaci, ještě o endokrinologickou. Řekl bych, že větší díl zodpovědnosti i existenčních starostí přichází až s první atestací.

Tehdy jsem vedl obě poradny a na půl úvazku začal pracovat na venkovském obvodě, kde už dlouhá léta působil starší pediatr. „Zaordinovat“ si na venkově bylo velmi příjemné. Pro malé pacienty i rodiče jsem byl nový, neokoukaný a chovali se ke mně velmi vstřícně. Když kolega odcházel do důchodu, převzal jsem celý, tehdy rozsáhlý obvod. Od té doby se počet registrovaných snížil více než o třetinu, rodí se méně dětí, silné ročníky přerůstají do péče praktiků pro dospělé, ale je patrný i exodus mladé generace rodičů do měst.

Když už jsme u toho, vidíte ještě nějaké varování do budoucnosti?

Znepokojuje mě poslední statistika, že více než padesát procent dětí se narodí mimo manželství. Finanční zdůvodnění myslím neobstojí, spíše bohužel není dítě důvodem vázat se do pevnějšího vztahu, svazku. Ukazuje to, že naše společnost je v tomto směru nějak „nemocná“.

Vzpomněl byste si na některý ze svých prvních případů?

Po nástupu na oddělení jsem už po čtrnácti dnech sám sloužil „ostrou“. Dětské oddělení mělo tehdy s porodnicí a nedonošenci přes sto lůžek. S obavami jsem čekal, „aby něco nepřišlo“. Večer přinesl otec v náručí do ambulance asi čtrnáctiletého chlapce – v bezvědomí, s výraznou akrocyanózou. Položil ho přede mne na stůl a čekal. Samozřejmě mě polil studený pot. Naštěstí vedle ambulance bydlel tehdy internista s manželkou, již zkušenou pediatričkou. Ta mě zachránila – chlapce jsme uložili, zavedli infuzi, volal jsem primáře, ale ten, jak později vyšlo najevo, uvízl za Pískem kdesi v lese, praskl mu klínový řemen a nemohl přijet. Mobily nebyly. Nakonec s pomocí konzilií všechno dobře dopadlo, šlo o dehydrataci při průjmovém onemocnění a po zavodnění bylo chlapci do rána dobře. Nicméně si to pamatuji dodnes. Všechno a do detailu.

Pediatrie dnes už není tak „nešťastný“ obor jako před lety, kdy hodně dětí umíralo. Nicméně pořád ještě se může leccos „pokazit“.

Smrt dítěte je vždycky velmi bolestná, víc než dospělých, a hlavně na ni nejsme nikdy zcela připraveni; tím, že není tak častá, nás výrazněji zasáhne. Ovšem profese nás naučila se s tím rovnat – nikoli srovnat. Myslím, že pediatrie, ale i praktické lékařství dospělých, je u nás na velmi dobré, až výborné úrovni. Pacienti si málo uvědomují, že péče o ně je vždy plně dostupná, na úrovni, laciná – až nad poměry. Systém pravidelných prohlídek dětí, víceméně povinné očkování, povinnost zapsat se po narození k lékaři, to jsou jedny z mála kladných výdobytků socialismu – o tom jsem přesvědčen. Můžeme konkurovat vyspělým státům a pravděpodobně jsme často lepší. Asi v 90. roce jsem byl na krátké stáži u přítele pediatra se soukromou praxí v tehdy ještě západním Německu. Zažil jsem tam nemoci u nás už prakticky nevídané – spalničky, černý kašel (nyní je u nás znovu), viděl jsem neadekvátní léčbu „rodinných lékařů“, pro které byla pediatrie okrajovým zájmem. Možná jsme jen pozadu ve výzkumu, kdy bohaté firmy bohatých států mohou financovat podstatně víc projektů.

Jak se případných „profesních můr“ zbavujete?

Jako u každého, s přihlédnutím k individuálním zájmům. Trochu sportu, kultury, čtení… znovu jsem objevil staré ruské klasiky – úžasné čtení!, chalupaření, kterého s přibývajícím věkem přibývá na úkor sportu. Jinak se už pětatřicet let každou zimu scházíme s přáteli a kolegy jedenkrát týdně v sauně. Po vyplavení endorfinů zasedá tato naše „společnost pravých mužů“ ke kulinářskému „Mňamissimu“. Ostatně dobré jídlo a červené víno mám rád.

Má práce pediatra nějakou pro vás významnou specifikaci?

Jistě by se jich pár našlo. Uvedu jednu: Hluboce se skláním před rodiči, kteří pečují o postižené děti. Kdo to sám nezažil, nemůže jejich úsilí nikdy zcela docenit. Stejně tak to plně platí i pro péči o staré rodiče. Ona je to sice povinnost, ale pro odosobněnou generaci často nedodržená přítěž.

Je známo, že jste před několika lety založil nadaci pro postižené děti ve svém regionu. Proč? Máme to brát jako důkaz nedostatečné péče státu? Nebo jste chtěl dělat víc, než jste musel?

Ta nadace se jmenuje *Komunitní nadace Blanicko-Otavská*. Já jsem ji ale nezaložil, ona existovala už předtím. Přišel jsem k ní takto: Dříve jsem občas věnoval něco peněz konkrétnímu postiženému dítěti, avšak ten dar nešlo zahrnout do daňového odpisu, a tak mě napadlo založit nadaci. Telefonickým obvoláváním jsem narazil na tuto nadaci a ještě na drátě jsem zjistil, že nyní sídlí v Protivíně – asi tři minuty od mé ordinace! Její šéf mě přijal vstřícně, všechno vysvětlil a já pochopil, že založit novou nadaci není snadné – množství povolení i razítek, značný základní vklad. Ale nabídli mi, že mohou odštěpit „dárcovský fond", nebudou do něho zasahovat a povedou ho v prvních letech zdarma, později si za tu nepatrnou administraci něco málo strhnou.

Oslovil jsem známé, hlavně pediatry („ty, co spolu mluvíme"), ale i další lékaře, taky pár podnikatelů a daří se každoročně něco vybrat a použít pro potřebné. Máme ovšem přesná kritéria, peníze jdou konkrétním osobám na konkrétní věc – převážně na pomůcky hendikepovaným, ušní implantáty, vozíky a podobně. Jsme malá nadace, ale myslím, že jsme oslovili dárce, kteří nemají pevnou důvěru ve „velkonadace" („kdoví, kam ty peníze jdou"). Teoreticky by taková mininadace mohla vzniknout kdekoli na malém městě, kde je pár podnikatelů – tedy prakticky všude. Dárci, pokud chtějí, mohou snáz kontrolovat výdaje a vyjádřit se k nim.

Ještě jedno specifikum pediatrie by asi stálo za zmínku. Hodně malé děti ještě neumějí říct, co je bolí. Profesor Švejcar prý vzal miminko do rukou a většinou „už věděl". Vyžaduje pediatrie šestý smysl? A otázka příbuzná: Není lepší dětskou lékařkou žena, která má vlastní děti?

Na tom „šestém smyslu" možná něco je, ale podle mě rozhodně nejde o zázrak, jako spíš o něco, co se postupně vypěstuje… Někdy i já podle kašle z čekárny vím, co Pepíčkovi je.

Žena, myslím, není *a priori* lepší ani horší pediatr než muž, jsme stejní.

Jaký je váš největší medicínský sen?

Pominu-li obvyklé klišé o zdraví naší populace atd., tak po těch letech můj sen, nazvěme ho spíš přáním, protože tohle je alespoň teoreticky splnitelné, splývá s tím, co přeji i svému oboru. Tedy, přál bych si:

- Aby lékař víc léčil a míň psal a úřadoval, hlavně z alibismu. Administrativa nás bohužel zavaluje a nová legislativa ji přímo nařizuje.
- Aby nás neohrožovali právníci, jak je tomu například v zámoří, kde často čekají před nemocnicemi a nabádají pacienty ke stížnostem a postihu nemocnic, potažmo lékařů. Jsou ochotni se soudit kdykoliv, kdekoliv, s kýmkoliv a o cokoliv, protože nic neriskují. To opět vede k alibistické administrativě, kdy do dokumentace, která se stává důležitější než samo léčení, je třeba uvádět i nálezy či potíže, které pacient vlastně ani nemá.
- Aby se mezi lékaři nepomlouvalo, více důvěřovalo a méně často nesmyslně kontrolovalo. Otec, který v době vzniku „účelných farmakoterapeutických komisí" před nějakými padesáti lety musel spolu s primářem interny zkontrolovat praktika kdesi na zastrčené vsi, se mého dotazu, jak kontrola probíhá, přímo ulekl: „Doktora v zapadlé vsi si natolik vážím, že bych si nikdy nedovolil prohledávat mu karty pacientů. Jezdíme tam na kávu a koňak."
- Aby se mohla osobnost lékaře rozvinout, jednou napsal profesor John „rozkošatět", do svého vlastního a specifického myšlení a žití. Rádi čteme různé medicínské historky – Svatopluka Káše a dalších. Popisované příběhy o některých svérázných postavách nebyly nikdy na úkor pacientova zdraví či péče o něj. Bohužel tito kolegové téměř vymřeli. Neměli bychom být zglobalizováni, stát se jakýmisi sterilními a neosobními „eurodoktory", kteří sice celkem dobře nějak léčí, ale vyjádřeno slovy meziválečného píseckého bonvivána Franty Koláře: „Ani neprdí, ani nesmrdí!"
- Aby byl respektován vztah mezi lékařem a pacientem. Často se uvádí, že pacient





musí spolurozhodovat o léčbě. Osobně se domnívám, že pacient má spolupracovat ve smyslu dodržování léčebného režimu, životosprávy a podobně. (Bohužel tomu tak často ale není.) Lékař musí být vždycky autoritou. Pro mě je podobnou autoritou například elektrikář. Vyberu si ho, pak mu věřím a on se mě taky neptá, které dráty má spojit, aby všechno fungovalo. Sám jsem léčen kolegou pro hypertenzi a plním jeho doporučení: „Ber dva červené prášky ráno a jeden žlutý večer." Jeho léčbu nezpochybňuji, věřím mu. A to jsem takzvaně „od fochu". Nedovedu si představit, že pacient-laik řekne: „Penicilin nechci, předepište mi makrolidové ATB." Zde by měl platit citát ze Starého zákona: „Važ si svého lékaře, protože ho potřebuješ." Kdysi jsem měl na toto téma krátkou přednášku a dostal jsem od tehdejších kádrů vynadáno.

- Aby s námi byli pacienti spokojeni.

To je přání dobré i krásné, ale přece jen - trochu osobnější?

Mám-li odpovědět, zda jsem zcela spokojen s dosaženou pozicí praktického lékaře, musím popravdě odpovědět, že někdy zahlodá červíček pochybností, zda jsem neměl být „někde výš". Vždycky si ale vzpomenu na svého spolustudujícího a spolubydlícího kolegu Martina. Ten studoval všeobecnou fakultu a svojí chytrostí, čestností a dobrotou čněl vysoko nad námi. Říkali jsme, že jistě bude v budoucnu vědcem, profesorem nebo primářem. Po letech jsem ho potkal a on se mi svěřil, že slibně rozjetou kariéru vyměnil za pozici praktika. Doslova řekl: „Jednou jsem musel krátce zastupovat za nemocného lékaře a přišel jsem na to, že tohle je ta pravá medicína a tady chci zůstat."

A abych předešel ještě osobnější otázce, shrnu to potřetí a zase jinak:

Medicína mi přinesla

- zaměstnání i obživu
- nadšení i skepsi
- radost i zlost
- uspokojení i zoufalství
- od pacientů chválu i zatracení

Naštěstí to první vysoko, vysoko převažuje.

Cesta k medicíně

Já ji takříkajíc zdědil. Téměř celý život jsem prožil v malebném jihočeském Písku. Otec byl chirurgem v místní nemocnici, matka pracovala v nemocnici jako porodní asistentka a dětská sestra na porodnici, a tak jsem čichal atmosféru medicíny od útlého věku. U nás doma se často scházeli vzdělaní lidé z lékařského prostředí, o oboru se diskutovalo v širokých odborných, ale i etických debatách. Poznal jsem starší generaci „jinak" vzdělaných lidí, tím myslím pevnou základní vzdělanost danou asi úrovní předválečných gymnázií. Namátkou vzpomínám na primáře Susse, na staršího primáře Mertla, jehož jeden syn byl později primářem v Benešově a druhý nás učil na fakultě internu, dále na dětského chirurga Jaroslava Dostála – zetě malíře Josefa Čapka, na již zmíněného astronoma docenta Josipa Kleczka. Z píseckých postav stojí za zmínku Franta Kolář, vinárník, přítel Adolfa Hejduka, svérázná a oblíbená postava Písku, jejíž peprné historky však nelze dost dobře publikovat. Řada tehdejších přátel pocházela z let válečných a krátce poválečných a scházeli se u nás prakticky až do otcovy smrti v roce 2008. Tato přátelství byla nesmírně pevná. Otec byl v Písku velmi populární a uznávaný, nejen po odborné, ale i po lidské stránce. Velmi mě překvapilo, když byl ve věku necelých dvaašedesáti let po zásahu StB násilně penzionován.

Rád vzpomínám na bezstarostná gymnaziální léta v Písku, během nichž jsme prožili i rok 1968. Odmaturoval jsem v roce 1969 a přijali mě na Fakultu dětského lékařství UK v Praze.

Proč jsem si vybral pediatrii? V zásadě proto, že bylo lehčí se tam dostat, hlásilo se tam méně uchazečů. Samozřejmě jsem měl téměř celou dobu studia před očima vidinu otcovy chirurgie jako „oboru nad obory", ale v posledním roce jsem se rozhodl pokračovat v pediatrii, prostě se mi v ní zalíbilo. Odpromoval jsem v roce 1975 a jako lokální patriot nastoupil na pediatrické oddělení v Písku.

MUDr. Ivan Macháček

Narodil se roku 1951 v Benešově u Prahy, od roku 1955 žil v jihočeském Písku, kde otec získal chirurgický primariát. Maturoval na písecké gymnáziu, Pediatrickou fakultu (dnes 2. LF) UK ukončil v roce 1975 a nastoupil na dětském oddělení nemocnice v Písku a na půl úvazku na venkovském obvodě v Protivíně, kde od roku 1991 působí na plný úvazek.

Otec tří dcer (prostřední je zdravotní sestra, pracuje jako dentální hygienistka), dědeček šesti vnoučat. Manželka pracovala jako zdravotní sestra, nyní je v důchodu.

Jan Mareš

Mám radost, když někomu dokážu něco vysvětlit

Pane docente, vy učíte fyziologii a patologickou fyziologii. Medika dostanete do rukou v počátcích studia medicíny, kdy je jeho duše ještě tvárná, až časem se opouzdřuje, „mazáčtí“. Jak se dá na ještě neexistující duši budoucího lékaře působit už na škole a v teoretickém oboru? Nejsou právě teoretické obory pro lékařství jedním ze dvou ostrůvků stability uprostřed valem se měnícího světa (druhým ostrůvkem možná je evolučně vyvinutý étos, chcete-li „jiskra Boží“)?

Problém zde vidím v tom, že studenti přirozeně nejsou vyjmuti ze společnosti. Jsou to už dospělí a svéprávní lidé. A jak se říkávalo, „lidé jsou různé“. Jak je možné ve společnosti, která vyznává hlavně hodnoty ekonomických úspěchů, začít nastolovat nějaké etické parametry chování? Ty si medici stejně jako všichni ostatní přinášejí z rodin a školních kolektivů. Už slyším slova o neformální autoritě. Každá autorita, když vyžaduje něco nepříjemného, jako je tvrdá práce a dosažení znalostí a dovedností, musí mít svou formální stránku. Protože téměř každý se snaží o dosažení touženého výsledku s co nejmenším vynaložením sil. Rozumná autorita po něm však tu práci požaduje. Bohužel to, co se za neformální autoritu považuje, je mnohdy založeno na ústupcích. V politice se tomu říká populismus. Osobní, téměř kamarádský kontakt se studenty je podle mne vhodný hlavně u mladých učitelů. Oni tím pomáhají překlenout bariéru mezi naší trochu ztuhlou akademičností a studentským živlem. Oni jsou totiž ještě rozkročeni mezi oběma prostředími. To se však postupně mění a musí začít převládat hlavně korektnost. Ani učitelé nejsou svatí a mnohdy studenti chtějí informaci jinak, nebo si myslí, že je redundantní, nebo je učitel něčím štve. Myslím si, že bychom měli trvat na tom, aby tento názor byl vyřčen vhodnou formou hned z očí do očí. Pak se spíš může něco změnit. Tím bychom také učili mediky říkat vhodnou formou nepříjemné věci. Oni to totiž ve vztahu k pacientovi budou hodně potřebovat. I *pia fraus*, zbožná lež, je podle mne důležitá, ale nesmí se za ní skrývat právě ta neschopnost lékaře pacientovi správným způsobem sdělit nepříjemné věci, které ke své nemoci potřebuje vědět.

Vraťme se však na začátek, ke studentům. My starší máme problém v několika oblastech. Mnozí jsme navyklí, že na medicínu přicházela inteligenční špička populačního ročníku. Uznávané studium, mzdy měli všichni přibližně stejné, pan doktor byl ctěn a občas také něco dostal do kapsičky nebo se i službička prokázala… Navíc tou dobou už všichni věděli, že medicína je ze své podstaty apolitická, takže ani příslušné katedry nedělaly velké vlny. Tato situace se začala měnit před polovinou devadesátých let. Nejdříve se objevilo to, že spousta těch schopných začala chodit i na jiné fakulty, posmívanou ekonomku či takzvanou „hnojárnu“ atd. V těchto fakultách tak začala narůstat kvalita a my jsme se s tím těžko srovnávali, protože to byli studenti, kteří měli patřit nám. To, že si nevymýšlím, je možné doložit výsledky přijímacích testů na první lékařské fakultě. Dělali jsme je tak, že jsme připravili zhruba 4000 otázek mnohočetného výběru a zveřejnili jsme je. Z nich se pak náhodně generovaly testy k přijímacímu řízení. Testovala se tedy schopnost naučit se něco definovaného a hlavně motivace ke studiu medicíny. Říká se, nevím, co je na tom pravdy, že na Harvardu dali jednou jako podmínku přijetí na medicínu naučit se základy sanskrtu. Na začátku byli u nás přijímáni studenti, kteří dosáhli alespoň 275 bodů ze tří set možných, během deseti let tato spodní hranice klesla ke sto osmdesáti. Podobné problémy jsou ale i na druhé straně, sehnat kvalitního absolventa, který by chtěl „zasvětit svůj život“ výuce teorií a vědě, je téměř nemožné. Vždy existuje snadnější cesta k „něčemu lepšímu“.



Neříkám, že étos/jiskra boží neexistuje. Je dokonce o něco častější než zázrak. Takové studenty si všichni pěstují a bojí se, že podlehnou plakátům profesionálních lákačů do zahraničí; i to se stává. Tito studenti se však připravují spolu se skupinkou těch, kteří by uvítali, aby se z děkanátů stala prostá výdejna diplomů pracující jen na základě potvrzení o přijetí ke studiu. Těmto lidem učitelé paradoxně věnují velkou část svého času pro výuku. Někdy mám pocit, že se studenti také stávají spíše klienty, jak se o tom mluví v souvislosti s pacienty. Mnohdy si ale říkám, zda děláme dost pro ty, z nichž se musí stát páteř našeho zdravotnictví. Zda z té masy normálních studentů dokážeme vychovat rozumně erudované lékaře, kteří jsou absolutně spolehliví, lidští a hlavně znají své meze a vědí, kam komplikovaného pacienta včas poslat. Tito lidé rozhodně nebudou velkopodnikateli ve zdravotnictví, hodně z nich bude provozovat *ars medica* jako svobodné povolání. Všichni i v pozici zaměstnanců si však zaslouží nemít zásadní ekonomické starosti a mít tak možnost dávat vydělat i lidem v různých službách, kteří jim tím uvolní čas k regeneraci a dalšímu studiu.

Proč jste se nad termínem „duše lékaře“ v otázce zatvářil pochybovačně?

No, duše lékaře asi existuje… Neumím ji popsat nejsa morfolog duší. Jako fyziolog vidím její životní projevy. Protože se pohybuji na rozmezí mezi laiky, přírodovědci a lékaři, mám spíš určitý nadhled než vhled do duše lékaře. Jako fyziolog bych si měl pokládat základní otázku, proč duše lékaře funguje tak, jak se to jeví zvenčí. Jenže fyziologie je experimentální věda, která hypotézy ověřuje pokusem – a dělat s dušemi experimenty?! Za to, jak duše lékaře funguje, holt musí být zodpovědný každý sám. Nedá se to naučit z knih ani z přednášek. Medicína je pořád ono klasické učitel a žák, přičemž učitelem nemíním jen takto označeného zaměstnance univerzity, ale každého vedoucího či staršího lékaře i kolegy na stejné úrovni. Zde každý z nich musí sám poměřovat, zda je ostatním dobrým či špatným příkladem v umění Eskulapově.

*Jaký by měl z pohledu teoretika být optimální poměr **medicíny** jako de facto přírodní vědy, **lékařství** jako medicíny transformované do umění léčit jednotlivého konkrétního člověka a **zdravotnictví** jako organizačního prostředí pro léčení celé populace – nota bene v situaci, kdy si právě ring zdravotnictví uzurpuje pořád víc lékařovy energie?*

S touto otázkou je těžké se vyrovnat. Je to jako rozhodování, zda na fakultách máme učit medicínu, nebo medicíně. Definovat medicínu je krajně obtížné, protože tam patří schopnosti, znalosti a dovednosti z nejrůznějších vědeckých i nevědeckých oborů. Například lékař musí alespoň jednou umět fyziku aplikovanou na funkce a poruchy lidského těla, znát různá onemocnění a léčbu a také umět pracovat s počítačem. Také se počítá s tím, že má základní znalosti ekonomiky, a tedy schopnosti pohybovat se v organizačním prostředí či ringu, jak jste zdravotnictví označili.

Učit medicíně je učit, jak na první pohled nesouvisející znalosti aplikovat ve prospěch konkrétního pacienta. To jste označili jako lékařství. Jenže v tom lékařství je ještě osobnost lékaře, která se vyvíjí. Patří k tomu ještě trochu toho šamanismu, který se pozitivně projeví placebo efektem, nebo alespoň tím, že pacient lékaře poslouchá.

Zatím docházím k názoru, že z pohledu přípravy lékaře během předpromočního (pregraduálního) studia všechny tyto vaše kategorie jedno jsou. Z hlediska hlubší schopnosti řídit, ovlivňovat a měnit ono zdravotnické prostředí si myslím, že je to stejné jako u ostatních oborů. V nich lékař osvědčuje své schopnosti absolvováním atestací na základě znalostí a dovedností, které získává hlavně po promoci. Stejně je to u lékařů i nelékařů, kteří se rozhodli věnovat organizaci zdravotnictví, alespoň doufám.

Se zužováním specializace a učením se novým věcem takzvaně zapomínáme to staré, tedy co nepotřebujeme a co jsme se třeba učili kdysi na fakultě. Je to asi nepřesné, protože nevíme, zda jsme doopravdy zapomněli, nebo si to jen neumíme vybavit. Tomu by odpovídalo to, že zapomenuté znalosti se zpět získají mnohem snáz než ty, které jsme nikdy neuměli. Problém je v tom, že člověk (dokonce i lékaři jsou lidé) mnohdy těžko rozlišuje, že co věděl a zapomenul a že to, co si myslí, že mimo svůj speciální obor zná a na co si vzpomene, dávno nemusí být pravda. Samozřejmě musí vědět, že funkce celého těla se navzájem ovlivňují.



Mnoha lékařům nestačí jen atestace. Někteří z vnitřního puzení, další na základě požadavků určité kariéry, nebo vzácně ti, kteří se chtějí věnovat základním (teoretickým) oborům, nastupují do postgraduálního studia zakončeného obhajobou práce a získáním titulu Ph.D. za jménem. Zkoušívám některé z těchto postgraduálních studentů z normální a patologické fyziologie. Ve velké většině jsou to klinici a problém je, že u nich panuje zřetelná nechuť učit se ke zkoušce i něco jiného než svůj vlastní klinický obor. Všichni chápeme, že jsou to obory, které ve vrcholové praxi svou náročností vydají minimálně za třetinu studia celé medicíny. Jenže člověk funguje jako celek, a proto musíme chtít alespoň některé vybrané další znalosti. Po zkoušce tak někteří z nich získají představu, že oni obor umějí celý, a určitá skupina si to může myslet do smrti. Nesporné je to v oblastech, kterým se soustavně věnují po celý zbytek života, bohužel se v těch dalších mnohdy stává to, co jsem uvedl v souvislosti se zapomínáním. Ani my z bazálních oborů toho nejsme ušetřeni, mnohdy si myslíme, že něco víme o diagnostice a terapii, ale ona potvora medicína mezitím pokročila o dost dále.

Když tak vidíme zvenku lékaře konat a existovat, na všechno mají léky, počítačové programy, naprogramované přístroje, a k tomu ten všudypřítomný všeliký kvalt („hovadský“, řekl by Jan Amos), vyvstává otázka: K čemu vlastně ten doktor ještě potřebuje znát anatomii, fyziologii, patologii? Copak člověk, který jezdí autem, telefonuje mobilem, píše na počítači, posílá maily, musí znát fyziku a chemii s tím spojených procesů?

Chtělo by se mi odpovědět, že kdo řídí auto, je řidič. Ve zdravotnictví řídí ředitel nebo ministr, a kdo léčí, je lékař. Ti první by měli vytvořit podmínky, aby ti uspěchaní a v medicíně (v tom polyhistorském smyslu) znalí a ve své odbornosti i lidsky plně kompetentní měli podmínky pro to, aby se mohli věnovat hlavně pomáhání pacientům.

Za extrémních podmínek nepotřebují uzdravovatelé znát mnoho, zvláště když se problémy pacientů opakují. Během druhé světové války měla Rudá armáda krajní nedostatek lékařů, kteří by obnovovali bojovou sílu pro další masakry. Proto se vrátili k institutu felčarů, kdy jich během relativně krátké doby vyškolili dostatečný počet. Bylo to založeno na systému „když vidím toto,

musím udělat toto“, v němž se tito felčaři dokonale vyškolili a výrazně napomohli k vítězství. Samozřejmě se počítalo, že mnoho vojáků v tomto systému nedostane adekvátní ošetření a léčbu a zemřou. Přesto šlo o nesrovnatelně menší ztráty než bez felčarů. Dost podobné jsou systémy v zemích, kde s „rychlou“ nejezdí lékař, ale speciálně vyškolený zdravotník (na úrovni bakaláře). Zcela jednoduchá otázka pak je – jaký je rozdíl mezi lékařem a felčarem? Felčar ví, co má dělat, a lékař navíc, proč to dělá a do čeho se nemá míchat. K tomu potřebuje lékař znát uvedené a další obory. Myslím, že zdravotnické a hlavně lékařské vzdělávání nutně musí kopírovat rozvoj medicíny jako vědy. V devatenáctém století (a zase jsme u té historie) se začala rozvíjet naše dnešní medicína, které říkáme vědecká. Zásadní podíl na tom měly zmiňované obory, které si osvojily základní principy vědeckého zkoumání tak, jak většinu z nich známe a užíváme i dnes. To, co je však nejpodstatnější – hluboce vzdělaný lékař dovede v komplikovaných situacích, kde není na každý úkon nějaký předpis, reagovat pružně a naštěstí převážně správně. Tedy je úspěšný i v situaci, v níž se „robot“ zastaví a jeho program se zhroutí.

Pokud bych se vracel k textu otázky, tak je situace velmi obdobná; člověk telefonující, řídící auto atp. nemusí vědět, jak a kudy trpaslíčci nosí elektrony. Od toho má společnost techniky a inženýry (pokud možno české). U medicíny je to obdobné; když jde člověk z toalety, umyje si ruce, přestože na nich mikroby nevidí. Řekli mu to lékaři, kteří je viděli a vědí, co mikroby umějí. Stejně tak si lidé měří teplotu, ale neznají příčinu jejího vzestupu. Pak jdou za odborníkem.

V sedmdesátých letech se kybernetika zaměřila i na algoritmy umožňující stanovit diagnózu. Předpokládalo se, že vznikne počítači asistovaná diagnostika. Měl jsem díky docentu Wünschovi a jeho spolupracovníkům možnost nahlédnout do stohu tisků, které byly potřebnými daty. Pak se ukázalo, že je to trochu pomalé, že je stejně nutná interakce s lékařem, který to dokáže lépe a rychleji. Přesto se něco z toho začalo uplatňovat hlavně v medicíně v USA. Začaly se používat závazné algoritmy diagnostiky a léčby zvané „guidelines“. Přemýšlel jsem proč. Došel jsem zatím ke dvěma důvodům – zdravotnictví se stalo v USA (a brzy i u nás) zdrojem příjmů právníků (advokáti, soudci, pojišťovny atd.), vyplnění všech kolonek a provedení příslušných úkonů chrání proti žalobám. Sice přeháním, ale pro zjednodušení: Pokud pacient za těchto kautel zemře, je to z právního hlediska jeho problém. Druhý důvod je pozitivnější – ne všichni američtí lékaři vystudovali Harvard. Některé univerzity při srovnání nepatří k nejkvalitnějším, ale pokud jejich absolventi uváděné postupy dodržují, pacienti jsou podstatně méně ohroženi. Na druhé straně kvalitní, zodpovědný a dobře vzdělaný lékař je schopen zachránit i ten zlomek pacientů, na které předepsané postupy nepamatují. U nás zatím velká většina lékařů patří k těm kvalitním. Nejsou tedy pouhými felčary.

K tomu se nabízí otázka, jaký vztah byl, je a (pravděpodobně) bude existovat mezi teoretiky a kliniky/praktiky. Nebude sílit tlak na dichotomizaci lékařské obce na pochybující tvůrce (obrazně plnokrevníky schopné výrazných krátkodobých výkonů, převážně z řad badatelů/teoretiků ponoukaných okolnostmi k obhajobě a okrášlení svých pozic) a na „to neřešící“ krmiče hydry zdravotnického byznysu, v podstatě chovatele pacientů coby plátců (tahouny, kteří sice dokážou vytrvale a velkou silou točit žentourem, ale skočit překážku nebo zacválat tryskem ve finiši už dávno zapomněli)?

Principy vztahů jsou komplikované a musí se dělit na vztahy osobní, vědecké a pedagogické. My kantoři musíme vědět, že na medicínách vychováváme lidi, kteří chtějí konat praktickou medicínu. Proto je dobré, když jsou na „teoriích“ lékaři, protože trochu tuší, co budou medici potřebovat. Nesmíme také zapomenout, že existuje klinický výzkum, který má stejné obecné zákonitosti jako ten náš.

K vašemu přirovnání k plnokrevníkům schopným výrazných krátkodobých výkonů. Přirovnání je to krásné a lichotící. Jenže ona erupce tvůrčí síly, která spolu s osvícením zboří nějaké hranice znalostí a dovedností jako jarní povodeň, je bohužel vzácná. Myslím si a asi mylně, že tak tomu bylo v osmnáctém, devatenáctém a v první polovině dvacátého století, kdy jsem ještě nebyl na světě. Píše se o Newtonovi a jablku, také o Flemingovi. Ono je to asi proto, že tak to mají lidé rádi a je to vzácné. Už Thomayer v jedné ze svých literárních úvah uvá-





dí jména lidí, kteří nebyli ve škole úspěšní v nějakém oboru a pak v něm vynikli. Svou úvahu uzavírá tím, že se o tom mluví, protože to byli extrémně vzácné výjimky a obrovská převaha ostatních úspěšných jevila své nadání již ve škole. Věda se dneska podobá spíše továrně s pásovou výrobou, kde jeden nález vyvolá potřebu „vyrobit" další. Používají se k tomu nesmírně specializované metody, a proto vzniká nová „vědecká dělba práce". Někdy si myslívám, že na začátku by měl být nový nápad, ale ono jich je zoufale málo. Také nejsem schopen rozhodnout, zda ona rutinní laboratorní práce, která připomíná zmíněnou továrnu, je věda, nebo věda je ten nápad a návrh metody, jak jej ověřit či zavrhnout, a samozřejmě vysvětlení dosaženého výsledku. Nemyslím si ani, že většina lékařů jsou jen tahouni. I zde sice existuje dělení na chovné a tažné, ale to má trochu jiný význam. Rozdíl mezi lékaři je také trochu v tom, že určitá skupina navrhuje, že se z pacientů mají stát klienti a dokonce z politických výšin tuto slovníkovou změnu chvíli prosazovali. Já v tom vidím dost zásadní problém, protože klientovi se musí ve všem vyjít vstříc, aby platil. Musí se mu vyjít vstříc i v nesmyslech, aby nešel jinam. Musí být tak spokojený, aby si na své pojišťovně, jíž je opravdu klientem, dokázal vynutit nesmyslně drahou léčbu. Musí se pro něj udělat i to, co si najde na internetu, i když to tam napsala husopaska z Alp. Kdežto pacient, to je člověk, s nímž máme hlavní společný zájem – jeho úzdravu. Pacient je člověk, který svému lékaři věří, a ten se mu odvděčuje tím, že napne své síly a vědomosti až do krajnosti v jeho prospěch. Lékař ví, že pro pacienta je důležitější zdraví než pohovka z antilopí kůže v čekárně a krásná hosteska (ne dobrá sestra na příjmu). Klient to však může vyžadovat. Raději jsem pacientem u dobrého lékaře.

Závěrem klasická otázka – co vám medicína dala a vzala?

To, co jsem prožil, už nemohu změnit a marno plakat tam, kde vzpomenu na rozlité mléko, a jásat nad tím, co považuji za úspěch. Pravděpodobně každý v životě uvažoval, co by se stalo, kdyby si zvolil jinou cestu. Nevím, zda by mě jiná cesta zároveň štvala i uspokojovala obdobně jako ta, kterou jsem prošel a snad ještě procházím. Přináší mi radost, když někomu dokážu něco vysvětlit, a ve vědě, když se mi podaří vysvětlit něco sám sobě. Přiznávám, že velmi kladné pocity prožívám, když se mi potvrdí hypotéza, a to přestože bych měl být stejně rád, když ji vyvrátím. Kdybych se věnoval praktické medicíně, asi bych zažíval ony kladné pocity častěji, třeba při správné diagnóze, když se pacient začne při léčbě lepšit, a samozřejmě nejvíc s jeho vyléčením. Na druhé straně si říkám – nezevšednělo by mi to, uměl bych se z toho stále radovat, nepřešlo by to do běžné rutiny?

Nemůžu zpětně volit a asi je to dobře. Musím se naučit, že věci, které proběhly, jsou prostě tak, jak jsou, a smířit se s tím.

Cesta k medicíně

V roce 1966 jsem maturoval a bylo nutné se rozhodnout, co dál. Na gymnáziu Jana Nerudy jsem se naučil mít docela rád chemii a biologii. Může za to také má velmi přísná třídní profesorka Marie Kubýová, která oba předměty v naší třídě vyučovala. Neodpouštěla neznalost a lemplovství. Také jsem od ní v prvním ročníku dostal tři pětky za hodinu, které mi i přes zlepšení započetla do vysvědčení. Možná pro svou náročnost nenacházela pochopení u některých umělecky zaměřených studentů, kterých bylo na tomto gymnáziu hodně. Asi i proto ji později jeden mladý režisér ve svém filmu zobrazil v nezaslouženě ne-

lichotivé podobě. Z naší třídy se patnáct lidí dostalo na medicínu a úspěšně ji ukončilo, což tehdy nebylo tak jednoduché. Z mého ročníku nás totiž promovala méně než polovina.

Dalším podnětem byla anorganická chemie od profesora Votočka – tu jsem dostal od jedné z prvních profesorek na technice, Julie Hamáčkové z pražské VŠCHT. Neměl jsem zásadní problémy ani s matematikou a fyzikou. Nakonec jsem odmaturoval z chemie.

Vzpomínám i na naši češtinářku na gymnáziu, paní profesorku Ducháčkovou. Byla to tehdy již starší dáma, která také slynula přísností. Pochopil jsem, že se snažila, a myslím, že úspěšně, abychom se naučili číst a měli rádi literaturu. Její zkoušení bylo charakteristické, pokud se někdo o autorovi naučil klasický výčet – narodil se, zemřel, napsal, zařazení – byla to tak trojka. Na jedničku musel student prokázat, že doopravdy přečetl a pochopil jedno až dvě díla. Také naši třídu „protahovala kulturou", v rámci akcí – snad se to jmenovalo „mladý čtenář" – si pamatuji na setkání a diskuse s Kunderou, Hrabalem a dalšími, někdy kolem roku 1965. Také jsme s ní chodili do divadel, od Disku až po Národní.

V té době jsem byl literárně všežravý a nenažraný a měl jsem k volnému použití velkou rodinnou knihovnu, kde bylo leccos od opričníků přes Čapka až po Prezidenta krokodýlů Warrena Millera ve fotokopii a Salingerovo Kdo chytá v žitě. Asi mě to dost ovlivnilo; doteď mi občas vytanou souvislosti. Dokázal jsem konzumovat několik knih denně, včetně detektivek. V kruhu byl ještě jeden takový žrout informací – Honza Škovránek, dnes opora motolské dětské kardiochirurgie. A pokud jsem se později na fakultě připravoval na zkoušku, mou nejlepší odpočinkovou literaturou byl štůsek potrhaných rodokapsů.

Leč zpět k mému medictví… Původně jsem uvažoval o přírodovědě nebo jaderné fyzice, ale pohovor s jedním z profesorů přírodovědecké fakulty mne nasměroval na medicínu. Řekl mi totiž, ať se podívám na něj, že vystudoval medicínu, je profesorem na přírodních vědách a vědecky pracuje v ČSAV a že medicína je jediné studium, kde se nikdo nebude divit, když se budu věnovat chemii, biofyzice či čemukoliv jinému a že mi vždycky zůstane kvalitní řemeslo. Tak jsem podal přihlášku. Tehdy již bylo docela sofistikované a dost spravedlivé přijímací řízení. Byla to holt druhá polovina šedesátých let. Napsal jsem testy, prošel ústním zkoušením a byl jsem přijat na pediatrickou fakultu, která byla již tehdy sice náročná, ale panovaly tam kolegiální vztahy jak mezi učiteli a studenty, tak i mezi studenty navzájem. Navíc nás bylo v ročníku poměrně málo, takže od třetího ročníku (první dva měly všechny pražské lékařské fakulty společné) nás znali téměř všichni učitelé a člověk se moc neschoval.

Během studia má medik „fiškusovat" na klinikách nebo zkusit pracovat na teoriích a tak trochu příštipkařit ve vědě, nebo se předvádět mladším medičkám jako podučitel. Je to stará a dobrá tradice a umožňuje fakultám doplňovat svůj sbor z ověřených zdrojů. Mne odlovil hned v prvém ročníku mladý neurovědec, který se podíval do výsledků přijímacího řízení. Za jeho nabídkou stálo jistě i mé příjmení. Jmenuje se totiž Pavel Mareš, ale nebyli jsme nijak příbuzní.

Práce tam mě bavila a shodou okolností jsem začínal v budově, kde jsem nyní. Z tohoto období mám několik celoživotních přátel. Pak Pavel Mareš přešel do skupiny profesora Servíta na Akademii věd a já jsem šel s ním. V době, kdy jsem končil studia a byl rozhodnut pokračovat na teorii, měla Akademie a zvláště skupina signatáře 2000 slov Zdeňka Servíta jako hnízdo „kontrarevoluce" zablokován příjem aspirantů. Tenkrát mi profesor Jílek z Fyziologického ústavu Fakulty všeobecného lékařství nabídl možnost učit jako asistent IV. kategorie fyziologii. Po promoci jsem tam nastoupil na plný úvazek. Od té doby mám pořád „něco" s fyziologií.

V prvním roce mého popromočního působení na fyziologii jsem se šel podívat za kolegyní z ročníku, která začala pracovat u Dagmar Benešové na patologii. Paní profesorka mne uslyšela přes otevřené dveře, a protože si mne pamatovala, zavolala: „Mareš, pojď sem, co děláš?" Odpověděl jsem, že jsem u profesora Jílka na fyziologii. Ona – patoložka! – k mému překvapení odpověděla: „Že se radši nevěnuješ živejm lidem!" No myslím, že i studenti jsou lidé a někdy živí až až.

doc. MUDr. Jan Mareš, CSc.

Narodil se roku 1948 v Českých Budějovicích v rodině slaboproudého inženýra, potomka fyziologa Františka Mareše, většinu mládí prožil v Praze na Malé Straně. Maturoval na gymnáziu Jana Nerudy, roku 1972 promoval na Fakultě dětského lékařství (nyní 2. LF) UK. Od prvního ročníku začal pracovat jako „pomvěd“ v ÚVVD (Ústav výzkumu vývoje dítěte), pak ve Fyziologickém ústavu ČSAV (nyní AV ČR), od posledního ročníku studia působil ve Fyziologickém ústavu 1. LF UK, habilitace 1987. Praktickou medicínu vykonával během vojenské prezenční služby.

V padesáti letech přešel na 3. LF UK, kde nyní vede Ústav normální, patologické a klinické fyziologie.

Manželka je rovněž lékařka, dva synové nikoli.

Václav Pospíšil

Tak trochu šaman, vrba, Démosthenés – a účetní zdravotní pojišťovny

Jak a čím se z vás – medika – stal lékař?

Studia medicíny se mi v žádném případě nespojují se slovy „studovat“ a „věda“. Sice jsem se aktivně účastnil SVOČ (studentské vědecké a odborné činnosti) a taky jsem si přivydělával ke stipendiu jako asistent na katedře anatomie FTVS, nějak si ale nevzpomínám, že bych tomu přikládal nějakou váhu. Asi jsem se i učil, pamatuji se, že jsem ve 3. ročníku dosáhl na nejvyšší stupeň prospěchového stipendia. Připadalo mi ale, že to všechno je na světě jen proto, abych měl kamarády a kamarádky a aby nám spolu bylo dobře. Anebo si to tak pamatuji, to už tak bývá, že paměť uchovává především příjemné vzpomínky.

Pamatuji si ale také některé slabší chvíle svých studií – řadu nicneříkajících přednášek a přednášejících, které nešlo poslouchat a kde povinná prezence byla utrpením. Praktika na oddělení, která sestávala hlavně z hlídání pejska paní uklízečky. Pejska měl pravidelně na starosti jeden pan docent, který nás měl učit, musel ale hlídat psa. Uklízečka tehdy měla pro onu kliniku asi větší cenu než dotyčný pan docent. Vzpomínám si ale také na sérii několika přednášek z interny, které přednášeli hostující pedagogové z lékařské fakulty v Hradci Králové. Tehdy jsme se o místa v posluchárně skoro prali.

Státnice posledního ročníku mi připadaly jako každá jiná zkouška, po nich jsem nastoupil do svého prvního místa. Na tři týdny před vojnou. Ty tři týdny mi utkvěly v mysli ne proto, že jsem měl na starosti svých prvních patnáct živých pacientů, ale tím, že mi můj tehdejší primář zadal hned týden po nástupu napsat „práci“ na z dnešního pohledu absurdní téma – *Punkce pseudocysty a její přínos v diagnostice akutní pankreatitidy*. Rozsah deset stran strojopisu, odkazy, literatura. Termín odevzdání – před odchodem na vojnu. To bylo v roce 1983. Žádný internet ani počítače, ultrazvuk dostupný jen na vybraných klinických pracovištích. Mými nástroji byly ruce, fonendoskop, psací stroj a archy karbonových kopíráků.

Práci jsem napsal a odevzdal včas. Kopii „v průklepu“ mám stále schovanou, akutní pankreatitida mne doprovází na cestě internou dodnes. Když jsem se za několik měsíců vrátil z vojny, připadalo mi, že už mne nemůže nikdy nic zaskočit. Jak krásný pocit to byl… Ale, jak jinak, nevydržel dlouho.

Občas se dívám na některé dnešní absolventy a říkám si, co by se jim asi prohnalo hlavou, kdybych na ně teď vybafl: „Napiš prezentovatelnou práci o tom či onom, asi deset stran, odkazy, literaturu, máš na to dva týdny!“ Kdo z nich by tuto výzvu přijal? Věřím, že některým z nich by to problém nedělalo. Jsou stejní, jako jsme byli my.

Jste aktivista, nebo fatalista? Můžete jako lékař na pacienta „tlačit“?

Myslím, že jsem především skeptik. Jsem přesvědčen, že všechno, co vidíme, má nějaký princip, důvod, souvislost – a je jen naší nedokonalostí, že tuto souvislost nevidíme. Může samozřejmě nastat situace, kdy jsou tyto souvislosti tak složitě propojeny, že není v našich silách je ovlivnit. Nebo naše neznalost je tak hluboká, že se nám zdá, jako by se všechno kolem odehrávalo nahodile, výsledky vyšetření a výsledky léčby vypadají, jako by k sobě nepatřily. Myslím, že jediným správným krokem v takové situaci je hledání. Hledání souvislostí, vysvětlení, řešení.

Často si v takové situaci vzpomenu na radu své starší sestry, která si zamilovala nukleární medicínu a revmatologii. Když jsem tápal nad nějakými nálezy a radil se s ní, s úsměvem mi kladla na srdce: „*Prav-*



děpodobnost, že bys objevil novou chorobu, je zcela mizivá. Samozřejmě, vyloučit se to nedá, ale bude lepší znovu probrat jednotky, které už byly popsány!" Vždycky jsem poslechl a zatím se to pokaždé vyplatilo.

Přiznám se, že nedokážu dodržovat „zdravý životní styl" jen kvůli vlastnímu zdravotnímu stavu. Nemám rád přehnaný pohyb, i když chápu, že mnohým lidem takový pohyb dělá dobře. Nerozmlouvám jim to. Jsem přesvědčen, že pokud jedinec není skutečně nemocen, mělo by stačit vyvarovat se negativních excesů. Nepřehánět obezitu, zbytečně se nepřejídat, přiměřeně spát, nekouřit, nepřehánět alkohol. Pokud mi za této situace život poskytuje skutečnou duševní pohodu, jsem přesvědčen, že i mé regulace a imunita „jsou spokojeny", a nevidím proto žádný důvod jim to kazit. Myslím si také, že vše je otázkou osobních a aktuálních priorit. Teď se nepotřebuji přehnaně hýbat. Kdybych se přemohl a začal třeba systematicky jezdit na kole, obávám se, že ve skutečnosti by to pro mne byl nepřirozený stres. Nevím, zda by sice vysportované, ale vyčerpané tělo vyvážilo to množství negativních emocí, které bych ze sebe v takovém případě musel vydat.

Trochu jiná situace nastane, když je člověk nemocen. Tam už je třeba pečlivěji vážit, co mi stojí víc za to – zda čelit komplikacím diabetu, nebo se skutečně pokusit změnit životní styl. Tady totiž vyvstává situace, „jak a co" radit svým pacientům. Nesouhlasím s lékaři, kteří obézní pacienty už ode dveří vyhánějí z ordinace (a pamatuji takové), na druhou stranu nemám rád pacienty, kteří si sice nechají poradit, ale pak stejně dělají věci po svém. Mám rád fér hru – a právě tady se ze mě stává svým způsobem fatalista. Svůj osud máme kdesi vepsaný. Nezměníme jej příliš, ale trochu jistě můžeme. Filozoficky je mi nejbližší představa, že náš osud má několik variant. A je na nás, kterou variantu si vybereme. Asi jako byl kdysi světovým hitem československý kinoautomat, kde si diváci vybírali z několika alternativ možného pokračování děje. Tak trochu zjednodušený citát Immanuela Kanta: *„Bůh je nade mnou a mravní přikázání ve mně."* Myslím, že velmi podobný význam má i křesťanské *„pomož si a bude ti pomoženo"*.

Snažím se svým pacientům radit v duchu těchto intencí. Zamyslete se nad tím, o co vám ve skutečnosti jde, a podle toho pak zvolte cestu, se kterou vám já jako lékař mohu pomoci. Budeme spolupracovat, a tak je možné, ba pravděpodobné, že budeme alespoň trochu úspěšní. Nemohu odsuzovat pacienty za jejich malicherné slabůstky, stejně jako se ani já netajím, že takové slabůstky také často mívám. Myslím, že právě takový vztah s pacientem je nakonec nejefektivnější.

S tím souvisí i svoboda jednotlivce rozhodovat o svém osudu, svoboda pacienta podstoupit léčbu, nebo ji odmítnout. Ke zdravému životu jedinec nemůže být nucen, i když jeho rozhodnutí bývá lékaři často proti mysli. Myslím si, že právo dospělého myslícího jedince sám o sobě rozhodovat je absolutní a je třeba ho cíleně vnímat a respektovat. S nadsázkou opět zmíním bonmot své starší sestry, který rád opakuji mladým lékařům na svém oddělení: *„Je ten pacient dospělý a volič? Má právo rozhodovat o osudu tohoto státu? Má. Pak má jistě právo rozhodovat i o své vlastní chorobě a o svém osudu."*

Musím ovšem předeslat, že jsou situace, kdy je lékař nucen tomuto právu zcela naopak stát v cestě, a není jednoduché zjistit, zda už situace tak daleko zašla, či nikoliv. Myslím tím pacienty, kteří si sami sahají na život. Nemyslím „demonstranty", ale pacienty, kteří tento krok zvolili po racionální bilanci své situace, svých možností, svých zbývajících sil. Bohužel, i takoví se občas objeví. Úkolem lékaře je podle mne v takové chvíli snažit se pacienta alespoň pozdržet, jeho rozhodnutí odložit – a v získaném čase mu pomoci najít alternativu, změnit žebříček hodnot, snažit se jej přesvědčit, že smrtí žádná cesta nevede. Ne vždy se to daří, občas přece. V každém případě se ale lékař musí zdržet jakékoliv pomoci pacientovi směrem k vykonání jeho rozhodnutí. Zejména u skutečně vážně nemocných pacientů je hranice mezi úlevou od utrpení a pomocí na onen svět velice tenká. Je jen na vnitřním přikázání každého z nás – a to je jeden z největších imperativů lékaře – tuto hranici za svůj život nikdy a za žádnou cenu nepřekročit.

Mnohem častější je ale situace, kdy pacient chce žít, ale jeho nemoc už mu neponechává mnoho času nazbyt. Bohužel až příliš často se setkávám s rodinami, které snad v dobré víře a se slovy „Tatínkovi to neříkejte, ten by to neunesl! Kdoví, co by si udělal!" žádají, abych svému pacientovi zamlčel závažný nález, většinou nějaký pokročilý nádor, a tím jej definitivně zbavil jeho základního práva. Snažím se, abych nejen já sám, ale

také všichni lékaři kolem mne v takovou chvíli zbystřili pozornost a snažili se najít cestu, jak rodinu přesvědčit, že právo na rozhodnutí má každý pacient – a aby toto právo mohl správně použít, musí mít správné a pravdivé informace. Takže závažný nález nemohu pacientovi zamlčet. Je jedno, zda se rozhodnutí pacienta bude týkat možné léčby, dalších vyšetřovacích postupů, anebo toho, zda byt zdědí jeden vnuk a auto ten druhý. Lékař svého pacienta nemůže vědomě zbavit možnosti takové věci rozhodnout a zařídit, dokud je na ně alespoň trochu času.

Zajímavé jsou reakce mladých lékařů, které kolem sebe mám. Zprvu se někteří obávají reakce rodiny, druzí reakce pacienta. Často se bojí sami sebe, zda takový nelehký rozhovor dokážou vést, někdy se musí hovořit i na pokračování, ne vše lze říci jednou strohou větou. Zdá se mi ale, že nakonec můj přístup a vysvětlení všichni mí lékaři akceptovali a postupně jej přijali za svůj. Stačí si v roli nemocného představit sama sebe – a pacientovi nabídnout to, co bych si sám přál, aby můj lékař nabídl mně.

Zažil jste nějaký posun ve zdraví populace?

Ano, je to jeden z nejfantastičtějších fenoménů, který medicína přináší. Ale pouze medicína provozovaná delší dobu, protože pocit uspokojení, že „i já byl součástí tohoto zázraku“, přináší až dostatečný odstup a nadhled. Věřím, že každý lékař, který má svůj obor rád, takové zlomy zažil. V mém případě byly nejméně tři: zavedení blokátorů protonové pumpy do léčby peptické choroby, zavedení blokátorů angiotenzin konvertujícího enzymu do léčby srdečního selhání a konečně všeobecná dostupnost koronární intervence v léčbě akutního infarktu myokardu. Jsem přesvědčen, že tyto kroky patří k milníkům medicíny, ony skutečně změnily naši populaci.

Jako mladý lékař jsem poslouchal šelesty, vyklepával šíři srdečního stínu a pečoval o pacienty, kteří měli pokročilá srdeční selhání, dilatované kardiopatie, rozsáhlé infarkty, aneuryzmata v myokardiálních jizvách. Opakovaný edém plic byl na denním pořádku a říkalo se, že víc než tři jen málokterý pacient přežije. Celkem častá událost, jako byl infarkt myokardu, těžce invalidizovala a my byli nešťastní, jak málo můžeme takovým pacientům pomoci. Podobná situace existovala u pacientů po resekci žaludku. Každý druhý „vředař“ byl po resekci, každý třetí po vagotomii. Takový „vředař“ se poznal už mezi dveřmi, byl hubený, bledý, utrápený. Většina měla dumping syndrom nebo poruchu evakuace pahýlu žaludku, iatrogenní perniciózu – a to vše pro dnes tak banální nemoc, jako je žaludeční nebo dvanáctníkový vřed. A na to jsme měli strofantin, digoxin, furosemid, papaverin, No-Spa a dietu.

Když se z tohoto zorného úhlu podívám na pacienty v ambulancích dnes, mohu o tom všem svým mladým sekundářům už jen vyprávět. A mám velkou radost, že jim to připadá jako bájné vyprávění starců. Ano, občas se objeví edém plic a výjimečně i pacient po resekci žaludku, ztrápený „syndromem albatrosa“. Rozhodně ale takových nemocných v čekárně nesedí pět najednou, jako tomu bylo dřív. Populace se díky moderním léčebným postupům změnila. Myslím si, že toto jsou skutečné úspěchy medicíny.

Jak bojujete s „fenoménem údržbářství“?

Přiznám se, že nebojuji. Máme nové postupy, nové standardy, nová doporučení, nová léčiva – ale vztah pacienta s jeho lékařem je stejný. A chytrost, nebo chcete-li inteligence, pacientů a lékařů je v průběhu dějin také stejná. Stejná, jako když jsme byli mladí, stejná, jako když byli naši otcové mladí, stejná, jako když byl mlád Karel IV. Nepochybuji, že „fenomén údržbářství“ byl stejným problémem té které doby, tak jako je dnes, vždyť s ním bojoval i Paracelsus a před ním i Galén. Umění lékaře je a vždycky bylo stejným uměním komunikace, empatie, schopností uplatnit aktuální znalosti lékaře a využít znalostí pacienta, uměním odhadnout, co právě tento pacient potřebuje – zda nejmodernější lektvar, nebo spíš pohladit na duši. Zda potřebuje probrat své potíže do nejdrobnějšího zrnka své stolice, anebo zda potřebuje mírně poopravit pocit, že zlaťáky v jeho měšci mají větší cenu než kterákoliv choroba, která na světě číhá. A to není historická reminiscence, to je současnost.

Jsou některé lékařské obory lepší a některé horší? Jste spokojen se svou specializací?

Nemyslím, že by tomu tak bylo. Každý obor může být krásný, hluboký a prospěšný. Záleží na tom, jak jej kdo cítí. Jsem přesvědčen, že o oboru, který toho kterého lékaře uspokojí, je rozhodnuto ještě dřív, než si to sám lékař uvědomí. Domnívám se, že tak jako určité charakterové typy lidí vyhledá-





vají určitý sport, určité charakterové typy lékařů vyhledávají konkrétní obory. Kdo na fakultě zažil rozdělení studentských kroužků podle sportů a pak náhodná studijní setkání kroužku kanoistů s kroužkem gymnastek nebo kroužku fotbalistů s kroužkem tenistů, ví přesně, co mám na mysli. Obor neformuje lékaře ku své podobě, lékař si svůj obor vybírá pečlivěji než svého životního partnera. A je pak na „nasazení" konkrétního lékaře, zda se jeho obor pro něj stane celoživotním dobrodružstvím, nebo jen průvodcem a prostředkem obživy.

Kdybych měl popsat svůj vztah k interně, spokojen je slabé slovo. Pokud bych měl to štěstí a mohl bych znovu začít, znovu bych se vydal stejnou cestou, chci si myslet, že bych snad, možná, byl ještě dychtivější. Myslím si, že podobně odpoví každý lékař, který má rád medicínu, a myslím, že to není otázkou oboru.

Léčíte pacienty, nebo klienty?

Musím se přiznat, že na svém oddělení netrpím označování pacientů za „klienty." Zatím mne nikdo nepřesvědčil o tom, že by byl někde „klient" léčen lépe, než by byl „pacient". A taky mám rád češtinu. „Manager" je prostě správce, „klient" je zákazník. A tak na našem oddělení neléčíme zákazníky, léčíme nemocné, kteří nás přišli poprosit o pomoc a trpělivě snáší svou chorobu, léčíme pacienty.

Co se za dobu vaší praxe nejvýrazněji změnilo „zvenčí"?

Je mi smutno – ne – mám přímo hrůzu z komercializace a byrokratizace medicíny.

Krátce poté, co jsem vstoupil do praxe, objevovaly se první počítače a s nimi nezměrný entuziasmus, že databáze lékařských vědomostí vybavené „umělou inteligencí" budou novým nástrojem v praxi lékaře, pomocníkem nejvěrnějším. Už tehdy, a dnes to možná zní trochu legračně, někteří autoři předvídali zánik medicíny zprostředkované člověkem. Automatická inteligence podle nich měla v dohledné době předčít i ty nejzdatnější lékaře. Těm by pak zbyla role společníků, kteří by konali to, co jim počítač předepíše. Taky by pacienta mohli držet za ruku, s tím se u automatické inteligence nepočítalo.

Zastavili jsme se na půli cesty. Dnes, přestože počítače dosáhly nepředvídatelného rozmachu, rychlosti a kapacity pro uložení dat, už nikdo moc nespekuluje, že by automatická inteligence a komplexní (byť trvale a profesionálně doplňovaná) databáze všech aktuálních medicínských informací mohla nahradit heuristickou analýzu živého vzdělaného lékaře. S tím nelze než souhlasit. Objevil se ale problém jiný, dle mého soudu mnohem horší a nebezpečnější, a to je byrokratizace.

Snadná dostupnost velkého objemu dat – bez kontroly jejich skutečného obsahu a váhy – umožňují organizátorům ve zdravotnictví vypracovávat další a další „elektronické, virtuální papíry", které se pokrytecky tváří jako pomůcka, ve skutečnosti jsou často překážkou mezi lékařem, případně sestrou a jejich pacientem.

Typickými oblastmi, kde se byrokratizace pozvolna, ale nezvratně šíří, jsou výkazy, standardy, akreditace a často také různé komerci skrývající studie.

Někdy je snadné vidět, o jakou oblast se jedná. Žádný lékař nevnímá své uplatnění v sepisování výkazů pojišťovnám, ve znalosti pasportizace oddělení pojišťovnou XY a tím, jak se tato pasportizace liší od dodatku smlouvy s pojišťovnou AB. Je to nutné zlo, které nás drží při životě a lékaři si proti němu vesměs udržují zdravý odpor.

Mnohem nebezpečnější je ale skrytá byrokratizace standardů, akreditací a hlavně studií. Studie je při správném použití nepochybně nejpřesvědčivějším argumentem pro průkaz nějaké hypotézy v léčbě. Čím dál častěji se ale setkáváme s citacemi studií, jejichž synopsi a podrobné výsledky jsme neviděli, jen citaci či dokonce citaci z citace. Studie jsou ale velmi snadno ovlivnitelné tak, aby přinesly podklady pro kýžený výsledek. To se pak může týkat i metaanalýz, které nemají k dispozici zase nic jiného než studie. K tomu všemu se přidává zlozvyk některých kolegů, a pro některé obory je to typické, argumentovat pouze daty ze studií. Zažil jsem řadu prezentací, které pouze podávaly výčet studií a jejich závěrů. Co diapozitiv, to jedna či dvě studie. Žádná vlastní myšlenka, žádná odvaha mít vlastní názor, snést pro něj své argumenty – a třeba odporovat hordě studií, které byly (jak jinak) zaplaceny nějakým komerčním subjektem za určitým komerčním záměrem.

Ano, většina studií většině pacientů prospěje. Pokud ale stojí můj pacient přede mnou, jen Bůh ví, zda právě tento pacient představuje probanda, který by v naší pomyslné studii z léčby profitoval, zda by mu léčba nic nepřinesla, nebo pro něj paradoxně bude

škodlivá. Výsledky všech studií jsou při dostatečném počtu subjektů rozděleny do Gaussovy křivky a já nemohu nikdy vědět, na kterém jejím konci by stál právě tento můj pacient.

Další ikonou současné medicíny jsou „standardy“ a „akreditace“. Nemocnice čím dál častěji zaplavují dobře placení auditoři, kteří čárkují předem vytyčená kritéria, počítají podpisy zdravotníků v dekursech, vynechané „fajfky“ u podané medikace, četnost návštěv uklízečky během dne na čisticí místnosti a podobně. Sestry vypisují stohy papírů, vyplňují ošetřovatelské diagnózy podle vlastních pravidel a seznamů – a nakonec se stává, že čas strávený nad akreditovanou dokumentací je dvakrát delší než čas, který během směny stráví u lůžka péčí o pacienta. Bohužel na tento boj s větrnými mlýny nemám žádný recept. Jakákoliv snaha o zjednodušení, zmenšení administrativy a vrácení sester (a lékařů) zpět k pacientům vyvolá pouze další „opatření“, „projekt“, „úkol“ – který je třeba zdokumentovat, vyhodnotit, závěry se musí nechat schválit, úkol je pak označen jako „splněný“ – a chudák pacient zatím stále čeká na svou mísu, tabletky nebo převaz bércového vředu.

To, o co se v tomto případě bojím, je „lékařské umění“. Lékař se v současnosti stává „vykonavatelem“ – měl by léčit podle výsledků studií, podle „SPC“ (souhrnu údajů) léků, podle standardů pojišťovny. Zákonné předpisy nejen u nás, ale už i v Evropské unii vypouštějí slůvko „lékař“ jako špatné a zavádějící – je nahrazováno výrazem „zdravotnický pracovník“, snad aby text zákona mohl být považován za politicky korektní a sestry a sanitářky se necítily dotčeny náznakem nadřazenosti lékaře. Alespoň taková je představa politiků a legislativců.

Ale v okamžiku nemoci stojí proti sobě jen lékař a jeho pacient. Pacient má potřebu, která se jen málokdy kryje se vstupními kritérii studie, je v situaci, která není zmiňována v SPC léku, a pojišťovna má své standardy nastaveny pouze finančně, nikoliv lidsky. A pacient nechce „zdravotnického pracovníka“, chce svého doktora, kterému se může svěřit a od kterého čeká, že mu pomůže.



To, co je v tuto chvíli potřeba, je osobnost, kterou můžeme nazvat zkušeným nebo prostě jen dobrým lékařem. Dobrý lékař samozřejmě musí znát dostatečné množství akademických informací (včetně výsledků zásadních studií ve svém oboru), musí ale znát i meze svých vědomostí a hranice všeobecných znalostí, nedostatky studií a doporučení – a to vše musí být schopen pacientovi vysvětlit tak, aby souhlasil s navrhovanou léčbou a věřil v její výsledek. A tak lékaři nezbývá, než být také tak trochu šaman, tak trochu vrba, tak trochu Démosthenés – a dnes, poté co pacient opustí ordinaci či oddělení, k tomu všemu ještě účetní zdravotní pojišťovny.

Bojím se, že takových lékařů je dnes docela málo. Přesto doufám, že nevyhynou.

Cesta k medicíně

Přátelé se mi občas smějí, když říkám, že pocházím z rodiny bez fantazie. Že to je ten důvod, proč jsem vlastně studoval medicínu, proč jsem se stal lékařem. Pravda to samozřejmě není, fantazie naší rodině nikdy nechyběla, ale pravda je, že můj tatínek byl lékař, moje maminka byla lékařka, moje sestra je lékařka, švagr byl lékař, moje manželka je lékařka, moje tchyně je lékařka a i tchán mé sestry byl lékař. Když se na to podívá-

te takhle, něco na té slabé fantazii možná bude…

Rodiče mi nikdy neříkali: „Budeš tím nebo oním, budeš studovat to či ono.“ Jejich rady byly mnohem rafinovanější: „Angličtina je základ. Když nebudeš umět dobře angličtinu, nikdy se ve světě nechytíš.“ Nebo: „Dávej si pozor na ruce, jestli budeš někdy dělat doktora, budou to ruce, co tě bude živit…“ Kromě každodenních diskusí nad aktuálními poměry v místní nemocnici, nad pastmi politické situace, s čím vyrukoval jaký funkcionář, kdo jde zrovna tátovi po krku a podobně, mluvili mí rodiče často o medicíně. Nevzpomínám si ale, že by mluvili o jednotlivých pacientech. Ke každodenním postavám mého školního věku tak patřili akademik Charvát, prof. Sedláček, prof. Henner, prof. Herles, akademik Málek, prof. Niederle a celá řada dalších jmen, o kterých jsem si ani neuvědomoval, že jsou věhlasná. Když teď po letech vzpomínám, pamatuji si, že mí rodiče vlastně mluvili o medicíně jako o vesmíru. Kdo kdy kde z těchto jejich známých co řekl, co tím myslel, co si o tom myslí můj otec, co maminka, jak dlouho asi bude trvat, než ta nebo ona myšlenka dojde potvrzení a všeobecného uznání, pokud vůbec. Tenkrát mi to v žádném případě nepřipadalo jako nějaké velké myšlenky, jen jako obyčejné povídání nad šálkem kávy.

Myslím, že to byl právě tenhle „vesmír“, který mne lákal. Ani ne tak věhlasná jména, jako jeho hloubka, podstata problémů, nekonečné vztahy jednotlivých jevů, zákonitosti, které mnohdy skrytě předznamenávají výsledek, a je jen na nás, abychom tyto vztahy objevili nebo alespoň vycítili, abychom se dobrali výsledku a dychtivě mohli očekávat, zda naše úvaha byla správná a zda se pak dá čekat nějaký výsledek. Že se přitom jakoby navíc pomůže nemocnému, to bylo tak nějak samozřejmé. Tak taky stále vnímám smysl interny a snažím se jej stejným způsobem svým sekundářům vysvětlit a předat.

Když mi bylo asi osm let, potkali jsme se s mým otcem v šatně restaurace Obecního domu v Praze – v „Repre“, jak říkal můj tatínek – s ftizeologem prof. Jaroslavem Jedličkou. Okázale se zdravili, prohodili pár přátelských slov a prof. Jedlička mi nakonec podal ruku, podíval se na mne ostřížím pohledem a pravil: „Nashledanou, kolego; doufám!“ Myslím, že tohle byl první okamžik, od kterého jsem občas skutečně přemýšlel – koneckonců, proč se nestát lékařem?

Rád jsem poslouchal vážnou hudbu a připadalo mi zajímavé, že Alexandr Borodin, který napsal operu Kníže Igor, byl lékař. Mým dětským hrdinou byl Sherlock Holmes. Jeho duchovní otec, Sir A. C. Doyle, byl také lékař. Tím byl i Frederick Cook, vedle admirála Pearyho nejvážnější kandidát na prvenství v dobytí severního pólu. Aniž bych o tom hlouběji přemýšlel, připadalo mi, že člověk se v životě může stát kýmkoliv, bude-li chtít – skladatelem, cestovatelem, hudebníkem, námořníkem, astronomem, spisovatelem, polárníkem… a že tím vším se stejně tak dobře může stát i lékař. Takže – být lékařem by nemusel být zas tak špatný začátek.

A pak už to přišlo samo, gymnázium, veselý kolejní život, promoce, praxe… Takže lékařem jsem se stal, tím jsem splnil základní předpoklad. Teď ještě zbývá napsat operu a vydat se se sextantem v ruce podle hvězd až na severní pól.

MUDr. Václav Pospíšil

Narodil se roku 1958 v Kolíně v lékařské rodině. Maturoval na gymnáziu v Kolíně, v roce 1983 absolvoval Fakultu všeobecného lékařství (nyní 1. LF) UK v Praze. První atestace z interny v roce 1987, další pak v oborech gastroenterologie (1991), vnitřní lékařství II. stupeň (2002), klinická výživa a intenzivní metabolická péče (2011).

Do roku 2002 sekundář na interně Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, do 2007 primář interny Nemocnice Rumburk, od roku 2007 primář téhož v Nemocnici Ostrov.

Jeho hlavními koníčky (vedle medicíny samé) jsou historie, letectví (soukromý pilot, pilot kluzáků) a japanologie (Česko-japonská společnost, Společnost pro studium japonského meče).

S manželkou, lékařkou, mají dva syny, starší působí na ČVUT, mladší studuje medicínu.

František Rybář

Duše lékaře

Jan se právě vrátil ze sálu. Ani po třiceti letech praxe si na to nezvykl. Dva lidé dnes odpoledne ruku v ruce vyskočili z 5. patra. Muž zemřel na místě. Jeho družku přivezli v těžkém stavu.

„Ahoj Jendo, žena, 45 let, má nestabilní pánev, břicho narůstá před očima, otevřené zlomeniny obou bérců a při intubaci jsme odsávali krev." Okamžitě ji vezli na operační sál, ale marné již bylo veškeré počínání.

Jan si postavil vodu na kávu, ještě ho tlačila na nose rýha od operační roušky. Nemohl se stále zbavit neurčitého pocitu napětí. Vykořeněné město se svými vykořeněnými obyvateli. Náhle ho zalila vlna vzpomínek.

„Barbituráty jsou, když?"

Seděli s Čendou na lavičce před Hotelovým domem a chystali se na zítřejší přijímačky. Ještě to nevěděli. Poznali se teprve před dvěma týdny na přípravce v Repre a netušili, že vzniká přátelství na celý život. Dostali stipendium od Severočeských dolů za podmínky, že pět let odpracují na severu.

Když v říjnu nastoupili, začali si s Čendou říkat brácho. V kruhu se sešla skvělá parta a hned jim patřila celá Olomouc. *Jízda tramvají*, ale i jiné povídky Šimka a Grossmanna, zcela ovládala ranní cesty na fakultu. A hlášky „Mělo by se střídat, jsme také unaveni" či „Stojící se vrhli na sedící" asi notně pobuřovaly klimbající starousedlíky. Oj, svobodná a bezstarostná je duše študáka!

Podzim, rozdělený mezi studium, fotbálek na plácku za kolejí a hospodu Na růžku či vinárnu Varna vesele ubíhal. Přiblížil se čas první větší zkoušky z anatomie, takzvané „předpitevky". Učili se hlavně v noci, ale o půlnoci se sešli na „půlnoční kafe míru" a většinou to končilo kanastou do šesté hodiny ranní.

„To, co je petitem, se, brácho, neuč, to se prý nezkouší."

Jéňa ochotně poslechl, ale *chiasma tendineum* čili malé vazy u ručních kloubů jsou také důležité a paní asistentka neměla slitování. Všichni šli slavit, jen Jéňa osamocen zapíjel neúspěch. Za rok na to anatomii nakonec udělal hned na první termín, ale tehdy, tehdy poprvé se loučil se studiem.

Podruhé už to bylo vážné. V roce 1976 byli ve čtvrťáku, svět se jim zdál krásný, plný lásky, přátelství, poznávání. A Čendovo půlnoční *Oléó Kangaseró*, vždy vystřižené mezi kolejemi po návratu z Tahiti baru, nabývalo na popularitě.

Na jaře toho roku ředitel kolejí a menz pořádal turnaj v nohejbale. K vidění byly urputné boje na síti i v poli a vítězové s cenou obdrželi i dárkový balíček s malou lahví Vizovignacu. Vyhrálo družstvo z jejich kruhu, a tak se řádně slavilo a k jedné malé lahvi přibyly tři další a větší. Hrálo se na kytaru, zpívalo – a v bujarém veselí jeden z nich nakonec otevřel okno a zaburácel do tiché noci: „Ať žije uhlí, ať žije Most!" Nikdo ani zdaleka netušil, že je 12. dubna, zahajovací den XV. sjezdu KSČ. Za chvíli byla kolej plná cizích lidí, číslo 4259 pod klopou kabátu jednoho z nich Jan do smrti nezapomene. Vtrhli na pokoj, kde se oslava konala, s tím, že chtějí šest jmen. Vůbec je nezajímalo, že jich bylo dvanáct. Těch šest, na které si přiopilý Mirek první vzpomněl, bylo druhý den okamžitě exemplárně vyhozeno z kolejí. Nikoho nezajímal dopis těch ostatních šesti, včetně Jéni a Čendy, že tam byli též a že se vlastně nic nedělo. V pátek ráno před kolej tiše přijely tři volhy, Jan si dodnes vybavuje tu neztišitelnou třesavku, která ho zachvátila, když je uviděl. Těch šest estébáci odvezli k výslechu, kde strávili celý den. Výslech se ještě jednou opakoval. Následovalo zlověstné ticho. Trvalo dva měsíce. V této ponuré atmosféře se připravovali na dvě těžké zkoušky, z patologické anatomie a farmacie. Občas se dozvídali od přejících spolužáků, že



budou všichni definitivně vyhozeni ze školy nebo že půjdou na rok do dolů, aby si vážili socialistického školství. Vše nakonec skončilo poměrně šťastně v červnu důtkou rektora, ale ty dva měsíce jim všem sebraly hodně sil, dva z oné šestice už školu nikdy nedokončili.

V říjnu 1977 nastoupili do šestého ročníku. Čekaly je poslední velké státnice z chirurgie, gynekologie, hygieny. Jan se v září oženil, s Týnou se znali již od prvního ročníku, od lyžařského kurzu na Čertovici v Nízkých Tatrách. Čenda jim šel za svědka.

„Člověče, když jsem jel přes Ostravu, všude samej červenej nebo černej kouř a smrad, Most, ti říkám, Týno, Most je proti tomu procházka růžovou zahradou."

Jenže Týna si myslela pravý opak. Jako stomatoložka končila o rok dříve, a když v srpnu nastupovala do práce, ze starého Mostu zbývalo už jen ošuntělé První náměstí a staré divadlo trčelo na ostrově uprostřed rozrůstajícího se dolu.

„Viď, že za těch pět let, Jéňo, až ti to tady skončí, půjdeme jinam?"

„No uvidíme, třeba si zvykneš…"

V zimním semestru je čekala nejtěžší státnice, takzvaná „chíra".

Po těch letech studia už si připadali notně opotřebení. Každý se dobíjel jinak. Ďuk chodil běhat do parku. Premiant Francík celý týden od večera do rána bez oddechu bušil a v sobotu se zpil do němoty. Čenda se svojí fotografickou pamětí si vystačil sem tam s nějakým práškem, Šaňo a Jéňa jeli na kafi. Jeden týden chodili na praktika, druhý na přednášky. Přednáškové týdny ale trávil Jéňa v Mostě, načerno u Týny na svobodárce.

Týna už má pěkné bříško a Jéňa rád poslouchá, jak se to škvrně převaluje. Koncem týdne únava narůstá, kafe už nestačí.

„Týno, co když si vezmu jeden ten prášek na povzbuzení? Myslíš, že to se mnou něco udělá?"

„Prosím tě, nic si neber a pojď radši spát…"

Nakonec Jéňa neodolá. Týna jde do postele a on zasedne k učení, přímo cítí, jak mu stránka po stránce sama skáče do hlavy. Za dvě hodiny si změří pulz – copak s ním ten prášek asi dělá? V ten okamžik se mu naježí vlasy v týle a je mu na omdlení. Zalehne na skládací spartakiádní lůžko, po minutě se mu uleví. Sedne si k učení, po pěti minutách sáhne na pulz a je to zpátky. To už dostane strach a vzbudí Týnu.

„Jsem ti říkala, neber si to. Jenže ty máš svůj rozum. Mám nějaký hlad, udělám si asi párky."

„Tak já si dám taky."

Když podruhé povečeří, povídá Týna: „Tak jsem viděla, jak ti chutná, určitě ti nic není, jdu spát. Ale radši nekuř, prosím tě."

Jéňa zasedne znovu k učení a do páté hodiny ranní jede bez přestávky. Pak ale dostane chuť na cigaretu. Chvíli s ní bojuje, ale nakonec si jde zakouřit do koupelny. Po druhém potáhnutí si změří pulz. Plný, pravidelný, akce tak kolem osmdesáti za minutu. Následuje zježení všech vlasů s pocitem výrazné slabosti. Zahodí cigaretu do záchodu a sotva se doplouží na lehátko. „Pane Bože, jestli to přežiju, slibuji ti, že už si to nikdy nevezmu."

Přežil to. V neděli odjel zpět do Olomouce. Ve středu večer se s Čendou a Jaromírem společně učili. Ve chvíli, kdy měl Jaromír právě přestávku, stál u okna a s pohledem na dívčí koleje šeptal: „Maruško, miluji tě", se Jéňa dopracoval k cévním výdutím mozku. Popisované klinické příznaky přesně odpovídaly tomu, co se mu stalo minulý týden a rázem to tu bylo zas. „Kluci, já mám asi aneuryzma na mozku."

„Ty jsi vůl, jak jsi na to přišel?" odvrátí se Jaromír od okna.

„Tady to píšou." A vyprávěl jim celou historku.

„Vidíš, brácho, to máš za to. Kdybys mi nekrad prášky, tak se ti to nestane. Pojďte, jdeme na pivo."

Druhý den jim sice nebylo nejlépe, ale za týden u státnice uspěli a aneuryzma bylo vyléčeno.

V lednu následujícího roku nastoupila Týna na mateřskou dovolenou a odjela zpět k rodičům. V únoru Jéňa, sice se štěstím, absolvoval i státnici z gynekologie a hned týž den vyrazil za Týnou. Ale doma nebyla. Ptal se švagrové.

„No Staňa ju odvezl odpoledne do porodnice."

„Nedělej si ze mne legrajdu…"

Prohledal domek od sklepa po půdu, takové blbé fóry! Dál už to bylo jak ve zrychleném filmu. Přijel Staňa, sedli do trabanta, místo do porodnice jedou k Staňovej tchýni, ta má telefon. „No pojiďte dál, zrovna mam mamu na dratě."

Utíká k telefonu, kabát na zem, šálu ne a ne sundat, motá ji sem a tam. „Ahoj mami, tak už něco víš?"

„No ahoj Jeníčku, tak máš kluka, nechtělo se mu prý ven, ale oba už jsou v pořádku."

Až po chvíli mu došlo, proč se mu tak špatně dýchá, málem se na té šále uškrtil.

Jan si zalil kávu a sedl k počítači, aby se podíval, jestli nebyl nějaký nový příjem.

„Tak copak je tu nového…"

Káva, dnes už třetí, mu ale nechutnala, pálily ho oči a nemohl se soustředit.

Až po nástupu do práce v srpnu 1978 si Jan v plném rozsahu uvědomil to, co mu na škole trochu unikalo. Jak pro tu trochu uhlí vyrvali z kořenů celé město a dynamitem a bagry srovnali se zemí celou jeho dlouhou a bohatou historii. Přesunuli kostel, řeku i silnice a pod heslem „Za lepší socialistické zítřky" nacpali lidi do paneláků.

„Soudruzi, vítám vás v novém zaměstnání, takže vy, kolego, nastupujete na chirurgii a vy na ORL? Přeji vám hodně štěstí, ale proč ani jeden z vás není ve straně? Bez toho přece nic nedokážete."

Potřásli si rukou a koukali rychle vypadnout. Uvítací projev ředitele je nenadchl, nemocnice svítící novotou však ano. Třeba taková potrubní pošta, to je věc, jen ji na několik hodin neměli zablokovat, když si posílali jablko z oddělení na oddělení, až rozdrcené skončilo omylem na psychiatrii.

S Čendou se většinou potkávali na obědě, kde si sdělovali čerstvé zážitky. „Brácho, představ si, ty vole, co se mi dneska stalo? Primář operuje pod mikroskopem nádor středního ucha a říká, pojďte se, kolego, podívat. Tak se k němu nakloním, ale nic nevidím, říkám, tam není nic vidět, pane primáři. Ale kolego, copak to nevidíte? Ne, pane primáři, nic nevidím. No to není možné…" To už řve Čenda na celou jídelnu: „Jenže taky nic neviděl. Ty vole, já jsem mu, jak jsem k němu přišel, rozkopl k tomu mikroskopu prodlužovák!"

Všichni se válí smíchy, okolí se baví s nimi, jen sem tam se někdo pohoršeně podívá. „To já mám, Čendo, smutnější historku. Sedíme ráno na hlášení a telefon: hromadné neštěstí. Do autobusu plnýho vězňů na přejezdu u Bělušic vrazil vlak a už je svážejí na centrální příjem. Primář hned, půjde doktor Moc a Švestka a vemte si mladého Jéňu. Brácho, než jsem se zved´, ti dva byli pryč a já ani netrefil na centrál. Nakonec jsem to teda našel, dali mi chlápka s hlavou pořezanou o sklo, měl po hlavě asi sedm ran, a než jsem ho zašil, každej z těch dvou ošetřil osm dalších včetně sádrování, vrtání extenzí u zlomených stehen a vůbec, připadám si, člověče, jako blbec."

„Víš co, brácho, dyť nás na tý škole nic nenaučili, vykašlem se na medicínu a půjdem jezdit nákladákem. Jako můj táta."

A jezdit nákladákem jako Čendův táta se stalo jejich heslem při každém dalším setkání.

Na Mostecku byl v sedmdesátých a počátkem osmdesátých let nedostatek obvodních lékařů, a tak se to řešilo vysíláním čerstvých absolventů do terénu. Po základním kolečku interna–chirugie byl mladý lékař nařízením ředitele prostě a jednoduše převelen na devět měsíců na obvod a ani si nemohl vybrat kam. Tak se na jaře 1980 Čeněk stal obvodním lékařem v Litvínově, Jan závodním lékařem v Chemických závodech Československo-sovětského přátelství v Záluží. Závodní dvojordinace byla uvnitř závodu, hned vedle seřadiště vagónů s cisternami čpavku. Střídal o dva roky staršího kolegu Mílu, který se místo něj vracel zpět na chirurgii.

„Představ si, Jendo, jak tady staví tu novou chladírenskou věž, stál u ní jeřáb. Před týdnem ráno jdu do práce, byl docela silný vítr, vidím, jak se ten jeřáb kývá na jednu, pak na druhou stranu a pak zase zpátky a už se nevrací, ale padá na mě. Teď si představ, to neodhadneš, kam to padne… Začal jsem utíkat, slyším za sebou hroznej rachot, doběhnu do ordinace, vezmu lékařskou brašnu a běžím zpátky, ale to už křičí chlapi, doktore dobrý, tam naštěstí nikdo neseděl!"

Denně musel Jan cestou do ordinace projít kolem pokroucených silných kusů železa ze starého jeřábu a přitom vždy pečlivě sledoval sílu větru a pohyby jeřábu nového.

Hlavní příčinou jeho denní dávky stresu v chemičce však nebyl padlý jeřáb, ale především šestnáct mrtvých a desítky raněných po výbuchu plynu v roce 1974 a cisterny se čpavkem pod okny ordinace.

„No tak mi už konečně řekněte, co se při jakém stupni poplachu má dělat, vždyť já, krucipísek, vůbec nic nevím!"

Jeho sestra Eva byla kliďas, ale Hanka z vedlejší ordinace byla veselá kopa. „Jó, pane doktore, to neví nikdo. Dělají tu ženský třicet let, a když vyhlásili poplach prvního stupně, ony se schovaly právě tady za ty cisterny pod náma."



„Ježíšmarjá, tak já teda budu dělat to, co Eva."

„No to bych vám taky neradila, doktore. Přilezl sem jeden pacient s lumbagem po čtyřech, skučel jako malej pes, vyhlásili poplach, první zmizel pacient, jen tak v trenýrkách, bral schody po třech, za ním doktor se stříkačkou v ruce a Eva si tu rovnala kartotéku."

Ten stres naštěstí po měsíci skončil. V Litvínově na Osadě otěhotněla lékařka a Jan s úlevou přijal místo územního obvodního lékaře. V duchu si představoval, jak dopoledne v klidu ordinuje, odpoledne s brašnou chodí po návštěvách a rozšafně se zdraví a povídá si na ulici se sousedy. „Konečně bude klid."

Dnes už ví, jak hluboce se mýlil.

Z rozjímání ho vytrhl telefon. „Tady Máša, pane doktore, dobrý večer, přivezli havárku, řidič v pořádku, dostal někde před Mostem smyk a narazil do stromu, on je jenom potlučený, ale spolujezdkyně má zlomený femur, přijímám ji na jipku, můžete se podívat na rentgeny?"

„Samozřejmě, jak vypadá celkově a kdy jedla, pila naposledy?!"

„Někdy kolem druhý, jinak je mladá, zdravá a nic jiného poraněného se na ní nezdá."

„Tak dobře, ať je nalačno, já se na ni podívám."

„Tak vítejte na Osadě, pane doktore. Já se jmenuju Mlynářová a tohle teď bude vaše ordinace. Jak jste si jistě všiml, čekárna už je plná, řádí chřipky. Zítra máme preventivky z Ricovky a na středu jsem domluvila hygienickou kontrolu v masně tady na rohu pod hodinama. Máte nějakýho známýho řezníka? Né? Tak to se bude hodit, tady je výbornej řezník a maso mají dobrý."

Sestra Mlynářová, agilní padesátnice, byla živel. Přes dvacet let ovládala svůj obvod a dokonale každého znala a o každém pacientovi věděla snad všechno. „Ve čtvrtek máme odpolední a v pátek jen do oběda, pak máme sesterský seminář, tak to v poledne zavřeme."

Týden uběhl rychle. V pátek v poledne odešly obě sestry na seminář a doktor z vedlejší ordinace právě zamykal. „Ty nejdeš? Co tu ještě strašíš?"

Ale Jan měl ordinační dobu do dvou, a tak se rozhodl zůstat. Co kdyby…

V půl jedné se přišourala osmdesátiletá stařenka s krvavým kapesníkem u nosu. „Pane doktor, nějak se mi spustila krev a nemůžu to zastavit."

Jan uložil stařenku na vyšetřovací lůžko, zaklonil jí hlavu a zcela sám a bez pomoci provedl dokonalou tamponádu levé nosní dírky. Krvácení ustalo. Pyšně se na své dílo zadíval, jenže v tom okamžiku si stařenka nad očekávání hbitým pohybem tamponádu zrušila.

„Ježíši, babi, co to děláte?"

„Nic, jen mi to tam tlačilo, pane doktor…"

Po čtvrté zrušené tamponádě vypadala ordinace jako po nějakém mordu na Starém Městě pražském. Všude samá krev a zbytky použitého mulu, na podlaze krvavé ťapoty. Jan se rozhodl poslat stařenku do nemocnice, ale neznal telefonní číslo na dispečink a nemohl najít telefonní seznam. Už se viděl, jak veze krvácející stařenku do špitálu tramvají po Mostě a u Prioru přestupují na autobus. Pak si ale všiml, že telefon stojí přímo na hledaném seznamu, a bylo vyhráno.

„Říkala uklízečka, že to tady v pátek vypadalo jako po nějakým vyvraždění, copak jste tu vyváděl, pane doktore?"

„Ale nic, paní Mlynářová, jedna bábinka s epistaxí."

„Přinesla jsem vám rozpis pohotovostních služeb, od května začínáte sloužit."

Pohotovostní služba v Litvínově roku 1980 byla kapitola sama o sobě. Zajišťována od 17. hodiny odpolední do 7. hodiny ranní na rozloze zhruba 25 x 15 kilometrů pouze jedním lékařem, v sobotu přes den jeden lékař na příslužbě. Rychlá záchranná služba vyjížděla z 15 km vzdáleného Mostu a prioritní pro ni byla práce v Mostě. Pozdně večerní výjezd do Krušných hor, na Brandov či do Českého Jiřetína byl také někdy na celou noc. V zimě tam Jan nemusel naštěstí nikdy, to bývalo i na dlouhé pěší túry.

Ordinace pohotovostní služby byla kousek od polikliniky. Jan dorazil v 16:50.

„Pane doktore, pěkně nám to začíná, už jsou hlášeny dva výjezdy. Jeden tady na Podkrušnohorský, dusící se pán, a druhý v Hamru, tomu se pro změnu zase špatně dýchá."

Tak nejdřív na Podkrušnohorskou, kardiální astma jak z učebnice, rychle zaléčit, Morfin, Furosemid, zavolat převozovou sanitku do nemocnice a fofrem do Hamru.

„Dobrý den, pane doktore, manželovi se nějak hůř dýchá, tak jsem vás radši zavolala."

Na posteli v ložnici seděl normálně vyhlížející sedmdesátník. Zase jeden zbytečný výjezd. „Dobrý den, pane, bolí vás něco?"

„Ne, pane doktore, jen se nějak nemůžu nadechnout…"

„Tak se ukažte." Akce pravidelná, dýchání oslabené. „A nemáte teplotu? Zkuste se nadechnout zhluboka."

Po hlubokém nádechu se objevily krátkodobé křeče, následované zástavou vitálních funkcí s povolením všech svěračů. Ježíši, co to je? Embolie, infarkt? Jan okamžitě zahájil kardiopulmonální resuscitaci, saniták volal rychlou a manželka nastoupila hlasitý modlitební pochod kolem postele. Když po 40 minutách přijela rychlá a lékař konstatoval smrt, byl Jan na pokraji fyzického i morálního zhroucení. Vyždímaný jak citron se doplazil do sanity. „Doktore, podle sestry máte plnou ordinaci lidí, ale volala kriminálka, že v garáži v Lesní našli v autě mrtvýho chlápka."

„Tak jedeme."

„Pane doktore, tady sestra Martina, jipka, už tu máme ten příjem z havárky, odběry jsou odeslaný, krve jsme blokovali."

„Už jdu."

Rutina. Vyšetření, pohovor, indikace. Vše stokrát či tisíckrát zažité *deja vu*, a přece pokaždé jiné, a proto krásné. Jan zvedl telefon a vytočil číslo na ARO. „Dobrý večer, kolego, máte tu jednu slečnu po autohavárii se zlomeninou stehna, bude na hřeb, extenční stůl a můžeme už za půl hodiny. Výborně, uvidíme se, nashle."

Jako mladý, nadšený chirurg považoval Jan veškeré nechirurgické počínání, tedy kolečka, stáže a především obvod za ztrátu času. Až později, s notným odstupem, si uvědomil, jak rozdílná je práce v nemocnici, s perfektně vybaveným zázemím, laboratoří, rentgeny a konsiliáři, proti práci toho chudáka s jednou brašnou, který si musí poradit v terénu, na ulici nebo v lese, sám, třeba i za deště či ve vánici. Uvědomil si, jak výborná to byla škola a že těm mladým dnes jednoznačně chybí.

„No čus, bratře, jak to jde na chirurgii? Jdeme jezdit nákladákem?"

„Jdeme. Představ si, včera jsme přijali extra agresivního opilce, no to si neviděl, na záchytku nemohl, měl oděrku s otokem na čele, jinak se vůbec nedal vyšetřit, museli jsme ho kurtovat, jinak by nám zbořil celý oddělení. V jednu v noci řval: ‚Já chci domů, já chci domů.' Sestry mě volaly, že nikdo z pacientů nespí, tak jsem za ním šel, říkám, jestli nebudete zticha, pošlu vás na záchytku. Hele, v tu ránu byl zticha. Já odešel z pokoje jako king, rozumíš, obdivné pohledy sester, a sotva jsme v půlce chodby, začne řvát: ‚Já chci na záchytku, já chci na záchytku!'"

Vrátili se v listopadu, každý s jiným záměrem. Zatímco Jan snil o velkých operacích žaludku a střev, Čenda se zhlédl v praxi obvodního lékaře. „Brácho, končím na ušním, nějak mě to nebaví, jdu na obvod." A tak se z Čendy po krátké epizodě otorinolaryngologa stal územní obvodní lékař, kterého záhy všichni jeho pacienti v Litvínově milovali.

Jan měl štěstí na dva velké učitele. Primáře Krtičku, celostátně známého diskutéra z kongresů, uznávaného spoluautora knihy o kýlách a propagátora odloženého primárního ošetřování otevřených zlomenin. Dnes se k tomu traumatologie sice dostává moderní cestou, cestou fázového ošetření, ale tehdy, v sedmdesátých letech, vyžadovaly tyto názory opravdu velkou odvahu.

Jan, už po návratu z obvodu, šel s primářem operovat svoji první velkou zlomeninu, frakturu stehenní kosti. „Tak jaký zvolíš, Jeníku, postup?"

„Po incisi otevřeme, pane primáři, dřeňovou dutinu, podle rentgenu vybereme hřeb, po vodiči ho zatlučeme až ke zlomenině a po repozici pak do periferního fragmentu."

„Výborně, tak jdeme na to."

Lehko se řekne, hůře udělá. Pod krčkem, v nejužším místě, se hřeb zakousl a nechtěl dál. Dodnes, když si na tuto událost Jan vzpomene, musí obdivovat páně primářovu trpělivost.

„Pane primáři, ten hřeb už dále neleze," funěl po pěti minutách Jéňa.

„Ale jen bouchej, Jeníku, bouchej," a povídal si dál s anesteziologem a sestrou.

Po dalších třech minutách už bylo nejen vidět, ale i slyšet, jak rapidně ubývá na intenzitě úderů.

„Ukaž, já to na chvíli zkusím, no fakt to dál nejde, musíme ho vybouchat a dát tenčí."

Hřebu číslo 11 se však nechtělo ani ven, trvalo jim dalších deset minut, než ho spojeným úsilím vytáhli. „Ten teda držel. Ani jsem netušil, Jeníku, jakou máš sílu!"

Ale na kost promočený Jéňa s rukou ochablou a roztřesenou od předchozího bušení tu pochvalu nevnímal. Traumačka asi jeho hobby nebude.

Druhým učitelem byl primářův zástupce, takový dělník chirurgie, doktor Španninger, zvaný Špáňa nebo také Franta Rámus. Byl to vyhlášený razantní operatér, rutinér rozsáhlých blokových resekcí nádory postižených žaludků a střev. Všichni mladí chirurgové chtěli být jako on. Říkalo se o něm, že když při operaci řve, je to dobré, jakmile ztichne, měl by operatér skončit s chirurgií. Právě se Špáňou byl vypsán na svou první tříselnou kýlu. Když si své roztřesené ruce máchal v persterilu, povídá Špáňa: „Umíš anatomii?“

Krve by se v něm nikdo nedořezal, polknout nemůže a slyší, jak doktor Švestka, s rukama ve vedlejším umyvadle persterilu, říká: „To víš, že ji umí, jen ho nech, ať ti to ukáže.“

Po přípravě a zarouškování dostal Jan do ruky skalpel a dva prsty nad tříselným vazem vedl řez. „Musím být jako on, musím,“ blesklo mu hlavou a razantně, jedním tahem proťal kůži, podkoží i fascii.

„Proboha, to chce bejt každej Segesser?“ řval spokojený Špáňa s citací svého oblíbeného chirurga a peány hbitě chytal krvácející cévy. Dál pak proběhla operace bez komplikací, vypreparovali a podvázali kýlní vak, provedli plastiku třísla a Jan pod vedením velkého Špáni směřoval k vytoužené břišní chirurgii.

Operace zlomeného femuru proběhla bez komplikací. Jan asistoval a mladší kolega zvládl repozici, zavedení hřebu i jeho zajištění šrouby dobře. Už primář Krtička říkával: „Musíme si vychovat někoho, kdo bude operovat nás…“

Na předsálí zvoní telefon, bere to anestesiologická sestra. „Pane doktore, můžu na vás mluvit? Volali z jipky, že tam na vás čekají příbuzní té paní, co odpoledne vyskočila z okna, a chtějí informace.“

„Děkuji, řekněte jim, prosím, že se tam ze sálu zastavím.“

Stejně, jako se Jan za ta léta praxe nedokázal smířit s tím, že lidé s nádorovým postižením či po těžkých úrazech někdy umírají, nedokázal se vyrovnat s poskytováním informací pozůstalým. Kde je ta zázračná formulka, po které by se cítili vyrovnaně a neodcházeli by v pláči a zdrceni? Je to tím, že nás nikdo neučil té správné víře?

Pokud si Jan vzpomíná, úplně nejhorší a nejzoufalejší to bylo 3. září roku 1981. Byl se ženou a synem odpoledne na návštěvě u rodičů. Bydleli kousek pod nemocnicí, zrovna se těšili z dovádění tříletého vnoučka, když najednou vyrážela s kvílením jedna sanita za druhou kamsi k Litvínovu.

„Ježíši Kriste, Jeníčku, co se to děje?“

Máti s vnoučkem v náručí stála u okna jako přikovaná. Jan ihned volal na chirurgii, sloužil pan primář. „Jeníku, v půl čtvrtý došlo na dole Pluto k výbuchu uhelného prachu a k následnému požáru, nikdo víc neví, nevíme, kolik je tam lidí, nic. Zatím sem nechoď, ale zůstaň, prosím tě, na telefonu, dám ti vědět.“

To čekání a napětí bylo strašné. O hodinu později zvoní telefon. „Jeníku, prosím tě, přijď na centrální příjem, kde je shromaždiště lékařů, odvezou vás na Pluto, k nám zatím nic nepřivezli.“

„Tak pojď, prcku, hodím tě s mámou domů, musím do nemocnice, jo?“

„Proboha, Jeníčku, dávej na sebe pozor!“

Na centrálním příjmu se shromáždilo na třicet lékařů různých odborností. Každý z nich vyfasoval igelitku s různými léky na srdce, na tlak, převažovaly však ampulky Diazepamu na uklidnění. Dozvěděli se, že odjedou na Pluto a pak se uvidí. Postupně přijížděla civilní auta a po dvou, po třech je odváželi. Důl Pluto byl kousek od Litvínova, těžní věž, pár baráků, drátěný plot, zvenku jako by se nic nedělo. V podzemí drama. Shromáždili je v místní jídelně, kde se střídaly party záchranářů. Ty chlapy Jéňa obdivoval, věděli, do čeho jdou, a stejně po krátkém odpočinku sfárali zas a znova, přestože po několika hodinách na nich bylo znát obrovské vyčerpání. Jenže nikoho, kdo by stál o lékařskou pomoc, zdola nepřivezli. Vzhledem k tomu padlo pozdě v noci rozhodnutí, že budou vytvořeny výjezdové týmy, vždy s jedním lékařem, které objedou rodiny horníků ve směně a budou je informovat o vzniklé situaci a o tom, že jejich manžel, partner, otec či syn jsou zatím nezvěstní. Jan usedl na zadní sedačku wartburgu, ke dvěma cizím chlápkům vpředu. „Tak jak to, chlapi, vypadá, víte něco?“

„Doktore, je to zlý, moc zlý. Zatím nikoho nenašli. My máme na starosti Bílinu a Duchcov a pak se vracíme.“

Pak už cestou nikdo nepromluvil. Ponurou atmosféru té noci výborně dokreslovaly

staré činžovní domy se slabě osvětlenými schodišti a blikající žárovkou. Druhé, třetí, čtvrté patro, pokaždé to bylo jiné a zároveň stejné. „Paní Lapáčková, Ptáčková, Ryšavá, dobré ráno, my jsme zástupci dolu Pluto, kde dnes došlo k výbuchu plynu. Přijeli jsme vám říct, že váš syn, bratr, manžel je zatím nezvěstný."

Tehdy byl Jan, nadopovaný adrenalinem, připravený okamžitě reagovat na jakýkoliv náznak kolapsu či srdeční slabosti, ale reakce těch žen ho udivila. Zprávy přijaly sice s pláčem, ale klidně. Spoléhají na zázrak? Až s odstupem času, kdy se mu ty tváře žen znovu vybavily, si to uvědomil. Byly to vědoucí tváře, tváře žen, které se celý život doma obávaly o životy svých blízkých a tuhle chvíli si v duchu mnohokrát představovaly, aby na ni pak, až to přijde, byly připraveny.

K ránu se vrátili zpět do jídelny, aby je postupně začali rozvážet domů. Tady již byli zcela zbyteční, nebylo komu pomáhat. Celkem při výbuchu plynu a následném požáru na dole Pluto zemřelo 65 lidí, z toho 15 záchranářů.

Před jipkou stály dvě zhroucené ženy, opíraly se jedna o druhou. Jan jim podrobně vysvětlil závažnost poranění jejich sestry, použil dokonce nenáviděnou formuli „neslučitelnost se životem" a opět byl zatažen do jednoho nešťastného života, tak typického pro zdejší kraj. Ztráta zaměstnání, pití, dluhy, exekuce. Jako mladý chirurg vždy vše s účastí vyslechl, ale dnes, dnes se tomu již vědomě brání. Nelze vstřebat všechny smutné osudy. Je už to otupělost? Sebeobrana? Čert ví.

Doktor Španninger byl v Mostě známá a populární osobnost. Jan si dodnes vzpomíná na derniéru hry *Nejkrásnější válka*, kdy se doyen mosteckého divadla Karel Nonner vrací z bitvy a na dotaz: „Kdo ti to udělal?" vyhrne košili a s jizvou na břiše povídá: „To mi udělal Španninger." A celé divadlo aplaudovalo.

Špáňa slavil kulaté narozeniny a celá chirurgie půl roku žila tajnými přípravami na tuto událost. Oslava se konala na hradě Hněvín, z divadla se zapůjčily dobové kostýmy, připraven byl dort v podobě operační knihy a doktor Pelikán sepsal nádhernou uvítací řeč s představením každého chirurga: „Jeho Výsosti, paní vévodkyně, pane vévodo, ať bubny znějí ku hradbám, trubky ať zvěstují nebesům, nebesa zemi, že královská družina na Vašem hradě je připravena vzdáti Vám hold. Přichází Svobodný pán Krtička, dříve potulný muzikant a Kuře zvaný, vítěz nad kostižerem, ranhojič ze zelených pahorků afrických a zakladatel pederastosportu v naší otčině…"

Před naprosto překvapeným a rozesmátým oslavencem defiloval jeden kolega za druhým… „A Arturo Peldiči, závodní lékař ve Vatikánu, ranhojič z Lazareto Santa Maria del Fiore v Římě, nyní vypsaný na tuto službu v Mostě. Před blížící se popravou, která mne jistě za toto počínání nemine, přijměte, prosím, naše jediné společné přání, abychom dnešní večer byli Vašimi hosty na Vašem hradě."

Oslava to byla opravdu důstojná, jen druhý den Jan nedokázal Týně vysvětlit, kdo mu pokapal to sako voskem, když o půlnoci lezli, se svíčkou v ruce, na hradní věž.

V roce 1983 nastoupil Jan na roční praxi na chirurgickou ambulanci v Litvínově. Byl to příjemný rok, strávený v domáckém prostředí litvínovské polikliniky. Doktor Hycl, vedoucí lékař, byl velký diskutér a sestry Věra a Marcela dokázaly vytvořit příjemnou atmosféru. Čenda měl ordinaci o patro výš, a tak se denně scházeli v poledne na kávu. „Čus, brácho, tak co jsi dneska operoval?"

„Za chvíli už budu mít jeden žaludek."

„Počkej, jak tomu mám rozumět, tys byl ve špitále?"

„Ne, ale kolega Povšík povídal, když dělal na ambulanci a nedostal se na sál, že dvacet ateromů je jako jeden žaludek. A mně ještě jeden aterom chybí."

„A já ti na to málem skočil! Co Týna, kdy bude rodit?"

„Měla by začátkem února."

Už bylo po stanoveném termínu porodu a Věra s Marcelou hrály s Janem každodenní hru: „Tak co, už? Ještě ne? Tak to bude určitě holka, pane doktore, ty se rády nosí."

Až jednou ráno, ve středu, otevřel Jan dveře ordinace a zakřičel: „Měly jste pravdu, mám dceru."

Když se po roce ambulantní chirurgie loučil, otevíral Jéňa šampaňské. „Děvčata, bylo mi tu s vámi dobře, ale už mě volá velká chirurgie." A jak nedával pozor, vyletěl mu špunt, rozbil lustr, ten při pádu roztříštil skleněný konferenční stolek a střep ze stolku rozřízl koleno sestry Věry.



„Tak na vás, pane doktore, na vás teda nezapomeneme.“

„Pane doktore, můžete přijít na komplík?“

Na úrazovém sálku stojí mladý kolega nad pacientem.

„Co se stalo?“

„Tady pán v ebrietě proletěl skleněnými dveřmi, pořezal se na předloktí. Vypil pět piv, tak jsem si myslel, že to ošetřím v lokále, ale rána je hlubší a nevím, jestli tam kromě šlach nebudou poraněny i nervy.“

Jó, mládí, neznalost komplikací dodává velkou odvahu. Jan si vzpomněl na svůj první *cross finger flap*, tedy kožní lalok zrotovaný z prstu na prst. První rok na chirurgii, zrovna přečetl *Atlas chirurgie ruky*. Blížil se konec pracovní doby, když na ambulanci dorazil truhlář poraněný na hoblovce, se ztrátovým poraněním kůže na ukazováku, indikace pro zkřížený lalok jako dělaná. Jenže když ho přijme, udělá si to o službě někdo jiný.

„Sylvo, máte čas?“

„Mám, připravím vám stolek.“

Lalok se úspěšně zahojil a za tři týdny byl pan truhlář přijat k odpojení laloku za hospitalizace. Když přijímací lékař odpoledne na poradě o jeho přijetí referoval, primář jenom nadskočil: „Kdo to dělal?“

Jéňa musel s pravdou ven, ale že vše dobře dopadlo, skončilo to jen jemným pokáráním: „Víš, lepší je, Jeníku, ty laloky, vzhledem k možným komplikacím provádět za hospitalizace.“

Po návratu z Litvínova byl Jan přidělen, už jako staniční lékař, na operativu. Čas rychle utíkal a postupně se Janovi otevírala velká chirurgie. První resekce žaludku, střeva, první štítná žláza. Operativa, septika, dětská chirurgie. Když náhodou nebyl tři dny na sále, už se ptal sám sebe, co provedl, za co je trestán. Pod vedením starších postupně dozrával a vstřebával vše, co mu řekli. „Malý hematom je velký absces,“ křičel Špáňa při odstranění tlustého střeva, „podvaž to, člověče!“

„Víš, Jendo, ne všechno se ti podaří tak, jak si představuješ,“ povídá při *by passu* cévař Pelikán, „něco prostě ani technicky nejde, ale vždycky musíš od operace odcházet s vědomím, že jsi udělal vše, co jsi mohl.“

„Víte,“ promlouval při ranním hlášení primář Krtička k mladým, „vždycky musíte jednat s pacienty a rozhodovat se tak, jako by to byla vaše matka, babička nebo váš syn.“

Jan před sebou viděl skvělou budoucnost břišního chirurga, rutinéra, kterého lidi milují a o kterém na jevišti herci říkají: „To mi udělal Jenda.“

Jedenatřicátého května roku 1987, v neděli večer, při sledování závodů formule 1, náhle zemřel doktor Zajíc, ordinář pro úrazovou chirurgii. Ani nejrychlejší resuscitace – kolega Míla bydlel o patro výše a rychlá letěla jak o závod – mu už nepomohla. Všichni byli v šoku. Jana si po týdnu zavolal primář: „Jeníku, nedá se nic dělat, musíš nastoupit na traumačku.“

„Ale pane primáři,“ vzmohl se na chabý odpor, „já si bez břicha chirurgii nedovedu vůbec představit…“

„Na břicho se taky dostaneš, neboj se.“

A tak se z Jana ze dne na den stal traumatolog. Půl roku chodil domů ve stresu, na co zapomněl, co neudělal, co měl udělat lépe. Půl roku konzultací s primářem, který mu trpělivě pomáhal. Půl roku a měl pocit, že zestárl o deset let.

V roce 1988 oznámil Michail Gorbačov stažení sovětských vojsk z Afghánistánu a opuštění Brežněvovy doktríny o ovlivňování vnitřního vývoje zemí východní Evropy. Slova jako glasnosť a perestrojka nabývaly na významu a Janovi se ozvali dva jeho známí z gymnázia, Kája a Pája, dlouholetí partajníci a v té době nižší kádři KSČ. Opakovaně za ním chodili a přemlouvali ho: „Jéňo, proč se k nám nepřidáš, vždyť se podívej na Polsko, NDR, za chvíli to krachne, je potřeba s tím zevnitř něco udělat a tady se nic neděje.“

Tlak, déle trvající a mnohem důslednější, pociťoval i ze strany kádrovačky nemocnice, sousedky ze dvora, kde vyrůstal s její dcerou. „Jendo, ptám se vás na to už opakovaně, proč vy, takový člověk, nechcete vstoupit do strany, vždyť tam už skoro všichni vaši kolegové jsou a jen si škodíte?“

„Já se na to ale necítím dost odpovědný, paní Šrámková.“ Nic chytřejšího nevymyslel.

„Týno, chytla mě dnes zase ta Šrámková a chtěla mě uvrtat do strany. Tak ti nevím, jestli to kvůli dětem nemám nakonec přece jen udělat, co říkáš?“

„Jéňo, samozřejmě, že ne! Sám by ses na sebe nemohl podívat ani do zrcadla. A děti, až budou velký, to určitě pochopí.“

Jan se připravoval na druhou atestaci, která ho čekala na podzim téhož roku. Absolvoval poslední stáže na hrudní chirurgii a neurochirurgii, naučil se otvírat hrudník i lebku a začátkem října nastoupili s kolegou Mílou na předatestační kurz do Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví čili IPVZ. Bydleli spolu na dvoulůžáku, který se na šest týdnů stal jejich domovem. Intenzivní přednášky střídala praxe na Bulovce, kde provedli i svoji atestační operaci, Jéňa odstranění žlučníku, Míla žaludku. A po večerech se učili či spíše opakovali.

„Já už z toho blbnu. Jéňo, znáš ten vtip? Učitelka vypráví dětem o Himálaji, a aby hodinu oživila, vyzve děti, ať si připraví nějakou historku o yettim. První se hlásí Jožo a Fero. Když je vyvolá, postaví se a spustí: Ty Jožo, jety zima? Jety vole."

Jan by nikdy nevěřil, že se taková blbost ujme, ale čím byla zkouška blíž a večerní třesavky intenzivnější, tím se úsloví „jety zima? jety vole" stávalo frekventovanější. Dělali spolu deset let, bydleli pár vchodů od sebe, dcery spolu chodily do jedné třídy, ženy se navštěvovaly, ale Jan měl pocit, že si s Mílou nikdy nebyli blíž než onoho října 1988.

Nastal zkouškový týden. Míla šel ve středu, Jan ve čtvrtek. Vše probíhalo od samého začátku hladce. V úterý probíral ještě Jéňa s Mílou před jeho zítřejší zkouškou poslední otázky a nachytávky. Ve středu dopoledne Míla úspěšně atestoval. A odpoledne si zabalil a odjel. I když o tom nemluvili, Jéňa tak nějak automaticky předpokládal, že spolu setrvají až do konce. „No, tak se měj a užij si to," a zůstal, celý zkoprnělý, stát uprostřed místnosti.

Ve čtvrtek šel Jan jako druhý. Vlastní zkouška sestávala z rozboru vypracované politické práce s hodnocením oponenta, z posouzení všeobecného chirurgického přehledu, tedy řekněte mi, co čtete, já vám řeknu, za kolik to dostanete. A ze tří chirurgických otázek.

Když Jana vzali na potítko, aby se připravil na první část zkoušky, křičel právě rozčilený profesor Řehák na prvního kolegu: „Vždyť vy jste snad vůbec žádnou chirurgickou literaturu nečetl, přijďte, až to napravíte!"

Profesor Hájek se snaží situaci zklidnit: „Tak pojďte, kolego…"

Janova práce o Radě vzájemné hospodářské pomoci, které vůbec nerozuměl a kterou opsal z jakýchsi dvou knížek, zaujala jedině tím, že ty knížky si odporovaly a oponent na to přišel. Profesor Řehák přešel ke svému oblíbenému tématu: „Nedávno byla jedna naše traumatologická skupina pomáhat místním obyvatelům ve válce, četl jste o tom něco, kolego?"

To Jan věděl přesně. Jednak o tom přímo s Brňáky při své stáži v Úrazovce mluvil, jednak si přesně pamatoval vydání, kde to publikovali. Ale aby nevypadal tak sebejistě, začal slovy: „Tuším, že…"

Ale to už profesor vyskočil: „Jak tušíte, vy to, proboha, nemáte co tušit, vy to máte vědět!"

„*Acta chirurgiae*, číslo 3 z roku 1987, pane profesore, výjezdová skupina Úrazové nemocnice Brno, Nikaragua."

„No prosím." A odjeli na schůzi výboru chirurgické společnosti, pokračování po obědě.

Jéňovi bylo jasné, že jestli to takhle bude pokračovat, nemá nikdo šanci to dnes udělat. Míla to má a on, při své smůle… To už se snad ani nemůže na chíru vrátit. A ve svých pětatřiceti letech, mezi opakovaným zvracením a průjmy, s permanentní třesavkou, nastudoval během tří hodin asi dvěstěstránkovou Řehákovu knihu *Chirurgie plic a mediastina*.

Odpoledne byla komise jak vyměněná. „Ale kolego, neříkejte mi, že u Krtičky hned všechno operujete, přece existuje také nějaká konzervativní léčba…"

Rakovina plic, záněty tlustého střeva a poranění kolene, Jan to vidí jako dnes. S telefonem v ruce se svezl na zem. „Týno, ahoj, mám to za jedna, ale…" Na víc se nezmohl.

„No tak povídej, Jéňo, co je? Co se děje, proč pláčeš?"

Ránu předloktí zrevidovali, zašili několik šlach, nervy poraněny nebyly. Nakonec přiložili sádrovou dlahu. „Víš, Ivoši, lidem musíš věřit. I když je opilý a nehýbe prsty, musíš předpokládat, že tam šlachy poraněny jsou. Když ti tvrdí, že ten hrudník stále bolí a rentgen je negativní, stejně ho radši za tři dny zopakuj. To samý bolesti břicha, pořád o svém rozhodnutí musíš pochybovat, radši to zkontroluj jednou navíc než vůbec."

V roce 1989 koupili s Týnou starou chalupu. Deset minut pěšky od chaty rodičů. Pod Brdy, v otcově nádherném rodném kraji,

pod strání rybník, naproti vesnička s kostelíkem. Pustili se do rozsáhlé rekonstrukce. Pro začátek jedna místnost na bydlení, voda, komín. V listopadu dokončovali septik. Už za mlh a zimy. Čenda přijel na pomoc při betonování. Přes den se míchačka nezastavila, na staré omítce přibývaly čárky, jak jelo jedno kolečko betonu za druhým. Po setmění zatopili v kamnech, po večeři otevřeli láhev a užívali si podzimního večera.

„Ty, Jéňo, řeknu ti drb a doufám, že si to necháš pro sebe. Dostali jsme vízum do Anglie, jak víš, Jarmila tam má bráchu, jedeme už za dva týdny. No a rozhodli jsme se, že se už nevrátíme."

„Cože? Jak nevrátíte? Nerozumím ti…"

„No, jako že emigrujeme."

„Proboha a nechcete si to, brácho, ještě rozmyslet? To přece nemůže být pravda!"

Jan si nedokázal představit, že by se už nikdy neviděli. V televizi zrovna běželo prohlášení jakéhosi redaktora: „… se různé skupiny osob snaží, za aktivní podpory některých západních sdělovacích prostředků, vyvolat konfrontaci se státní mocí, destabilizovat politickou situaci a navodit ovzduší společenského neklidu v naší zemi…", ale ani jeden z nich to prohlášení nevnímal a onu sobotní noc, 18. listopadu 1989, šli po dlouhé debatě spát s přesvědčením, že se vidí naposledy.

Události nabraly rychlý spád. Stávka, Občanské fórum, plná náměstí, Kubišová a Kryl zpívají na balkonech, vztyčená véčka. Odstoupení prezidenta Husáka, ztráta vedoucí role KSČ. Havel for President. Svobodné volby a odchod rudoarmějců.

V nemocnici to vřelo. Řadoví členové houfně vraceli stranické legitimace, kolega Poštolka, o kterém se šuškalo, že píše udavačské dopisy na primáře, chodil jako vyměněný. Na první odborové schůzi v prosinci křičela, zrudlá rozčilením, předsedkyně strany: „Ne všechno, co se udělalo, bylo špatné. A kdybych měla být jediná komunistka ve špitále, tak jí zůstanu."

Hektické období. Čenda s rodinou naštěstí nakonec nikam nejel. Na jaře vytáhl Janův otec z piana od roku 1948 ukrytou ruskou pistoli TT 33, Tula Tokarev ráže 7,62, už nebyla zapotřebí. Za Janem opět docházeli Kája a Pája. „Zakládáme novou stranu, Atleti města Mostu, pojď s námi, Jendo, je potřeba to mít pod kontrolou. Dovedeš si představit, jaká je tu šance?" Po třetí návštěvě už to nevydržel. „Hele, chlapi, to už tady kdysi bylo, nevzpomínáte si? Běžte do háje."

Z Káji se stal nakonec vlivný člen ODS, z Páji úspěšný místní podnikatel. Bývalá předsedkyně KSČ zprivatizovala.

Jan se dál školil v traumatologii. Jezdil na stáže do Úrazové nemocnice v Brně, kde v roce 1991 složil nástavbovou atestaci. Traumatologie jako obor doznala po revoluci velkého rozmachu. Zatímco dříve o novinkách jen četli a staré hřeby si nechali upravovat podle potřeby v dílně, nyní se zástupci firem předháněli v nabídkách různých implantátů, zevními fixátory počínaje a hřeby konče. Dnes vše funguje formou konsignačních skladů, ale tehdy Jan obeslal 50 místních větších i menších firem a podnikatelů se žádostí o sponzorský dar. Někdo se neozval vůbec, část odpovědí začínala „litujeme, ale…" Nakonec se však přece jen podařilo sehnat potřebných dvě stě tisíc na nákup instrumentária a implantátů pro hřebování zlomenin bérce. Léčení zlomenin bérce dlahou vedlo k častým pakloubům a nitrodřeňové pruty nezajišťovaly dostatečnou stabilitu. Teď se to konečně změní, sliboval si Jan. Po první úspěšně provedené operaci pozval Jan celý operační tým, včetně anesteziologa a instrumentářky, na chlebíčky. Při otvírání šampaňského si hlídal špunt, aby to zase nedopadlo špatně. „Dámy a pánové, kolegyně a kolegové, kamarádi, zúčastnili jste se přelomové operace v mostecké traumatologii, dnešním dnem jsme vyrazili do Evropy. Tak ať se nám daří."

Dva z oněch sponzorů zůstali mostecké traumatologii věrní a pravidelně přispívali na další hřeby, šroubky či dlahy. O mnoho let později jim napíše Jan do místního deníku poděkování: „Ačkoliv je patnáct let po sametové revoluci, stále žijeme v době hlubokého postkomunismu, kdy narůstající arogance moci vede ke vzrůstající agresivitě a nihilismu národa, kdy se v našem slovníku zabydlely výrazy jako tunelování, kapříci či pět na stole v českých. Stále žijeme v době, kdy jsou vedoucí funkce obsazovány podle stranické placky a ne podle schopností manažera. Stále žijeme v době, kdy pravda a láska nevítězí nad lží a nenávistí. Padesát let totality nás zbavilo slušnosti, člověk člověku je stále vlkem a pojmy jako čest, víra a láska k bližnímu ztratily zcela na významu.

Osobně si hluboce vážím lidí, kteří se dokážou obětovat pro druhé, hluboce si vážím

lidí, jako byla matka Tereza nebo Dr. Albert Schweitzer či jako jsou manželé Rosnerovi, kteří pečují o třináct postižených dětí. Osobně si vážím lidí, kteří zakládají a udržují různé nadace, fondy a spolky na podporu postiženým a strádajícím, jako jsou například Lékaři bez hranic. A osobně si hluboce vážím lidí, kterým není lhostejný osud ostatních a kteří podporují a sponzorují zdravotnictví. Ptáte se proč?

Skládajíce jako medici při ukončení studia Hippokratovu přísahu, přísaháme, že budeme vždy léčit podle nejnovějších poznatků vědy. Pryč jsou naštěstí doby, kdy jsme v 80. letech v dílně ručně ohýbali a vrtali staré hřeby, aby odpovídaly tehdejším nejnovějším požadavkům na osteosyntézu. Moderní úrazová chirurgie tak, jak ji provádíme dnes, plně využívá nejmodernějších evropských přístrojů, zařízení a implantátů, ovšem i s evropskými cenami.

Chtěl bych proto, v tomto adventním čase, všem, kterým není osud bližního lhostejný, poděkovat. Chtěl bych zejména poděkovat dlouholetým sponzorům, kteří přispěli k rozvoji úrazové chirurgie na Mostecku. Chtěl bych především poděkovat firmám Keramost a KSK a jejich generálním ředitelům. Pánové, děkuji vám za všechny, které jste pomohli zachránit. Pokoj vám, všem lidem dobré vůle."

„Tady zase já, pane doktore, Máša. Přivezli mi na centrální příjem pobodanýho mladíka, popral se někde v hospodě, jednu ránu má ze strany vlevo na hrudníku, druhou v podžebří a jde s tlakem dolů, vezu ho rovnou na ARO."

To je zase služba! Jan se právě vrátil z půlnoční vizity na jipce a hned spěchá na ARO. Tam už anestesiolog chystá drenáž hrudníku. „Ta levá plíce, Jendo, nedýchá, bude mít pneumotorax. Jen ho zadrénuji a můžeme vyrazit na sál. Ale budu ho muset ještě odčerpat, kdo ví, co všechno vypil."

Traumatologie, i díky sponzorům, se úspěšně rozvíjela, počet operací narůstal. Jan trávil na operačním sále stále více času, nebylo snad týdne, aby nebyl volán z domova, večer, v noci. Jednou, k ránu, neslyšel do ložnice telefon. Přijali nitrolební krvácení a kolega Poštolka vyslal řidiče se sanitou, ať Jendu přiveze za každou cenu. A ten, v pět hodin ráno, na celý panelák začal křičet: „Doktore, vstávejte, musíte do nemocnice, vstávejte, doktore!"

Jan dodnes neví, kolik sousedů vstávalo s ním, ale do nemocnice dorazil včas.

„Pane primáři, tady jsem udělal takovou tabulku, ukazuje nárůst operací pro trauma od roku 1989, je to o víc než polovinu a stále to narůstá, potřebovali bychom posílit…"

Nakonec toho dosáhl a doslova vyškemral na primáři mladého kolegu. „Tak vítej, Petře, na traumačce. Zuzku, naši staniční, znáš, ostatní sestry taky. Doufám, že se ti tu bude líbit."

Při zpětném pohledu připomínají Janovi následující roky průlet černou dírou, tak rychle to vše uběhlo a ze vzpomínek jsou jen protáhlé šmouhy.

Petr, původem z Hané, byl veselý, pracovitý a rychle vstřebával nové poznatky.

„Ty, Petře, slyšel jsi už o té artroskopicky asistované osteosyntéze?"

„Jo, slyšel, tož můžeme to vyzkoušet."

Psal se rok 1993. Artroskopie prováděli tehdy jen ortopedi. Měli k dispozici pouze přímý artroskop, tedy žádné artroskopické věže s monitory, vodními pumpami a veškerými vymoženostmi dneška. Pouze přímé kukátko do kolene. Princip operace spočívá ve vyzvednutí zaražené kloubní chrupavky bez nutnosti otevření kolenního kloubu, tedy šetrnější operace s rychlejší rehabilitací. Primář z ortopedie se nenechal přemlouvat a při první příležitosti se do toho pustili. Mačkali se tři u jednoho kolene, nic neviděli, jen primář s kukátkem u oka křičel nadšením. „Perfektní, to je perfektní, zvedni to ještě kousek, Jendo, ještě kousek to zvedni!"

„Tak nám to už taky, Pavle, ukaž, vždyť mi z toho tady vůbec nic nemáme. Uhni mi, ať se taky podívám…"

Postupem času techniku zdokonalili, vedení nemocnice zakoupilo artroskopickou věž a asistovaná osteosyntéza se stala rutinní záležitostí. Ale na tu první operaci, na tu Jan nezapomene.

Ránu v levém podžebří, pronikající do břicha, prodloužili na levostranný subkostální přístup, odsáli krev a sešili poraněnou slezinu. Zrevidovali žaludek i střevo, zkontrolovali krvácení, zadrénovali dutinu břišní a ještě ošetřili ránu hrudníku.

„Co na oddělení, Ivoši, je aspoň tam klid?"

„Relativně, pane doktore, jen na béčku po amputaci řádí pan Straka, ani Apaurin na něj nezabral.“

„A co když není jenom zmatený, nemá třeba bolesti? Vždyť víš, ke každému musíš přistupovat s citem, věřit mu a snažit se ho pochopit, jen tak mu můžeš pomoct.“

„Na bolest už injekci taky dostal, ale ještě se tam zastavím.“

„Proboha, Blaženo, jak mi můžete, do prčič, tohle podat?! Vždyť nemáte ani ponětí, co tady děláme, vy jste se na tu operaci vůbec nepřipravila,“ křičel Jan u jedné z prvních pertrochanterických zlomenin. „Já se na ty nové věci taky musím podívat, to přece ani jinak nejde. Ale samozřejmě, madam to nemá zapotřebí!“

V průběhu devadesátých let se objevovaly další nové postupy a nové techniky. S každou další operací, s každou další novou metodou byl Jan traumačkou doslova vstřebáván a pohlcován. „Chlape mizerná, jak můžete v zeleným, krucinál, běhat po bílý chodbě, kdyby vás viděl váš primář, tak ho raní mrtvice, no kde to jsme?“ péroval sálového sanitáře, kterého načapal nepřevlečeného mimo operační sály. Vyžadoval profesionální přístup a očekával to i od svého okolí. Ale nebyl sám, v tom si s Petrem rozuměli. Jezdili na školení, na kongresy, zaváděli nové způsoby léčení a své výsledky a první zkušenosti prezentovali na četných přednáškách.

Vstoupili do nového tisíciletí. „Tak copak nás, Petře, v tom novém století asi čeká?“

„Jeníku, asi nic moc dobrýho,“ odvětil Petr, když se myli na předsálí. Rozvedený, s dvěma kluky, kteří ho zbožňovali a které vozil na lyže a na vodu, měl Petr na mysli určitě úplně něco jiného. Ale přišlo 11. září 2001, teroristický útok na USA s pádem dvojčat a následná válka v Afghánistánu. Pak srpen 2002, povodně, zatopená Praha a půlka republiky a ministr vnitra a později nejkřišťálověji čistý premiér v maskáčích v každém druhém záběru televizních kamer. A v listopadu summit Severoatlantické aliance v Praze, barikády, rozbité výlohy.

Válka v Iráku byla začátkem ledna 2003 na spadnutí, prezident Bush přišel s doktrínou preventivního úderu a Jan věšením se na sále na žebřinách rozháněl narůstající bolesti zad. Jen jednou, cestou z práce, pocítil typické pálení na prsou až do levého ramene, no ale to přece hned přešlo, tak jaképak starosti. S bráchou připravili velkolepé oslavy máminých 75. narozenin, sešla se celá rodina. „Tak mami, všechno nejlepší, hlavně pevné zdraví, ať jsi tu ještě dlouho s námi.“

V neděli už se tak tak ploužil. V pondělí ráno, 27. ledna, volal do práce, že si bere volno. Nakonec si telefonicky vyřídil neurologické vyšetření: „Paní doktorko, nějak mě bolí záda, nemůžu se ani hnout, nemrkla byste se na mě?“

Sedl do auta a odjel do nemocnice.

„No, pane doktore, nic moc jsem na vás při vyšetření nenašla, asi bychom měli udělat cetéčko hrudní páteře, ale jinak ta vaše záda vypadají dobře, můžete se obléknout.“

Jan se zvedl z lehátka, že se oblékne, a hned zase spadl zpět. „No, nějak mi to nejde.“

„Sestři, ať okamžitě přijede sanitář s dlouhým vozejkem a zavolejte hned na interní jipku, ať se připraví, že jim tam přivezeme kolegu.“

Zamonitorován, pulz 36–40 za minutu, trochu dušný, jinak se Jan cítil dobře. Přichází kolega Venda, kardiolog. „Ahoj Jendo, vypadá to dobře, ale dnes si tě tu necháme, ráno uděláme ještě kontrolní kardioenzymy, a když budou v pořádku, tak tě pustíme, zatím si tu odpočiň.“

Přijde několik kolegů, vrchní sestra: „Ahoj Jeníku, prosím tě, co to vyvádíš, jak ti je? Potřebuješ něco? Přinést, vyřídit, povídej.“

„Už je to dobrý, Hančí, děkuju ti moc, zítra mě snad propustí, prosím tě, jen mi přines z mé pracovny mobil a kartáček na zuby.“

Zavolal Týně: „Ahoj, dneska nepřijdu domů, ležím na jipce, udělalo se mi nějak nevolno…“

Vzápětí volal syn, pak dcerka, ale to už neustál, nemohl mluvit a museli si psát jen esemesky.

Už ve středu byl na klinice v Praze. Druhý den ráno totiž kardioenzymy jaksi nastoupaly. Kolega kardiolog se staniční sestrou z interní jipky připadali v tu chvíli Janovi jako dvě sudičky, co mu jdou prorokovat budoucnost. Venda chvíli přešlapuje, neví, jak začít. „Víš, Jendo, ty koronární markery jsou horší, asi zavolám do Prahy, že by ti udělali koronarografii, co říkáš?“

Vleže, s majákem a sirénou, jel do Prahy poprvé. Přijali ho na III. interní kliniku:



„Zítra vás, pane doktore, čeká koronarografie, tady máte nějaké povídání, tady to podepište a je to druhé patro, pokoj číslo 8.“

Trojlůžák, u okna profesor hudby z Poděbrad, uprostřed šedesátník z Jablonce, právě ho přivezli po koronarografii. Sdílené neštěstí sbližuje, za chvíli už byli v družné debatě. „My pořádáme v Poděbradech každé léto krásné koncertní dny, to určitě k nám musíte, chlapi, přijet. A co děláte vy, doktore?“

Po koronarografii se musí hodně pít, aby kontrastní látka rychle odešla. Problém je, že je nutné šest hodin ležet s pytlíkem písku na místě vpichu jako prevence krvácení. A problém je, když máte zvětšenou prostatu a vleže se prostě nevymočíte. Po pěti hodinách už si soused z Jablonce moc povídat nechtěl a po šesti už řval bolestí. Jan šel za sestrou, jenže mladá, službu konající doktorka měla akutní příjem. Za další půl hodiny už Jan ten řev nemohl poslouchat. „Sestři, vždyť jsem taky doktor, tak mi připravte cévkování, já ho vycévkuji a může ležet v klidu dál.“

„Jenže to nejde, tady jste pacient.“ A hotovo. Ale za pět minut přiběhla lékařka, mrkla na vpich a sebrala pytlík s pískem: „Výborně, můžete se, pane Votava, postavit.“

Ještě nikoho tak šťastného po vymočení Jan neviděl. „Teda doktore, už jsem myslel, že dopadnu jak ten Tycho de Brahe, větší bolest jsem snad nezažil. Ale vy jste mi zachránil život. Víte, já mám v Jablonci bordel, a až k nám, doktore můj zlatý, přijedete, tak já vám garantuju tu nejlepší holku, co mám. A gratis, abyste věděl!“

Druhý den na koronarografii. Dají mi asi nějaký ten stent a pomažu domů, těšil se Jan.

„Devadesátiprocentní stenóza tří tepen, kolego, už si vás tu rovnou necháme a při nejbližším možném termínu vás přeložíme na kardiochirurgii k *bypassu*.“

„Nikdy bych nevěřil, brácho, jak se ti během chvilky dokážou obrátit životní priority,“ vyprávěl později Čendovi.

V tu chvíli se mu zbortil svět. Čekala ho operace, po které mu před sedmi lety zemřel otec. Ještě dnes ho vidí, jak po rozloučení stojí na balkoně a křičí „Jeníku“. Zamávali si. „To bude dobrý tati, přijedu.“ Ale nebylo, volal každý den o informace: „… po operaci selhalo srdce, kolego, říkal pan profesor, že bylo už hodně postižené, musíme otce intubovat.“

„Můžete ještě chvilku počkat, do hodiny jsme tam?“

„Jistě, přijeďte.“

Jan se sice utěšoval, že je o pětadvacet let mladší, ale stejně. Aby vypadal jako hrdina, bral si před každou návštěvou Týny a dětí neurol, který jinak dostávali na noc. Z té mé strany barikády, říkal si, to vypadá přece jen jinak.

Po operaci zašel ještě na jipku. „Tak co děvčata, je klid, nepotřebujete něco?“

„Ne, pane doktore, děkujeme, běžte si aspoň na chvíli lehnout…“

K ránu ho vzbudil telefon. „ Dobré ráno, pane doktore. Máme exitus.“

Čekalo se to, měl chudák játra i kosti plné metastáz, operovali ho pro patologickou zlomeninu pažní kosti. Zbavili ho bolesti, ale pomoct už mu nedokázali.

Ranní káva, vizita. Na oddělení již čekal mladší kolega. „Dobré ráno, Kamile, tak co je dnes nového?“

„Ahoj, teď přijala Máša z havárky kluka s holkou, on má zlomený první a druhý bederní obratel, ji hasiči půl hodiny vystřihávali z auta, má otevřené předloktí.“

„Jak se jim to stalo?“

„Ale představ si, Jendo, jeli podle navigace, ohodilo je protijedoucí auto a ve chvíli, kdy nic neviděli, jim navigace hlásila ‚odbočte vpravo‘. No tak kluk hned odbočil a sjeli do příkopu.“

Časy po *bypassu* byly pro Jana šťastným obdobím. Konečně po letech marného snažení přestal kouřit, koupil si kolo a postupně si zlepšil kondici. „Brácho, pojď jezdit se mnou, víš jaký to je, když se ti vyplaví endorfiny?“

Miloval probouzení se jarní přírody, zlatavé západy letního slunce, miloval vše. A každého měl rád. Padesátku s Týnou slavili s radostí a třikrát.

Z Prahy se vrátil nadšený. „Víš, Petře, přístup těch doktorů a hlavně sester v Praze, to je přesně to, co se tu snažíme prosadit už delší dobu, prostě pacient musí být tvůj přítel.“

„No jo, Jeníku, ale budeš kamarádit i s těma opilcema, co tvoří velkou část naší klientely? Ty asi na klinice neměli, co?“

Pragmatik Petr už zvládal většinu operativy samostatně a Janovi se výrazně ulevilo. Možná i proto začal používat spíše cukru než

biče, tím spíše, že nová generace sester byla ve věku jeho dcery, ale Jan s oblibou říkával, že je to určitě stářím a úbytkem testosteronu.

Čas plynul. Po úspěšném krajském traumatologickém semináři, který uspořádali k 75. narozeninám primáře Krtičky a kde s Petrem prezentovali své výsledky, přestoupil na traumačku nový kolega. Výhodou bylo, že Kamil už několik let chirurgii dělal a věděl, co chce. Jan byl šťastný a budoucnost mostecké traumatologie viděl jen v růžových barvách.

Na Evropském traumatologickém kongresu v Lublani roku 2006, při *welcome party* na hradě, seděl Jan vedle šéfa traumacentra v Olomouci. „Kolego, co Petr, jaký je?"

„Spolehlivý, pracovitý, zvládne spoustu práce. Proč se ptáte, pane docente?" odpověděl nic netušící Jan.

„No, přihlásil se k nám na konkurz. Proboha, vy to nevíte?"

„Kdy jsi mi to chtěl, Petře, říct?"

„Jeníku promiň, ten konkurz teprve bude, tak jsem myslel, že eventuálně po něm, až jak to dopadne…"

Výběrové řízení vyhrál, v srpnu proběhlo loučení. Jan si připravil řeč.

„Drahé dámy, vážení pánové, milý emigrante. Dovolte mi, abych v tuto smutnou a truchlivou chvíli, nad touto prázdnou židlí, pronesl několik veselých a rádoby vtipných slov. Každé loučení je jiné, záleží především na tom, jakou v nás kdo zanechal stopu.

Ty jsi do nás, Petře, svoji první ťapotu vryl před dlouhými osmnácti lety, kdy jsi se, neotesaný, vynořil z moravských luhů, plný síly, pohody a veselé mysli, kterou jsi záhy šířil i mezi námi, Sudeťáky. Tvými prvními učiteli byli opravdoví velikáni, Špáňa a Krťa. Jenže sotva ses stačil rozkoukat po dutině břišní, sotva ses naučil šít tenké střevo na tlusté, byl jsi převelen na traumačku. A ta se ti záhy stala koníčkem a nakonec i životním osudem…

A šlapal jsi v nás dál a dál. Vyšlapal jsi v nás, Petře, svými pětačtyřicítkami za těch osmnáct let hluboký úvoz. Teď ses rozhodl vrátit na rodnou hroudu a tato židle osiřela. Jak se říká, každý je strůjcem osudu svého. Přejeme ti, ať ti dál traumačka chutná, ať je nejen tvým koníčkem, ať je nejen tvým životním osudem, ale ať je i milenkou tvou a matkou tvou, jinak se totiž dělat nedá. Přejeme ti hodně štěstí v životě a přejeme ti hodně úspěchů v Olomóci. Tož milý Petře, ať je ti skalpel lehký."

Předali si dárky, potřásli rukou, objetí od sester. Petr pak obešel celý špitál, s každým se rozloučil, ale za Janem, který čekal ve své pracovně, už se nezastavil.

„Takže klukovi uděláme cétéčko bederní páteře a slečnu s předloktím připíšeme na sál, udělejte jí odběry, internu, zkuste to urychlit, bude jako druhá, hned po plastice vazu."

Že se ten den opravdu vydařil! Ne, že by byl Jan pověrčivý, ale byl pátek třináctého a skutečně se jim smůla lepila na paty. A to tak, že ještě téhož dne, později odpoledne, napsal Jan svoji první minipovídku:

„Den jako stvořený pro banánové rybičky II aneb pátek 13., *volně inspirováno povídkou J. D. Salingera.*

Právě jsem vyšlapal prudký kopec a oddechuji na hrázi lesního jezera. Kochám se zčeřenou temnou hladinou a šuměním větru ve větvích modřínů. Vtom odněkud zdáli zvoní protivný telefon a já nemohu zvednout ruku, jsem jako přikovaný. „Pane doktore, pan Šimek má apnoické pauzy." V tu ránu jsem vzhůru. „Už tam letím."

4:45 Chudák pan Šimek. Ročník jako já, přijat s mnohočetnými metastázami. Potlačím imperativní břichabol a věnuji se průvodní zprávě. Když ji po dvou hodinách odevzdám, postaví mě do latě sestra Hořáková. „Pane doktore, už dvacet let se nepíší na čtvrtou kopii diagnózy, musím to za vás opravit." Uctivě poděkuji.

7:00 Jdu na vizitu, břichabol statečně překonám, udělám ještě pár ambulantních kontrol. To studené kafe je na nic.

8:30 Jdu na sál. V převlékárně mě pan primář shovívavě upozorňuje, že už jsem měl deset minut operovat. Snažím se zrychlit. Vyzkouším osmery kalhoty, teprve deváté mají obě tkaničky. Hlásím to sálové staniční sestře, kouká na mě jak na starého otravu. Aspoň že na sále se nám daří. Nebýt toho, že obíhající sestra Jiřka vyhodí pojistky až v centrále a dvacet minut stojíme, protože nikdo neví, kde jsou, by to dneska šlo. Jen ten šroub jsme do toho kolene měli dát kratší, tahle dlouhá mrcha moc vyndat nejde.

10:40 V pauze jsem si sice horkým kafem polil břicho, ale protože zrovna přišla Jiřka kouřit, dělal jsem, že to nepálí. Taky to holka



dneska neměla lehké, ráno jí praskla žárovka a šlápla na psa.

12:30 Tak máme po operacích, to byl dneska den, jestlipak mám jít vůbec domů? V šatně se břichabol stupňuje, využívám přilehlou místnůstku, no to je paráda.

12:40 Jen ten toaletní papír kdyby někdo doplnil.

Jako druhou v pořadí přivezli dívku z ranní havárky s otevřenou zlomeninou předloktí. „Tak co, Kamile, uděláš si to?“

„Díky, rád. Asi začneme odběrem spongiózy, co říkáš, Jendo?“

„Musíme, část kosti chybí, asi zůstala v autě.“

Odebrali kostní štěp z pánve, ošetřili původní kožní ránu na předloktí a Jan sledoval Kamilovo sebejisté počínání. Vždy tvrdil, že vychovat dobrého traumatologa, profesně a lidsky, trvá minimálně pět až osm let. Kamil byl v přípravě na státnici z traumatologie a Ivoš spěl na traumatologickém políčku mílovými kroky vpřed. Jan byl spokojený. Pokud to tak půjde dál, bude moci za pár let v klidu skončit.

„Jendo, můžeš mi to, prosím tě, trochu zatáhnout?“

„Jasně, promiň, nějak jsem se zamyslel.“

Zlomeninu zreponovali, přišroubovali dlahu, defekt obložili odebraným kostním štěpem.

„Vybalte ještě dermatom, musíme udělat kožní plastiku.“ Na předsálí zvoní telefon, přibíhá anestesiologická sestra. „Pane doktore, volal náš pan primář, na ARO přijali právě nějakýho mladíka, v práci čistil nějakou velkou míchačku na beton, a jak stál vevnitř, tak ji někdo zapnul. Mají ho teď na cétéčku. Je při vědomí, má prej zlámaný nějaký žebra, dýchá spontánně, ale hlavně má rozdrcený oba bérce a zlomenou pánev a už nám ho sem vezou.“

To nevypadalo dobře. Jan okamžitě zapomněl na únavu i břichabol. „Tak pojďme rychle, ať jsme s tím tady brzo hotoví. Na břiše není nic? Dobře, Jiřko, ať tu zůstane rentgenová laborantka a připrav zevní fixátory, šlachový a cévní síto, dermatom, ať to máme všechno v záloze… Á, už ho vezou. Tak, dámy a pánové, jdeme na to.“

Cesta k medicíně

Studium přírodovědných oborů na gymnáziu bylo jakýmsi logickým vyústěním mého zaměření z mládí, charakterizovaného sbíráním a preparováním brouků, motýlů i jiné havěti. A mé těžké předmaturitní rozhodování, zda poslat žádost o studium na přírodní vědy, či na medicínu, rozhodlo nakonec maminčino přání – šel jsem se učit na doktora.

MUDr. František Rybář

Narodil se roku 1953, měsíc po měnové reformě, v Mostě. V roce 1968 nastoupil na gymnázium v Mostě. Po maturitě byl přijat na Univerzitu Palackého v Olomouci, obor všeobecné lékařství. Po promoci v roce 1978 nastoupil na chirurgické oddělení nemocnice v Mostě, kde působí dosud, od roku 1987 jako ordinář pro traumatologii.

S manželkou, která pracuje jako stomatoložka, má dvě dospělé děti, které nepracují ve zdravotnictví.

Igor Mazoch

Víc dávat než brát, to je medicína

Pamatujete si na svůj první samostatný případ?

Přímo na první ne, ale na jeden z prvních: Za mých začátků „na obvodu“ se asi obecně víc jezdilo „po návštěvách“. Vzpomínám si na jednu starou paní, chudák už nikoho nepoznávala. Starala se o ni vzorně vlastní dcera. Ta mě také zavolala, protože maminka pokašlávala. Paní seděla u stolu. Začal jsem ji poslouchat na zádech. Fonendoskop byl asi studený, což se paní nelíbilo, tak poznamenala upřímně: „Ta sviňa mě chce zabit.“ Po krátké chvíli ale na své „ohrožení“ zapomněla, a jakmile jsem se ochomýtl trochu před ní, začala mne objímat se slovy: „My se máme tak rádi!“

Vzpomínám na tuto pacientku v dobrém, i na její rodinu a celou situaci. Asi hlavně proto, že ta paní nebyla sama a rodina ji měla ráda. Občas se ptám sám sebe, jak se asi v podobné situaci jako pacient zachovám já, až přijdu do let…

„Zasvěcoval“ jste někdy mladšího kolegu a konejšil jeho případný údiv na tím, jak to u nás chodí?

Byl jsem už soukromý praktik, když jsem dostal medika z Íránu. Studoval v Olomouci, já se mu měl tři týdny věnovat. Bylo to někdy dost úporné. Jednou jsme byli na návštěvě u ležícího pacienta, kardiaka se sklonem k městnání, perorálně léčeného diabetika, inkontinentního, s permanentním katétrem. Takže jsme si pacienta poslechli, změřili mu tlak, glykemii, vyšetřili chemicky moč, vyměnili katétr. Po odjezdu se student divil, proč jsem nedostal žádné peníze. A já mu v angličtině vysvětloval náš systém příjmů, výdajů, daní, speciálního a zdravotního pojištění. Docela jsem se nad tím zpotil. Íránec kontroval českou větou: „Ale vždyť to nemá cenu!“ V tu chvíli se mi na to těžko odpovídalo, ale dnes, po takřka dvaceti letech soukromé praxe, musím říct, že z ekonomického hlediska to značně pokulhává, z lidského ale – na rozdíl třeba od závodní péče – právě tato část naší práce smysl má, protože slouží nemocnému, pomáhá lidem.

Zrovna nedávno jsem poučoval zdravotní sestru, která u mě nastoupila po škole, když jsme společně brblali nad telefonáty různých reklamních agentů, kteří nabízejí své produkty a žádají o schůzku. Docela nás tím zdržují a odvádějí od práce. „Buďme rádi,“ říkal jsem jí s nadsázkou, „že aspoň občas někomu pomůžeme!“ Právě kvůli takovýmhle případům jsem rád, že dělám práci zrovna praktického lékaře, práci v „přízemí medicíny“, v prvním kontaktu. Musím ale taky říct, že ji odmítám dělat za každou cenu. Zažil jsem zaměstnanecký poměr i „soukromničení“ se svými klady i zápory. Už jsem si navykl na určitou svobodu soukromníka. Dobrovolně bych neměnil i za cenu značného uskrovnění.

Co se za vaší praxe nejvíc změnilo?

Je otázka, jak dalece se mění svět kolem nás, nebo jestli se měníme my, jestli spíše nezrajeme. Mám pocit, že je zcela normální, když profesně začínající člověk, zakládající rodinu, zvláště v době, kdy se mění společensko-ekonomické pořádky, je nadšený a vidí budoucnost v zářivých odstínech. Je určitě běžné, když každý z nás v životě časem bilancuje a stává se větším realistou.

Před desíti až patnácti lety jsem bojoval za lepší podmínky pro svůj obor, podmínky samozřejmě ekonomické, ale zejména profesní. Bojoval jsem za větší pravomoci, odbornost, rozvoj vzdělání, samozřejmě za vyšší kvalitu, která by měla být lépe placena. Zpočátku jsem viděl problém jen v dědictví minulosti, ale dnes je mi jasné, že již nelze vinit režim, který tady skoro čtvrt století není. Je to podobné, jako bychom chtěli v roce 1970 ze všeho vinit Hitlera.





Dnes jádro našich těžkostí vidím v tom, že jsme si jako společnost postavili na pomyslný oltář ideu zisku, okamžitého úspěchu, užití si zážitku, mnohdy za každou cenu, často na úkor jiných lidí. Vypadá to, jako by se historicky dané ctnosti jako čest, věrnost, pravdomluvnost stávaly slabostmi a neřesti jako lež, podvod, vychytralost a nevěra se stávaly normou.

Ne že by tady potřeba zisku a úspěchu, klanění se „zlatému teleti", nebyly vždycky, byly. Mám však pocit, že dnes chybí protiváha „vyššího principu mravního". Musím říct, že tento společenský postoj vnímám denně nejen u sebe, ale i u svých pacientů.

Jako lékaři mi obzvlášť vadí, že se vytrácí idea, podle které smyslem státu, jeho základní funkcí, je ochrana občanů, ochrana slabých, nemocných, starých, podpora rodin.

Jak se tento posun „společenského vědomí" projevuje ve vaší profesi?

Smyslem zdravotnictví je pochopitelně léčba, pomoc nemocnému. Ale k tomu musí mít zdravotník podmínky. Není možné, aby nejdřív dvacet let na ty podmínky vydělával, a pak začal léčit. Podmínky k práci zdravotníka, právní i ekonomické, by měl stanovit stát. Ten byl v minulém režimu jediným bohatým vlastníkem všech zdravotnických zařízení. Pokud pro zdravotníky podmínky nevytvořil, neplnil svou funkci. Tak se po převratu zdravotník musel postarat sám, privatizací. Ta měla přinést ekonomickou emancipaci části zdravotníků. Myšlenka jistě dobrá, jen pravidla byla nastavena tak, že to nefungovalo – příjem dlouhá léta tak tak stačil na platy a základní vybavení, ale už ne na rozvoj praxe. O rozvoj kvality jde samozřejmě taky, ale rozvoj praxe je asi důležitější. Pokud nemáte jistotu, kvalita pokulhává. Podnik, který se nemůže rozvíjet personálně, vybavením, investovat do budoucna, je odsouzen k zániku, ke krachu. V tomhle zdravotníci zůstali proletáři jako dřív. Přitom jsem hluboce přesvědčen, že malá jednotka, třeba ordinace, se může starat o pacienty lépe, adresněji. Současná legislativa je ale spíš šita na míru pro velké podniky. Lékař se sestrou přestávají sami legislativní požadavky zvládat a musí se najít prostředky na další pracovní sílu. Vinou bující a chaotické legislativy dochází ke zdražování celého systému. Mohl bych tady zmínit třeba nově zřízené clearingové centrum dokumentující očkovací látky v ordinacích, evidence odpadů, zapisování teplot ve skříních a ledničkách, různé statistiky, neschopenkové rituály atd.

Na první pohled se tak děje v zájmu kvality, ale o tom si dovolím pochybovat. Například podepisování informovaného souhlasu v nemocnici je velmi často alibistické. Pacient má jiné starosti než číst těžko srozumitelný text, který ovšem někdo musí vytvořit, zpracovat, archivovat. A to se nebavím o vzdělání laika či jeho mentální úrovni a na druhé straně o času a vyjadřovacích schopnostech zdravotníka.

Můžete uvést nějaký konkrétní příklad „legislativního bujení"?

Koncem ledna 2012 jsem dostal k podpisu hned pět dodatků ke smlouvě od Všeobecné zdravotní pojišťovny. Pojišťoven je samozřejmě víc, každá má své dodatky, občas i dodatky k dodatkům. Jako perličku bych uvedl dodatek jedné z nich, která navyšuje kapitaci ordinacím v oblastech s většími exhalacemi ne třeba o korunu, ale o pět, což je 10 procent dřívější částky. Je zajímavé, že jsou takto zvýhodněny ordinace v okolí sídla pojišťovny…

Několikrát do roka se mění číselníky pojišťoven. Ty určují, co a jak bude hrazeno, co mohu či nemohu předepisovat, koho tedy musím odeslat ke specialistovi. Pro mne to znamená změnu preskripčních zvyklostí, převod pacienta na jinou léčbu, sotva je nastavena, odesílání k jinému lékaři jen kvůli potvrzení nastavené léčby, ten lékař má ale své termíny objednání… Místo předpisu léku za desítky či stovky korun se utratí další stokoruny či tisíce za péči specialisty, nemluvě o jejich přetížení. Chudák pacient.

Nebo jiný příklad: Před rokem jsem se dostal do konfliktu s jednou malou pojišťovnou, kde jistý její klient, můj pacient, vážně onemocněl. V jednom roce za něj pojišťovna neplatila nic, v druhém roce pak jen několik desítek tisíc za zdravotnické pomůcky. Protože se jednalo o malou pojišťovnu, kde jsou klienty většinou zdraví lidé, došlo k relativnímu nárůstu mých nákladů oproti průměru, a v duchu smluv, které nám pojišťovny diktují, jsem měl celou částku uhradit. Jednalo se o několikanásobek toho, co mi tato pojišťovna za rok zaplatí. Věc řešili právníci s pro mne zdárným koncem. Naštěstí mám počítač a vše je dohledatelné. Ale proč to říkám? Podle mne by totiž lékař takovéto záležitosti

neměl vůbec řešit! Já mám léčit lidi, jak nejlíp umím. Pokud si někdo myslí, že jsem ho okradl, měl by mne žalovat. Ne ale proto, že jsem někomu pomohl, jak jsem měl. To je opravdu hodně našišato…

O vás je známo, že jste se hodně zabýval obecnými problémy zdravotnictví, zůstaňme tedy ještě chvíli u nich. Nakolik lze oddělit lékařství od ekonomiky, neřkuli byznysu?

Lékařství nelze oddělit od zdravotnictví a zdravotnictví od ekonomiky rovněž ne. I když naše země patří mezi nejbohatší v celosvětovém měřítku, určitě je potřeba přestat plýtvat tam, kde je to zřejmé – tím myslím předražené dálnice, nedořešené korupční kauzy. Asi to souvisí s tím, že zde za posledních dvacet let pár lidí zázračně zbohatlo. To je pochopitelně zarážející v zemi, kde za stejně dlouho chybí 1,5 bilionu korun, kde každý občan údajně dluží 150 000, kde dluh každého z nás denně naroste o 50 Kč, přestože většina z nás pracuje a mnozí o moc víc než 50 Kč za den ani neprojíme.

Takže si myslím, že je potřeba zpomalit ono nevysvětlitelné bohatnutí těch lidí, kteří nebohatnou třeba produkcí svých továren a polí, ale spekulacemi, na úkor většiny.

Na straně druhé – jaký má smysl šetřit na sanitkách, lázních a nosních kapkách v zemi, kde nemine měsíc, aby se neprovalila kauza s krádeží obrovské sumy veřejných peněz, přičemž ty úniky jsou řádově větší než výše naznačené úspory? To jsou směšné částky. Budu upřímný, to se mi pak ani šetřit nechce!

Samozřejmě i na straně zdravotnictví by se úspory našly. Například praktik dělá práci, která nepřísluší lékaři, nebo je administrativně přetížen, specialista kvůli třeba omezením praktika dělá práci za něj, a tak dále.

Mimochodem, proč už se do chodu zdravotnictví tolik „nemontujete“? Soudím tak alespoň ze stáří vašich blogů v Medical Tribune…

Už jsem to nakousl na začátku. Zpočátku jsem chtěl větší pravomoci pro sebe, tedy i pro obor, a ty pravomoci jsem chtěl mít zaplaceny. Po desetiletí marných snah jsem toho nechal. Nejsem kverulant, který má potřebu vždy a všude remcat.

Patnáct let jsem se kromě rodiny věnoval výhradně své profesi, ordinaci, doplňování informací souvisejících s mou prací. Jenže nejen prací živ je člověk. Mám dost snů z mládí, které bych rád zrealizoval, dokud zdraví slouží. Tak jsem se v posledních letech začal věnovat víc svým zálibám. Je tolik zajímavých věcí! Třeba poutnictví, popularizace svatojakubských cest u nás. Studium starých stezek z Moravy do Čech. Jeden čas jsem zkoušel plachtit na Slezské Hartě. Když to jde, vyrazím na kolo nebo na běžky. Možná to souvisí i s věkem, ale můj duchovní život je teď taky bohatší. Pak člověk vidí hodně věcí pod jiným úhlem, zklidní se.

Řekli jsme už, že lékařství nelze oddělit od ekonomiky. Nakolik lze oddělit zdravotnictví od politiky?

Medicína prvního kontaktu většinou měla s politikou málo společného, i když se mocipáni mnohdy snažili infiltrovat a ovládat všechno. Jinak musím říci, že politici zdravotníkům spíš komplikují život. Možná se snaží systém kultivovat, nevím, ale nějak se jim to nedaří. Vzpomeňme na mediální útoky několika ministrů na různé skupiny zdravotníků. V médiích publikovaná slova pak nikdy nedementovali ani neuvedli na správnou míru.

Do kategorie komplikací patří časté změny legislativy, takže zákony se nestačí usadit, zažít. Určité legislativní výplody a jejich důsledky jsem uvedl výše, chcete-li další, prosím: Třeba legislativa související s výplatou různých sociálních dávek, se kterou my lékaři máme taky okrajově co do činění. Pravidla se mění častěji, než si je stačíme uložit do paměti. A to jsme na tom jako zdravotníci určitě líp než zaměstnanci úřadů práce, kteří se začátkem letošního roku pod návalem novinek hroutili.

Když stát nestíhá s výplatou dávek, je suplován státem okradenými církvemi.

Top management ministerstev je pak často odměňován statisícovými odměnami.

Řekněte sám, vám by se chtělo aktivně hledat úspory proto, aby je někdo zašantročil?

Vezměme si třeba pohotovostní služby. Zodpovědné úředníky vůbec nezajímá, že lékař, který má za den padesát pacientů, jde na noční, pak se vrátí rovnou zpátky do ordinace, a má znovu padesát pacientů, je vlastně veřejným ohrožením. Asi se jich osobně netýká, že se dostanou k neodpočatému, přepracovanému lékaři, který může kvůli únavě


Ordinace
Neředín
spol. s r.o.
www.ordinace-neredin.cz
MUDr. Igor Mazoch
Olomouc
Po 7:00 - 13:00
Út 13:00 - 16:30
St 7:00 - 13:00
Čt 7:00 - 13:00

udělat osudovou chybu. Anebo, snad ještě hůře, oni netuší, jaký je reálný život.

Jak byste to řešil vy?

Politici musí být pod strašným tlakem finančních skupin, opravdu jim nezávidím. Vznik promyšlené a racionální legislativy není pod zmíněným tlakem snad ani možný. Takže někdy v návalu beznaděje propadám názoru, že řešením by byl systém vatikánského enkláve nově – a dobře! – zvolených zástupců lidu, kteří by neměli žádné vazby s minulými strukturami. Ti by sepsali a schválili základní zákony.

Naproti tomu – na všechno přece nemůže být smlouva nebo zákon. Existují základní společenské normy, zákony s velkým Z, a ty se bohužel odkládají stranou, nahrazují ohebnou legislativou, kterou lze vykládat různě, a proto nefunguje.

Takže řešení bych viděl v návratu ke kořenům. Kdo to myslí s naší zemí a civilizací dobře, neměl by se jen bránit, ale měl by být aktivní v tomto smyslu: Začít u sebe, být příkladem.

Vnímáte nemocného ve své ordinaci jako pacienta, či jako klienta? V čem spatřujete hlavní rozdíl mezi oběma?

Podle mne je to hra se slovíčky. Osobně mám radši slovo pacient, který by pro mne měl být partnerem, pokud to je možné. O klientech, zákaznících, se můžeme bavit v případě člověka zdravého, který si chce například nechat vylepšit tvar nosu… Ale sedět u lékaře a probírat s ním své intimity i strachy o zdraví či dokonce život, nechat se prohlížet, neřkuli do sebe šťárat ostrými předměty, to opravdu není nic pro klienty!

Jste obyčejný praktik, a to myslím jako poklonu. Jaký vztah máte k těmto extrémům v organizaci práce: „Hlavně, ať to vyhovuje pacientům (jsme tu přece kvůli nim)“ versus „hlavně, ať to vyhovuje nám (jsme tady pořád, zatímco pacienti jen občas)“?

Extrémy jsou prostě extrémy. Výjimečně se dějí všude, ale nemohou se stát normou. Zdravotník je tady pro pacienta, zároveň ale nemůže být jeho sluhou.

Vyhořelý, utahaný zdravotník, který nemá čas na odpočinek a vzdělávání, je ohrožením pacientů. To by si mnozí pacienti měli uvědomit stejně jako zaměstnavatelé. Zaměstnávat neznamená lidské zdroje vytěžit, ale



spolupracovat s nimi a starat se přitom o jejich rozvoj, aby další spolupráce byla možná a třeba prospěšnější. Vzájemná tolerance a úcta je nezbytností – ve vztahu lékař–pacient, lékař–zaměstnavatel, vlastně naprosto všude. Ale to jsme zase u morálky.

Jak se vyrovnáváte s pocitem, že někdy to nejde ani v nejlepším případě, že na něco je nejen zdravotnictví, ale celá medicína krátká?

Je skutečně těžké, když máte kamarádovi vysvětlit, že jeho dítě umírá. Když totéž máte sdělit nevyléčitelně nemocnému mladému člověku nebo třeba vážně nemocné matce nedospělých dětí. Vím, že v tomhle jsem mnohdy selhal. Všichni jsme celoživotně bombardováni reklamními nepravdami, že můžeme prakticky vše.

Málokdy slyšíme pravdivé tvrzení, že všichni umřeme a většina z nás předtím onemocní. Že bychom na to měli myslet a podle toho žít. Asi bychom byli více připraveni na doprovázení umírajících a jejich příbuzných.

Sám mám zkušenost, že vážně nemocný pravdu přijímá snáze než jeho rodina, že se pacient často uklidní, když se dozví „svou poslední diagnózu“. Možná je to tím, že se přestane znepokojovat posledními modely televize nebo auta, řešit plánování hypotéky nebo sportovní výsledky, ale konečně se soustředí na to nejpodstatnější, mezilidské vztahy. Nebo třeba začne řešit pomyslný epitaf na svém náhrobku.

Má podle vás člověk v zacházení se svým zdravím neomezenou svobodu, nebo nese závazky i ke společnosti, jíž je členem? Může nebo dokonce má být ke „zdravému" chování i nucen?

Svobodu máme všichni a taky ji zneužíváme. O toxikomaniích se nemusíme bavit. Někdo ale sedí v práci déle, než by měl. Tím pádem málo bojuje se svým rozvojem aterosklerózy a obezitou, poškozuje svůj pohybový aparát a tak podobně. Měl by si takový člověk následky svého sebepoškozování, své honby za penězi, platit sám? Nebo nechejte alkoholika s krváceními jícnovými varixy na ulici… Podle přístupu k nemocným a trpícím, to jest pacientům, se pozná úroveň společnosti.

A nutit lidi? To není věcí lékaře, ale legislativy. A v mnoha zemích EU se tak děje. Stačí se inspirovat.

Já bych nutil spíše zaměstnavatele. Asi takhle: Tvůj zaměstnanec se musí uživit osmihodinnou pracovní dobou. Nemůžeš ho nutit pracovat déle. Musíš mu stanovit takové podmínky, abys ho nezlikvidoval fyzicky ani psychicky. Člověk ve stresu se večer dopuje alkoholem, při dlouhých směnách kouří a o přetěžování jednostrannou zátěží nebo naopak inaktivitou toho bylo řečeno dost.

Jakou roli ve vaší práci hrají peníze? Jak nahlížíte problém všimného, děkovného, vděčnostného nebo jak se tomu různě říká? Dokázala by pacienta do procesu víc vtáhnout ona tak diskutovaná finanční spoluúčast?

Člověk chodí do práce proto, aby se uživil. Pokud se tou prací neuživí, musí začít dělat něco jiného. Jsem rád, že mám práci, která má většinou smysl, která přináší někomu užitek a která mě uživí.

A pozornosti? Nesnáším, když mi někdo něco cpe a naznačí, že by rád službu. To odmítám. Připadal bych si ale jako hrubec, pokud bych odmítl drobnou pozornost poté, co jsem se o někoho třeba staral delší dobu nebo někomu výrazněji pomohl. Pacient má někdy potřebu vyjádřit vděčnost. Je to běžné ve všech okolních zemích, nehrajme si na svatoušky. Každopádně nedělám rozdíly mezi lidmi, to je zásada.

Spoluúčast je něco zcela jiného. Znám lidi, pro které je z ekonomického hlediska velmi obtížné zaplatit regulační poplatek nebo doplatky na léky.

Poděkování se dává ze zbytného. Spoluúčast a regulační poplatky v našem pojetí jsou nutná podmínka toho, abych se vůbec mohl léčit. Nemůžu si pomoct, ale spoluúčast jako paušál, to je podle mě špatně.

Něco jiného je spoluúčast u zbytných výkonů, tam s ní nemám problém.

Jaký je váš profesní vztah k alternativní medicíně? Zdá se, že nějaké to „divadýlko" pacientovi de facto pomáhá?

Určitě, divadélko pomáhá vždycky a hledání nadpřirozena nás táhne všechny.

Jsem ale pro takovou svobodu člověka, která vychází z poznání pravdy.

Takže máte zánět slepého střeva, pomůže vám operace. Máte vysoký tlak, berte tyto léky a změňte životní styl. Máte angínu, využívejte tato antibiotika a zůstaňte v klidu.

Připadá mi vůči pacientovi nefér, abych se obohacoval na jeho neinformovanosti nebo mu dokonce lhal. Připadá mi nefér, když někdo onkologické onemocnění nebo osteoporózu léčí alternativně, slibuje nebo připouští zázraky, které nenastávají, a pacient je trvale frustrován. Vím, že se objeví obhájci těchto metod. Ale pokud neexistují solidní důkazy jejich úspěšnosti, tak je nepropaguji.

V případě skutečné nemoci zkrátka platí: Mohu vám pomoci, nebo vám pomoci nemohu. Můžete se zeptat někde jinde, ale každopádně svůj stav musíte přijmout. Ano, je to těžké, ale jiná cesta není. A pokud se váš stav zlepší, díky Bohu.

Jak byste seřadil plusy a minusy svého povolání, jak se vám jeví teď, po letech praxe?

Klady:

Práce je dobrá – pokud v ní vidím smysl.

Povolání lékaře – pomoc lidem, kteří ji potřebují.

Povolání praktika – široký záběr.

Být soukromý – možnost si zorganizovat práci podle sebe.

Zápory:

Vše, co mi brání v uskutečňování smysluplné činnosti.

Neprůhledná, často se měnící legislativa. Přetěžování lékaře první linie úkoly, které nemají s medicínou mnoho společného.

Velký vliv „podivných struktur" v ekonomice, politice i zdravotnictví na finanční toky, legislativu, morální kulturu.

Jaké je vaše největší osobní lékařské přání?

V tomhle už jsem skromný: Pokud možno neublížit.

Hodně jsme se tu bavili o okolnostech, které ztrpčují lékaři život a de facto mu zabraňují dělat svoji práci – léčit nemocné lidi. Přesto svoji práci milujete. Pane doktore, na závěr, proč?

S tím milováním práce bych to zase tak nepřeháněl… Vezmu to trochu oklikou. Svým synům se snažím předat jednu životní zásadu: Pokud chcete být v životě jakž takž spokojeni a občas i šťastní, nestane se tak díky nějakému zážitku, poslednímu modelu auta, cestě kolem světa, novému domu či luxusní partnerce. Musíte si vážit sami sebe i lidí kolem a snažit se je dělat šťastné a spokojené. Nebo jim aspoň pomáhat k tomu, aby byli co nejmíň nešťastní. A ještě jedno: Pokud chcete být v životě spokojeni, musíte celkově víc dávat než brát, samozřejmě že si musíte na sebe vydělat, abyste nebyli jiným na obtíž. No a jak můžete vidět, medicína je k tomuhle docela dobré řemeslo.

Cesta k medicíně

V osmé třídě základky jsem přišel jednoho dne domů a oznámil, že jsem se přihlásil na gymnázium. Později bylo potřeba zvážit, co dál. Mě už jako dítě zajímala historie, cestování, trochu biologie… Srovnáním pro a proti vyhrála medicína. Ostatně rodiče byli lékaři. Přestože oba začínali jako specialisté, já si je oba pamatuji jako všeobecné lékaře. U nich jsem viděl, že být lékařem má smysl.

Podobné rozhodování nastalo koncem studia na vysoké škole. Co dál? Když jsem začal po večerech chodit na chirurgickou ambulanci, abych se něco naučil prakticky, zaujala mne chirurgie. V šestém ročníku, kdy jsme mohli být na stážích v okresní nemocnici, mi připadaly zajímavé interna nebo neurologie. Ale s místem už to bylo horší. Nejbližší možnost byla v Prostějově, obor všeobecné lékařství. Nechtělo se mi ani do severních Čech, ani na Slovensko.

Jak už jsem se zmínil, oba rodiče byli praktici. A předatestační kolečko bylo tak zajímavé! Snažil jsem se naučit všechno, co se dá dělat v ambulanci. Pak – jaká ironie! – jsem měl jako odborník po atestaci, praktický lékař, víc svázané ruce než před atestací. To bylo první vystřízlivění. Proto jsem se začal veřejně angažovat. Dnes bych řekl, že zbytečně.

MUDr. Igor Mazoch

Narodil se roku 1962 v Olomouci v lékařské rodině. Maturoval na Slovanském gymnáziu v Olomouci, pak rok pracoval jako pomocný dělník ve Fakultní nemocnici, rok studoval na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Poté vystudoval Lékařskou fakultu UP (promoce 1988).

Po roce vojny absolvoval předatestační přípravu v Okresním ústavu národního zdraví (OÚNZ) v Prostějově (atestace 1991). V letech 1992–1994 všeobecný lékař OÚNZ a Polikliniky Olomouc, od roku 1994 privátní praktický lékař tamtéž.

Manželka je redaktorkou univerzitního časopisu, starší ze dvou synů studuje medicínu.

Miroslav Souček

Pozitivního ve zdravotnictví ubývá

Pane profesore, ne každému lékaři, který o to usiluje, se podaří dostat z okresní nemocnice k práci na klinice… Jak tomu bylo u vás?

Po vojně jsem nastoupil na interní oddělení boskovické nemocnice. Stát se chirurgem mi nebylo souzeno, protože máme geneticky v rodině problémy s páteří a již na praxích jsem zjistil, že toto povolání je mi zapovězeno. První den nástupu do zaměstnání jsem přebral ženské interní oddělení, kolega mi ho předal a odešel na ambulanci. Zůstal jsem sám s vrchní sestrou v zádech. Musím říct, že její výroky komentující moji neschopnost mě moc nepovzbudily. Při vizitách mě nešetřila ani vedoucí oddělení, ani pan primář. Každý den jsme museli pravidelně připravovat ranní aktuality z odborného tisku, větší semináře byly jednou týdně a obávaným dnem byl pátek, kdy jsme měli patologický seminář. Při něm jsme byli podrobeni detailnímu rozboru zemřelých pacientů a především diferenciální diagnostice z pohledu patologa a našeho primáře. Když pracovní týden v pátek pozdě večer skončil, musím říct, že jsem si oddechl. Zeptat se nebylo koho, a tak jsem po večerech pilně studoval a postupně získával větší pocit jistoty i začal vnímat širokou a zajímavou internu jako svoje celoživotní povolání. Začínat lékařskou praxi v okresní nemocnici bych všem vřele doporučil. Na službě byl pouze chirurg a gynekolog, s kterými jsem mohl spolupracovat. Nebyl přítomen neurolog, nebylo k dispozici ORL, oční lékař a další. Neměli jsme CT ani magnetickou rezonanci, angiografii či koronarografii a rovněž laboratorní diagnostika nebyla na takové výši, jako je dnes.

Na I. interní kliniku do Brna mě pozval její přednosta docent Žák. Zůstal jsem na ní pětadvacet let. Prošel jsem celou kardiologií a nakonec se stal vedoucím všeobecného oddělení, kde jsem se mohl věnovat vysokému krevnímu tlaku a kde jsem založil laboratoř pro poruchy autonomního nervového systému. Byla to doba, kdy jsme začali jezdit na zahraniční kongresy, začaly se dělat lékové studie, učili jsme se psát publikace, navazovaly se vztahy v zahraničí, přicházely nové přístroje a nová diagnostika. Změnil se systém výuky a studenti se daleko více zapojovali do ovlivňování výuky a vůbec celého dění na fakultě. Taktéž výzkum dostal nové rozměry a řešení grantů se stalo skoro povinností. Zájem o medicínu byl tehdy velký.

V roce 2002 jsem byl osloven profesorem Vítovcem, zda bych nepřešel na II. interní kliniku do funkce přednosty, kde jsem po konkurzu dosud.

Jak se na klinice prolíná zdravotnická a pedagogická činnost?

Když jsem po studiu nastupoval do zaměstnání, dostat se na kliniku či dokonce na asistentské místo byl velký problém. Dostalo se jen málo prominentních nebo velmi schopných mladých lékařů. Být na klinice nebo zde jen stážovat před atestací bylo skoro povinností. Situace se postupně měnila, až došla v současné době do stadia, že do školství skoro nikdo nechce. Máme volné školské úvazky, ale řešíme to malými úvazky pro zdravotnické pracovníky. Povinností učitele je nejen učit, ale i přednášet, publikovat, nejlépe v časopisech s impakt faktorem, protože to se počítá, dále vychovávat a vést studenty postgraduálního vzdělávání, zapojovat se do výzkumu, řešit grantové projekty a získávat vědecké a akademické tituly. Na medicínu se dnes hlásí mnohem méně uchazečů a ekonomická situace se řeší přijímáním zahraničních studentů s výukou v anglickém jazyce. Výrazné procento tvoří slovenští studenti, kteří jsou daleko pracovitější a cílevědomější než mnozí naši. Náročnost výuky výrazně vzrostla, ale dnes učíme i magisterské obory, bioinžený-



ry a skoro všechny, kteří se jen o medicínu otřeli. S nárůstem objemu výuky a její náročnosti bohužel nedochází ke zvyšování platů a v současné době se výrazně rozevírají nůžky mezi platy školských a zdravotnických zaměstnanců. Starší generace, která ještě pamatuje lepší roky, už dosloužil. Kdo bude učit dál, bude problém. A platy se ve školství dokonce začínají snižovat. Dvojkolejnost na klinikách není již vyhovující a hledají se další varianty. Je otázkou, zda budou lepší, či horší. Zatím mám pocit, že toho pozitivního ve srovnání s tím horším je málo. To, co fungovalo – a fungovalo dobře – opouštíme a hledáme složitá a krkolomná řešení. A to už se vůbec nechci dotknout postgraduálního vzdělávání. Jak výborně se v praxi osvědčily první a druhá atestace a na ně navazující CSc.! Též organizace zdravotnictví s krajským a okresním odborníkem s provázaností mezi odesílajícími a nemocničními lékaři byla výborná. Všichni se navzájem znali, vzdělávací akce byly koordinovány lékaři a ne firmami nebo agenturami. Dnes není žádná posloupnost, žádná návaznost. Když jsem se snažil pozvat všechny odesílající lékaře na kliniku, abychom představili naše možnosti, naši ochotu ke spolupráci a vzájemné pomoci, přišli pouze dva. Když jsem se snažil dovolat odesílajícímu lékaři, který měl opakovaně zcela katastrofální léčbu pacienta, sdělil mi, že mě nezná a že se mnou nemá nic společného.

Interna byla dlouho – snad spolu s chirurgií – nepopiratelnou vůdkyní medicíny. Jak se díváte na vnitřní lékařství jako obor dnes?

Ve vnitřním lékařství necítím smutek nad rozpadem interny na jednotlivé podobory, ale nad únikem špičkových lékařů do těchto podoborů. Jistě chápu, že medicína jde obrovským tempem kupředu, že se objevuje celá řada nových poznatků, nových diagnostických metod, laboratorních hodnot a že jeden lékař není schopen pojmout celou internu do detailů, a proto se specializuje. Vznikly podobory, které dnes žijí svým vlastním životem. Mají svá doporučení pro léčbu a diagnostiku, vlastní výuku, mají své konference, své vůdčí osobnosti. A jistě je to cesta správná. Přesto si myslím, že vnitřní lékařství má ve zdravotnickém systému stále svoje integrující postavení. Bohužel většina absolventů lékařských fakult se rozhoduje pro jednotlivé podobory interny a jen málo jich zůstává pro široký obor vnitřního lékařství. Zvládnutí náplně podoborů je jednodušší a lékaři zde mohou rychle dosáhnout špičkových úspěchů. Ale pojďme se podívat na postavení pacienta…

Většina starších pacientů má bohužel potíže, které přesahují rámec jednoho či více podoborů. Jsou unavení, mají horečku, bolesti, kolabují apod. A tito pacienti jsou někdy vyšetřováni na mnoha ambulancích, protože každý specialista už má úzký a specifický pohled a nemůže medicínský problém řešit komplexně. Postup by měl být opačný. Pacienti by od internistů měli být odesíláni na specializované vyšetření. Od jednotlivých specialistů mají pacienti také celou řadu léků, které jsou podávány bez zřetele na další onemocnění a mohou být z hlediska další nemoci nevhodné. A někdo by měl i léčbu usměrňovat. Příprava pacientů k operacím či invazivním diagnostickým vyšetřením by měla být taktéž koordinována internistou. Dále jsou pacienti od specialistů, ale také od praktických lékařů často posíláni k internistům k dovyšetření. Potřeba internistů je tedy patrná. Takže nebojujeme proti specializacím, ale bojujeme o lékaře, kteří by byli kvalitní a chtěli se věnovat interně. Stále hledáme v rámci internistického výboru při ČLS JEP způsob, jak mladé lékaře pro náš obor motivovat a jak jim tuto cestu ulehčit. A skupina mladých internistů se již dnes profiluje a získává uznání i v celoevropském měřítku. Zapojuje se do organizace internistického sjezdu a těší mě i hojná účast na sjezdu formou výsledkových sdělení. I v interně je prostor pro vědeckou činnost. Mnoho lékařů-specialistů má dnes pocit, že interna je překonaná a že je to postupný konec vnitřního lékařství. Doufám, že tohoto konce se nikdy nedožiji. Stále je a jistě i bude potřeba mít lékaře, kteří budou schopni zvládnout celkový pohled na pacienta s jeho problémy a starostmi a diferenciálně diagnosticky tohoto pacienta řešit. A s prodlužující se délkou života nám narůstá počet pacientů, kteří jsou polymorbidní, s mnoha až desítkami léků; pacienti, kteří již nejsou řešeni specialisty, ale vrací se zpět do péče internistů a interních oddělení.

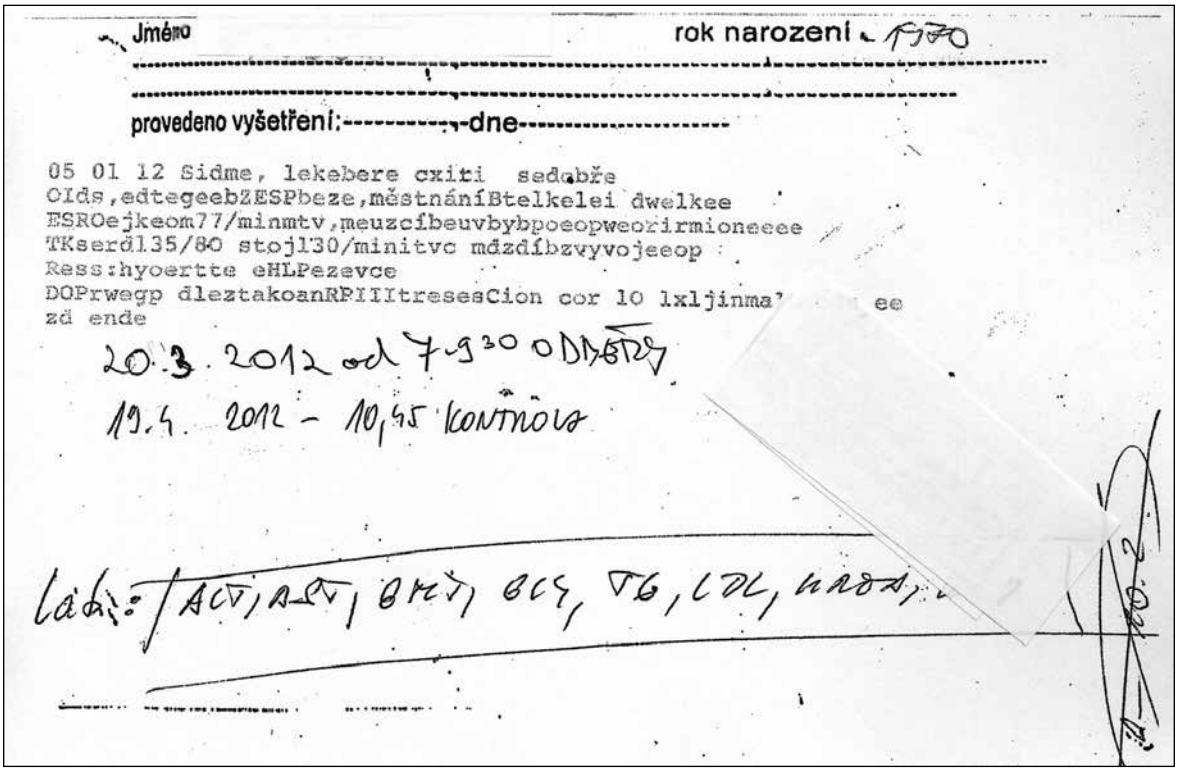
Jsou dnes, v době internetu i všelijakých „zaručeně objektivních“ poplašných zpráv

v médiích, pacienti dobře informováni svými lékaři, jak se mají v domácím prostředí chovat, jak mají užívat léky? Ale třeba i kdy mají přijít na kontrolu?

Bohužel stále vidíme, že pacienti od svých lékařů dostatečně informováni nejsou a od některých lékařů nedostávají písemné záznamy. Někteří lékaři je posílají opožděně poštou. Vidím to na svých vlastních rodičích – když s nimi probírám, co jim lékaři řekli, tak bohužel nevědí. V pro ně zcela jistě stresovém prostředí, kdy jsou rychle ošetřeni, nejsou schopni zachytit informace, jak se mají doma chovat. Nepamatují si, jaká – především nefarmakologická – opatření mají dodržovat, nepamatují si správné užívání léků a už vůbec ne jejich názvy. Je třeba, aby pacient kromě toho, že je poučen, dostal vše napsáno v nálezu i s doporučením, aby si to mohl v klidu doma přečíst. Někdy je třeba, aby i rodina léčbu usměrňovala nebo ji vedla. Doufám, že jsou jen ojedinělí lékaři, kteří nedávají nálezy a doporučení pacientovi s sebou. Když je potom pacient převezen s potížemi na službu a nepamatuje si ani nemoci, ani léčbu a nemá nález od svého lékaře, tak to situaci zbytečně komplikuje. Na druhé straně jsou některé nálezy od lékařů zcela nečitelné, natož aby jim pacient mohl porozumět. Dám vám jen jeden příklad za všechny. Co říkáte tomuto nálezu (viz obrázek níže) – psal ho vůbec lékař? Nebo lépe řečeno, je to ještě nález lékaře? Nepatří tento internista, specialista a kandidát věd spíše někam jinam než do ordinace?

Jak se díváte na alibismus mnohých drahých a zbytečných vyšetření, jinými slovy na defenzivní medicínu, která zde stále více bují?

Dnešní alibistické vyšetřování pacientů je pro mě zklamáním. Raději vezmeme a uděláme všechno, na co si vzpomeneme, a nějaká informace z toho vypadne… Už jaksi neumíme naslouchat pacientům, anamnéza je velmi stručná. A začíná to už u výuky mediků. Když je pošlu odebrat anamnézu od pacientů, jsou za pět minut hotovi. V rámci hospitalizace zbytečně odebíráme obrovské množství laboratoří, sestry ani nestačí vše odebírat, a to denně. CRP (hodnota C-reaktivního proteinu) se nám stal diagnózou, každý den poctivě sledujeme, zda se snižuje, zvyšuje či přetrvává ve stejných hodnotách. K tomu vezmeme pro jistotu ještě krevní obraz, ionty atd. CT vyšetření mozku mají skoro všichni pacienti, jen když vysloví slovo závrať, nejistota; koronarografii při tlaku na hrudníku, magnetickou rezonanci při bolestech, spirální CT při dušnosti. Jistě, pokrok v diagnostice je obrovský, dosahuje-


Jméno rok narození 1970
provedeno vyšetření:----------dne----------
05 01 12 Sidme, lekebere cxiti sedabře
OIds,edtegeebZESPbeze,městnáníBtelkelei dwelkee
ESROejkeom77/minmtv,meuzcíbeuvbybpoeopweorirmioneeee
TKserdl35/8O stojl30/minitvc mdzdíbzvyvojeeop
Ress:hyoertte eHLPezevce
DOPrwegp dleztakoanRPIIItresesCion cor 10 lxljinma' ee
zd ende
20.3.2012 od 7-930 odběry
19.4. 2012 – 10,45 kontrola
Lab: ACTH, ASTH, BMT, BCG, TG, LDL, HDL, ...





me úžasných nálezů u pacientů, ale přestáváme věřit sobě a plně spoléháme na moderní diagnostiku. Na druhé straně je třeba přiznat, že jsme k tomu nuceni představou, že něco opomeneme nebo nepoznáme, a zhoršení stavu či úmrtí může vést k žalobám a zkoumání, zda jsme postupovali správně.

Jaký máte pocit, když potkáte člověka, kterému jste pomohl, a naopak člověka, kterému jste uškodil?

Pacientů, kterým jsem zachránil život, si pár pamatuji. Nikdy jsem od nich necítil větší vděk, snad jsou výjimky, ale většina to považuje za samozřejmost. Přesto mám vlastní vnitřní pocit pohody, že ta někdy marná snaha má své úspěchy. Často přemýšlím o tom, že nejsem schopen nějak hmatatelně hodnotit svoji práci. Jsou lékaři, kteří jsou výbornými odborníky, ale s lidmi to neumějí. Na druhé straně znám spoustu méně odborně zdatných lékařů či lékařek, kteří to s pacienty umějí náramně. K pacientům se chovají přátelsky, snaží se hodně vysvětlovat, pochopit jejich problémy. Navštěvují je i doma (zištně či nezištně). Pacient těžko pozná, jestli jste odborně na výši nebo ne. Většinou nás hodnotí ze svého pohledu a zpravidla ocení dobré slovo, příjemné chování a vstřícnost nejen lékařů, ale i sester. Většina stížností je na špatnou komunikaci mezi lékařem a pacientem či jeho rodinou. Lékař, který vyžaduje, aby pacient striktně dodržoval jeho doporučení, například nefarmakologickou terapii, nesladil, vyhýbal se tučnému jídlu, hubnul, dával přednost zelenině a ovoci, sledoval přesně svůj příjem či výdej tekutin, je spíše vnímán jinak než kladně. Bohužel je málo pacientů, kteří o své zdraví bojují, kteří na sobě pracují, a pokud ano, jsou to většinou ženy. Snížit váhu je pro některé lidi nepřekonatelná životní překážka, a to nejen pro pacienty, ale i pro některé lékaře. Je velká skupina pacientů, kteří se snaží naše doporučení nějakým způsobem obejít, chtějí si udržet svoji volnost a se svým zdravím hazardují. Jen dodržet neslanou dietu je problém (i když – co je to neslaná dieta?), většina pacientů s vysokým krevním tlakem ví, že v nemocnici dostane neslanou dietu. Když nahlédnete do jejich nočních stolků, najdete tam připravenou sůl na přisolování. Často najdeme sladkosti u diabetiků, alkohol u pacientů s cirhózou, o kouření nemluvím. Málo se snažíme pacientům vysvětlit to, co mohou pro sebe sami udělat. Nebo na to kašlou, a jak někteří tvrdí: do hrobu má jít tělo zhuntované! Měl jsem pacienta vážícího asi 180 kg s vysokým krevním tlakem přes 200/100 mm Hg. Pravidelně pil 30 piv denně, ve své hospůdce, kde měl svoje křeslo, své dva džbánky, aby se mohly pravidelně měnit. Jako řezník odcházel o půl třetí z práce do restaurace. Dlouho jsem mu vysvětloval, jak má omezit příjem potravin, piva, zhubnout atd. Zpětně mi líčil osud po návštěvě v ordinaci. Ten den šel domů, restauraci, lépe řečeno hospodu, minul. Doma nastalo zděšení, protože po 20 letech přišel domů po práci. Se všemi se pohádal. Tlak měl vysoko nad hodnotami naměřenými u mě v ordinaci. Bolela ho hlava, nemohl spát. Druhý den šel tedy opět do hospody, kde ho všichni vítali a litovali, hlavně hostinský. Všichni se shodli na tom, že má léky, tak proč by nemohl dále pít. A tak postupně zjistil, že mu pivo na léky nic nedělá a že se může postupně vrátit k původním třiceti. Takže po měsíci jsme si na další návštěvě vysvětlovali, že omezení pití, hubnutí, pohyb nedělá pro mě, ale pro sebe. Dlouho nemohl pochopit, že už mu nic nezakazuji, ale chci, aby se sám nad sebou zamyslel. Jestli takhle chce skončit, a to poměrně rychle…

A pak máme pacienty, kde jsem se snažil a ono to nevyšlo, něco jsem přehlédl či dostatečně nevyšetřil nebo na něco nemyslel, a to pak člověka těžce mrzí. Znamená to bezesné noci, kdy se případ stále vrací. A tak člověk hledá smysl toho našeho snažení, co po nás zůstává? Někdy vděk, někdy hořkost, někdy prázdnota. Nic hmatatelného. Nic jsem nepostavil, nevybudoval, ani ordinaci nemám. A jestli vyšetřím 1000 pacientů nebo žádného, tak je to platově stejné. A čím více pacientů vyšetříte, tím více si přidělváte problémů. Pacienti nejsou vděční, a když ano, tak je jich proklatě málo. Co předám svým dětem? Těch pár knih, časopisů, které budou zastaralé? Které postupně vyhodí i s mými hodinami práce a snažení? Ale přesto jsem rád, že budou v lékařské profesi pokračovat. Je to pro jejich budoucnost dobře, či špatně?

Už jste to nakousl: Má podle vás člověk v zacházení se svým zdravím neomezenou svobodu, nebo nese závazky i ke společnosti, jíž je



členem? Může či dokonce má být pacient ke „zdravému“ chování nucen?

Je celá řada pacientů, kteří nedodržují doporučení lékaře. Ale bohužel jsou takoví, kteří si svoje zdraví záměrně ničí. A náklady na jejich léčení by se mohly využít daleko smysluplněji… V poslední době vidím na vizitách tolik lidí ničících si zdraví například alkoholem! Každý týden vidíme nové cirhotiky nebo pacienty s akutní či chronickou pankreatitidou, pacienty pokoušející se otrávit léky či jinými prostředky. Diabetiky nedodržující ani nefarmakologickou, ani farmakologickou léčbu. Hypertoniky, kteří neberou léky. A můžeme pokračovat dál. Ale co mně výrazně vadí, že bezdomovci a často mladí, kteří by mohli pracovat, se dostávají v zubožením stavu do nemocnice, ale tak zanedbaní, špinaví, smrdící. A sestry, které zcela právem lituji, je musí vykoupat, ostříhat, nakrmit, a to ještě za hrubých slovních narážek. Povolání sestry je zcela nedoceněné. Když má na stanici přes dvacet těžkých pacientů a příbuzní sedící u lůžka ji volají, aby dala mamince napít, nebo jak to, že nemá tatínek ostříhané nehty, jak to, že sestra okamžitě neodnese mísu, tak je mi smutno. Když řeším stížnosti rodin, kteří doma rodičům nepodají ani vodu, a ti pak přicházejí dehydratovaní, kachektičtí a v zanedbaném stavu, ale v nemocnici hledají jen nedostatky… Práva pacientů rostou, počet stížností roste, počet právníků chystajících se na zdravotníky roste, ale na zdravotníky se trochu zapomíná.

Když už pějeme v tomto želném tónu, co ještě vám ve zdravotnictví vadí?

Stále víc a víc se do medicíny dostává ekonomické hledisko. Dovedu pochopit, že peníze nejsou, že je potřeba šetřit. Ceny materiálu, ceny moderních vyšetření výrazně rostou. Ale vadí mně, že lékař má dnes zcela omezenou roli hovořit do hospodaření. Výběrová řízení jsou vedena ekonomy či úředníky často bez možnosti lékaře ovlivnit výběr. Co vyhovuje lékařům, co vyhovuje pacientům, je bohužel potlačeno nejnižší cenou nabídky. Takže lékař pracuje s přístroji, s vybavením, které by si sám nevybral. A nakonec se dostáváme do absurdní situace, kdy čím více pacientů vyšetříme, tím hůře. Počítá se spotřeba a ne výdělek. Vždycky jsem měl představu, že čím víc budu pracovat, tím lépe, tím si mohu více vydělat. Bohužel představy jsou jiné. Mám

pocit, že stále více bojuji s administrativou a že úředníci, kteří byli přijati, aby nám pomáhali a práci nám zjednodušovali, mě naopak zaměstnávají úkoly, nařízeními, vyhláškami více než práce s pacienty.

Dovedete za ta léta odhadnout, jak se bude pacientův zdravotní stav vyvíjet? Jak hovoříte s příbuznými, když se ptají, jak to s jejich blízkým vypadá?

Už jsem si zvykl být v prognóze pacientů velmi opatrný. Nikdy nevíme, co se může stát, jak se může stav pacienta z minuty na minutu zkomplikovat. Když jsem v mládí přijímal na službě pacientku, která byla extrémně dušná, měla nemocné srdce, plíce, byla oteklá, tak jsem příbuzným říkal, uděláme, co budeme moci, ale prognóza je velmi nepříznivá a nevím, jak to dopadne. Pacientka odešla za měsíc ve velmi dobrém stavu. A naopak přišel pacient jen lehce dušný, zvažoval jsem, jestli ho vůbec přijímat, příbuzným jsem oznámil, ať přijdou zítra: když to bude v pořádku, bude moci jít domů. A do rána zemřel. Těžko jsem jim to vysvětloval. Nemohli pochopit, že přišel po svých, jen s mírnou dušností, a už není. Dnes jsem opatrný a říkám: „Uvidíme, uděláme, co bude v našich silách". Na rčení mého pana primáře Dolíhala něco bylo. Dohořela svíčka a nic nezmůžete.

Jaké je vaše největší osobní lékařské přání?

Aby medicína byla zase tou uznávanou profesí jako dřív. Aby na medicínu šli ti nejlepší studenti a aby zájem o ni opět rostl. Aby i medicína byla finančně zajímavá. Bohužel společnost příznivě vnímá a oceňuje bohaté, ale ne chytré. Jak úspěšní a uznávaní jsou dnes sportovci, herci, zpěváci, podnikatelé! Proč lékaři mají platy, jaké mají, a podnikatelé i ve zdravotnictví jsou dnes úplně jinde? Proč sdělovací prostředky s takovou pečlivostí sledují každý chybný krok lékaře, každé pochybení? Proč nepíší třeba o nerozumných rozhodnutích soudů?

Míváte lékařské sny?

Lékařské sny mám. Často se z nich budím. A v poslední době se jejich obsah zhoršuje. Ani ne tak medicínsky, jako organizačně, ekonomicky či po stránce lidských vztahů. Pravidelně se budím kolem třetí hodiny ranní, kdy se snažím číst, než opět usnu. Často mám sny související s přednášením. Buď nemohu spustit promítání nebo si nemohu vzpomenout před plným sálem na pokračování přednášky nebo nejsem schopen odpovědět na otázku z pléna. Jsem rád, když se probudím a ležím v posteli a nejsem někde na sjezdu.

Dovedete si představit odchod do důchodu?

Odchod si dovedu představit. Mám tolik koníčků a aktivit, že určitě nebudu mít zase dost času. Mám vinohrad a vinný sklípek na jižní Moravě, s krásným výhledem na Pálavu a na jezera pod ní. Probouzení vinné révy na jaře, stříhání a uvazování, ten úžasný růst, který musíme regulovat během horkého léta, a nakonec sklizeň hroznů, to je úžasný celoroční kolotoč. A práce ve sklípku s přípravou na podzimní a zimní ochutnávání s příjemnými lidmi je úžasně uklidňující. Zatím mám možnost pracovat na vinohradu pouze o sobotách, protože přes týden se dostávám domů pozdě a v neděli se již připravuji na další týden. Ale že mi budou pacienti a studenti chybět, to vím už dnes a nezastírám to. Ne všichni pacienti, jen někteří. Protože vztah lékaře a pacienta se výrazně změnil. Problém v dnešní době je ovšem finanční, platy ve školství nám bohužel nějakou zálohu na stáří nepřinesly.

Cesta k medicíně

Studium medicíny jsem si vybral v šesti letech. Proč? Dodnes nevím. Nikdo v širokém okolí nestudoval medicínu, nikdo nebyl lékařem. Z mně blízkých osob nikdo nebyl vážněji nemocný, že bych mu chtěl pomoci, že bych ho chtěl léčit či mu ulehčit utrpení. Jen jednou jsem s výběrem povolání zaváhal, a to na gymnáziu, kde jsem hrál první ligu košíkové a zvažoval jsem, zda se nevěnovat sportu v některém velkém sportovním klubu, který hrál mezinárodní soutěže.

Rozhodli rodiče, dnes mohu říct, že moudře. Nesouhlasili, abych odešel do velkoměsta a živil se sportem. A tak zůstal jen jeden cíl – medicína. Když jsem skončil s vrcholovým sportem, měl jsem dost času na studium a zpětně mohu říct, že studium mě bavilo a kruhový duch nám pomáhal při zkouškách

a nakonec i při oslavách. Měli jsme přiděleného kruhového učitele, který pracoval na patologii, svobodný, velmi vzdělaný, ovládal celou řadu cizích jazyků, včetně čínštiny či japonštiny. Pravidelně jsme mu předkládali výsledky studia, byli jsme hodnoceni jako jedinci i jako kolektiv. Jezdil s námi na výlety, na letní praxe, patřili jsme k nejlepším kruhům na medicíně. Stipendium nám stačilo na pokrytí nejdůležitějších aktivit. Vedl nás po celou dobu studia až k promoci. Dnes je mi studentů z tohoto hlediska líto, protože tyto akce, praxe, výlety již nezažívají. Některým to vyhovuje, některým ne.

prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.

Narodil se roku 1952 v Horní Lhotě (okres Blansko). Maturoval na střední všeobecně vzdělávací škole v Blansku, v roce 1976 vystudoval LF UJEP (dnes MU) v Brně. V letech 1977–1978 pracoval na interně nemocnice v Boskovicích, od roku 1978 působil na I. interní klinice, od roku 2003 je přednosta II. interní kliniky LF MU a FN u sv. Anny. Od roku 2008 profesor.

Manželka je doktorka přírodních věd, děti Filip a Sandra vystudovaly medicínu (pracují v oborech kardiologie, resp. dětské lékařství).

Tomáš Macháček

Hra o duši lékaře očima zúčastněného pozorovatele

Pane doktore, studoval jste na začátku 80. let, v době, kdy normalizace přecházela ve stagnaci. Jaká byla vaše konfrontace s tehdejší lékařskou fakultou?

Myslím, že jsem do atmosféry fakulty moc nezapadl. Rodiče mi líčili velké osobnosti svých učitelů, jako byli Charvát, Patočka, Vondráček a další, a tak jsem vstupoval na fakultu s velkým očekáváním a respektem. Na druhé straně jsem měl v sobě již tehdy zakódovaný jakýsi odpor k oficiálním autoritám a celkem nezávislé myšlení. Na fakultě vládla průměrnost. Vedli ji ti, kteří zaujali místa exulantů z osmašedesátého a osvědčili se díky víceméně špinavým kompromisům typickým pro dobu po ruské invazi. Až na výjimky to byla druhá liga, jak lidsky, tak odborně. A velkou část mých spolužáků tvořily protekční děti režijních prominentů, taková poněkud dekadentní komunistická pseudoelita. Myslím, že díky této atmosféře a jistému nenaplněnému očekávání jsem si už na fakultě vypěstoval velký odstup k lékařskému bratrstvu, který si udržuju dodnes.

Co myslíte tím „lékařským bratrstvem"? Zní to poněkud pejorativně…

Lékařské bratrstvo… není lehké ten pojem definovat. Ale máte pravdu, chci, aby to znělo pejorativně, týká se to temné stránky lékařské profese. V kontextu doby mých studií je do toho ale ještě hodně zamíchán reálný socialismus, tehdy všudypřítomná nedostatková ekonomika, samozřejmá nutnost přidělovat vzácné léky a technologie podle nejasných kritérií, telefonátů a protekce. Lékař byl v té době zvláštní státní úředník a profesní hierarchie sloužila komunistické moci. Takže lékařské bratrstvo tu mělo ještě i tuto celkem nechutnou pachuť přisluhování komunistickému režimu. Za studií jsem dost jasně pochopil, že moji rodiče a okruh jejich přátel lékařů, které jsem znal, jsou spíše výjimkou z pravidla. Kromě respektu okolí nepožívali skoro žádných výsad, které jinak status lékaře přinášel, byli v jakési tiché, poněkud švejkovské válce s establishmentem (její tradice mezi lékaři tady žije, myslím, dodnes) a udržovali si profesní standard a etický kodex jaksi režimu navzdory. Oba mí rodiče byli hodně dobrými lékaři, ale k lékařskému bratrstvu nepatřili.

Co to tedy je? Lékařské bratrstvo existuje po celém světě. Když studujete na lékařské fakultě, v posledních ročních studia můžete pozorovat, jak někteří vaši spolužáci, neomylně ti, kteří se v teoretických a preklinických předmětech projevovali jako poměrně hloupí, začínají být přitahováni rolí mága v bílém plášti. Cítí, jakou moc to jejich budoucí řemeslo má, a dělá jim to zatraceně dobře. Vám to připadá směšné, ale oni už začínají vyplňovat přihlášku do lékařského bratrstva.

Studium medicíny je určitým druhem indoktrinace, je to něco jako rafinované vymývání mozku. Tlačíte si do hlavy telefonní seznamy pojmů a jejich význam – často ne přesně definovaný – lovíte z kontextu. Dlouhé roky se učíte speciální jazyk, který se jen tváří, že je jazykem vědy, ale slouží především ke komunikaci s jinými zdravotními profesionály, ale to vám dojde až příliš pozdě. Opravdu dlouho a tvrdě dřete a chcete svoji odměnu. Ochotně napodobujete: učíte se určitému způsobu myšlení a konceptualizace, přejímáte určité vzory chování a zabydlujete se v něčem speciálním, čemu se říká vztah lékař–pacient, a co může, když se



tomu nebráníte, být jen obyčejnou manipulací s druhými lidmi (kteří jsou proti vám často v nevýhodě). Zjistíte, že tato manipulace vás může dobře živit – a stane se tou vaší medicínou. Uděláte chybu, že si právě tady vyberete svou odměnu. Chcete prestiž, výsady, moc, a vaše role lékaře vám k tomu pomůže. Stanete se součástí lékařského bratrstva. Patří k tomu samozřejmě ten směšný pocit výlučnosti a jisté nadřazenosti, a zároveň určitý pocit másla na hlavě, pokud si ho vůbec připustíte.

Jako byste si nakonec nebyl jistý, zda náhodou do lékařského bratrstva nepatříte taky…

Myslím, že tím si nemůže být úplně jistý nikdo, kdo vystudoval medicínu a dělá klinickou práci. Je to velké pokušení, které k té profesi patří, a neexistuje žádná ostrá hranice. Já měl štěstí, už na škole jsem měl docela nadhled. Získal jsem ho díky příkladu a hodnotám svých rodičů a také tím, že jsem ze zájmu navštěvoval dosti nesoustavně ještě přednášky na matematicko-fyzikální a přírodovědecké fakultě a trávil jsem hodně času se svým bratrancem, který studoval na matfyzu tehdy nový obor biofyziku. Naši společní kamarádi z matfyzu a přírodovědy byli „normální“ a měli jiný způsob myšlení: nikoli tak asociativní, jako obvykle mají lékařští učni, zato ukázněný, analytický. Byli sebevědomí, neměli před světem medicíny žádný respekt. Vzpomínám, že jsem se jednou bratrance ptal, jak se mu líbí semináře, které měli v rámci svého oboru u nás na lékařské fakultě a na kterých jim slovutní klinici demonstrovali různé fyzikální a fyzikálně chemické aplikace v klinické praxi. Jiří (dnes mezinárodně renomovaný vědec) mi řekl: „Víš, ti doktoři se vyjadřují strašně neúsporně, je to dlouhý, nudný a já při tom často usnu. No a někdo z nás, kdo vydrží tu hodinu a půl vzhůru, mi pak ve třech větách řekne, o čem to bylo.“ Jiný svět! Nakoukl jsem do něj, pomohl mi udržet si nadhled, ale matematiku jsem se stejně nikdy pořádně nenaučil.

Také myslím pomohlo, že se mi prostě nedařilo pociťovat respekt vůči tehdejším celebritám mé mateřské fakulty, byli v mých očích příliš zkorumpovaní komunistickým režimem. Díky tomu jsem, což pokládám za veliké štěstí, nikdy nepřijal systém profesních autorit, který je pro lékaře jinak velmi typický. A programově se tomuto pokušení bráním dodnes. Ve své ordinaci nenosím bílý plášť, chodím zásadně v civilu a tím porušuju platné hygienické předpisy – a „nutím“ své pacienty, aby se rozhodovali sami. Někdy je to dost dřina.

Vy tedy kromě svého zaměření na zdravotní pojištění a zdravotní systémy, o kterém ještě bude řeč, pracujete stále jako praktický lékař?

Ano, provozuji velmi malou lékařskou praxi, donedávna společně se svou maminkou, u nás „na vesnici“, tam, kde ona vždycky pracovala. Byl to odjakživa velmi malý obvod, maminka kromě toho ještě pracovala jako závodní lékařka pro blízkou plicní léčebnu, a dohromady to nedalo ani celý úvazek. K praxi jsem se dostal – jako ke všemu – určitou náhodou. Ještě když jsem pracoval na Ústavu patologické fyziologie, tedy předtím, než jsem se dostal k zdravotnímu pojištění a „řízené péči“, jsem si udělal atestaci z interny, zřejmě proto, že jsem chtěl nějak dokončit své klinické vzdělání. A v roce 1992, tehdy v době tzv. malé privatizace, jsem definitivně nechal patofyziologie a z lékařské fakulty jsem odešel, abych pomohl založit mamince praxi, protože by o ni jinak přišla. V té době jsem vážně uvažoval o tom, že se budu věnovat praktické medicíně naplno, a dva roky jsem to i dělal. Pak jsem ale, vlastně náhodou, začal studovat takzvanou řízenou péči a začal jsem se profilovat jako expert na zdravotní pojištění a zdravotní systémy, což je úplně jiný příběh, ale důsledkem je, že mě praktická medicína „neživí“. Díky tomu, že jsem ji nepřestal dělat, mám ale kontakt s realitou a pořád můžu dělat konkrétní, celkem užitečné věci. Můžu také zkoušet v mikroprostředí své praxe principy, kterým věřím v kontextu zdravotního systému (změna vztahu lékař–pacient, role a zodpovědnosti pacienta jako spotřebitele zdravotních služeb atd.). V ordinačních hodinách, když nemám žádné pacienty (ten můj obvod je opravdu velmi malý) pracuji na tom, co mě opravdu živí. Nyní moje maminka zemřela. Ocitla se s infaustní prognózou v pasti moderní medicíny, poslední dva měsíce byla v bezvědomí a čekala na smrt. Už přes rok musím věnovat naší společné praxi více času…

Co vás tedy „živí“, když ne praktikování medicíny?

Asi není úplně fér říci, že mě praktická medicína neživí. Poněkud absurdní způsob odměňování lékařů primární péče a změny ve struktuře poskytování zdravotních služeb mi totiž v posledních letech přinesly luxus, že za čas, který skutečně (!) věnuji své praxi, jsem nakonec velmi slušně zaplacen. V mém pracovním času ale tvoří praktikování medicíny jen o něco více než pětinu. Živí mě znalosti v oblasti zdravotního pojištění, financování zdravotních služeb, tzv. řízené péče a zdravotních systémů. Živí mě moje firma, která vznikla na mých nápadech. Vyvíjí a následně administruje pro zdravotní pojišťovny a skupiny lékařů nástroje a systémy „řízené péče“, analyzuje data, hledá neefektivity… Vidíme do toku zdravotních služeb a nákladů. Mimo jiné také koučujeme skupiny praktických lékařů a pomáháme jim efektivněji organizovat zdravotní služby pro jejich pacienty a zamezovat plýtvání – zdravotní pojišťovna je potom za to lépe platí. Skoro deset let jsme fungovali jako prostředník mezi zdravotní pojišťovnou a skupinami praktických lékařů na severní Moravě, participujících na speciálním kontraktu se zdravotní pojišťovnou, ve kterém byli spoluodpovědní za náklady zdravotních služeb v řádu stovek milionů korun ročně. Naučil jsem se dívat na financování a poskytování zdravotních služeb z výšky, odkud jsou docela dobře vidět hluboké problémy zdravotních systémů bohatých zemí, kam patří i naše zdravotnictví. A taky jsem měl možnost poznat relativně zblízka jednotlivé komponenty řešení těchto problémů tak, jak reálně fungují v různých částech světa. Proto jsme spolu s Pavlem Hroboněm a dalšími spolupracovníky napsali návrh reformy zdravotnictví, který se ale vlastně nikdy nedostal z ministerského šuplíku ministra Julínka, a uspořádali jsme pět mezinárodních konferencí na téma zdravotních systémů orientovaných na spotřebitele.

Můžete se tedy podívat na svoji práci praktického lékaře očima experta na zdravotní systémy?

Samozřejmě mě štve neefektivita, s jakou primární péče pracuje a s jakou je zasazena do kontextu celého zdravotního systému, což zažívám jako „obvoďák“ jaksi zevnitř a jako člověk, zabývající se zdravotními systémy a zdravotním pojištěním, současně i zvenku. Ta neefektivita vynikne zejména, když konfrontujete *status quo* s nároky, které s sebou nese stárnutí populace a management chronických chorob.

Praxe praktického lékaře je kolečkem ve stroji zdravotního průmyslu. Je to samozřejmě také screening a medicína prvního kontaktu, v éře chronických chorob je to ale zejména logistika. Na obvodě se dnes prakticky neodehrává urgentní medicína (všechny tyto funkce převzal nákladný, ale pro lidi mnohem bezpečnější záchranný systém), téměř tam neexistuje fenomén bezprostředního nebezpečí z prodlení. Dostupnost primární péče sleduje dnes zcela jiný účel. Mělo by jít o systematický kontakt s chronickými pacienty, *de facto* o poradenství při posunování pacientů v síti stále více specializovaných zdravotních služeb, sledování jejich trajektorie. Praxe primární péče dnes nevytvářejí, ale často jen realizují léčebné plány stanovené odborníky, a to dokonce i u tak častých chorob, jako je diabetes nebo hypertenze. Praktik by mohl léčebné plány u pacientů s více chronickými chorobami integrovat a zabraňovat tak škodám, které nekoordinovaná a chaotická specializovaná péče může na lidech napáchat. Mohl by zabraňovat duplicitám, hlídat vzájemně nekompatibilní kombinace léků atd., ale k tomu mu chybí motivace, informační podpora a velmi často i erudice. Spoustu logistických funkcí naopak lze úspěšně dekomponovat a delegovat, je to levnější a nakonec kvalitnější, když to dělá někdo jiný než lékař. Na druhé straně dnes reálné potřeby stárnoucích a chronicky nemocných lidí, ale i potřeby stále rostoucí populace relativně mladých, aktivních, a přesto chronicky nemocných, požadují v primární péči mnohem širší profesní bázi, než jakou může lékař se svým vzděláním a tréninkem obsáhnout. Řešením jsou komunitní týmy primární péče, složené z různých zdravotnických i nezdravotnických profesí, jejichž klientem už není pacient v pravém slova smyslu, protože funkce takových týmů jde daleko za sféru poskytování zdravotních služeb. Jde o sociální služby, wellness a zejména koučování péče o zdraví. Změny reálných potřeb lidí zkrátka vyžadují zásadní



inovace v primární péči. Těch ale zdravotní průmysl dnes není schopen. Aby něco takového mohlo vznikat, potřebujete investovat do vývoje metodik, do školení lidí, do struktury a infrastruktury. Není pochyb o tom, že by takové investice byly poměrně rychle návratné, protože by vedly ke snížení celkové spotřeby zdravotních služeb. To ale vyžaduje, aby byl v pořádku systém zdravotního pojištění, aby si zdravotní pojišťovny skutečně konkurovaly a daly se porovnávat podle výsledků v péči o zdraví – a také podle ceny. A jako obvykle nejde změnu k lepšímu udělat najednou a všude, jako obvykle dojde k viditelné změně až tehdy, když většina začne kopírovat první úspěšné pokusy těch, kterým se to povedlo, protože byli lépe připravení, měli větší odvahu nebo jen více štěstí. Na to ale potřebujeme normální prostředí poctivé soutěže. Jenže jako téměř všude ve zdravotním průmyslu i v primární péči najdeme absurdní financování a absurdní regulace, které takovým inovacím staví do cesty téměř nepřekonatelné překážky. Za patnáct let, kdy začali být praktici proti ekonomické logice i zdravému rozumu placeni „za hlavu“, aniž by museli reportovat byť jen kontakty se svými pacienty, primární péče zdegenerovala. Došlo ke zbytečnému a drahému přesunu péče ke specialistům, přesunula se tam zodpovědnost. Dostupnost primární péče poklesla. Způsob financování ještě více odclonil praktiky od vzájemné soutěže o pacienta, založit novou praxi je prakticky nemožné. Praktická medicína jako obor se dostala do demografické pasti, populace praktiků stárne a náhrada za ně není, ale ne proto, že by práce praktika byla tak neatraktivní, těžká a nelukrativní: je to čistě důsledek hloupého protekcionismu a systému nesmyslných kvalifikačních předpokladů. Není to veselý pohled.

Libujete si, zdá se, v užívání pojmu „zdravotní průmysl“. Co tím vlastně myslíte?

Zdravotní průmysl nebo spíš sektor zdravotních služeb. Vznik a růst tohoto sektoru v posledním století je jedním z nejzajímavějších příběhů novodobé historie. Vznikl prakticky z ničeho. Kdybychom žili před sto lety, zdravotnictví by charakterizoval nejspíše idylický obraz venkovského pana doktora, který objíždí své pacienty v bryčce tažené jedním koněm. Na začátku 21. století vypadá zdravotnictví o hodně jinak. Jde o jedno z nejvýznamnějších hospodářských odvětví! Vezměte si jako příklad české zdravotnictví. Letos jím proteče zhruba 300 miliard korun, což je pro porovnání skoro sedmkrát více, než Česká republika vydává na svoji obranu. Zatímco před sto lety zdravotní péče pro obyčejného člověka skoro nic neznamenala, dnes je významnou životní zkušeností každého z nás. Na jednoho občana České republiky připadá v průměru přes 12 kontaktů s lékařem ročně. Naše zdraví musí být – ve srovnání s našimi dědečky – asi notně pošramocené, když se o nás musí starat obrovský zdravotní průmysl, ve kterém najdeme více než desítku nemocnic s obratem několika miliard korun (kolik je v ČR podniků s takovým obratem?!) – a všechny tyto giganty vlastní a provozuje stát. Najdeme tu také zdravotní pojišťovnu, která utratí za zdravotní služby ročně více, než kolik činí tržby energetického gigantu ČEZ – i tuto pojišťovnu „vlastní“ stát. Celé toto mamutí odvětví chrlí denně miliony výkonů, denně spotřebovává tuny léků a produkuje tuny biologického a toxického odpadu. Zaměstnává stovky tisíc lidí. Samozřejmě, toto není jen náš příběh. Zdravotnictví je jeden z nejvýznamnějších sektorů ekonomik všech bohatých států. Víte, že třeba na Floridě, kde žije skoro dvakrát víc lidí než v ČR, znamená tento sektor už skoro třetinu celé ekonomiky? Za boomem tohoto průmyslu nejsou ani humanitární ambice, ani pokrok civilizace, tedy nějaké hodnotové změny, vždyť ve stejném století západní civilizace vyprodukovala dvě světové války a „vymyslela“ a uskutečnila vyvražďování celých národů. Za expanzí zdravotního průmyslu stojí „jen“ specifický způsob financování zdravotní péče – a srdceryvný příběh o poslání lékaře zachraňovat životy a zmírňovat utrpení, který se tak dobře prodává. Vytvořili jsme způsob financování zdravotní péče, který dovoluje „dávat“ celé populaci zdravotní služby. Zmnohonásobili a zestátnili jsme charitu. Vznikl sebestředný průmysl bez zákazníka. A všimněte si: ačkoli jde celosvětově o dlouhodobě bezkonkurenčně nejrychleji rostoucí sektor ekonomiky, neustále se v něm udržuje (až na zdravotní systémy v několika málo zemích) umělý tíživý pocit všudypřítomného nedostatku, úplně stejný, jaký důvěrně známe z dob socialismu. Je to ten nejúžasnější paradox, co znám: na

pozadí a s podporou etického kodexu lékařské profese vzniklo hospodářské odvětví, které do určité míry zbavuje lidi důstojnosti a uměle z nich vyrábí prosebníky. Není vůbec uživatelsky příjemné. Proč člověk s klidovou bolestí kloubu čeká na řešení svého problému (náhradu endoprotézou) více než rok a neví, že v jiné nemocnici je čekací doba mnohem kratší? Proč je pro velkou část vážně nemocných léčba do určité míry loterií, vezmeme-li v potaz, že jednotlivá zdravotnická zařízení a jejich léčebné programy se svými výsledky prokazatelně velmi liší, ale tyto rozdíly se nepublikují? Proč lidé bydlící v některých příhraničních oblastech mají významně nižší šanci, že přežijí ve zdraví mozkovou mrtvici, než lidé bydlící v Praze? A proč mnozí z nás věří, že dostanou dobrou zdravotní péči jen tehdy, zaplatí-li za ni pod rukou, a podle toho se také chovají? Proč máme – jako uživatelé zdravotního systému – tolerovat všudypřítomné fronty v čekárnách? Zdravotní průmysl nám podsouvá stále stejnou odpověď: je to proto, že mu pořád ještě nedáváme dost peněz. Ale to je hluboký omyl. Ve skutečnosti nám zdravotnictví připravuje tyto ponižující zkušenosti proto, že ve stejnou chvíli, jen jinde a někomu jinému z nás, poskytuje trestuhodné množství služeb, které nepřinášejí doslova vůbec nic (někdy i škodí). Mám na mysli vyšetření zbytečně opakovaná jen proto, že na správném místě nejsou k dispozici jinak známé výsledky, mluvím o zákrocích, které řeší předchozí zanedbání nebo chyby, ke kterým by nedošlo, kdyby producenti těchto služeb byli docela obyčejně odpovědní za své výsledky stejně, jako je zvykem jinde. Hovořím o účelově indikovaných procedurách, které mají přinést ekonomický prospěch poskytovateli, ale přinášejí velmi pochybný prospěch pacientovi, hovořím o podvodech ve vykazování zdravotních výkonů zdravotním pojišťovnám, které dokážou „vykouzlit“ příjemný zisk podvodníkovi, ale nikoho nevyléčí. Hovořím o nesmyslných investicích do zdravotních technologií, které následně zdůvodňují stejně nesmyslné utrácení peněz na udržování těchto technologií v chodu.

A je odpovědí na toto plýtvání ta vaše „řízená péče“?

Vlastně není. Můžete – za pomoci celého komplikovaného instrumentária finančních motivací, smluvních a organizačních nástrojů a mohutné informační infrastruktury – optimalizovat tok zdravotních služeb a vyloučit mnohé neefektivity, a tím věc do jisté míry zlepšit. To, co ale jediné může obrátit věci k lepšímu a zastavit dnešní šílenství, je donutit systém, aby se začal lidí ptát, co vlastně chtějí, a měnit se podle toho. To je možné podle mého soudu jen tím, že konzumentům vrátíte kontrolu nad penězi, které systémem protékají, a umožníte jim, aby část z nich utratili někde jinde (!), pokud to uznají za vhodné. Zní to jako utopie, zvláště pro ty, kteří stále ještě věří, že „medicína“ je složitá a pro pacienty nepochopitelná. Není to pravda. Ona je spíše „neuchopitelná“, kvůli mnoha navzájem se podporujícím snahám, aby procesy poskytování zdravotních služeb zůstaly neurčitelné, nedokumentovatelné a nekontrolovatelné. Mimochodem – i v těchto snahách hraje lékařská profese důležitou roli.

Už jste to nakousl – co to vlastně je „řízená péče“? Kdo by měl co řídit a v čím zájmu – oproti nynějšímu stavu? A proč před termínem „řízená péče“ důsledně používáte výraz „takzvaná“, proč jej uvádíte v uvozovkách?

Proč „řízená péče“ v uvozovkách, proč „takzvaná“? Protože ten pojen byl již mnohokrát zneužit v různých názorových polemikách v naprosto nesmyslných a vzájemně nekonzistentních kontextech. Předpokládat, že má přesný a všemi, kdo ho používají, obecně sdílený význam, je proto předem ztracené. „Řízená“ péče bude asi opakem péče „neřízené“, nemyslíte? Ale vážně: Fenomén „řízené péče“ provází vývoj zdravotních systémů už od konce druhé světové války, pojem sám vznikl na konci 60. let v USA. Za tu dobu se jeho význam fakticky velmi změnil, stejně jako se zásadně změnila forma, obsah i funkce reálně fungujících systémů řízené péče, jak je můžeme pozorovat po celém světě. Nicméně platí, že žijeme v éře řízené péče.

Fenomén „řízené péče“ vzniká, položíte-li si otázku, jak ekonomizovat, tj. zlevnit poskytování zdravotní péče určité populaci, pojistnému kmeni zdravotní pojišťovny, občanům určitého státu, účastníkům veřejného zdravotního pojištění a podobně. Pokud vám nejde o srovnatelný výsledek, můžete toho dosáhnout snadno – prostě mezi kon-

zumenta a péči postavíte spoustu bariér, takže ten se k péči nedostane a úspora je na světě. Tam, kde toto není možné, musíte hledat způsob, jak procesy poskytování péče zefektivnit. Pořád ale mluvíme o „péči“: na začátku příběhu „řízené péče“ konzument sám hraje velmi pasivní roli vymezenou tradičním vztahem lékař–pacient. Nejlépe to vystihuje definice „řízené péče“: jde o to, poskytovat „správnou zdravotní péči správnému pacientovi ve správný čas a na správném místě“. Ta definice nemá žádný praktický obsah, ale zní pěkně – a pasivní role pacienta z ní úplně teče. Aplikace této definice dopadají často velmi tragikomicky. Přitom úspěch (měřeno skutečným prospěchem konzumenta) závisí na několika celkem jednoduchých principech. Vždy zasahujete do domény kompetence a moci lékařské profese. Vždy se musíte snažit soustřeďovat poptávku po zdravotní péči do definované sítě spolupracujících poskytovatelů zdravotních služeb a využívat jednoduchých ekonomických principů úspor z rozsahu a škály. Vždy se musíte snažit partnerské poskytovatele motivovat k ekonomizaci (tvorbě úspor či zamezení plýtvání) a vždy se musíte snažit aktivně řídit (koordinovat) objem, strukturu a tok zdravotních služeb. Důležité je, co je skutečným cílem, a to záleží na tom, jak silně je hájen zájem konzumenta. Tam, kde si lidé mohou vybrat systém (produkt zdravotního pojištění), jsou v lepší pozici. Tam, kde existuje monopol (tím je vždy stát), dříve nebo později se dohodne s reprezentací lékařů a poskytovatelů (nota bene, když většinu vlastní, a tedy zaměstnává armádu zdravotníků) a této dohodě obětuje zájem konzumentů. Výjimku tvoří snad jen několik málo severských evropských zemí s obrovskou kulturou veřejné služby (dokonce ani v Anglii tento model nefunguje). V konkurenčním prostředí to vede k tisíci a jednomu konfliktu (velmi často s reprezentací lékařů) a k vývoji tisíce a jednoho nástroje, jak věci dělat lépe – a v určité fázi ti nejlepší zjistí, že nevytvoří efektivnější systém bez aktivní a odpovědné participace konzumentů. A to je konec příběhu řízené péče. Vzniknou produkty (jsou to produkty zdravotního pojištění, samozřejmě), které více motivují, informují a koučují samotné konzumenty, než poskytovatele zdravotních služeb, a odměňují je za starost o zdraví. Je nádhera sledovat po světě první prototypy takových systémů: mění samotnou podstatu zdravotního průmyslu. Závěrem je dobré říci, že české veřejné zdravotní pojištění je jedním z příkladů pokleslého systému řízené péče: více zdravotních pojišťoven tu vytváří jen stafáž pro regulace přístupu ke zdravotní péči, ta je poskytována nadále zoufale neefektivně. Skutečnými hráči jsou vláda a zájmové reprezentace lékařů a poskytovatelů zdravotních služeb.

Jak se tedy díváte na medicínu a profesi lékaře, třeba i v kontextu zdravotního systému a řízené péče?

Dnes už profese lékaře v tom původním idylickém slova smyslu neexistuje.

„Vystudovat medicínu“ znamená získat kvalifikaci k tomu, abyste mohl ve „zdravotním průmyslu“ pracovat na pozici, která vyžaduje titul MUDr. Do určité míry je to jen důsledek zbytečných regulací, které chrání postavení lékařské profese a celou věc jen zdražují. Nejprve proto musíte šest let studovat a dostat se do klubu, abyste vůbec mohl v dalších dvou až šesti letech získat skutečný speciální trénink, který vám teprve umožní získat ve zdravotním průmyslu lukrativní pozici. Mezitím se samozřejmě celá znalostní báze „medicíny“ od základu změní, ale tento paradox, zdá se, nikdo neřeší. Nároky, které dnes klade zdravotní průmysl na formálně definované pozice vyžadující titul MUDr., jsou tak různorodé, a činnosti, které tvoří věcnou náplň těchto pozic, jsou natolik odlišné a natolik speciální, že toho tradičního „lékaře“ již prostě nenajdete. Pojem „lékař“ dnes označuje tedy nejspíš jen členství v klubu lidí, kteří se naučili jeden speciální jazyk a prošli stejným drilem a indoktrinací na lékařských fakultách.

Dělat medicínu jako profesi může znamenat mnohé, ale dosud pořád to znamená také mít moc, mít určitý důležitý a privilegovaný status ve zdravotním průmyslu.

Zdravotní průmysl si totiž lékaře hýčká – trochu jako užitečné idioty, kteří pomáhají svojí autoritou v tradičním vztahu lékař–pacient vlastně definovat, co lidé potřebují, a tím vytvářet pseudopotřeby, které jsou pak důvodem k tomu, aby si průmysl řekl o více peněz. Používá se přitom tradiční pohled na lékaře, je stále omílána jeho „moc konat dobro“, přinášet nemocnému dobrodiní, zmírňo-



vat jeho utrpení a zachraňovat život, spolu se zdůrazňováním silného profesního etického kodexu. Dnes je to ale už jen reklamní spot klubu profesionálů s titulem MUDr., který profesi dovoluje udržovat si vliv, moc a kontrolu ve zdravotním průmyslu. Ale s realitou a faktickým fungováním lékařů v systému to již nemá mnoho společného. Lékaři dnes mají jen malou moc konat dobro. Lidský rozměr vztahu lékař–pacient, který zachraňoval lékaře před pokušením manipulovat a pacienta chránil, se téměř vytratil. Lékaři jsou jen kolečkem v soukolí. Služeb je tolik druhů, je jich takové množství a jsou tak provázané, že prakticky žádný lékař, praktika nevyjímaje (!), nemá šanci si nějaký skutečný vztah, založený na empatii a respektu k unikátní životní situaci a hodnotám pacienta, vytvořit.

Není žádné tajemství, že lékařská profese zažívá hlubokou krizi. V průzkumech odpovídá často nadpoloviční většina respondentů–lékařů záporně na otázku, zda by si znovu zvolili své povolání. Lékaři jako populace vykazují nadprůměrný výskyt sebevražd, mají nižší než průměrnou očekávanou délku života, je mezi nimi nadprůměrný počet alkoholiků a toxikomanů. Není to veselý pohled. Zdá se, že se lékařská profese dostala do jakési pasti a je pod obrovským tlakem: lékaři rozhodují o obrovských ekonomických hodnotách, aniž by k tomu měli nejen trénink, oni nemají ani potřebné informace. Systém je nutí bez relevantních informací „prioritizovat" – přidělovat pacientům (pseudo!) vzácné zdroje, technologie a drahé léky, a oni snad pořád věří, že to patří k jejich roli – i v tom je pokušení této profese – „hrají si na Boha". Běžně se dostávají do těžkých konfliktů zájmů, často vědomě jednají proti zájmům svých pacientů a ještě mnohem častěji je vůbec nemají šanci zjistit. V těchto konfliktech se úplně ztrácí smysl jejich práce. Myslím, že nyní se – více než kdy jindy – opravdu hraje o duši lékaře, ovšem dokud budou platit stávající pravidla, tak se v této hře dá těžko vyhrát.

To zní hodně pesimisticky. Existuje podle vás nějaké světýlko na konci tunelu, kdo nebo co tedy „spasí duši lékaře"?

Za dvacet let, co fakticky dělám praktika (a za 18 let, co se snažím pochopit, jak fungují zdravotní systémy), vidím jasně, co se mění. Žijeme definitivně v éře chronických



chorob. Zdravotní průmysl chronické choroby „vytvořil" a ony ho nyní od základu mění. Nároky na efektivní management chronických chorob ukazují již zcela zřetelně, že stávající zdravotní systémy jsou v podobě, v jaké dnes existují, neudržitelné, a to počínaje centrálním bodem, kterým je tradiční vztah lékař–pacient. Za posledních deset let se – poprvé v historii – vyprofilovala populace „mladých chroniků", tedy lidí, kteří mají před sebou desítky let produktivního věku a vědí, že jejich choroba patří do jejich života stejně strategicky a dlouhodobě jako vzdělání, práce a rodina. To jsou skuteční zákazníci na trhu zdravotních služeb, oni se prostě musí o svou chorobu starat a vyžadují – naprosto právem – od zdravotních služeb stejný standard, na jaký jsou zvyklí u kadeřníka, v bance, u benzínové pumpy nebo v hotelu. Ty už neopijete rohlíkem, vyžadují přesné a validní informace, vyžadují kvalitní a bezpečné služby. Jsou to „hlídací psi" vznikajícího trhu zdravotních služeb. Potkávám je sporadicky i jako praktik – a vždycky mi to setkání udělá ohromnou radost. Pokud je jejich choroba vzácná, obvykle o ní vědí více než já. Je to nevyhnutelné, je to skvělé. Tito „pacienti" již vlastně pacienty nejsou. Nechtějí „péči", chtějí „službu". Rozhodují se autonomně a „trpělivě čekají" jen tehdy, když to uznají za nevyhnutelné. Všimněte si na tom jedné krásné maličkosti: Tito no-

minálně nemocní lidé (které ale mnohdy, pokud se o svou chorobu dobře „starají“, nerozeznáte od „zdravých“) se ve skutečnosti nestarají o svou chronickou chorobu, ale o své zdraví. Prostě „chtějí být zdraví“, i když „mají chronickou chorobu“. Vytvářejí – pro nás všechny – koncept systematické péče o zdraví, zakotvený u nich samotných, nikoli u lékaře, nikoli ve zdravotním systému. Jsou autonomní, mají své hodnoty a preference a nehodlají se jich vzdát jen proto, že jejich lékař je z nějakého důvodu proti. Chtějí „využívat“ zdravotní systém k tomu, aby se starali o své zdraví, nikoli „dovolit mu“, aby se o jejich zdraví staral on sám, jaksi bez nich. V tom je obrovský rozdíl, doslova změna paradigmatu!

Tradiční medicína, založená na paternalistickém vztahu lékař–pacient, stvořila dnešní sebestředný, na poskytovatele (nikoli spotřebitele) orientovaný, nehospodárný průmysl, který negarantuje mnohdy vůbec žádný standard (ani standard bezpečnosti) a téměř žádné záruky a který zároveň produkuje množství zbytečných služeb – a na druhé straně nutí „pacienty“, aby čekali hodiny v čekárnách ambulancí nebo měsíce a roky na dávno indikované výkony. Pro lékaře to není šťastná doba. Ale nyní dochází ke změně paradigmatu a lékaři si mohou vybrat. O své „staré pacienty“, zdá se, definitivně přicházejí, ale přesto dál mohou sloužit, stejně profesionálně, se stejným – tak obdivuhodným – zápalem pro věc, svým „novým pacientům“, nyní spíše už partnerům, zákazníkům. Budou více týmovými hráči. Přijmou – doufám pokorně – fakt, že se „jen“ podílejí na něčem, co už není tím skvělým výkonem lékařského povolání, ale poněkud obyčejným „poskytováním zdravotních služeb“. Budou moci být dál skvělými profesionály a zároveň si budou moci dovolit ten luxus nehrát si na Boha. Protože rozhodnutí zůstane na pacientovi. Vidím to velmi nadějně a můj soukromý odhad je, že lékaři budou nakonec ti, kteří tuto základní změnu aktivně podpoří. Vrátí to totiž jejich práci smysl. A lékařské bratrstvo? To zanikne.

Cesta k medicíně

Jsem z lékařské rodiny. Tatínek byl internista revmatolog a maminka pracovala prakticky celý život na obvodě. Je to skoro deset let, co otec zemřel, maminka umřela před několika týdny. Rodiče se na medicíně seznámili. Otec byl výjimečně inteligentní pražské dítě, maminka tiché děvče ze Šumavy, táta teoretizoval o Bohu, maminka byla hluboce věřící katolička. V tátově rodině žil intelektuální duch první republiky, maminka byla dcera prostého zemědělce. Obě ty rodiny byly zřetelně antikomunistické (a postižené komunismem), to měly společné.

Rodiče byli dosti rozdílní, ale měli se rádi a s úžasnou samozřejmostí sdíleli společné hodnoty, mezi jiným i víru ve smysl své práce, která jim přinášela uspokojení v podivném světě komunistického režimu. Táta vždycky hájil, a nakonec i proti mně, koncept lékařské profese jako svobodného povolání, v kterém je lékař nezávislý profesionál odpovědný jen svému svědomí a profesním standardům. Byl ze staré školy a v kontrastu s reálným socialismem udržoval v rodině něco jako reálný idealismus. Nemohl nikdy vzít od svého pacienta žádný úplatek. Moji maminku lidé na venkovském obvodě milovali. V době dospívání jsem byl pod velkým vlivem svého otce, přejímal jsem jeho dosti abstraktní styl myšlení, dokázali jsme celé noci diskutovat, myslím, že jsme na tom byli jeden čas snad i závislí – asi pochopitelně každý z jiného důvodu. Sdíleli jsme společný soukromý svět idejí, bylo to krásné. Není divu, že jsem se přihlásil na medicínu. Pamatuju si, jak tvrdě jsem pracoval na tom, abych uspěl, přestože jsem neměl žádnou protekci a „politické body“. Dělal jsem to vlastně pro svého tátu.

MUDr. Tomáš Macháček

Narodil se roku 1961 v Praze, kde strávil první rok života. Rodiče, oba lékaři, byli po promoci umístěni do pohraničí, nakonec rodina zakotvila ve středních Čechách. Maturoval na gymnáziu v Benešově u Prahy, promoval roku 1986 na (nynější) 1. LF UK v Praze. Do roku 1992 pracoval na Ústavu patologické fyziologie 1. LF UK, kde studoval informatiku. Po atestaci z interny od roku 1992 provozuje (do roku 2012 společně s matkou) malou praxi praktického lékaře. Od roku 1994 se věnuje zdravotnímu pojištění a systémům tzv. řízené péče, které studoval v USA a v JAR. Poradce několika ministrů zdravotnictví. V roce 2000 založil společnost Klient PRO, která analyzuje pro zdravotní pojišťovny data, vyvíjí a administruje nástroje a systémy řízené péče. V roce 2004 spoluzaložil think tank Reforma zdravotnictví-forum.cz, je jedním z hlavních autorů návrhu dosud nerealizované reformy českého zdravotnictví. Žije v Krhanicích, je ženatý, s manželkou mají čtyři děti, nejmladší adoptovali. Žádné z dětí nestudovalo, nestuduje ani nebude studovat medicínu.

Jiří Schindler

O duši lékaře

Oslovení, abych zasáhl do debaty o něčem tak zvláštním, jako je duše lékaře, si vážím. Jsem však na rozpacích. Ta kombinace! **Duše lékaře**. Co s tím? Třeba to vzít z gruntu. Hledat význam termínu „duše", začít od Platona a Aristotela až dodnes, bloudit ve filozofii, náboženství, psychologii, sémantice a v mnohém jiném? Moc učené. Přiznám si, že na to nemám, *moje* duše se příčí. Zkouším se tedy vyhnout a pokračovat prakticky, vybírat z knih odborníků, kteří píší o „Mozku a jeho duši", o tom, „Kde bydlí lidská duše", a podívat se do blízkých knihoven. Co se na heslo „duše" vynořilo v Národní knihovně, si nepřejte vědět. Lepší to bylo v knihovně Akademie věd, ale stále nic moc. Chudá pražská Městská knihovna odpověděla, co do počtu titulů, uspokojivě – na třicet, se značnou příměsí subjektivního esoterična. Vědecky, nebo uvolněně? Vyhnout se filozofickému a biologickému víru Charybdy a narazit na pragmatické úskalí Scylly?

Albert Schweitzer napsal: „*No one can give a definition of the soul. But we know what it feels like. The soul is the sense of something higher than ourselves, something that stirs in us thoughts, hopes and aspirations which go out to the world of goodness, truth and beauty.*"

Budu-li tedy mluvit o duši, pak o vědomé mysli, o jednání, o psychice. O duši, která mizí se smrtí. Je nástrojem tvorby ducha, svého produktu, který smrtí nezaniká a žije, dokud je na světě někdo, kdo ho vnímá a pamatuje.

Na duši jsme se snad domluvili. Lékař je sice člověk jako každý jiný, v očích lidí je šaman, obdivovaný a obávaný, mluví skrze něj osud a budoucnost. Nezáleží na tom, zda ve 21. století po nebo před Kristem, společenský ani technický vývoj na tom nic nemění. Proto je úloha lékaře ve společnosti unikátní a jeho povolání je vnímáno jako nejprestižnější. Je to tak u nás i všude jinde ve světě. Pročpak ze všech vzdělanců, učených lidí, označení doktor, tedy vzdělaný, potvrzený diplomem, znamená v hovoru jenom lékař, doktor medicíny? Doktor má primárně respekt pacientů, ale je i předmětem kritiky, žalob, napadání. Ponechme stranou, co je dobré, co přípustné a co špatné.

Lékařova duše je jednou z kvalit lékaře a nehraje roli, zda lékař technicky obtížnou operací zachrání život, zda zachrání život při katastrofě, zda se rozhodne i se sebeobětováním, kdy není o čem přemýšlet. Je k tomu nadán a tak vyučen. Motivy ke studiu medicíny jsou rozmanité, nejde vždy o naivní příslovečnou „pomoc trpícím". Výběr vhodných studentů medicíny je odedávna předmětem debat. Ve Spojených státech se jedna taková diskuse vedla nad výzkumem metod přijímání na lékařské studium. Cílem bylo posoudit, za jakých podmínek se studenti nejlépe uplatní ve škole a zejména později v povolání. Vycházelo se z toho, že zavedené vědomostní testování s ochrannou známkou MCAT® (*Medical College Admission Test*) standardizovaným testem s výběrem odpovědí není dobrým prediktorem schopnosti řešení problémů, kritického myšlení a znalosti přírodovědných pojmů a principů. V *Journal of Applied Psychology* byly publikovány výsledky zkoušky zaměřené na testování osobnosti studentů. Výzkum se prováděl na 600 studentech v Belgii, protože na rozdíl od USA je evropské lékařské studium kompaktní a zaměření na medicínu trvá od prvního do šestého ročníku. Testovaly se osobnostní znaky jako extroverze, otevřenost, přívětivost, svědomitost a neurotismus (? – psychická reaktivita?). Výsledky nápadně korelovaly s pozdějšími výkony studentů. Konstantním prediktorem špatných studijních výsledků byla citová vzrušivost a vyčerpání. Zvlášť důležitým prediktorem studijního úspěchu se ukázala být svědomitost. Význam otevřenosti a přívětivost v průběhu studia stoupal, i když

taky ne tak výrazně jako u extrovertů. Těm studium zpočátku moc nešlo, ale byli úspěšní, čím více času později strávili u lůžka. Takové jsou vyhlídky účinku studia na hnětení duše.

Vlastnosti lékaře jsou také evergreenem diskuse. Podle názoru pacientů zařazených do studie Mayo Clinic má lékař vystupovat s nezpochybnitelnou jistotou, empatií a porozuměním. Má hovořit otevřeně, nezamlčovat diagnózu. Má být humánní, soucitný a laskavý, má znát pacientův osobní život a brát vážně, co mu pacient říká. Očekává se tedy, že se lékařova duše vyznačuje *jistotou, empatií, humánností, osobním zájmem, otevřeností, společenskou zdvořilostí a důkladností*. Ušlechtilost těchto vlastností vynikne výčtem jejich protikladů – jistěže lékař nemá být bojácný, bezcitný, chladný, společensky nezdvořilý, uspěchaný. Tyto protiklady ukazují na kýžené vlastnosti každého člověka. Shodneme se, že ideál duše lékaře se neliší od ideálu duše každého člena lidského rodu. Společnost i lékaři se snažili zavázat lékaře ke správnému jednání a vyslovit požadavky na jeho duši. První, všeobecně známá a na svou dobu obdivuhodná je takzvaná Hippokratova přísaha z 5. století před Kristem. V uplynulých padesáti letech byla upravena, rozšířena a aktualizována, ale v principu je stále táž. Je to přísaha, za jejíž porušení hrozí jen hanba a případně i opovržení.

Jak se prakticky projevuje duše člověka vzdělaného i zkušeného, školou vedeného k humanismu a oddanosti k oboru? Jaký je ideál duše lékaře v historii i současnosti?

Známe živoucí i literární postavy ušlechtilých lékařů. Albert Schweitzer, Anton Čechov, Doktor Živago, Dr. Wilbur Larch z *Pravidel moštárny*, Dr. Galén z *Bílé nemoci*, Dr. Arrowsmith a četní jiní. Jsou i takoví, o nichž se ani nechce myslet, že jsou lékaři. Dr. Mengele, Dr. Claubergh a 16 lékařů SS souzených pro pokusy na lidech v Norimberském procesu. Souzeni byli i jiní němečtí lékaři. Co duše těchto lékařů? Ve Spojených státech je k dispozici podrobný seznam všech pokusů na lidech s účastí lékařů pro firmy nebo státní výzkumné ústavy.

Jsou dnes i jiné, mírnější, ale predikativní šmouhy na duši. Třeba *šedá* duše mladého lékaře jedné pražské nemocnice. Na prosbu pacientky, aby jí pomohl zvednout nehybné nohy na lůžko, sdělí, že kam by přišel, kdyby měl každému pacientovi takhle pomáhat? Jinou duši měla jeho starší kolegyně a pomohla. Taky duše. Duše lékaře jednou tak, podruhé jinak? Má lékař duši lékařskou?

Zkušenost z nedávné doby – humánní akce některých mladých lékařů. Jejich odborářští činovníci své hmotné požadavky posílili kombinací zdvořilého ironického díku s předpovědí exitu – pro veřejnost označení smrti s magickým účinkem. Jejich duše si najala duši odborníka z totalitní televize. Nešlo o vydírání. Zdvořile děkovali, jako by odcházeli (ale neodcházeli), postrašili jen lid černou sanitkou. Nic proti tlaku za lepší platové podmínky. Jen to ty duše vzaly za špatný konec.

Dlouhou dobu namáhavého studia si lékař volí svobodně stejně jako budoucí povolání. Lékař je z definice zaměřen na službu zdraví u lůžka, v laboratoři nebo ve výzkumu. Očekává se, že lékař je svému povolání oddán, identifikuje se s ním, jeho motivy jsou existenciální a morální. Lékař svým povoláním naplňuje občanskou povinnost a občan od něj esenciálně nic jiného nevyžaduje. Občan jako pacient je ještě úzkostlivější, po právu chce mít lékaře pro sebe a pochybuje, že rozptýlen jinými aktivitami v zaměstnání může úspěšně léčit. Lékaře však přitahuje politika, častěji politická rutina. Těžko lze vysvětlit vyšším vzděláním, že 10% z 200 poslanců a 15% z 80 senátorů jsou lékaři, přičemž mezi voliči je lékařů sotva půl procenta. Je s podivem, jak málo se v zákonodárném sboru lékaři z titulu své odbornosti účastní rozprav. Je trapné, když primář poslanec nemá na svém oddělení pořádek. Politika nemusí být zakázaným jevištěm, ale lékaři by do ní měli aktivně vstupovat jako rádci s celoživotní profesní zkušeností.

Postava lékaře, který v touze po společenském uplatnění mění politické strany, stavovské organizace a zastupitelské sbory, lpí na dosažených funkcích a v politickém boji používá protimluvné argumenty, stupňuje nároky na moc, společenské úspěchy a na majetek, je naštěstí mimořádná. Stavovskou organizaci takoví lékaři zatahují do politického a odborářského klání, jež s jejím posláním záruky odborností, cti, etiky a profesních zájmů nesouvisí. Co říci o duši takového lékaře nebo o duši následovníků, od nichž se očekává alespoň zdrženlivost, když ne moudrost? Problémů jiných stavovských komor jsou občané mediálně ušetřeni. Možná se zdá, že politický život magicky přitahuje lékaře a herce. Stará pobídka, aby se švec držel svého kopyta, platí. Výjimečně se může objevit Baťa.




AGS

Po světě se stěhuje zrůdná výstava. Mrtví urostlí Asiaté jsou pečlivě vypitváni a nastaveni do všelijakých akčních poloh. Obrázky na plakátech útočí pod pláštíkem touhy po vědění na primitivní pudy lidí. Návštěvníci, již jsou tak pozdními diváky dřívějších poprav, si nekladou otázku, kde se ta mrtvá těla vzala, za jakých okolností ti vystavovaní zemřeli, jaká byla příčina smrti nepochybně zdravých osob. Je to sice smutná věc diváků, ale vždyť při tom makabrózním cirkuse museli být přítomni lékaři, od indikace k smrti až po preparaci! Jejich duše nebyla ušlechtilou duší lékaře – zachránce nemocného člověka.

Ani lékařský výzkum, byť ne zcela v rukou lékařů, není ušetřen nepravostí. Jsou světoznámé kauzy podvodů propírané v odborných a politických kruzích i na veřejnosti, podvody obřích i malých rozměrů.

Duše lékaře není specificky dobrá, nebo špatná. Jsou lékaři, kteří jsou majákem zdraví a naděje, vzorem svědomitosti, bohatí znalostmi, s obratnýma rukama, altruisté, pilní a milí. Byli k tomu vedeni, jejich ryzost však jde hlavně zevnitř, škola a zkušenost jen rozvinuly, co bylo dáno. Není duše lékaře. Je jen duše dobrého člověka.



Cesta k medicíně

Lékaři u nás v rodině nebyli. Pro mikrobiologii jsem se rozhodl v posledních letech gymnaziálního studia v roce 1947, po přečtení odborné knihy o vynálezu penicilinu, vypůjčené v Americké informační službě, a při četbě časopisu Vesmír. Z beletrie na mne hlubokou znalostí faktů zapůsobil také tehdy populární román Sinclaira Lewise Arrowsmith a neméně známá kniha Paula de Kruifa Lovci mikrobů. Můj zájem o mikrobiologii byl tak od počátku svázán s medicínou.

Po maturitě jsem praktikoval jako volontér v laboratořích Ústřední vojenské nemocnice ve Střešovicích, kde jsem se seznámil s čerstvým absolventem MUDr. Johnem, který tam byl na vojenském cvičení. Ten mi sjednal setkání s profesorem Františkem Patočkou a přijetí do jeho ústavu. Pozdější profesor Ctirad John se stal mým učitelem, rádcem a spolupracovníkem, jeho rodina rodinnými přáteli. Ovlivňoval můj vztah k české a francouzské literatuře a divadlu.

prof. MUDr. Jiří Schindler, DrSc.

Narodil se roku 1931 v Praze. V roce 1956 ukončil studium na Fakultě všeobecného lékařství (dnes 1. LF) UK. Do roku 1988 působil na Patočkově (a později Johnově) Ústavu pro lékařskou mikrobiologii a imunologii téže fakulty, poté do roku 2006 ve Státním zdravotním ústavu v Praze a jako přednosta Ústavu lékařské mikrobiologie 3. LF UK.

Zabýval se patogenitou bakterií, rezistencí k antibiotikům, taxonomií a identifikací bakterií a modelováním růstu kolonií. Překládal také kromě jiného díla Michaela Crichtona – dnes už legendární sci-fi *Andromeda Strain* a *Terminal Man* (česky *Kmen Andromeda* a *Muž na konci*), která si vybral pro zasvěcenou znalost bakteriologie a počítačové vědy v neurologii a pro předvídavost.

Eva Černá

Stres, odpovědnost, ale i obrovské uspokojení

Paní doktorko, vy jste zůstala celý život věrná nemocnici v Uherském Hradišti. Jaké tam byly vaše lékařské začátky?

Začátek mého profesního působení byl krušný. První den jsme my všichni noví nastoupili do kanceláře tehdy ještě soudruha náměstka ředitele. Ten nám sdělil, že specializace, kterým se chceme věnovat, ještě tak jisté nemáme, že časem možná zjistíme, že se na zvolený medicínský obor nehodíme a budeme se muset zaměřit na jiný. Proto je velmi vhodné projít pracovně více odděleními. Mně, psychicky připravené, že dle dohody nastupuji na dětské oddělení, řekl, že na interním oddělení nastoupila lékařka na dovolenou, takže mě přiděluje na neurčito tam. Šla jsem tedy na internu, nafasovala bílé prádlo a vše potřebné, představila se soudruhu primáři. Choval se ke mně velice vstřícně, všechno mi ukazoval… až se všichni kolegové i personál divili, já z toho byla rozpačitá. Měla jsem totiž úplně jiné reference, jak to tam chodí. Byla jsem čtrnáct dní vdaná. Po pár dnech se mě zeptal, zda nejsem příbuzná nějakého soudruha, který tehdy zastával nějakou asi významnou stranickou funkci. Když jsem řekla, že ne, že je to pouhá shoda jmen, že ani já, ani manžel (také nově nastoupivší lékař) nejsme místní, že jsme noví jak profesně, tak občansky, nastal druhý extrém – nevšímal si mě vůbec. Naštěstí tam byli kolegové, kteří se mě ujali. Kolegyně, která tam tehdy pracovala a pomohla mi v úplném začátku, kdy jsem byla „hozena do vody a plav", je dodnes jedna z mých nejlepších kamarádek, i když už dávno v nemocnici nepracuje.

Pak jsem byla převelena na svoje „domovské oddělení". Šla jsem tam se strachem. Pan primář, momentálně jediný muž v pracovním kolektivu (druhý, čerstvý absolvent, si odbýval povinnou vojenskou službu), mě přijal vlídně, po několikadenním zapracování na oddělení mě přidělil na ambulanci dělat příjmy, protože musel zajistit zástup v terénu na některém z obvodů, no a kým jiným, než lékařkou z oddělení. To bylo tehdy normální. Lékařek na oddělení bylo málo a příjmy by už nestíhaly, tak jsem je dělala já. Než jsem si na vše zvykla a oťukala se, byla jsem v permanentním stresu. Obdivovala jsem starší kolegyně, jak všechno zvládají, jak jim nedělá problém vyšetřit plačící negativistické batolátko a rozpoznat na plicích nález, i přes křik slyšet na srdci šelest. Přestože ženský kolektiv má svoje specifika, starší kolegyně mi pomáhaly, prostě jsem se od nich učila. Teorie a praxe se vždy liší. Na ambulanci to byla tvrdá škola, za kterou jsem dodnes vděčná.

Neexistovalo „padla a jde se domů". I když jsem udělala příjem a pacienta převzaly kolegyně na oddělení, pokud jsem se chtěla něco naučit a zkontrolovat si, zda jsem správně určila diagnózu, musela jsem se dál zajímat, jaký je pacientův stav, jaké jsou výsledky odběrů krve. Nemohla jsem čekat, že mě někdo bude vodit za ručičku, všichni byli vytížení. Na ambulanci, což byla jediná velká místnost na tehdejším oddělení, byl frmol. Dva vyšetřovací stoly oddělené plentou, další dva s psacím strojem. V místnosti zároveň probíhaly i odborné poradny, takže v pracovní době to tam bylo jako v úlu. Pláč dětí, konverzace s rodiči, zvonění telefonů, bušení do psacího stroje.

Pamatujete si na svůj první samostatný případ?

První těžcí pacienti nikdy nevymizí z paměti. Dodnes mám před očima bledého prošedlého čtyřměsíčního kojence se zapadlýma očima, těžce dehydratovaného. Jeho stav mě vyděsil. Dodnes si pamatuji jeho jméno. Nikdy nezapomenu, jak mě kolegyně, která v té době měla vedle u stolu alergologickou poradnu, nechala pracovat, pohledem mě



uklidňovala a na dálku poslouchala moje instrukce sestře. Přes rameno pak nahlédla na mé ordinace, které jsem dopisovala, když už bylo dítě uloženo na lůžku, mělo zajištěnu žílu a kapala infuze. Schválila mi to.

No a co teprve první služby! Člověk byl sám a musel se rozhodnout, musel jednat, příslužba byla doma na telefonu. Na mojí úplně první službě v životě se narodil nezralý novorozenec, vážil 1200 gramů a musel být transportován na specializované pracoviště.

Jak jste naposledy „zasvěcovala" mladšího kolegu vy?

V pozici primáře oddělení se samozřejmě člověk nezavděčí všem. Jsem uzavřenější typ, spíše individualista. Mám dojem, že dnešní mladí kolegové jsou mnohem sebevědomější a suverénnější, než jsme byli my, a že o naše rady ani nestojí. Někdy mám až pocit, že se jim vnucuji. Na svém oddělení každého vyzývám, ať se hodně ptá, a pokud upozorňuji na něco, co oni považují za samozřejmost, mám k tomu své důvody. Pokud případně udělají chybu, snažím se nedělat aféry, chci, aby měli pocit, že i na chybu přišli spíše sami, i když to sleduji.

Co máte na lékařském povolání nejraději a co vás na něm nejvíc štve?

To, že zažívám šťastné chvíle.

Když jsem ještě pracovala na dětském oddělení, šla jsem jednou přes místní sídliště a slyším: „Paní doktorko, paní doktorko, já už sa v noci nepochcávám!"

Malý chlapec tam jezdil na tříkolce a poznal mě. Byla jsem jeho ošetřující lékařkou, když byl hospitalizován.

Po operaci výhřezu plotének jsem byla v lázních v Karviné. Chodila jsem tam plavat do bazénu, a právě když jsem přišla mokrá z bazénu do šatny, vešla do šatny skupinka děvčátek, která tam absolvovala lázeňskou léčbu. Chystaly se do bazénu. Jedna z nich se na mě stále upřeně dívala, několikrát kolem mě prošla, já se převlékala, myslela jsem si, že pozoruje, co mám na sobě. Pak se osmělila a zeptala se mě: „Nejste paní doktorka Černá?" Přisvědčila jsem a ona povídá: „Maminka říkala, že jste mi zachránila život." To potěší.

Ale také bývám nešťastná, mívám pocit marnosti, když se nedaří, připadám si hloupá, když nevím. Neumím s koncem pracovní doby odložit problém. Nosím je v hlavě domů, vracím se večer nebo v noci na oddělení, nespávám.

Ale asi nejvíc mě štve ten permanentní nedostatek času na rodinu. Chtěla jsem a chci se věnovat svým nejbližším a mnohem víc jim pomáhat. Ale to je problém všech nás lékařek matek, to k našemu povolání patří.

Co se za vaší praxe nejvíc změnilo?

Když jsem začínala, o přístrojovém vybavení a diagnostických možnostech, jaké máme k dispozici dnes, se nám ani nesnilo, technický pokrok v medicíně jde mílovými kroky. Pan primář jednoho dne přinesl odborný časopis, který mu poslal švagr ze západního Německa, a povzdechl si: „Kdybychom tady měli ultrazvuk, nemuseli bychom ty iktery tak dlouho na oddělení sušit." Dnes je ultrazvuk běžným přístrojovým vybavením a moc nám pomáhá. Ale pan primář určitě kroutí na věčnosti hlavou, když vidí, že například cétéčko mozku se dělá každému opilému, který se ťukl do hlavy a byl přivezen do nemocnice nejlépe rychlou záchrannou službou. Jaká drahá laboratorní vyšetření jsou prováděna z pohledu ex post zbytečně.

Ano vyšetření jsou drahá a určitě tento trend bude pokračovat. Pacienti, rodiče, příbuzní vyhledávají informace na internetu, diskutují, radí si a nad lékaři visí Damoklův meč v podobě věty: „My si budeme stěžovat, my vás budeme žalovat, to a to vyšetření mělo být provedeno už dávno."

Nějak se občas vytrácí pohoda ve vztahu s pacientem. Ti, kteří by měli být hospitalizováni, mají strach o práci, odmítají léčbu nebo vyšetření za hospitalizace, spěchají, považují hospitalizaci za zbytečnou, neuznávají, že i observace je velmi důležitá, že je třeba některé uváděné potíže objektivizovat. Jiní chtějí léčbu hned teď, mají přece pozitivní výsledek, nechápou anebo nechtějí chápat, že pozitivita ještě neznamená nemoc, že neléčíme čísla, ale organismus jako celek. Anebo kývnou, že to akceptují, ale pak si to vynutí u jiného kolegy.

Mnoho věhlasných odborníků v minulosti prohlásilo infekční choroby za passé, ale ukazuje se, že nejenže vznikají nové infekční choroby, ale hlavně znovu a znovu udeřují choroby dávno známé, teoreticky „vyřízené", jen jejich podhoubím už není „divokost" prostředí, ale naopak jeho „civilizovanost" – myslím tím třeba snadnější přenosnost mezi vzdále-





nými kontinenty, rostoucí lehkomyslnost až rizikové chování i dobře informovaných jedinců, těsnější kontakt lidí v aglomeracích, složitější cestu potravin do našich žaludků atd. Není infektologie – obor, jemuž se dlouhá léta věnujete – nakonec víc o logistice dopravy a distribuce a o vedení lidí k odpovědnosti než o vlastním léčení nakažlivých nemocí?

Infektologie je obor, který se zabývá diagnostikou a léčbou nemocí způsobených živým organismem. To ostatní – aktivní vyhledávání chorob, takzvaná surveilance, represivní opatření, preventivní opatření, výchova k zodpovědnosti – to je náplní hygienické a protiepidemické služby. I když spolu tyto dva obory úzce spolupracují, infekcionisté především léčí. Samozřejmě obor infekčního lékařství prošel od svého vzniku vývojem, transformací, musí odpovídat potřebám moderní medicíny. Z původně izolovaného oboru se stává oborem dynamickým, styčným s mnoha jinými obory. Jak ubývá klasických infekčních chorob, vynořuje se nová problematika, například infekce u osob oslabených, trpících jinou vážnou nemocí, problematika antibiotik, nosokomiální nákazy… To je nové pole působnosti pro současného infekcionistu.

Jak nakládáte se stále menší volností skutečně léčit konkrétního pacienta v konkrétních podmínkách a ne podle různých směrnic?

Jak jsem řekla, infektologie je obor, kde jsou nemoci způsobeny interakcí mikroorganismu s makroorganismem, takže se směrnicemi ani tak problémy nejsou. Spíše jsou obavy, aby na podané antibiotikum či antivirotikum nebyla rezistence, aby nevznikla alergie, aby pacient léčbu snesl, aby nenastaly další komplikace nebo aby se vůbec na to, co nemoc způsobilo, přišlo.

Jak sama v sobě nakládáte se strašákem defenzivní medicíny, tedy latentním tlakem léčit místo optimálně tak, aby mě nikdo nemohl obvinit ze zanedbání?

To je právě ten Damoklův meč, který nad námi visí. Čím déle pracujeme, tím více se bojíme udělat chybu. K chybě může dojít vždy, a pokud by došlo nedej Bože k soudnímu projednávání, v trestně-právní nauce existují jen dvě možnosti: Postup byl *lege artis,* nebo *non lege artis*. Každý z nás je při poskytování služeb pacientovi povinen dodržet rámec pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů v mezích daných rozsahem svých úkolů, konkrétních podmínek a možností. Takže pokud by byla nesprávná nebo nepoznaná diagnóza důsledkem nevyužití dostupné diagnostické metody, jedná se o postup *non lege artis*. Tím narážím na již zmíněná cétéčka u opilých (co kdyby tam bylo krvácení) či drahá laboratorní vyšetření u pacientů se špatnou prognózou, která jsou mnohdy zbytečná. Příbuzní to ale vidí jinak, a co kdyby nás žalovali…

Pracuji v revizní komisi okresního sdružení lékařů ČLK a vím, o čem mluvím. Známý okresní opilec doma mlátí rodinu, utrácí peníze, nesčetněkrát byl nalezen někde na ulici na zemi a přivezen rychlou záchrannou službou do nemocnice. Sama manželka se veřejně nechávala slyšet, že manžel jednou špatně skončí. Když byla sanita volána naposledy, posádka konstatovala, že je opět opilý, a nevzali ho. On ještě dovrávoral domů a do rána zemřel na krvácení do mozku. Příbuzní podali stížnost a každoročně čtu v místních novinách vzpomínku, že zemřel cizím zaviněním, že se ještě dlouho mohl těšit v rodinném kruhu.

Výsledek toho všeho? Náklady jsou vysoké, přijde revize z pojišťovny, je zle, je překročeno, ale samozřejmě revizní lékař z pojišťovny před soudem stát nebude. Toto s sebou nese doba.

„Lékař nemůže zavřít továrnu znečišťující vzduch, zemi a vodu, nemůže vyloučit duševně vadné z řízení vozidel, zlé nadřízené z jejich postavení, nahradit nevyhovující byty krásnými atd., může jen upozorňovat a radit," napsal Vladimír Vondráček ve svých Úvahách psychologicko-psychiatrických. Netrpíváte někdy nad svými případy určitým „hořem z bezmoci"?

Co se týká vzduchu, vody, zlých nadřízených…, to mě samozřejmě štve jako snad každého občana. „Hoře z bezmoci" zažívám u každého úmrtí dítěte či mladého člověka, u každé maligní diagnózy stanovené na našem oddělení. To vše mi pomáhá překonat víra v Boha, která mi dává novou sílu, když už jsem na dně.

Má podle vás člověk v zacházení se svým zdravím neomezenou svobodu, nebo nese závazky i ke společnosti, jíž je členem? Může

nebo dokonce má být ke „zdravému“ chování i nucen?

Z pohledu infekcionisty jednoznačně odpovídám, že člověk by měl být ke zdravému chování hlavně vychováván, ale i nucen. Nesouhlasím s neomezenou svobodou. Nelíbí se mi, když například rodiče odmítají očkování dětí, které je doposud v našem státě povinné, a zdůvodňují to tím, že na to mají právo a že se určité onemocnění u nás nevyskytuje, tak proč by měli svého drobečka trápit atd. Je to sobectví. Ano, onemocnění se u nás nevyskytuje – ale právě díky tomu, že populace je řádně proočkována, že předchozí rodiče byli uvědomělí a právě tím se určité onemocnění u nás eradikovalo! A protože je populace řádně proočkována, jsou chráněni ti jedinci, kteří z určitých důvodů očkováni být nesmějí či nemohou.

Nebo třeba problematika kouření. Když jsem chodila na gymnázium, prostě se ve škole kouřit nesmělo. V dnešní době středoškoláci ve škole kouří a je to s požehnáním ministerstva školství.

Vnímáte nemocného ve své ordinaci jako pacienta, či jako klienta? V čem spatřujete hlavní rozdíl mezi oběma?

Pacient, nebo klient? Já to tak necítím. Pro mě je každý nemocný člověk, který se na mě obrátí, pacient, který ode mě očekává pomoc. Kdybych ho brala jako klienta, dostal by lepší péči? V dnešní době je termín *klient* velmi módní. Klienti jsou u nás v ambulanci cestovní medicíny, ti jsou zdraví a přišli se poradit či nechat naočkovat před vycestováním do zahraničí.

Lékař má nad pacientem informační převahu, která může svádět k pocitu převahy lidské. Jak se tomuto pocitu bráníte?

Máme informační převahu, je to naše práce. Když pacientovi něco více zdůrazním, nemám pocit lidské převahy, tak svoji práci nevnímám; snažím se mu vysvětlit, proč to zdůrazňuji. Když přijdu například k právníkovi, také má informační převahu. Možná na mě působí jeho suverénní chování jako nadřazené, protože mám respekt před právnickými termíny, nerozumím jim a to ve mně vyvolává komplexy.

Uznáváte existenci pia fraus? Má zbožná lež ve zdravotnictví stejné postavení jako v „obyčejném“ životě?

Existenci uznávám, ale ve zdravotnictví téměř nepoužívám. Spíše je problém dotyčného informovat vhodnou formou, citlivě a v takovém rozsahu, aby pochopil a měl naději. Pokud je člověk lucidní, stejně dříve či později pochopí, že pravda je jiná, že je obelháván. Někdy se to během jednoho sezení nezvládne a je nutné postupně na špatnou zprávu připravovat, jindy je nutné jednat okamžitě.

Nejdříve jsem uvažovala, že zbožná lež by v obyčejném životě neměla mít místo, ale vždy záleží na konkrétní situaci.

Vnímáte nějaký posun ve zdraví populace, jak se za vaší kariéry jeví ve vašem oboru? Spatřujete v pacientovi též indikátor stavu a vývoje člověka i společnosti? Můžete ten posun nějak ovlivňovat?

Od počátku mého působení v infektologii se skladba nemocí rozhodně změnila. Začínající kolegové se určitě nesetkají s některými nemocemi – například se zánětem mozkových blan při příušnicích – v takovém počtu, s jakým jsem se setkala já na počátku své pracovní kariéry. To je díky očkování. My jsme zase neznali virovou hepatitidu C, většina z nás o drogách jen četla, běžně jsme se se zfetovanými nesetkávali. Odvykací léčba? To se týkalo většinou alkoholu.

Zprávy o výskytu nemoci AIDS – to bylo v Americe.

Nárůst počtu nemocných s virovou hepatitidou C či výskyt nemocných s AIDS souvisí se změnou životního stylu, což je svým způsobem i ukazatel úrovně a vyspělosti společnosti. Já to mohu ovlivnit pouze osvětovou činností a výchovou.

Jako specialistka v infektologii víte líp než kdokoli jiný o všech přirozených i civilizačních rizicích, o mezích lidské cti apod. Můžete třeba i sledovat, jak se společnost řítí do nějakého (zdravotního) průšvihu, ale vůbec nic nezmůžete, politici vás ignorují, poněvadž se jim to nehodí do krámu, lidi jsou chamtiví, poněvadž peníze jsou mírou všeho, role státu se oslabuje, takže je stále méně schopen zajistit zdravotní řád a pořádek. Jinak řečeno, jste nucena léčit následky, nikoli příčiny. Jak se s tímto „příštipkařením“ srovnáváte?

Z toho by se člověk musel zbláznit. Nemohu vzít na svá bedra utrpení celého světa! Co je v mých silách ovlivnit, snažím se ovlivnit, to jest pracovat a žít tak, abych



se nemusela stydět před sebou a před svými dětmi a abych obstála před Nejvyšším. Před dvěma lety jsme byli s manželem v Nepálu. Nebyl to jen tak obyčejný trek, měli jsme s přáteli i poslání, umístit pod Annapurnou na skálu pamětní věnec horolezci, který tam zahynul, a tím se s ním symbolicky rozloučit. Byl to slib jeho rodičům a dětem. Byl to úžasný měsíc, kdy jsem si sáhla na dno svých sil, měsíc přátelské pospolitosti, také díky tomu, že náš hlavní šerpa byl přítel toho horolezce, takže naše vztahy s šerpy byly úplně jiné než komerční, poznali jsme i život jeho rodiny, seznámili se s jeho ženou, dětmi, babičkou. Zažili jsme období sklizně, kromě nádherné přírody jsme poznali těžký život zdejších lidí, „dobývání chleba doslova v potu tváře“, bezvýchodnou situaci Tibeťanů – lidí bez vlasti. Styděla jsem se za svou marnivost a plýtvání. Po návratu jsem konstatovala, že: 1. když nemůžu, tak pořád ještě můžu, 2. my se tady máme tak strašně dobře, 3. naše děti jsou rozmazlené a zpovykané. Vím, že svět nezměním, ale snad mohu prospět i takovými maličkostmi, jako je třídění odpadu, odmítáním igelitových tašek v obchodech, podporou charitativních akcí i adopcí na dálku. A také nebudu volit politickou stranu, která má v programu, že trh vše vyřeší.

Jste spokojená se svojí lékařskou specializací, nebo byste dnes „znovu“ zvolila jinou?

Svůj obor mám ráda a nevolila bych jinak, miluji ho pro jeho styčnost s jinými odbornostmi a přes všechny chmurné úvahy jiných, že náš obor zanikne, bych jinak nevolila. Mám ho ráda také proto, že léčba je většinou kauzální a až na pár výjimek, což jsou třeba chronické virové hepatitidy, se pacient většinou vyléčí.

Zažíváme obrovskou radost, když například z pacienta s hnisavým zánětem mozkových blan je při léčbě za čtyřiadvacet hodin úplně jiný člověk.

Potřebuje „duše“ lékaře, aby měl její nositel širší kulturní povědomí? Může lékařův všeobecný rozhled prospívat pacientovi?

Myslím, že duši lékaře určitě prospívá, když se může odpoutat od práce, od vší té biologie, fyziky, chemie, a lékař má možnost dovědět se i něco jiného, což jeho duši zjemní. Určitě je to přínosem i pro pacienta, obzvláště když se s ním setkáváme delší dobu. Diskuse s pacientem nejen o jeho nemoci, ale



i o umění, životě, sportu či Bohu, prospívá oběma, navodí důvěrnější, přátelský vztah. Mnohdy nám pomůže odhalit příčinu pacientova zdravotního problému, určitý povahový rys, proč se na nás například zpočátku osopil.

Má vaše profese nějaký vliv na chod a řízení vaší rodiny?

Manžel je chirurg, vychovali jsme dvě dcery. Oba jsme se zároveň připravovali k atestacím, oba jsme trávili hodně času ve službách. Když se zdržel někdo z nás déle v práci, nemusel vysvětlovat proč. Když měl někdo z nás problém na pracovišti, ten druhý to chápal a rozuměl tomu, protože znal problematiku oboru, znali jsme navzájem velmi dobře své nadřízené a spolupracovníky. Když byly děti malé, moc nám pomáhala maminka. Když jsme měli službu s manželem zároveň, o všechno se postarala. Kdyby děti nevyzvedávala ze školky, asi by ji opouštěly jako poslední.

Manžel a postupně dcery běžně zvládali téměř všechny domácí práce. A protože jsme si práci v hlavě běžně nosili domů, řeči o různých nemocech a jiných medicínských problémech byly asi pro naše děti normální, obzvláště když přišel na návštěvu někdo z kolegů. Nevím, zda je to štvalo, nikdy jsme o tom nemluvili.

Míváte „lékařské“ sny?

Občas ve snu dělám zkoušku z anatomie nebo nějakou státnici a jsem moc ráda, když se probudím a konstatuji, že to byl jen sen. Je zvláštní, že mě ve snu většinou někdo zkouší.

Dovedete si představit odchod do penze či do politiky/byznysu a svoji existenci v ní bez medicíny?

Odchod do penze už u mě začíná být aktuální a občas se přistihnu, že se těším, mám spoustu plánů. Zatím si myslím, že si svoji existenci bez medicíny dovedu představit.

Byznys ani politika pro mě nejsou.

Jak byste seřadila plusy a minusy svého povolání, jak se vám jeví teď, po všech těch letech „v bílém plášti“?

Plusy:
- když se daří – velké osobní štěstí a uspokojení
- určitá společenská prestiž
- jistota zaměstnání

Minusy:
- když se nedaří – stres, smutek
- obrovská zodpovědnost
- spousta času ve službě, zatímco lidé ostatních profesí mají volno, člověk by se rád víc věnoval rodině

Jako plus svého povolání vidím i to, že se v rodině poléčíme sami, že jsem s dětmi téměř nechodila k lékaři, manžel nás ošetřoval doma včetně drobných chirurgických zákroků. Nemám obavy z lidského těla, dovedu doma pečovat jak o dítě, tak o starého nemohoucího.

Jaké je vaše největší osobní lékařské přání?

Nikoho nepoškodit.

Cesta k medicíně

Moje rozhodnutí ovlivnilo určitě několik zážitků z dětství, které se uložily hluboko v mém podvědomí a jistým způsobem mne již určitým směrem řídily.

Úplně první – ve čtyřech letech jsem podpálila náš byt. Nehrála jsem si se zápalkami. Měla jsem velkou kaučukovou panenku v krásných červených sametových šatečkách, kterou jsem tak milovala, že jsem při hře měla pocit, že je jí zima, tak jsem ji postavila na kamna, aby se ohřála. A pak nastal tanec. Panenka vzplála, já jsem ji chtěla zachránit, tak jsem ji vzala do náruče, chytlo mi oblečení a já běhala po bytě jak šílená a roznášela oheň. Až už jsem to nemohla vydržet, odhodila jsem panenku do kočárku, ten byl samozřejmě okamžitě v plamenech, protože to byla taková ta dětská proutěná košatinka… Dál si jen pamatuji, jak mě odnášeli v prostěradle do sanitky, a z nemocnice (byla jsem hospitalizována ve vojenské nemocnici) mi zůstalo v paměti, jak mě sestřička nosila v náruči na převazy a já se strachy počurala. Ale nemocnice ve mně vůbec nezanechala nějaký drastický negativní otisk.

Zážitek druhý. Nebývala jsem často nemocná, návštěva lékaře byla pro mě svátek, chtěla jsem být vždy krásně oblečená. Jako dítěti se mi už při vstupu do budovy polikliniky tajil dech, dezinfekce mi voněla. Obdivně jsem pozorovala sestřičky spěchající po chodbách s papíry v rukou, v čekárně jsem poslouchala, co si lidé povídají o lékařích, o svých neduzích, v ordinaci bylo všechno bílé a stříbrné, visely tam obrazy lidského těla, to vše mě zajímalo více než otázky pana doktora. To musela vyřizovat maminka.

A do třetice: Ve dvanácti letech jsem onemocněla infekční žloutenkou. Ležela jsem na infekčním oddělení čtrnáct dní bez návštěv rodičů, bez rádia, televizi jsme tehdy neměli ani doma. Kromě práce sester jsem začala více pozorovat práci lékařů. Bylo nás na pokoji osm dětí, nudily jsme se a zlobily. Měly jsme sestřičky a samozřejmě i lékaře rozdělené na hodné a nedobré. Těšily jsme se na vizitu na pana primáře, který s námi žertoval, toho jsme měly rády, záviděly jsme si navzájem, komu věnoval více pozornosti.

Na gymnáziu jsem nebyla vyhraněný typ. Navštěvovala jsem sice třídu s přírodovědným zaměřením, ale bavily mě i jazyky a dějepis, prospěch jsem měla výborný.

Lékaře ani jiného zdravotníka jsme v rodině neměli. Maminka pocházela z Kněždubu ze zemědělské rodiny, byla obdařena mimořádným výtvarným talentem, za druhé světové války absolvovala Úprkovu školu lidového

umění v Hroznové Lhotě, a kdyby nepřišly v roce 1948 únorové události a nevyskytl se v rodině tyfus, asi by si splnila sen a studovala by na nějaké uměleckoprůmyslové škole. Tatínek sice pocházel ze stejné vesnice, ale jeho otec legionář zůstal po první světové válce v nově vzniklé armádě, takže tatínek již vyrůstal ve městě a vyučil se černému řemeslu. Jakýsi sklon k samaritánství v rodině byl, když byla nějaká akce, rodiče jako členové Červeného kříže působili v roli dobrovolných zdravotníků.

V době, kdy jsme se měli rozhodnout o dalším studiu po maturitě, jsem četla knihu o lékařích, kteří se při výzkumu chorob nakazili, prováděli pokusy i sami na sobě a zemřeli. To mě naplnilo jakousi úctou, vděčností, obdivem k této profesi. Při vyplňování přihlášky na vysokou školu jsem neváhala. Samozřejmě jsem vůbec netušila, co mě čeká. Spolužáci, kteří pocházeli z lékařských rodin, a těch bylo v naší studijní skupině hodně, v tom měli náskok.

Po promoci jsem začala pracovat jako sekundární lékařka na dětském oddělení okresní nemocnice v Uherském Hradišti. Lékaři dětského oddělení se ve službách podíleli i na zajištění provozu infekčního oddělení. Bylo to dáno historickou tradicí v nemocnici. Proto musel každý lékař z dětského oddělení pracovat určitou dobu také na infekčním oddělení v rámci takzvaného kolečka. Znovu jsem se setkala, už coby dospělá, s panem primářem z infekčního oddělení. Byl to člověk vzdělaný nejen medicínsky. Časem mi nabídl stálé místo na infekčním oddělení a já jsem si tento obor zamilovala.

MUDr. Eva Černá

Narodila se roku 1953 v Českých Budějovicích, rodiče pocházeli z moravského Slovácka. Rané dětství strávila v Českých Budějovicích, základní školu vychodila v Uherském Brodě, maturovala na gymnáziu Jana Amose Komenského v Uherském Brodě, promovala roku 1978 na LF UJEP (dnes MU) v Brně.

Od promoce působí v nemocnici v Uherském Hradišti. Pracovala na dětském oddělení, od roku 1982 působí na infekčním oddělení (od roku 1994 jako primářka).

S manželem, který je lékař-chirurg, má dvě dcery, starší Jana je soudkyní, mladší Eva je lékařkou.

Radkin Honzák

Letos je to už cukrovka!

Medicína má jednu zajímavou charakteristiku: vůbec se nedefinuje, neohraničuje, tváří se, že nemá žádnou konkrétnější filozofii, že vše, co podniká, je „normální". A to je slovo, které mě dráždí.

Za svého několikaletého působení v poradně, kterou jsem si podle vzoru protialkoholních zařízení překřtil na protimanželskou, jsem se s tímto slovem setkával velmi často. Klientky jím označovaly své počínání, které se tak lišilo od počínání jejich hanebných partnerů.

„Je todle normální, je to normální?" ječela na mě příslušná dáma. „Von příde domu, pravda, zuje se, ale ty boty si nesrovná, pak si de umejt ruce, ale umývadlo po sobě nespláchne…" A pokračovala, jako by měla skrytou kameru u mne doma, a mezitím kvílela: „Je todle normální, je to normální?"

„Milostpaní, je těžké říct, co je normální," navykl jsem si odpovídat. „Když chlapeček vyroste v rodině, kde tatínek večer přijde domů, všechny zfackuje a oni mu vypucujou boty, bude chlapeček – až vyroste – považovat za normální takovéto jednání. Když ale chlapeček vyroste v rodině, kde tatínek přijde večer domů, všichni ho zfackujou a on jim vypucuje boty, bude pro něj normální tato varianta."

Do svého výkladového slovníku jsem proto k pojmu normální přiřadil vysvětlení: „Když je po mém." Čí pravidla se tedy uplatňují v medicíně? Někdy to dokonce vypadá jako hra bez pravidel. Ivan Illich k tomu v knize nazvané *Limity medicíny* uvádí: „*Důvodem je samotný charakter produktu, který se nazývá ‚medicína', balíčku sestaveného z chemikálií, přístrojů, budov a specialistů doručeného klientům. Ale velikost tohoto balíčku určuje spíše dodavatel než klient (ať je to pacient či lékař) nebo politický činitel.*"

Všimněte si, že žádná učebnice nezohledňuje zasazení své náplně do širšího kontextu, tím méně do celostního názoru a ještě méně vyústění do praxe. Teoretické a preklinické předměty považují svůj název za dostatečné zdůvodnění své existence v curriculu, učebnice klinických oborů jdou *in medias res* a po stručném, většinou idealizovaném historickém úvodu* zahrnují čtenáře nejnovějšími dosaženými poznatky. Pacienti v nich působí spíš jako rekvizity nebo figuríny, na nichž lze demonstrovat všechny zázraky, kterých bylo v posledním, díky explozi pokroku stále se zkracujícím časovém intervalu dosaženo.

Někdy se až zdá, že reální pacienti v medicínských konceptech spíše překážejí. Čtyřsetstránkové pojednání o ischemické chorobě srdeční přináší všechny biologické detaily této choroby; o úzkosti anginózního pacienta, která patří mezi dominantní klinické příznaky (a nejen to, představuje zaplavení organismu katecholaminy), jsou v celé knize všeho všudy dvě věty.

* První psychiatrická revoluce rozhodně nebyla jediným původním záměrem občana Pinela, ale také jakýmsi vedlejším produktem jeho de facto ekonomického projektu. Po francouzské revoluci Philippe Pinel usoudil, že sociální otřesy povedou ke značné nemocnosti mezi obyvatelstvem, kterému hodlal ve velkém aplikovat „morální léčbu". Nejprve ji však bylo nutné vyzkoušet. Vzorek pokusných osob chtěl získat mezi chovanci dvou velkých špitálů v Bicêtre a v Salpêtrière, kde byl ustanoven vedoucím lékařem. Prvních šílenců propuštěných z okovů tak bylo jenom třináct.
Slavná scéna zachycená na Mullerově obraze se nikdy nekonala v Pinelově režii; osvobození šílenců v Bicêtre zajistil jeho laický spolupracovník Pussin, legendu putující 200 let učebnicemi vymyslel Pinelův syn. Na druhou stranu nelze popřít, že jak metody morální léčby, tak pohled na nemoc a její etiopatogenezi staví Pinela mezi psychosomaticky smýšlející lékaře, přestože morální léčbu nakonec uplatnil jen v psychiatrických zařízeních.



Mladí elévové našeho řemesla-povolání-poslání, plni ještě idealistického altruismu, přebírají tyto informace jako nezbytné penzum, jež je nutné splnit, aby mohli konečně nastartovat. Jejich vize vypadá tak, že musí projít tou a onou zkouškou (po každé z nich pokud možno vše zapomenout, aby se v hlavě udělalo místo pro další materiál), pak přijdou ty velké zkoušky a pak teprve začne „normální život". Přestanou být otroky školské buzerace a stanou se svými pány; budou chodit a zachraňovat, za což jim lidstvo bude projevovat náležitou vděčnost. Tato iluze, spolu s přechodem ze studentského života do tvrdých pracovních podmínek, je podle mého soudu hlavní příčinou toho, proč vyhoření (*burnout*) dosahuje rok po promoci prvního vrcholu. Druhý se objevuje ve středním věku - dle známého úsloví „mládí je pryč, ale do důchodu ještě daleko". Vyprávějí o tom příslušné studie a já osobně jsem si to ověřil na dost velkém vzorku, takže tomu věřím.

Názory na medicínu přebírají studenti a mladí lékaři vesměs od charismatických učitelů, kteří jsou pro svůj obor skutečně zapálení a nadšeně zdůrazňují jeho úspěchy. Dobří kantoři za sebou vždycky táhli kvalitní žáky již od střední školy. Má to však jeden háček: učitelé zapálení pro svůj předmět jsou více fascinováni technologií než filozofií, a to často i tehdy, kdy by se od nich vzhledem k dlouhé zkušenosti očekávala životní moudrost a tendence ke komplexnímu syntetizujícímu pohledu.

Před čtvrt stoletím zde byly značně populární knihy Carlose Castanedy obsahující návod, jak se stát mexickým čarodějem první kategorie. Ponechme stranou učební osnovy a podívejme se na jednu analýzu. Na konci prvního dílu autor představil čtyři nepřátele adeptů na cestě za moudrostí.

Prvním nepřítelem je **strach**. Když jej adept překoná, naučí se jej zvládat i kdykoliv příště. Dalším je „**pseudoznalost**" - adept si osvojí určité zákonitosti, vztahy a souvislosti a domnívá se, že má vše podstatné zmapováno, a tedy i pod kontrolou. Pak si šeredně namlátí. To však je pro něj dostatečným poučením, aby příště nebyl tak naivní. Třetím, velice záludným nepřítelem je **moc**. Moc vycházející ze skutečné znalosti při zvládnutí podstatných prvků, moc, která bývá sebeokouzlující, a proto i narcisticky sebestředná, sebeúčelná, a tudíž sebedestruktivní. Ilustruje ji třeba pád Titánů. Také tohoto nepřítele je možné, byť velmi obtížně, zvládnout. Čtvrtý nepřítel je nezničitelný, věčný a nikdy nepolevující: a to je **únava**.

Když mě něco zaujme, mám takový hezký zvyk, že o tom všude vytrvale kecávám. Umím uchopit myšlenku a už ji nedokážu pustit, což je vlastnost, která mi přináší všeobecnou oblibu. Castanedovo schéma jsme tedy dopodrobna promleli s přáteli a kolegy a došli jsme k závěru, že na vývoj osobnosti lékaře padne jak ušité.

Čerstvě vylíhnutý doktor má (oprávněný) strach ze svého počínání, ale má také určitý ostych. Pokud není vyslovený kaskadér, do řady věcí se nepustí, respektive pouští se do nich sporadicky. Metodou pokus-omyl si ale postupně ověřuje platnost zlatého Paracelsova pravidla, které říká: „Člověk vydrží víc než zvíře, jen mu dát příležitost." Netuší přitom, že svou jedinečnou individuální zkušeností v podstatě kopíruje historickou cestu medicíny mnoha slepými uličkami.

Když se dopracuje k atestaci, bývá podle Castanedy ve druhé fázi, protože již dost bohatou praxi má podloženou i teorií. Pak si natluče. Jestli ho má Bůh rád, namlátí jen sobě a stane se z něj přemýšlivější tvor vzpomínající i na stati psané petitem; stane se z něj člověk, který začne více číst nejen o pacientech, ale také o zkušenostech a postupech kolegů. Kromě statistických údajů a ověřených doporučení ho začnou zajímat také kazuistiky. Při troše štěstí dojde k tomu, že Hippokratovo *Iatros philosophos isotheos* není věta o jeho zbožštění, ale výzva, aby nepřestával hledat moudrost. Aby byl přítelem moudrosti s vědomím, že není jejím majitelem. Ti nemoudří si to naopak vyloží po svém a vzniklý pocit omnipotence často úspěšně zúročí v syndromu vyhoření.

Únava - čtvrtý nepřítel - může procesu vyhoření vydatně napomoci. Kdo se s ní naučí zacházet, dopracuje se ke spokojenosti ve vyšším věku, kdy většina lékařů (pokud ještě pracují) v této kvalitě předčí všechny mladší věkové skupiny. Lámání únavy přes koleno a hledání pomoci ve farmakologických berličkách, od alkoholu po stimulancia, zdůvodňovaných vysokými cíli, představuje putování po nešťastné cestě.

Mám-li něco říci ke stresu lékaře, začnu u sester, s nimiž jsem v tomto ohledu spolu-

pracoval dlouhé roky. Začínal jsem v době, kdy panovala představa, že pod největším stresovým tlakem se ocitají sestry na operačních sálech. Záhy jsem zjistil, že je to spíše výsledek románových, dramatických a filmových příběhů, než pravda odpovídající realitě. Podobně jako telefonní manipulantky se sluchátky na uších zapichující v hektickém tempu pětadvacet hodin denně kolíčky do nějakých dírek, které však ve skutečnosti klidně štrikujou, zatímco jim na panelech blikají světýlka.

„Sálovky" se jednak cítí být elitou, což je velice silný a účinný protistresový štít, jednak pracují oproti ostatním sestrám v relativní pohodě, protože jejich partnerem je lékař. Nemají před sebou pacienta, ale „operační pole", a žádný pacient jim spolupráci na tomto poli netrianguluje svými iracionálními požadavky. Zle jsou na tom ty, které slouží na chronických odděleních, odkud pacient neodchází domů, a pokud odejde, brzy se vrací zpátky. Nejsou zde žádná triumfální vítězství, nesnáší se na ně ani vděčnost veřejnosti, ani obdiv medií. Jak kdysi napsal básník, *jejich dny jdou, rosa je nevěnčí…*

Také mezi lékaři, kde jsme si všichni rovni, jsou si někteří mezi námi rovnější. Troufám si to posoudit, protože většinu profesionálního života jsem strávil nikoliv mezi psychiatry, ale mezi „normálními doktory". Kupodivu těmi rovnějšími mezi námi nejsou chirurgové, ale kardiologové. Ti totiž zavedením invazivních technik přeťali gordický uzel úsloví, že internista ví všechno, ale nemůže nic, a chirurg neví nic, ale může všechno. Na nás pak zbylo, že psychiatr neví nic a také nic nemůže. Nutno dodat, že chirurgové jsou za kardiology v těsném závěsu. Psychiatři jsou reflektováni přes své pacienty, kterými jsou jednak blázni – ti jsou pro srandu – a pak šílenci, z nichž jde strach. Řekl bych s Dykovým *Krysařem*: Lidé mě rádi vidí přicházet, ale daleko raději mě vidí odcházet.

Vystihl to Jiří Žáček:
Andělíčku Mujstrážníčku
z nebeského Vnitra
chraň mou duši jaksepatří
zvečera i zjitra
aby se v ní nehrabali
moji rodní bratři –
idioti
staré děvky
ani psychiatři

Stres asi dopadá na všechny, ale na každého odjinud a jinak.* Tragickým výsledkem jeho působení je sebevražda, která je u lékařů, zejména ale u lékařek, až dvakrát častější než v ostatní populaci. Možná také proto, že doktor ví o účinném koktejlu víc než laik. Touto cestou odchází ze světa nejvíce psychiatrů a anesteziologů, následují chirurgové a na chvostu se zahanbeně krčí pediatři a oční lékaři. Statistiky jsou v tomto ohledu sporé a analýzy ještě vzácnější. Řekl bych, že jedním z faktorů způsobujících vysokou sebevražednost je výchova k expertní roli, která zachází až tam, že si doktor nesmí říci o pomoc, všechno musí umět vyřídit a vyřešit sám. Rubem přehnané kompetence je tak pocit osamělosti.

Druhým rubem expertní role (může-li mít jeden líc ruby dva) je navenek prezentované vysoké sebevědomí a sebejistota, což může působit až dojmem arogance děda Vševěda. Je ale otázkou, nakolik je to přebujelé ego a nakolik obrana před nejistotou, vnitřní pochybností a představa dodání klidu okolí, které by mělo přece rozpoznat, že pod drsnou skořápkou se skrývá duše něžná jako pomněnka. Okolí o ní ale neví. Rozhodně je tedy chybou, když se lékař málo zajímá, málo ptá, málo naslouchá a je se soudem hotov příliš rychle a příliš tvrdě. Zde se rodí napětí a možná nedorozumění, což jsou další zdroje stresu. Z výzkumu komunikace v ordinacích vyplývá, že pacientovi je dopřáno sdělovat své stížnosti v průměru 18 sekund, načež je přerušen. Kolegové se brání argumenty

* Zcela čerstvá americká studie (Peckham C: *Profiles in happiness: Which physicians enjoy life most?* z března 2012) zjišťuje, že spokojenost se nevztahuje k výši příjmu ani pracovnímu nasazení, ale má spíše souvislost s pocitem zdraví a kvality osobního života; ženatí a vdané jsou na tom lépe, stejně jako štíhlí/štíhlé nebo jen s nadváhou. Pokud jde o specializaci, nejlépe se cítí revmatologové (fakt je, že revmatologové patří k nejlepším kuchařům a jídlo si opravdu umějí vychutnat; v tom soupeří s chirurgy, kteří jsou mimochodem v americkém žebříčku týkajícím se životní spokojenosti na druhém místě). Nejnešťastnější jsou podle této studie internisté, gastroenterologové a neurologové, zejména jsou-li rozvedení a obézní. Ale to je situace v USA.



o nedostatku času, neuvědomujíce si, že tímto způsobem si ho ukrádají ještě více. Proto jsou lékařky obecně oblíbenější. Přestože oproti mužům přidávají pacientům všeho všudy jednu minutu, jsou vnímány jako přátelštější a lidštější. A to nejen od žen, které si rády poplkají, ale také od mužů hrdých na svou stručnost a přesnost.

Já si myslím, a nedělám si patent na pravdu, že uvedené postupy jsou od lékaře v podstatě nevydařenou obranou proti bolesti a stresu. Jak ukazují poslední poznatky algeziologů, naprosto se stírá rozdíl mezi tělesnou a psychickou bolestí, protože obě se projikují do stejných oblastí v mozku. Existuje řada studií prokazujících, že pokud s někým soucítíme, prožíváme bolest s ním.

Na vysvětlenou: hned první pokus provedený na toto téma byl naprosto přesvědčivý a byl mnohokrát úspěšně zopakován. Vědci k experimentu pozvali zamilovaný pár a na hlavy oběma pokusným osobám upevnili příslušný *vercajk* zaznamenávající mozkovou aktivitu. Oběma nejprve dali do předloktí elektrický šok o síle několika desítek voltů a zaznamenali odpověď mozků. Pak muže vzali do jiné místnosti a dívku nechali dvoucestným zrcadlem sledovat, jak mu udělují další elektrický šok. V *jejím mozku* se při této scéně odehrálo totéž, jako když šok dostala sama.

Lékaři dělají chybu, že přeceňují technologii medicíny a podceňují vztahovou stránku, a to jak směrem k pacientům, tak směrem k sobě samotným. Podobné studie, jejichž subjektem byli lékaři, v reálných podmínkách klinické práce ukázaly, že ve srovnání s příbuznými trpících mají slabší odpovědi, ale mají je také. A pacientů potkávají desítky denně. Vypěstovat si správný přístup je obtížné, vyžaduje to introspekci a uvědomění si limitů vlastních možností – a do toho se nikomu moc nechce. Není to nic podivného; kdo rád uvažuje o svých skutečných nedostatcích? Zvlášť je-li expert?

Dalším zdrojem stresu mohou být pracovní a hmotné podmínky, což u mladých začínajících lékařů vyplulo na povrch při – podle mého soudu – velmi nešťastně vedené akci *Děkujeme, odcházíme*. V hodnocení se beze zbytku shoduji s Františkem Koukolíkem, který napsal: „Já je chápu, a nesouhlasím s nimi." Oba patříme ke generaci pauperizovaných doktorů (já jsem si mohl za svůj celoroční plat koupit nejlevnější auto na českém trhu až na konci devadesátých let při úvazku 1,4), kteří si zvykli žít z ruky do úst a pro které je osobní svoboda cennější hodnotou než cokoliv jiného.

Někdy slýchám od svých vrstevníků-pacientů stížnosti, že „starší doktoři" (nad 50 let) jsou jiní a méně se honí za penězi – ti znalejší říkají „za body" – ale to je, myslím, standardní generační postoj.

Lékaři pracují v proudu vyvíjející se medicíny, která se sice nehodlá definovat, ale nabírá pod svá ochranná křídla stále víc, a já mám dojem, že jí to nepřísluší. Vznešeně se tento jev nazývá „medicinalizace sociálních problémů". První oblastí, které se zmocnila, ale neudržela ji, je homosexualita.

V dobách mého mládí byla homosexualita hodnocena jako kriminální činnost a za prokázaný homosexuální styk hrozily, jako za časů Oscara Wilda, dva roky „natvrdo". Pak byl tento fenomén vtažen mezi „nemoci". Tento blud zůstal v myslích některých mých kolegů velice urputně zakořeněn, takže v době, kdy jsem byl šéfredaktorem *Praktického lékaře*, jsem dostával s periodicitou asi dvou let příspěvky s doporučovanými léčebnými postupy. Homosexualita bohudíky medicinalizaci unikla, nicméně o tom, že se jedná o sporné území, svědčí současné protesty amerických lesbiček proti výzkumu homosexuality u ovcí. V zájmu korektnosti ponechávám stranou práva amerických lesbiček, jakož i práva amerických ovcí, ovčáků a ovčáckých psů.

Za mého dětství byl člověk, který prohrál statek v kartách (a že se to do roku 1948 dalo stihnout) marnotratník, karbaník a lump. Dnešní generace mediků mě přesvědčuje, že je to člověk nemocný. Závislosti jsou medicínskou výmluvou pro mnoho lidských nectností. Nemáme ukecané pitomce, ale závislé na mobilních telefonech. Podobně máme „pacientky" závislé na nakupování, sexu a vím já na čem ještě. Nedávno jsem v internetovém kurzu získal od prestižní instituce AMA PRA certifikát jako odborník na závislosti na opalování v soláriích!

Folklor před půl stoletím zachytil jednu z typických situací následovně: *Přijde dáma k lékaři a žádá prášek na uklidnění. Lékař se táže proč a ona odpoví, že má milence. Lékař namítá, že to je věc dnes docela běžná. Dáma však vysvětlí, že jí jeden milenec nestačí, že potřebuje 50 milenců do měsíce. Lékař je touto skutečností zviklán natolik, že*

jí předepíše meprobamat (pro ty nejmladší = tehdejší ekvivalent diazepamu). Dáma přijde domů, vytáhne recept a vítězně ohlásí manželovi: „Jsem nemocná, podívej se, ne-moc-ná! A žádná kurva!!!“

Mezi „nemoci“ se nám nastěhovalo mnoho stavů, které sice ještě pravou chorobou nejsou, ale mohly by se jí stát, a proto je třeba při nich medicínsky zasahovat. S láskou vzpomínám na *Medicínské historky* brněnského farmakologa profesora Štefla líčící zkušenosti dvou mediků na praxi. Pan primář jim prezentuje pacienty s diagnózou „potenciální omrzliny“. Když se uctivě ptají po souvislostech této diagnózy, vysvětlí jim, že se jedná o tuláky, kteří by přezimovali ve stohu, skutečně by omrzli a nemocnici by stáli více péče, nákladů a starostí, než když je takto preventivně „zastřeší“.

Převzetí péče společnosti, potažmo státu, o zdravotní stav občanů, nastupuje tvrdě po VČFR (na rozdíl od VŘSR jde o Velkou červencovou francouzskou revoluci). Tuto situaci výstižně glosuje „antimedicínský padouch“ Ivan Illich. Jeho komentář po téměř čtyřiceti letech konečně vyšel i u nás: *„Francouzská revoluce přivedla na svět (mimo jiné) také dva mýty: první, že lékař bude schopen nahradit kněze, a druhý, že spolu s politickými změnami se všem navrátí jejich původní zdraví. Nemoci se tak staly veřejnou záležitostí a ve jménu pokroku přestaly být výhradní záležitostí těch, kteří byli nemocní.“*

Že lékař nahradí kněze, očekává dodnes mnoho nemocných; ne však lékařovi nadřízení, tím méně lékařovy pojišťovny. Nemoci a zdravotní péče se jako věc veřejná propírají (vesměs nekompetentně) na všech úrovních, od hospod čtvrté cenové skupiny po parlament; o tom, kudy se bude medicína ubírat, se evidentně rozhoduje jinde. Především tam, kde jsou peníze, jež budou dělat další peníze…

V temných dobách medicínského dávnověku – jak současné mládí vidí naše začátky – nás na fakultě vedli k tomu, že se máme věnovat *nemocnému*. O co méně bylo obecných vědeckých poznatků, o to více bylo kazuistických seminářů. Výjimečnou osobností v tomto duchu byl profesor Charvát, na jehož přednášky jsme chodili „načerno“, ale s ním i celá plejáda osobností tehdejší Fakulty všeobecného lékařství UK v Praze (Henner, Vondráček, Netoušek, Diviš, Hepner, Wenke – připomenu-li namátkou jen několik z těch, kteří mě učili) nás vedla k empatii – tenkrát se tomu tak neříkalo, zato se to praktikovalo – a hledání vztahu člověka k jeho zdraví a jeho nemoci.

Začátky mé medicínské praxe byly poznamenány raketovým nástupem vědecké medicíny. Jako sekundář jsem nastupoval do blázince spolu s prvními psychofarmaky, která znamenala naprostou revoluci v psychiatrii. Je nad možnosti tohoto sdělení shrnout vše, co změnilo medicínu; vynikající četbou o těchto událostech je bohužel už poslední kniha Lewise Thomase *Nejmladší věda*, která v roce 2001 vyšla v nakladatelství Galén v Praze. Za přečtení stojí i *Vzestup a pád moderní medicíny* od Jamese Le Fanu (Academia, Praha, 2001) a *Medicína na přelomu tisíciletí* profesora Schreibera (Academia, Praha, 2000).

Zájem o pacienty se přesunul v zájem o *chorobné stavy*, více či méně jasně definované patofyziologické entity prokázané příslušnými objektivními příznaky a fungující v konstruktu „evidence based medicine“ na příslušnou léčbu. K tomu vědecká medicína inklinovala od svých počátků, nebyla však dostatečně vybavena. Nyní dostala k dispozici receptory, jejich ligandy, agonisty a antagonisty, jakož i nejrůznější -ázy a jejich blokátory, zkrátka hraček jak od Ježíška a Santa Clause, které ani Děda Mráz nestačil ukrást. Diagnostické a statistické manuály převálcovaly konkrétního pacienta a „léky na nemoci“ dostaly posvěcení blížící se svou hodnotou středověkým odpustkům. Kardinální příznaky zcela zastínily význam příznaků non-kardinálních, a tak se tvrdě a nekompromisně vyučuje, že pacienti s depresí trpí zácpou, přičemž se nevzpomene na 15–20 % z nich, kteří trpí průjmy, protože je sužuje dráždivý tračník a další dyspepsie.

Medicína přestala léčit pacienty a začala léčit nemoci, aniž by reflektovala skutečnost, že čtvrtina až třetina nemocných se do žádné škatulky nevejde a s nálepkou „funkční obtíže“ či „somatizační porucha“ vymetá nejrůznější zdravotnická zařízení a čerpá náklady, čas a trpělivost s výsledkem oboustranné (pacient – zdravotní systém) frustrace. Na druhé straně spektra pak jsou nemocní zklamaní ve svých očekáváních a víře v omnipotenci současných technologií.

Čas od času si několik jedinců položí otázku, jaké jsou vlastně úkoly a cíle současné medicíny. Je to otázka nemilá, leč legitimní. Měla by stát u všech projektů, reforem a plánů zdravotního systému. Medicína sama ve své expandující tendenci nemá potřebu se definovat a vysvětlení, že jde o praktickou aplikaci vědeckých poznatků při diagnóze, léčení a prevenci nemocí, se jeví jako příliš obecné. Americká instituce Hastings Center ve spolupráci s WHO a pracovními skupinami ze 14 zemí, mezi nimiž byla i ČR, vypracovala společné stanovisko (*The Goals of Medicine: Setting New Priorities*, Hastings Center Report 26, No. 6 Special Supplement (1996): S1–S28), z něhož vyplývá, že cílem medicíny je:

1. prevence nemocí a poranění a rozvoj péče směřující k udržení zdraví,
2. úleva v bolesti a utrpení způsobených nemocemi,
3. léčení a péče o nemocné a péče o nevyléčitelně nemocné,
4. zabránění předčasným úmrtím a na druhé straně pomoc při pokojném a důstojném umírání.

Je to jedna z mála konkrétních a praktických definic úkolů medicíny, které se mi podařilo najít, a myslím, že kliničtí lékaři se na ní mohou shodnout. Není redukcionistická, přestože neobsahuje jeden ze současných významných trendů: **léčení laboratorních nálezů**, což je etapa, do níž se současná medicína dostává. Už dávno se neléčí pacient, přestává se léčit nemoc a začíná se léčit laboratorní výsledek. Pacient, který není vlastně pacientem, protože nemá obtíže, má při preventivní prohlídce „diagnostikovaný“ zvýšený cholesterol. Tato skutečnost je dostatečným důvodem k nasazení terapie statiny, po nichž původně asymptomatického tvora začne děsně bolet hlava, pročež svépomocně nasadí analgetika, po nichž ho začne bolet žaludek, a v této chvíli se začnou rojit žádanky na vyšetření toho a onoho a tamtoho… V optimálním případě odjede „pacient“ na dovolenou, zapomene si léky doma a zjistí, že se mu náhle ulevilo. V pesimálním případě za účelem zjištění příčin bolestí hlavy prodělá pro-



batorní dekapitaci těmi nejmodernějšími metodami (sec. Guillote – Schmidt). Jsou i neuvěřitelné případy, kdy mu takové jednání jeho ošetřující lékař požehná…

Většinou však ne, naopak se rozmáchne po dalších laboratorních metodách a výsledcích, které bude nutné napravit. Jednoho mého dlouholetého známého, konstitučně mírně úzkostného, a proto svědomitě pečujícího o své zdraví, ujistila jeho lékařka, že glykemie 5,6 mmol/l je již diabetes, aniž ho nutila do glukózového tolerančního testu. Když namítl, že tento stav trvá již roky a byl dříve hodnocen jako hraniční glukózová tolerance (je vzdělanej! a to je možná také ke škodě, protože není vzdělán podle současných kánonů), odvětila mu přísně: „Letos je to už cukrovka!“ Tím ho zcela rozhodila nejprve psychicky a posléze také psychosomaticky. Teď budou mít co léčit!

Začneme-li léčit laboratorní výsledky, můžeme se dočkat zajímavých překvapení. Jedno z nich nám v rámci koncepcí „serotoninového průmyslu“ připravila italská klinická studie sledující hodnoty serotoninu u mladých romanticky zamilovaných jedinců, kteří ještě ani nestačili svou lásku sexuálně konzumovat. Jejich výsledky jsou (na rozdíl od vrstevníků, kteří tímto stavem netrpí) srovnatelné s patologickými výsledky pacientů s obsedantně kompulzivní poruchou. A což, až dojde na sex!!! To budou teprve nálezy! Pokud budeme léčit tímto způsobem, nebudou stačit finance získané z celé galaxie.

Cesta k medicíně

S doktory jsem se jako nepacient běžně setkával od dětství. Táta byl lékárník a v našem bytě se scházela odbojářská skupina zdravotníků, takže jsem takové prostředí považoval za své (konkurovali mu jen básníci). O jiné variantě vysokoškolského studia jsem nikdy neuvažoval.

Na fakultu jsem šel s představou, že budu pracovat jako praktický (tehdy se říkalo „obvodní“) lékař na Šumavě. Brzy jsem však zjistil, že díky vrozené vadě mám obě ruce levé a že žádný z oborů vyžadujících manuální zručnost mi není souzen.

Ve čtvrtém ročníku jsme s přítelem zkusili psychiatrii. Zpočátku mě víc než klinické problémy uhranuli její představitelé – jak svým přístupem k nemocným, tak tím, jak úžasně se chovali k nám. Dva roky jsem fiškusoval na klinice a rok ve Výzkumném ústavu psychiatrickém a mohu říci, že když jsem nastoupil na své první místo, měl jsem lepší znalosti než většina tehdejších primářů, kteří doháněli to, co do nás v Praze teklo proudem. Začínala totiž éra psychofarmak.

Po promoci jsme dostali umístěnky, které nebraly v potaz nic; byla to loterie, pokud jste neměli protekci. Docent Dobiáš nám jasně řekl: obor vám zajistím, lokalitu už ne. A jak řekl, tak i učinil. Vstoupili jsme toho roku mezi psychiatry dva, oba do Kosmonos. Tam jsem prožil čtyři nádherně sladkobolné „otloukací“ roky. Po atestaci jsem vyhrál konkurz na místo konzultačního psychiatra v tehdejším Ústavu pro výzkum výživy lidu (posléze vtělený do IKEM), kde Miloš Vojtěchovský – můj předchůdce, na něhož mi bylo dáno navázat – pracoval psychosomatickým způsobem a otevřel pro mne tuto cestu, která se mi líbí natolik, že po ní jdu už půl století.

MUDr. Radkin Honzák, CSc.

Narodil se roku 1939 v Praze v rodině lékárníka. Po maturitě na gymnáziu absolvoval roku 1962 Fakultu všeobecného lékařství (dnes 1. LF) UK.

Profesně začínal v Psychiatrické léčebně v Kosmonosích, nyní působí v Psychiatrické léčebně Bohnice, v Ústavu všeobecného lékařství 1. LF UK, v psychiatrické ambulanci IKEM a v ambulanci gastroenterologického pracoviště REMEDIS.

Specializuje se na psychiatrii, psychoterapii, psychosomatickou medicínu, lékařskou psychologii a komunikaci. Třináct let vedl časopis *Praktický lékař*.

Napsal deset knih, např. *I v nemoci si buď přítelem*, *Komunikační pasti v medicíně* nebo *Babičku potrkal jelen*.

Má dvě děti, syna knihkupce a dceru praktickou lékařku.

Vratislav Schreiber

Donucen být hybridem

Pane profesore, jste znám především jako světově úspěšný biomedicínský badatel. Zažil jste také nějaká lékařská léta?

Hned po promoci v roce 1950 jsem byl dva měsíce sekundářem v Děčíně. V den mého příjezdu mi tam primář sdělil, že druhý sekundář má dovolenou a on že právě odjíždí s manželkou na tři dny svátků do lázní, takže po tu dobu budu na oddělení sám. Oddělení čítalo 120 lůžek, část nemocných s karcinomy v terminálním stadiu, část s tuberkulózou, několik kataraktálních žloutenek. Obrovskou oporou mi byly tamější ošetřovatelky, řádové sestry. Je opravdu rozdíl, když lůžkovým oddělením poprvé jdete sám, nějakých pět dní po promoci, nebo s vámi jde dáma se zkušenostmi a autoritou… A obojím sestra představená oplývala!

Nakonec jsem to nějak zvládl, mimochodem – celé ty dva měsíce jsem měl obden noční službu. Nu, snad jsem tam žádnému pacientovi moc neublížil a ještě jsem se tam naučil zvládat i krizové stavy… V každém případě právě a jen ty dva měsíce v Děčíně jsem byl skutečným lékařem na plný úvazek. Ale na vojně se zase projevilo moje tíhnutí k vědě – už na tříměsíční důstojnické škole v Ružomberku jsem začal dělat výzkum na odvedencích – členech školy: Sledoval jsem, jak rychle se mezi nimi rozšíří neodvratná epidemie respiračních viróz, tedy rýmy a kašle. Průběh té epidemie jsem denně zaznamenával a nakonec to vyšlo ve *Vojenských zdravotnických listech*.

Na vojně jsem strávil pět let – byla korejská válka a řádil § 39 branného zákona. Dalo se to vydržet – několik let jsem byl šéflékařem ATK (dnešní Dukla), pak na ošetřovně Vojenského technického ústavu, kde měli pěknou knihovnu, pak na ošetřovně Ministerstva národní obrany. Ale to vše bylo jen na rozkaz, i když lékaře už jsem dělal a bez problému. Doopravdy to začalo, až když mě v roce 1955 pustili z vojny a nějakým zázrakem si mě vymohl profesor Charvát. Když jsem nastoupil jako sekundář na kliniku, pravil mi: „Budeš dělat endokrinologii, ale nejdřív si uděláš atestaci I. stupně z interny, aby z tebe něco bylo!“

A tak jsem po dva roky dělal naplno sekundáře. Nikdy jsem toho nelitoval, i když mě to vlastně zdržovalo od výzkumu. V roce 1957 zřídili „konšelé“ (jak vrchnosti říkal profesor Charvát) při klinice *Laboratoř pro endokrinologii a metabolismus* a tam jsem se stal vědeckým pracovníkem.

Neměl jsem tedy lůžka, ale dál jsem pod vedením docenta Blehy dva dny v týdnu pracoval na ambulanci, vždycky v pondělí a čtvrtek mezi 10. a 12. hodinou. I v tom spočívala Charvátova moudrost, že člověka nenechal ponořeného jen ve vědě, ale že ho přiměl dělat i něco praktického, ze života. Časem se mi v ambulanci nahromadili pacienti, u některých jsem převzal i jejich děti a ve dvou případech dokonce i vnuky. Ordinoval jsem pak i v důchodu, až do roku 2010. Dodnes si pamatuji na jednu Blehovu radu, kterou mi uštědřil při diskusi nad tím, jaká laboratorní vyšetřování požadovat: „Stejně nejmíň polovinu musíš poznat z anamnézy a fyzikálního vyšetření nemocného!“

Jaký je ve vás vztah lékař–badatel–pedagog? Čím jste nejvíc? Není jedno na úkor druhého?

Především se musím doznat, že jsem nikdy nebyl dobrý pedagog. Když přednáším, mám stále pocit, že to vše by si posluchači mohli rychleji a pohodlněji přečíst. Je ve mně jistá netrpělivost a pocit, že to stejně už vědí nebo mohou vědět. Takže nikdy jsem moc rád nepřednášel, raději jsem dělal praktika, tam jsou studenti aktivnější. Na druhé straně nezapomenu na zlatou (doslova) dobu své pedagogické kariéry, kdy fakulty nabraly (za peníze) zahraniční studenty – a tak jsem jezdil přednášet patofyziologii anglicky do Motola a na Vinohrady, v Motole pro 2. LF





jsem přednášel i českým studentům – zkusil jsem to taky anglicky, ale nerozuměli mi. V mém vztahu k přednášení je asi kus mé osobní anamnézy – já jsem (kromě úplného začátku v Lucerně) nechodil poslouchat vůbec nikoho kromě Charváta. Na druhé straně jsem uměl hezky a zajímavě přednášet davům posluchačů na univerzitě třetího věku – ti o to ale měli aktivní zájem a to, co jsem jim přednášel, si nemohli snadno jinde přečíst. Také při tiskových konferencích Rady pro popularizaci vědy AV ČR, jíž jsem byl přes deset let předsedou, jsem prý byl dobrý přednašeč – alespoň předseda AV mě chválil. Celkově vzato ale u mne převažuje vědec a popularizátor nad učitelem. Nikdy jsem ale kvůli vědě pedagogiku nezanedbal.

Pokud jde o lékaře, tak tím, jak už teď víte, jsem byl poměrně málo a nemyslím, že by má vědecká činnost s mou činností lékařskou nějak kolidovala, ale také na sebe nijak nenavazovaly ani se nepodporovaly. Nebyl jsem klinický výzkumník, nestudoval jsem účinnost léků, nebyl jsem proto sponzorován firmami. S tou výjimkou, že jako předseda Československé a pak České endokrinologické společnosti jsem ve spolupráci s Endokrinologickým ústavem propagoval suplementaci jodidem jako prevenci endemické thyreopatie a jejích následků u nás, a firmy zainteresované na léčbě nemocí štítné žlázy mě zřetelně podpořily v práci předsedy *Rady lékařských věd* – dokud ještě byla (firma Merck sponzorovala mou účast na zasedání *Medical Research Council* a firma Berlin Chemie mě pozvala na sympozium do Ženevy).

U klinických výzkumníků jsou ovšem funkce badatele (který zkoumá to nové) a lékaře (který posuzuje účinnost a dává pozor na nežádoucí účinky) velmi úzce propojeny, a firmy si jich proto velmi cení. Jsou-li totiž seriózní, nemohou se bez nich obejít. A na úspěšnosti tohoto propojení závisí miliardové zisky (nebo ztráty) farmaceutických firem.

Věnujme se ještě vaší lékařské činnosti. Co myslíte, že se za vaší kariéry změnilo – k lepšímu, či horšímu? Z hlediska lékaře i z hlediska pacienta?

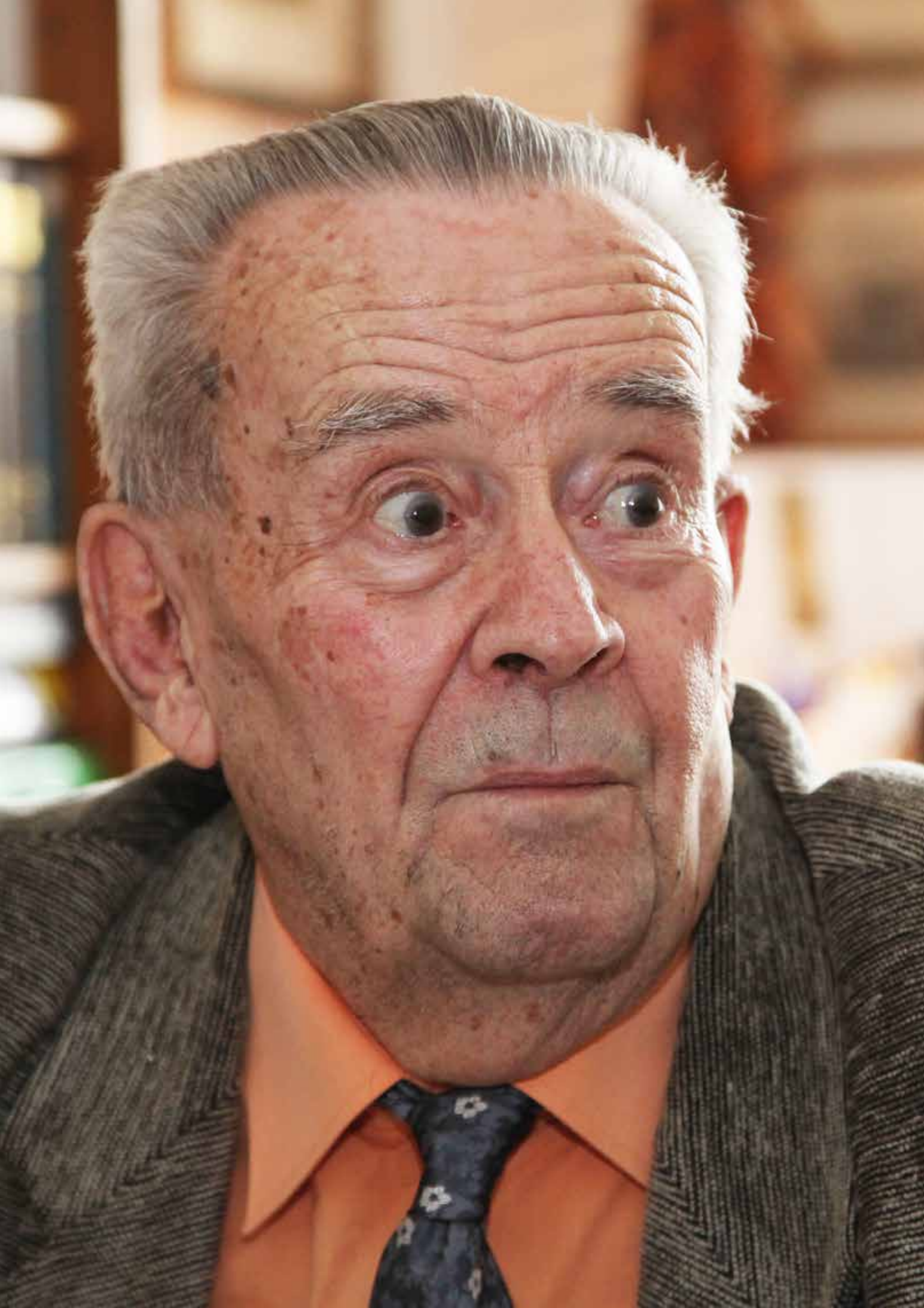
Nemyslím, že u nás došlo k nějaké radikální změně. Trochu ke změně v postojích. Nepamatuji se, že bychom v době mých začátků na III. interně v polovině 50. let někdy jako sekundáři uvažovali o tom, zda těch služeb není příliš mnoho – byly 1–2 týdně ve všední den plus jednou za měsíc sobota–neděle – a už vůbec ne, zda máme příliš mnoho odpracovaných hodin za týden. Neřkuli, zda je za to dost peněz: Za službu v týdnu bylo 18 Kčs, za víkend 36 Kč. Bylo prostě normální, že se slouží tak, jak to primář rozepíše, a nikoho nenapadlo ptát se, co za to. A to přitom za hlubokého socialismu byly lékařské platy na průměrné úrovni – sám se pamatuji, jak jsem bral se souhlasem úvahu Bernarda Shawa, že není důvod, proč by měl mít popelář nižší plat než profesor. On za totality ten popelář měl spíš víc než ten lékař! Měl těžší práci, víc se od časného rána nadřel a ušpinil – kdežto lékař byl většinou v teple a suchu. Ostatně měl možnost jít dělat popeláře – asi to nikdo nezkusil.

Samozřejmě lékaři odcházeli do ciziny za lepším. Legálně – jako učitelé na Maltu, do Alžírska, do Kuvajtu, ale vždycky jen dočasně, dostatečně prověřeni a s cílem koupit si lepší auto nebo byt. Odcházeli i ilegálně a navždy – to zejména po roce 1968. Obvykle se v cizině dobře uplatnili, někteří pomáhali těm doma (literaturou, opatrnou pomocí při kongresech) a mnozí se po roce 1989 vrátili – s dolarovými důchody. Přeji jim to, ale společnost při životě jsme drželi my, kteří jsme zůstali, ba někteří se víc než ti emigranti zasloužili o její přerod.

Dnes jsou podmínky v mnohém těžší – je to dáno možností volby. Platí složitější kariérní postup, takzvané doškolování a atestace se mi zdají obtížnější, s tituly Ph.D. vůbec nesouhlasím, to dokonce ty bývalé CSc. se mi zdají lepší. Jsou to ale možná jen *laudatores temporis acti* – jsou známy biologické doklady pro to, že moudrost starců neprospívá prosperitě druhu.

Pokud jde o dnešní postavení pacientů, byly by moje glosy asi opět staromilné. Nepamatuji se na tak dlouhé čekací doby, na dvouhodinové fronty v ambulancích kožařů nebo očařů, nepamatuji se na tak časté „úplatky“, ať už v obálkách nebo bez nich. Jeden lékař měl za totality opletačky (a byl vláčen televizí) za to, že přijal od pacientky – staré babičky – bábovku, kterou mu z vděčnosti upekla.

Pane profesore, ve své popularizační činnosti jste se nevyhýbal ani etickým otázkám. Takže malý etický blok: Dovedl jste se ve své lékařské činnosti nad nějakým případem opravdu dojmout? A pokud ano, je to dobře, nebo ne?



Pokud zaměníme slovo dojetí za slovo soucit, odpověď je kladná. Dokonce se na takovou emoci pamatuji z dob svých začátků na III. interně: šlo o první pacientku, která mi na tom dvacetilůžkovém pokoji číslo 108 v roce 1955 zemřela. Byla to žena kolem čtyřicítky s akutní leukemií a dvěma dětmi. Ležela na lůžku číslo 11 vzadu v pokoji a pamatuji, jak jsem seděl na jejím lůžku, držel ji za ruku a pokoušel se ji utěšit v jejím smutku. Dodnes vidím její oči… Bezmoc lékaře v infaustních případech je z těch obtížných aspektů jeho poslání. Bezmoc by neměla být dána nedokonalostí jeho diagnostiky nebo terapie.

Druhá pacientka, která mi umřela, byla starší dáma, příbuzná jednoho člena profesorského sboru – takže nepochybně „měla protekci" u profesora Charváta i u mne. Kachektizovala a trpěla nezadržitelnými zelenými průjmy, až umřela. Bez pořádné diagnózy – tu přinesla až pitva. Jedno – tam pro mne tehdy první – úmrtí nemocného si pamatuji i z Děčína. Nemocnému s generalizovanou malignitou primář ordinoval intravenózní injekce nějakého nového cytostatika. Sám jsem pomalou injekci zavedl, primář byl u toho, a po několika minutách nemocný dostal generalizované křeče a zemřel. Kromě přirozené emoční angažovanosti – byl jsem nováček na oddělení – přistoupila další komplikace: primář mi přikázal nemocného „odpitvat". Na těch několik málo patologických pitev za studií jsem už zapomněl, ale naštěstí byl na pitevně zřízenec, který mi pomohl. Na vnitřních orgánech jsme nic patologického nenalezli, mikroskopický stav mozku nám zůstal ovšem utajen.

Lékař má nad pacientem informační převahu, která svádí k pocitu převahy lidské – jak se tomu bráníte?

Pokud jde o „informační převahu lékaře nad pacientem, která svádí k pocitu převahy lidské", tak tím si tedy nejsem jist. Samozřejmě vím víc než pacient o nemocech vůbec, ale vůbec ne o té jeho nemoci. Ba co dím, často se mi zdálo, že mi pacient všechno neříká a čeká, zda na to sám přijdu. Příklad: Řeknu nemocné, že u její nemoci bývá nezbytné oční vyšetření, a ona se vytasí s nálezem od očního lékaře, o kterém mi sama neřekla. Někdy to byla tak trochu hra – nikdy to ale u mne nevedlo k pocitu převahy lidské. Vlastně nevím, co to vůbec je.

Uznáváte existenci pia fraus *– pokud ano, kdy a jak?*

Pokud jde o *pia fraus*, tak je to ovšem o strachu a o naději. Lékař by neměl nikdy zbavit nemocného naděje a vždycky by se měl starat o zbavení strachu. Pacient by měl neustále cítit, že je lékař na jeho straně a že v nejhorším ho nenechá zbytečně a nadměrně trpět. Jsem i proti eutanazii, především pro možnost jejího zneužití. I při mé velmi omezené lékařské praxi jsem se nejednou setkal s požadavkem nedočkavých příbuzných: „Dejte babičce něco, ať se netrápí."

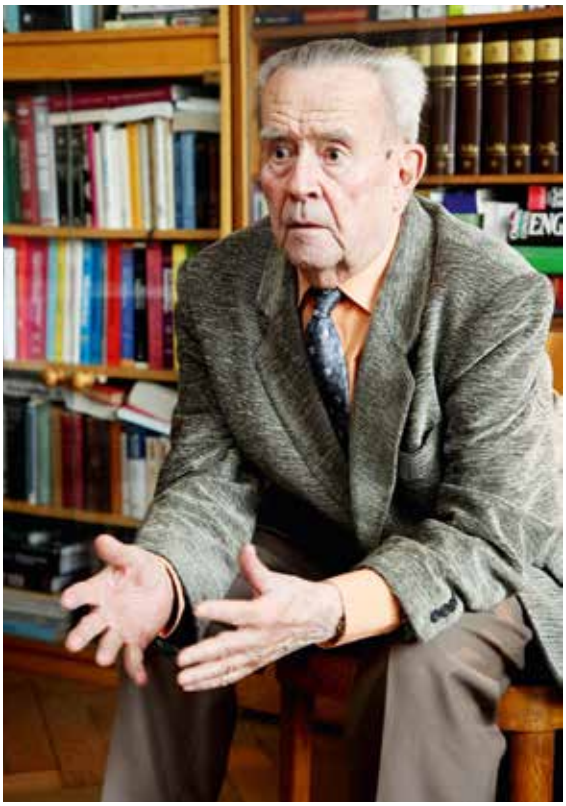
Pokud pacient nezná negativní stanovisko lékaře k eutanazii, nemůže si být jist životem.

Něco jiného je *terminální sedace*, zábrana utrpení v posledních fázích života, i když myslím, že i tento termín by měl zůstat mezi námi lékaři.

Ostatně – jak víme s jistotou, že je to poslední fáze?

Mohl byste na závěr našeho rozhovoru uvést nějakou bizarní příhodu ze své lékařské praxe?

Jednou – muselo to být v roce 1955 nebo 1956 – jsem sloužil noční službu na ambulanci III. interní kliniky. K jejímu konci, brzy ráno, mě zavolal profesor Charvát a uložil mi, že pro mne přijedou z velvyslanectví USA, kde mají někoho nemocného. Řekl mi, že to je zřejmě renální kolika, abych si vzal potřebné léky, zajel tam a rozhodl, co dál. Za chvíli přijela dlouhá černá limuzína, v ní vysoký atletický muž s *navy cutem*, představil se jako colonel P. a odvezl mě na velvyslanectví. Tam byl americký voják s typickou renální kolikou, dostal injekci spasmolytika, po půlhodině se potíže zmírnily, dostal napít atd. Colonel P. mne požádal, abych informoval lékaře na jejich základně v Norimberku, kam mne okamžitě telefonem spojili: Ozval se tam doktor Schreiber, vše jsem mu vysvětlil a shodli jsme se, že nemocný může jet autem do vojenské nemocnice v Norimberku. Už nevím, zda jsem nemocnému dal na cestu antibiotikum, ale určitě kbelík na močení s příkazem vše schovávat. Co bylo s nemocným dál, nevím. Když jsem odcházel z velvyslanectví, zastavil mne ve vestibulu nějaký muž a dával mi krabičku amerických cigaret. Zdvořile jsem poděkoval, rozbalil ji, vzal si jednu, požádal o oheň a odešel.



Druhý nebo třetí den se v novinách objevila zpráva: „Vojenský přidělenec USA plukovník P. byl přistižen při vybírání mrtvé schránky na Olšanech a byl s okamžitou plaností z ČSR vyhoštěn.“ Náhodou jsem pak na chodbě kliniky potkal bezpečnostního referenta, což vůbec nebyl špatný člověk, a povídám mu: „Představ si, že jsem jezdil po Praze s americkým špionem!“

On odvětil: „My víme, Vráťo.“ Profesor Charvát zřejmě ve své moudrosti vše někam oznámil, a když jsem mu to vypravoval, tak se jen smál.

Pane profesore, závěrem, co vám medicína za všechna ta léta vnitřně dala, případně vzala?

Co mně medicína vzala? Když ji máte dělat pořádně, chce to strašně času a soustředění. Musíte studovat strašně tlusté knihy, takže moje žena jednou na dotaz novináře „jak ona viděla moji medicínskou kariéru a co z ní měla“, odpověděla úplně jednoduše: „Kouř a záda.“ Ano, seděl jsem u stolu zády do pokoje, studoval a přitom (tehdy ještě) kouřil.

Co mi dala? To je zcela evidentní – náplň života! Mohl jsem celý život dělat to, co mě baví, co byl můj vnitřní zájem, a ještě za to být placen. Ne sice kdovíjak, ale vyžít se dalo. Jen málo lidí v zaměstnaneckém poměru má to štěstí, že dělají, co je opravdu baví, takže svoji práci neberou jenom jako zátěž, jako buzeraci, otravu a mus. Občas se tohle vyskytne i v jiných oborech, ale v medicíně podle mě nejčastěji. Doktoři dělají prostě to, čemu se upsali a co je doopravdy baví.

Cesta k medicíně

Všechno začalo, když jsem se jako kluk stal v třicátých letech členem skautského 47. oddílu. Dotáhl jsem to tam až na tajemníka oddílu. Ale hlavně jsem pilně skládal „odborky“, abych ty badge mohl nosit na rukávu košile. Mezi nimi byl i zdravotník a první pomoc, ovšem taky botanik, geolog a mnoho dalšího z přírodních věd. Ona to nebyla zase taková brnkačka, jak se dneska říká, třeba nositel nášivky botanik musel bezpečně rozeznat nejméně 50 rostlin – bylin i stromů…

Dále jsem měl strýce praktickým lékařem v Proseči u Skutče a jezdil k němu jako gymnazista občas na prázdniny. Měl uskladněnu spoustu reklamních brožurek farmaceutických firem, mimo jiné reklamu na právě se objevující hormony – jestli se nepletu, byl to estradiol nebo jiný estrogen. Reklama byla na pijáku. Tak si mne vybrala endokrinologie. Co do konkrétní perspektivy své práce v endokrinologii jsem si tehdy nemyslel nic, mě prostě zaujalo, že ty hormony jsou něco úplně nového, zajímavého, že se začínají lidem dávat a že jim to pomáhá. Přesně tak jsem je taky představil v referátu, který jsem měl někdy v septimě nebo oktávě gymnázia: Nový druh léků.

Třetí podstatnou věcí pak bylo to, že jsem na gymnáziu měl za profesora přírodopisu Zdeňka Černohorského, pozdějšího profesora botaniky na Přírodovědecké fakultě UK, ten dovedl vzbudit zájem o přírodní vědy a dokonce nás vedl k samostatné práci; museli jsme dělat referáty o zajímavých objevech, číst časopis Vesmír… Chodil s námi na přírodovědné exkurze, například si pamatuji výpravu do Lochkovského údolí u Radotína, kde nám ukazoval kvetoucí bělozářku liliovitou. Tím vším bylo dáno jádro mého zájmu o přírodní vědy a přes toho strýčka už vlastně i o medicínu. Lze ale říct, že od medicíny-lé-

kařství k medicíně-výzkumu mě přesměroval především profesor Černohorský.

Po maturitě v roce 1943 jsem byl totálně nasazen v Českomoravských strojírnách v Karlíně a pak ve Vysočanech. Dokud to šlo a nebyly „dvanáctky", to jest směny od šesti do šesti, jeden týden ve dne a další v noci, a to včetně soboty, vetřel jsem se na schůze Spolku českých lékařů v Lékařském domě. Útržkovitě vzpomínám na rozpaky, které jsem jako devatenáctiletý mladík cítil, když na schůzi Spolku kdosi demonstroval pacientku tak, že ji zcela svlečenou nechal pochodovat centrální uličkou, která ve velkém sále Lékařského domu rozdělovala sedadla posluchačů. Nebyl to od toho přednášejícího moc inteligentní přístup… Já se v tu chvíli strašně bál, že mě odtamtud vyhodí – co jako obyčejný maturant mám koukat na nahaté pacientky!

Jednou tam ale demonstrovali pacienta – slepce, který měl hypogonadismus a trpěl obezitou. V diskusi vystoupil profesor Charvát: Jedním z faktorů jeho onemocnění prý mohl být nedostatek světla! To jsem si nějak zapamatoval, a když jsem po dvou letech mohl začít studovat a pracovat, vrátil jsem se k tomu.

Koncem čtyřicátých let pak v Maudsley Hospital v Londýně lektor anatomie Geoffrey Wingfield Harris dělal pokusy na fretkách a zjistil, že závislost pohlavního cyklu na světle je dána existencí takzvaných portálních cév, které spojují mozek s hypofýzou, zdrojem pohlavních hormonů, gonadotropinů. Když jsem po válce na ty Harrisovy práce padl, začal jsem mít zájem o vliv světla na endokrinní systém. Vlastně lze říct, že totální nasazení za nacistické okupace sehrálo v mém životě pozitivní roli… Ovšem pokud jde o můj zájem o endokrinologii a vliv světla na endokrinní systém – jádrem věci byl profesor Josef Charvát. Ale té „pozitivní role" totálního nasazení bylo víc. Především jsem měl spoustu času na studium – za relativně snesitelných podmínek. Ve fabrice nebyla skoro žádná práce, nebyl materiál – ale být se tam muselo. Sehnal jsem si učebnice a v podstatě jsem nastudoval celé první rigorózum, takže po osvobození jsem mohl hned začít skládat zkoušky, a při tom jsem mohl být zaměstnán. Šel jsem za profesorem Charvátem, řekl mu, že jsem skaut, že studuji medicínu a že bych chtěl u něj něco dělat. Poslal mě do laboratoří a několik měsíců jsem dělal vyšetření moče, krve na glukózu, hemogramu, žaludečních šťáv… Dokonce jsem za to dostal zaplaceno. Takže jsem donedávna byl věkově i služebně nejstarším zaměstnancem VFN. Pak mě profesor Charvát poslal na fyziologický ústav k profesoru Laufbergerovi, ale to už je další kapitola.

Ještě k té okupaci a totálnímu nasazení: Jak jsem měl čas, tak jsem se taky naučil francouzsky (matka mi korigovala výslovnost) a rusky, ze školy jsem uměl německy a anglicky, takže jazykově jsem byl vybaven – mohl jsem přednášet ve Francii i v Rusku.

Ale hlavně jsem při studiu mohl pracovat a vydělat trochu peněz. Už na gymnáziu jsem dával kondice, takže od septimy jsem od rodičů potřeboval jen byt a stravu – co se týče kapesného a oděvů, byl jsem soběstačný. Postupně jsem na fyziologickém ústavu byl demonstrátorem, pomocnou vědeckou silou a výpomocným asistentem – to vše při studiu, navíc jsem jako laborant pracoval u docenta Šilinka. Na fyziologickém ústavu jsem dělal praktika pro mediky a začal vědecky pracovat, studovat již zmíněný vliv světla na endokrinní systém – za studia jsem měl 15 publikací, z toho dvě ve Francii a jednu dokonce v Nature. Ještě byl z toho totálního nasazení další „zisk", i když poněkud pochybený. Jeden „spolunasazenec" v Kolbence byl marxista a nosil mi různé brožury, což sice bylo poněkud riskantní, ale zajímavé: po osvobození Sovětským svazem jsem brzy pochopil, co nás čeká. Že to bude na pětačtyřicet let, jsem ovšem netušil.

prof. MUDr. Vratislav Schreiber, DrSc.

Narodil se roku 1924 V Praze, Fakultu všeobecného lékařství (dnes 1. LF) UK v Praze absolvoval v roce 1950, v letech 1957–2010 působil na její III. interní klinice v Laboratoři pro endokrinologii a metabolismus, od roku 1963 DrSc., od roku 1969 profesor. V roce 1961 objevil hormon TRH (hormon uvolňující thyreotropin). Získal mj. dvě státní ceny za vědu (1967, 1988) a medaili Za zásluhy o stát v oblasti vědy (2003), je historicky prvním laureátem ceny *Praemium bohemiae* (2002). Zakládající člen Učené společnosti ČR (1994), dlouholetý popularizátor vědy.

Má syna, rovněž lékaře.

Zdeněk Susa

Chvála paměti

„Hm," zabručel doktor Hůlka, „když už mluvíme o lidské paměti, pánové, něco vám k tomu řeknu." Odmlčel se, napil, a teprve když viděl, že se k němu všechny tváře kolem stolu obrátily, pokračoval: „Jistě, situace, kdy jdu do předsíně a cestou zapomenu, proč tam jdu, nebo že nevím, co jsem měl včera k obědu, znám dobře taky. Ale navzdory tomu se někdy sám podivuju nad tím, co si všechno pamatuju. Víte, takové věci, o kterých vůbec netuším, že je mám v hlavě. A ony tam jsou…

Medicínou se zabývám už přes půl století – když ke své praxi připočtu i léta na fakultě. Dělal jsem všelicos, ale v poslední době – asi tak pětatřicet let – se zabývám hlavně dýcháním. Proto za mnou většinou chodí pacienti, kteří kašlou nebo jsou dušní. Tuhle – asi tak před čtyřmi lety – ke mně přišla stará dáma, praktická lékařka v penzi. Její muž – také starší lékař penzista – mi předtím zavolal, že jeho žena je v poslední době nápadně dušná a abych jí tedy vyšetřil plíce a něco s tím udělal. Já jsem si tu kolegyni posadil v ordinaci, povídal si s ní a pak jsem ji nejdřív ze všeho poslal na kolonoskopii, což je vyšetření tlustého střeva… A ten nádor tam byl.

Tomu se nedivte. Vypadá to jako kouzlo, ale je to vlastně docela jednoduché. Pacienti si většinou neuvědomují, že už při vstupním rozhovoru je současně vyšetřujeme – tím, že se na ně díváme. Samotnou řečí a pohledem – když se dobře ptáme a dobře díváme – můžeme zjistit naprostou většinu údajů, které potřebujeme ke stanovení diagnózy. No a já se na tu dámu díval a viděl jsem, že je nápadně bledá – chudokrevná se říká, my říkáme anemická. Přitom mi ani ona, ani její muž o anémii nic neřekli. Proč neřekli? Protože si jí nevšimli. – A jak si mohli nevšimnout něčeho tak nápadného? No proto, že ta paní anemizovala pomalu. Když člověk ztratí hodně krve najednou, určitě o tom bude vědět. Ale když ztrácí krev po kapkách, bude sice každý den o trochu bledší, ale ten rozdíl den ode dne bude tak malý, že si ho nevšimne ani on sám, ani jeho okolí. K lékaři ho nedožene jeho bledost, ale jiný projev nedostatku krve – vlastně červeného krevního barviva – a to v tomhle případě byla dušnost.

Když jsem při rozhovoru s tou dámou došel v myšlenkách až sem, zazněla mi najednou v hlavě věta: ‚Když k vám přijde pacient, který pomalu anemizuje a je mu nad šedesát let, hledejte nádor trávicího traktu, dokud ho nenajdete.' Hned jsem ji tedy poslal na tu kolonoskopii, a jak říkám, byl tam nádor… Malý, dal se dobře vyoperovat a ta kolegyně je od té doby v pořádku – pěkně červeňoučká.

To celé vám říkám právě kvůli té větě, co mi zazněla v hlavě. Slyšel jsem ji od nějakého svého profesora asi před padesáti lety. Padesát let jsem ji nepotřeboval, byla zasutá kdesi hluboko, takže jsem vůbec nevěděl, že ji v sobě nosím, ale když se objevila potřeba, ta věta se v pravou chvíli vynořila… Lidská paměť je prostě něco podivuhodného…"

Doktor Hůlka se odmlčel, zaregistroval, že mu padá pěna, rychle dopil a mávl na číšníka, aby přinesl další sklenici.

„Já jsem, pánové, zažil na fakultě ještě poslední učitele z předválečné doby, kteří měli přehled po celé medicíně. Internu jsem se učil z učebnice olomouckého profesora Lukla. Ten byl poslední, kdo si troufl napsat celou internu sám. Jeho učebnice byla proto přehledná, srozumitelná, bylo z ní jasné, co je hlavní a co vedlejší. Všechny další učebnice interny jsou už kolektivní a mají čím dál víc autorů. Jednotlivé kapitolky sice píší na slovo vzatí odborníci, ale taková učebnice je nutně nesourodá, a tím pádem nepřehledná, protože každý píše trochu jinak. A hlavně v ní chybí ten nadhled, který jsem poznal u svých starých učitelů.

To je myslím hlavní problém dnešního studia medicíny, že výuka je stejně rozdro-





bená jako ty učebnice. Nám přednášel celý rok jeden profesor – výuka šla tedy odněkud někam, přednášky na sebe navazovaly a medik – když dobře poslouchal – získal přehled o celém oboru. Dnes slyší medik při každé přednášce někoho jiného. Jednotliví specialisté vysvětlují úzký předmět svého zájmu a samozřejmě připomínají všelijaké své libůstky a podrobnosti. Studenti tak získají změť různě cenných informací – ale to oni nepotřebují! Podrobnosti mají v učebnicích a na internetu, k tomu nepotřebují přednášky. To, co jim chybí a co by měli slyšet, je systém. A ten jim může sdělit jenom dobrý učitel, který se studentům věnuje ne při jediné přednášce, ale delší čas…

Selský rozum by řekl, že učitelem má být v první řadě zkušený praktik, který má dobrý přehled o svém oboru a o jeho souvislostech, dokáže studenty oslovit a předat jim svoje zkušenosti. Ale na to se kupodivu nehledí, vysokoškolští učitelé se dnes vybírají úplně jinak. Při výběru učitelů je rozhodující, zda je ten uchazeč světově uznávaný odborník. A ta světová uznávanost se měří podle počtu jeho publikací v renomovaných mezinárodních časopisech a podle jejich ohlasu – to jest, v kolika jiných publikacích jsou jeho práce citovány. To je všechno hezké, ale podle toho se nepozná učitel, ale vědec. A vědci jsou dnes mnohdy velmi úzcí specialisté – musí být takoví, protože jinak by se jejich práce nedostaly do těch renomovaných časopisů… Dobrý vědec není automaticky dobrý učitel – spíše naopak, právě proto, že je specialista.

Specializace v dnešní medicíně je ovšem nutná, pánové. Medicína prochází obrovským technickým pokrokem. Lékař nemůže zvládnout všechny vyšetřovací a léčebné metody, musí se věnovat jen některým. Aby například kardiolog dobře katetrizoval – to je to vyšetření srdce zavedenou cévkou – nemůže se rozptylovat něčím jiným. Potřebuje katetrizovat denně několik pacientů, pak to dělá uvolněně, rychle a účinně. A má mnohem méně komplikací, než kdyby se zabýval celou kardiologií a katetrizoval jen občas.

Ale vedle špičkových specialistů potřebujeme ještě druhý typ lékařů. Takové, kteří budou mít o medicíně široký přehled a vedle medicínských znalostí budou také umět mluvit s lidmi. Ano, pánové, umění komunikace je na první pohled prosté, ale sami vidíte, jak je dnes vzácné… Tihle lékaři budou pacienty znát, budou jim nálezy od specialistů „překládat do češtiny“ a provádět je světem specializované medicíny. Specialisty vychováváme poměrně úspěšně, ale takovéhle důvěrné či rodinné lékaře s všeobecným rozhledem zatím vychovávat neumíme. A v tom je myslím zakopaný pes dnešní medicíny – a nejen naší české.

Nedávno jsem mluvil s pracovnicí organizace *Lékaři bez hranic* – to jsou týmy lékařů a sester, které vyjíždějí do míst všelijakých katastrof všude po světě. Vysvětlovala mi, že pro nábor lékařů nemají žádný věkový strop a že na mise posílají raději lékaře staré než mladé. Říkala, že ti mladí sice dobře ovládají všelijaké přístroje, ale ti staří si poradí líp v nouzových situacích, kdy přístroje nejsou k dispozici. Stačí jim hlava, oči, ruce a umění improvizace… Tak jsem začal uvažovat, že po sedmdesátce ještě někam vyjedu…

To jsem se dnes zapovídal…“ Doktor Hůlka se podíval na hodinky a vyskočil od stolu. „Musím domů, moje žena bude mít starosti, kde tak dlouho jsem. Víte, ona po těch padesáti letech beze mne neusne. Tedy abyste rozuměli – neusne, když nechrápu vedle ní.“ Zasmál se a s rozepnutým kabátem vyběhl do noci.

Chvála komunikace

Doktor Hůlka si upravil mikrofon, rozhlédl se po sále a spustil: „Dámy a pánové, výhodou nás lékařů na obecné rovině je, že se u nás pacient svléká… Svlečený pacient je zajímavý – myslím nejen tím, že nemá šaty. I když i to je někdy zajímavé – například když vás k sobě zavolá vysoký ústavní činitel a vy ho vidíte doma v teplácích a pak bez tepláků. To je pohled, který hned tak někomu umožněn není.

Ale podstatné je, že pacient se šaty odkládá i všelijaké své masky a kamufláže. Má přece starosti, svěřuje se nám, hledá pomoc. Přichází s důvěrou. Tu důvěru nesmíme promarnit, jinak ztratíme všechno! Důvěra je ve vztahu lékař–pacient nesmírně důležitá. Já jsem internista, jak víte. A internista nemůže pacienta oslnit svou manuální zručností, internistu nemůže předcházet pověst šikovného lékaře. U internisty záleží úplně všechno na komunikaci.

Dobrou komunikací stanovím diagnózu – a co jiného je anamnéza než komunikace? Dobrá anamnéza je umění, ale mnoho z vedení anamnézy se dá naučit. Už od toho,

jak se s pacientem přivítám, jak dlouho ho nechám mluvit, aby mi své obtíže vylíčil tak, jak sám chce, kdy a jak ho přeruším svými otázkami… Kdosi kdysi spočítal, že když neodbudeme anamnézu, získáme osmdesát procent údajů, které potřebujeme ke stanovení diagnózy… Moji staří učitelé mě učili lékařské přísloví: ‚Naslouchejte pozorně nemocnému, říká vám totiž diagnózu!'

A navíc, dobře vedenou anamnézou utužím pacienta v jeho důvěře. Když má pocit, že je v dobrých rukou, když mi bude věřit, bude se líp léčit. Tenhle účinek důvěry, která sama zmírňuje obtíže nemocného, dobře známe všichni a říkáme mu placebový efekt. Není to žádné kouzlo, není na tom nic špatného. Řekl bych dokonce, že náš pacient má právo na svůj placebový efekt! Věděli to už dávní lékaři, když říkali, že ‚neulevilo-li se pacientovi po rozhovoru s lékařem, pak nemluvil s lékařem'… Pacient odchází z ordinace, v ruce si nese recept, ještě se nezačal léčit a už se mu má ulevit. Jen tou důvěrou, vědomím, že tenhle člověk – lékař – má o něj zájem, že mu rozumí, že mu pomůže…

Obávám se, dámy a pánové, že hlavní nemocí současné medicíny je špatná komunikace. Lékaři, kteří špatně komunikují, ztrácejí důvěru a vyhánějí pacienty ke všelijakým léčitelům, kteří mnohdy komunikují lépe a mistrně využívají placebového efektu. Ten totiž působí stejně u lékařů jako u léčitelů.

A ještě jedna poznámka: Abych u pacienta vzbudil důvěru – v sebe, v léčebný postup, v lék, který podávám – musím sám věřit, že je to pro nemocného dobré. Jinak ho nepřesvědčím. Existuje totiž i nonverbální komunikace, komunikace beze slov. Tím, jak se dívám, jakou mám mimiku, tím, co ze mne vyzařuje, ovlivňuji druhého člověka někdy víc než slovy. Když budu pacientovi něco doporučovat a sám nebudu věřit, že to je pro něj dobré, většinou to pozná. Bude to, jako když špatný herec odříkává roli a divákům je jasné, že to je umělé, falešné. Jen podvodníci dokážou říkat lži důvěryhodně…"

Doktor Hůlka se zarazil – až doteď mluvil spatra – a snažil se nenápadně podívat do papírů, které měl před sebou. K nenápadnosti to mělo daleko, protože ty potměšilé papíry se seřadily nějak jinak, než měl v úmyslu. Doktor Hůlka v nich listoval, hledal a trpce si uvědomoval, že s přibývajícími lety se musí do těchhle taháků dívat stále častěji a že by si je měl tedy pečlivěji připravovat. Ještě že mu nespadly na zem! Zahekal a pokračoval v přednášce:

„Jako lékař jsem ve vztahu k nemocným v dominantní roli, mohu je ovlivňovat – v jejich zájmu – k důvěře, uklidnění a naději. Ale mám zkušenosti i z opačné role, když se někdo snaží ovlivnit mě. Bývají to zástupci farmaceutických firem. Ohlásí se, požádají, zda bych jim mohl věnovat trochu svého času, a pak se mnou hovoří, aby mě přesvědčili, že lék, který reprezentují, je pro moje pacienty to nejlepší. Takový zástupce je buď mladý muž v korektním obleku s kravatou, nebo – častěji – mladá žena v sukničce přesně střižené tak, aby byla ještě korektní, a s výstřihem, který přesně odhaluje, co má být viděno, a zakrývá, co má být zakryto. Posadí se, dá nožku přes nožku a začne odříkávat, co se naučila v příslušném kurzu. Je to velice nudné. Mnohdy o tom léku vím víc než reprezentant, nicméně ho musím vyslechnout, protože reprezentant jinak nedá pokoj. Po několik let jsem sloužil jako expert pro Státní ústav pro kontrolu léčiv, dostával jsem před registrací léku balíky veškeré dokumentace, musel se tím prokousat a pak jsem psal dobrozdání, zda je ten lék přínosem a zda má být u nás registrován. A po čase přijde reprezentantka, aby mě o tom léku poučila…

Reprezentanti procházejí kurzy komunikace, ale asi jim tam nikdo neřekne, že je velký rozdíl mezi odříkáváním naučené role a sdělením z vnitřního přesvědčení. A že nemohou svou rychle naučenou moudrostí oslňovat lékaře, kteří v oboru pracují řadu let a vědí své. Mnohem účinnější je – a to i pro ten lék –, když dokážou být lékařům prostě lidsky sympatičtí. Když má takový mladík či dívka lidské rozměry, je mnohem zajímavější a lékař si s ním docela rád chvíli pokecá – a nemusí to být zrovna o tom léku. Nedávno jsem jednomu chlapci, který mě přišel přesvědčovat o výbornosti čehosi, řekl, že se mi líbí, že to neodříkává, ale mluví normálně lidsky. Řekl mi na to: ‚Vidíte a v těch kurzech jsem byl nejhorší.' Tak nevím…

A ještě s jedním druhem komunikace mám zkušenosti, které by vás mohly zajímat. Je to komunikace na vědeckých sjezdech a sympoziích – jako teď tady. V poslední době je v módě kromě jednotlivých sdělení zařazovat i panelové diskuse. Ta myšlenka je dobrá, rozhovorem se může přijít k lepšímu poznání než řadou monologů. To by ovšem


Doc. MUDr. Sasa Zdeněk, CSc.

jednotliví řečníci museli poslouchat ty, kteří mluvili před nimi, a ve své řeči na ně reagovat. To se většinou neděje a panelisté jeden za druhým prezentují to své, jako by před nimi nemluvil nikdo. Tomuhle způsobu diskuse se říká dialog hluchých.

Když jde o setkání odborné společnosti, tak se přece už známe a předem víme, co kdo řekne. A když se pak panelová diskuse otevře otázkám z pléna, nijak se tím neobohatí. Ihned se přihlásí známí diskutéři, kteří diskutují vždycky a za všech okolností, nebo se ozvou ti, kteří jsou dotčeni tím, že nebyli zařazeni do panelu, a to svoje si přece řeknou. Takhle vedená panelová diskuse ovšem nemůže nic přinést. Kdysi – bylo to v Tatranské Lomnici na sjezdu jedné odborné společnosti – měla být odpoledne panelová diskuse. Při obědě mě oslovil předseda té společnosti, slovutný profesor, a řekl: ‚Hůlko, dnes už nic nového neuslyšíme. O vás je známo, že všude chodíte na výlety. Co byste mi doporučoval?' Vyjeli jsme spolu lanovkou na Skalnaté pleso a ve vysokohorském terénu jsme strávili několik hodin zajímavou diskusí o různých problémech – také odborných.

Oblíbeným způsobem, jak vyřídit protivníka v diskusi, je takzvané ‚nasazení psí hlavy'. Názory protivníka nejprve dezinterpretuji nebo přímo prohlásím, že prohlásil něco, co nikdy neprohlásil, a pak ho svým břitkým intelektem rozcupuji na malé kousky, že by od něho pes kůrku nevzal – to je nasazení psí hlavy. Napadený protivník se může bránit, ale je mu to málo platné, protože trocha špíny na něm vždycky ulpí – není totiž šprochu… Ale přece je jistější a účinnější nasazovat psí hlavu někomu, kdo není přítomen a nemůže se tedy hned bránit. Proto si naši politici s takovou oblibou vyřizují své spory přes média…

Kupodivu jsou zásady, jak zkvalitnit diskusi a vyvarovat se hluchých dialogů i psích hlav, známy už od hlubokého středověku. Scholastičtí učenci tehdy měli ve velké oblibě univerzitní disputace. Někdo ohlásil své teze a přednesl je. Pak se diskutovalo. Diskutující nejprve musel shrnout myšlenky předřečníka: ‚Ty tvrdíš to a to a dokládáš to tímhle. Rozumím ti správně?' Teprve když předřečník přitakal, mohl diskutující pokračovat: ‚Já však tvrdím naproti tomu tohle a dokládám to tímhle.' Jak krásná prevence proti nepochopením a dezinterpretacím!

Vypráví se, že stará Jednota bratří českých měla ve svých poradách zásadu: Kdo opakuje, co už někdo řekl, má hřích. Kdo opakuje, co už sám řekl, má smrtelný hřích! – Škoda, že už se dnes nebojíme hříchů, a to ani smrtelných. Jak bychom se mohli lépe domluvit! A co času bychom při tom ušetřili!"

Doktor Hůlka se odmlčel a podíval se na hodinky: „Promiňte, dámy a pánové, že jsem o tolik přetáhl vymezený čas… Děkuji vám za pozornost." A utekl z řečiště.

Cesta k medicíně

Kdo se domnívá, že k medicíně mě předurčila moje vlastní nemoc – tuberkulóza v mých sedmnácti letech – a zdravotnické prostředí, které jsem při tom poznal, mýlí se. Zrovna tak se mýlí ten, kdo si myslí, že to je dílo mé křesťanské výchovy a touhy pomoci bližnímu. Všechno to bylo jinak. Medicínu jsem si vybral vylučovací metodou.

Původně jsem chtěl studovat přírodní vědy nebo nějaký blízký obor. V širší rodině mi říkali „prófa", protože jsem znal všechny kytky. S velkým zájmem jsem si četl cestopisy o všelijakých výzkumných výpravách. Ale v tehdejší socialistické realitě jsem si uvědomoval, že nějaký výzkum ve vzdálených zemích nepřipadá v úvahu.

A co tedy příbuzné obory spojené s pobytem v přírodě – lesnictví, geologie? Na obou těchto školách se začíná praxí, která je tělesně namáhavá. To si teď – těsně po tuberkulóze – nemohu dovolit. Opatřil jsem si brožurku se seznamem všech vysokých škol, škrtal, co nechci nebo nemohu, a nakonec zbyla medicína. Skutečně vylučovací metodou – jako obor s nejmenším množstvím negativ.

Také svůj obor – internu – jsem si vybral postupnou eliminací. Během studia jsem zkoušel všelicos. Nejprve práci jako pomocná vědecká síla v teoretickém ústavu – na fyziologii. Vedle toho jsem si oťukával i praktické



obory. První byla neurologie. Okouzlilo mě neurologické vyšetřování, které škrábáním a klepáním kladívkem na povrch těla zjišťuje poruchy ve složitých strukturách nervové tkáně. Začal jsem chodit do neurologického kroužku. Neurologie mě ale brzy pustila; poznal jsem, že má sice velice jemnou diagnostiku, ale velmi omezené terapeutické možnosti – alespoň tehdy to tak bylo. Nechtěl jsem jen popisovat stavy, u kterých jsem mohl málo pomoci.

Pak jsem okusil chirurgii. Jednou týdně jsem chodil na chirurgickou ambulanci na poliklinice, umyl se, asistoval u operací, některé drobnosti sám operoval – samozřejmě pod dohledem. Na ambulanci se dělaly jen malé výkony v místním znecitlivění, bylo to takové jemné vyšívání, které se mi líbilo. Operoval jsem i v obličeji a šlo mi to. Začal jsem tedy uvažovat o chirurgii – takovéhle malé –, ale bylo mi jasné, že nejprve musím mít kvalifikaci v celé chirurgii, i v té „velké“. Přihlásil jsem se tedy do kroužku na chirurgické klinice. Za chvíli jsem byl na sále a asistoval při velké břišní operaci. Medik, který se učí, může být zpočátku pouze druhým asistentem. To je tak: Hlavní operatér stojí z jedné strany operačního stolu, jeho první asistent proti němu z druhé strany. Za hlavou nemocného sedí anesteziolog a jeho sestra, nad nohama nemocného kraluje sestra instrumentářka, která podává a odebírá nástroje. Jako děvče pro všechno obíhá kolem sálová sestra. Pro druhého asistenta místo vlastně není. Stojí vedle hlavního operatéra tak blízko, aby dosáhl do operačního pole, ale současně tak, aby se ho nedotýkal a nijak neomezoval jeho pohyby. Asistující musí být „úzký a plochý“ – to je základní příkaz. Druhý asistent obvykle „drží háky“, to znamená, že pomocí speciálních nástrojů roztahuje ránu tak, aby byla pro operatéry dobře přehledná a dostupná. Musí to dělat pod rukama hlavního operatéra co nejníže nad tělem pacienta, aby operatérovi vůbec nepřekážel. A musí to dělat značnou silou. Dovedete si jistě představit, jak je to obtížné, protože operační rána je mezi hlavním opera-

térem a prvním asistentem. Ten druhý ji roztahuje z boku a musí být tedy značně pokroucen. K tomu přistupoval problém mé výšky. Měřím, alespoň tehdy jsem měřil, 188 centimetrů a všichni chirurgové na klinice, kde jsem začal praktikovat, byli výrazně menší. Výška operačního stolu se ovšem nastavuje pro pohodlí operatéra, ne jeho druhého asistenta. Skláněl a skládal jsem se tedy ke stolu, který jsem měl někde nad koleny, kroutil jsem se do strany, abych byl „úzký a plochý" a vší silou roztahoval ránu. Přitom jsem mohl sledovat zlaté ruce operatéra a prvního asistenta a tím se učit. Po dvou hodinách tohoto učení jsem se nemohl narovnat. Zkusil jsem to ještě jednou se stejným výsledkem a pak jsem rozhodl, že chirurgie není můj obor.

V roce 1965 jsem v létě trávil povinnou praxi na gynekologii v Liberci. Upoutalo mě zvláště porodnictví. Střídali jsme se v nočních službách a místní lékaři a porodní báby nás nechali – pod dohledem samozřejmě – pomáhat při porodech. Z pražských klinik jsem to znal jen teoreticky, ono se totiž rodí víc v noci než ve dne a pražské stáže byly pouze dopoledne. V Liberci jsem tedy odvedl několik porodů. Naučil jsem se vážit si ženské statečnosti a považoval jsem si za čest, že jim při tom mohu trochu pomáhat. Vážně jsem začal uvažovat, že budu porodníkem. Ale nebylo možné být pouze porodníkem, musel bych být současně gynekologem. To by mi samo o sobě nevadilo, ale ke gynekologii patří potraty a ty se tehdy na gynekologiích dělaly jako na běžícím pásu. I k těm jsem se dostal. Dával jsem při nich anestezii, takže jsem viděl. Byl to pro mne strašný zážitek, když při kyretáži odcházela tu ručička, tu nožička. Věděl jsem, že kvůli tomuhle nemohu dělat gynekologii, a tedy ani porodnictví.

Takže teoretické předměty ne, neurologie ne, chirurgie ne, gynekologie ne. Byl jsem v šestém ročníku a nevěděl jsem, co chci dělat. Škrtl jsem ještě „malé" obory – oči, uši, kůži a podobně – protože ty je dobré ponechat ženským, a co zbylo, byla interna.

Interna je to, co zbylo. To je totiž nejlepší obecná definice interny. V historii existovala jedna všeobjímající medicína. Z ní se odštěpovaly různé obory a to, co zbylo, je interna. Obor, který nejvíc vidí celého člověka, ve kterém zbylo nejvíc starého šamanství – hovoříme, díváme se, dotýkáme se a tím se informujeme o dějích, které probíhají uvnitř těla; a potom je ovlivňujeme zase řečí a všelijakými prostředky zvenčí – zůstáváme vně, ale působíme uvnitř.

Vždycky jsem si říkal, a život mě o tom ujistil, že bych mohl dělat i jiné věci. Ale medicíny a interny zvláště v žádném případě nelituji. Celý život poznávám, jak zajímavá je to činnost.

doc. MUDr. Zdeněk Susa, CSc.

Narodil se roku 1942 v Praze. Promoval v roce 1966 na Fakultě všeobecného lékařství (1. LF) UK v Praze. Začínal jako lékař ve Františkových Lázních, mnohokrát musel měnit místo. Teprve v roce 1991 obhájil titul CSc. a roku 1993 se habilitoval. Působil jako docent na II. interní klinice 1. LF UK. Věnoval se hlavně dechovým funkcím a plicní cirkulaci.

V letech 1991–1997 působil jako synodní kurátor (nejvyšší laický představitel) Českobratrské církve evangelické. V šesti etapách absolvoval pěší pouť z Prahy do Santiaga de Compostela a na mys Finisterre (1991–1996); popsal ji ve dvoudílné knize *Ultreia. Zpráva o cestě z Prahy až na konec světa* (1998, 1999).

Má tři děti, jeden ze dvou synů je rovněž lékařem.

David Staš

O pacientech se mi i zdává

Pane doktore, praktický lékař je v očích většiny lidí synonymem medicíny. Jak jste se k této nejlékařštější specializaci dostal vy?

Na medicínu jsem šel s tím, že bych chtěl dělat pediatrii, potom přišel nápor zkoušek a já se jakýmkoli „oborováním" úplně přestal zabývat. Až asi tak ve čtvrtém ročníku, když už jsem začínal věřit, že bych školu mohl dokončit, jsem začal opět výběr specializace řešit. Dětské už mě ani nenapadlo, uvažoval jsem o různých jiných oborech, během stáží se mi hodně zamlouvalo ORL i některé interní obory. V páťáku jsme měli povinnou praxi v ordinaci obvodního lékaře. Byl jsem týden u praktika v našem malém městě a velice mě nadchlo jeho zaujetí pro medicínu, znalost jednotlivých pacientů a komplexnost řešení zdravotnické problematiky. Bylo to něco úplně jiného než v nemocnici, nešlo jen o vysoký tlak nebo slepé střevo, člověk musel mnohem víc vnímat i sociální a rodinné zázemí člověka, jeho finanční situaci… To byla asi chvíle, kdy jsem začal o praktickém lékařství vážně přemýšlet. Po ukončení medicíny jsem šel pracovat na internu, ale s víceméně jasným výhledem, že bych chtěl atestovat jako praktický lékař.

Jaký byl po fakultě váš střet s lékařskou realitou? Pamatujete si na svůj první samostatný případ?

Po škole jsem nastoupil na interní oddělení okresní nemocnice v Náchodě. První den proběhlo takové administrativní seznámení, vyfasoval jsem bílý plášť, razítka, klíče, svoji jmenovku a cítil se jako velký lékař, no a druhý den už to začalo: přidělili mi několik pokojů, vzal jsem si stoh chorobopisů a vyrazil na svoji první vizitu. Dodnes si pamatuji pacienty přesně po postelích! Na začátku jsem nevěděl, co mám dělat, sestry po mně chtěly spoustu věcí a vždycky to končilo větou: „To musíte rozhodnout vy, jste přece doktor!" Na to jsem nebyl vůbec zvyklý, vždycky jsem odcházel domů se stresem, jestli jsem něco nezapomněl, něco nepřehlédl… Kolikrát jsem se vracel, abych se ujistil, jestli jsem všechno správně rozepsal!

Hned druhý den zemřela na mém pokoji stará paní. Volaly mi sestry, že na mě na chodbě čeká její rodina, abych jim to oznámil. Byl jsem neskutečně vděčný, když starší kolega řekl: „Seď, já to vyřídím." Prvních pár měsíců po nástupu do práce bylo opravdu náročných, a nebýt skvělého kolektivu starších lékařů v čele s panem primářem docentem Josefem Jandíkem, nevím, jestli by mě to nezlomilo.

Jak často vás něco v ordinaci překvapí, jak často se musíte učit něco nového?

„Na obvodě" pracuji samostatně pouze jeden rok, takže se samozřejmě stane, že mě něco překvapí nebo zaskočí. Ze svého pohledu mám velkou výhodu v tom, že pracuji zatím jako zaměstnanec u dvou starších kolegů, se kterými mám možnost věci následně konzultovat či se poradit; toho si velmi vážím a jsem za to vděčný. Jinak samozřejmě mnohé večery trávím tak, že sedím u knihy nebo internetu a snažím se dovzdělávat, ale to je určitě osud každého lékaře.

Kolem hodnocení lékařského povolání se budeme točit častěji. Co máte na lékařském povolání nejraději a co vás na něm nejvíc štve? Pomineme-li věci společné s jinými profesemi, např. administrace je všude nesnesitelná, platy všude nízké…

Určitě nejkrásnější na lékařské profesi je vidět, že jste někomu dokázal opravdu pomoci, že vaše správné rozhodnutí dokázalo třeba i zachránit život. Práce mě velmi baví, pokud přijde pacient a já znám postup řešení jeho problému. A co mě na medicíně nejvíce štve? Asi ta velká zodpovědnost, pocit, že na mém



rozhodnutí závisí pacientův další osud. Ale to prostě k lékařskému povolání patří.

Média čas od času nafouknou příběh, kdy nějaký pacient vysoudí majlant za cosi často jen vydávaného za lékařův omyl. Jako důvod se většinou uvádí, že pominul to a to vyšetření a podobně. O tom, jak se u nás lékařskou péčí (samozřejmě nejen jí) plýtvá, v čím zájmu (kdepak zdraví, jde o kšeft!) i kolik se provádí zbytečných až škodlivých vyšetření, se taky píše. Ale v obou případech izolovaně, což pohled zkresluje. O tom, že oba tyto jevy jsou spojité nádoby, nepíše nikdo, poněvadž to už není jednoduché, jednoznačné, čtenářsky atraktivní.
Pane doktore, jak vy nakládáte se strašákem defenzivní medicíny, tedy latentním tlakem léčit místo optimálně tak, aby vás nikdo nemohl obvinit ze zanedbání?

Je to trend dnešní doby a myslím, že neblahý. Kolikrát se přistihnu při tom, že nepřemýšlím, co by pro pacienta bylo nejlepší, ale co vše je nutné udělat, abych nebyl postižitelný. A pak to dopadá tak, že se strkají hadice do devadesátiletých stařík jen proto, aby byla jasná diagnóza, a nasazujeme jim řadu léků, protože je to podle posledních doporučení, i když u konkrétního pacienta můžou převážit nežádoucí účinky léčby nad jejím benefitem. Myslím, že to ale není chyba hlavně lékařů, je to dáno nastavením společnosti; připadá mi, že lékař pomalu ztrácí mandát říct, že v konkrétním případě už nebude dělat další vyšetření, nebude dávat další léky, protože tady už to nemá cenu. To je pro společnost velmi špatně přijatelné.

S tím souvisí otázka: Může být pravda na tvrzení, které občas slýcháme, že čím horší lékař, tím dráž léčí?

Částečně to snad pravda je, ale jsou také lékaři, kteří nic neřeší, nikam neposílají; ti léčí sice levně, ale určitě taky ne správně. Mám takový pocit, že se z dnešní medicíny trochu vytrácí základní klinická vyšetření – poslech, poklep, pohmat, pohled. Starší lékaři tato vyšetření ještě dobře ovládají, protože se na ně museli spoléhat, ale my mladší už jsme asi příliš zvyklí na to, že se dá všechno vyšetřit nějakou zobrazovací metodou nebo laboratorně. Prostě se mi na tom břiše něco nezdá, tak udělám ultrazvuk. Tenhle člověk má nějaké divné obtíže, tak nabereme krev na všechno možné a něco z toho vypadne. Přináší to samozřejmě dnešní doba, kdy je k dispozici spousta vyšetření a pacient má právo na tu nejlepší dostupnou péči. Pokud lékař tyto možnosti nevyužije a něco zanedbá, dostává se z forenzního hlediska na tenký led. Je to takový začarovaný kruh, který činí moderní zdravotnictví drahé.

Lékař ví ze všech nejvíc o biologii života i o relativní nedostačivosti našich vědomostí v této oblasti. Setkává se nejen s příklady smůly, ale jevu snad ještě strašnějšího – naprostého morálního hazardu lidí (patrně hlavně mladých) ohledně svého zdraví. Jak se to projevuje na vašem životním názoru? Jste o to větší aktivista (např. za zdravý životní styl), nebo naopak fatalista (geny, vyšší moc apod.)? Může nebo dokonce má být člověk ke „zdravému" chování i nucen?

Pocházím z rodiny, kde se na zdravý životní styl dost dbá. Kouření či pití alkoholu bylo nepřípustné, jedlo se vcelku střídmě a rodiče mě vedli ke sportu. I nyní se s manželkou snažíme praktikovat tento střídmý zdravý způsob života. Je pravda, že pod náporem práce a stresu se člověku hůř dodržuje pravidelný stravovací režim a na pohyb už taky není tolik času. Mých deset kilo navrch za posledních pár let je toho důkazem. Přesto mě každodenní kontakt s pacienty ujišťuje v tom, že za velkou většinu zdravotních neduhů si můžeme sami. Často slýchávám od mladých kuřáků, že na něco se umřít musí, a takové ty historky, že děda taky kouřil a byl tady do 90 let. Jiná rozmluva je potom s pacientem umírajícím na rakovinu plic, který by rád mnohé věci vrátil, a už to nelze. Vzhledem k tomu, že chodím jednou týdně sloužit do hospicu, vídám takové pacienty vcelku často. Dalším velkým strašákem je pro mě obezita, která je morem naší generace. Je neuvěřitelné, jak výrazně větší nemocnost i složitost léčby u těchto pacientů bývá.

Lékař má nad pacientem informační převahu, která (přinejmenším v ordinaci) svádí k pocitu převahy lidské. Jak se tomuto pocitu bráníte? Kde je hranice mezi účelnou rozhodností a sebejistotou a patologickou neomylností a tvrdohlavostí?

Snažím se vždycky s pacienty vést dialog o jejich chorobě a představit jim, jaké jsou možnosti léčby, jaká jsou rizika a jaké řešení bych považoval za nejlepší. Je pravda, že většina pacientů nakonec řekne: „A co bys-

te si vybral vy?“ Občas se samozřejmě stane, zvláště dnes v době internetu, že může mít informační převahu pacient, týká se to zvláště pacientů se vzácnějším typem onemocnění, se kterým se lékař setká třeba jen párkrát za svoji praxi. V takových případech člověk prožívá horké chvilky, tady se mi zase vyplatilo říci slušně: „Nevím, musím se na to podívat,“ a pozvat třeba pacienta na jiný termín. Většinou to pacienti pochopili spíš, než když se člověk snaží dělat, že on je lékař a ví všechno nejlíp.

Lhát se nemá, obecně vzato. Uznáváte existenci pia fraus*? Pokud ano, kdy, komu, za jakých podmínek? Lze si představit, že začínající lékař lhát neumí, čímž vlastně nadělá víc škody než zamýšleného užitku. Naučit se věrohodně lhát tedy patří k jeho profesnímu zrání. Učili jste se na fakultě lhát? Jenže co opakované „lhaní pro dobrou věc“ udělá s lékařovou „duší“, která ví, že lhát se nemá?*

Lhát jsme se na fakultě opravdu neučili, možná na nějakém „cvíčku“ z etiky či psychologie jsme se učili sdělovat nepříjemné diagnózy, ale už si na to nepamatuji. Dnes se razí trend sdělovat pacientovi plnou pravdu o jeho zdravotním stavu. Je fakt, že pacient má právo vědět o svém stavu vše, ale myslím, že je třeba zohlednit mnoho atributů. Například devadesátileté babičce, která sotva vnímá, nebudu za každou cenu sdělovat, že má rakovinu a brzy zemře, naopak člověku, kde je nutné, aby si skrze vážnost svého stavu uvědomil nutnost zahájení agresivní léčby či vypořádání rodinných a finančních záležitostí, je třeba pravdu sdělit bez zbytečných odkladů. Každopádně jsem přesvědčen o tom, že lékař nesmí sebrat pacientovi naději. Jelikož jsem věřící, snažím se v těchto situacích poukázat pacienta na to, že přestože lékařská věda je na jeho nemoc krátká, je zde nad námi někdo, kdo může pomoci i v neřešitelných situacích. V tomto je asi lehčí rozmluva s pacientem, který také věří.

Jste spokojen se svojí lékařskou specializací, nebo byste dnes, mít možnost „vstoupit do téže řeky“, zvolil jinou?

V rámci předatestační přípravy jsem musel absolvovat stáže prakticky na všech odděleních a všude jsem slýchával, jak ten daný obor je náročný a jak ty ostatní to mají jednoduší. A zvlášť tihleti „obvoďáci“: V poledne jsou doma, pošlou do nemocnice „každou blbost“ a ještě za to berou velké peníze. Když se zpětně ohlédnu, každý obor medicíny má svoji náročnost, má svoje hezké i stinné stránky. Přesto bych o něco výše postavil všeobecnou chirurgii a zvláště všeobecnou internu, protože jejich záběr je nejširší, a pokud nastane nějaká komplikace u pacienta na jiném oddělení, většinou je na internu přeložen k dalšímu řešení.

Co se týče praktického lékaře, přestože mnozí tento lékařský obor snižují, myslím si, že pokud se dělá poctivě, patří k těm náročnějším. Praktik by měl být alespoň okrajově seznámen se všemi nemocemi, musí zachovat bdělost a nepřehlédnout závažnou nemoc v záplavě banálních stavů. Často mu k rozhodnutí musí stačit výpověď pacienta a jeho základní smysly, často se nemá s kým poradit a s nepříjemným pacientem se musí často potýkat od jeho mládí až do smrti. Přesto bych v tuto chvíli neměnil.

Působíte na malém městě. Liší se nějak podstatněji lékařství ve městě a na venkově?

Mám úvazek v ordinaci praktického lékaře v okresním městě, kde je i velká nemocnice, a zároveň jeden den v týdnu pracuji v ordinaci na malém městě, kde není možnost dalšího speciálního vyšetření a nejbližší nemocnice s rentgenem, ultrazvukem a dalšími přístroji je vzdálena dvacet kilometrů. Rozdíl je docela veliký i v samotném spektru pacientů, kteří přicházejí do ordinace. Ve městě dost pacientů s akutním stavem vyrazí přímo do nemocnice nebo za svým specialistou, kterého už někdy předtím navštívili. Je možné si nechat udělat sonografické či rentgenové vyšetření a pacient je za chvíli zpět s výsledkem, odběr krve lze odeslat do laboratoře během celého dne. Naproti tomu na malém městě či vesnici musí lékař vyřešit víc věcí sám, musí hlouběji přemýšlet nejen o indikaci vyšetření, ale i o tom, jak se pacient na vyšetření dostane, jak transport zvládne. Musí rovněž počítat s tím, že výsledek bude mít nejdříve zítra. Rozdíl vidím i v péči o chronické pacienty, není výjimkou, že pacient ve městě navštěvuje s vysokým tlakem, nekomplikovanou cukrovkou či onemocněním štítné žlázy specialistu, na venkově většinou tato onemocnění hlídá praktik. Samozřejmě je to můj subjektivní názor.

Lékař působí mezi lidmi, je pro ně autorita. Neměl by jako takový přispívat společnosti



i něčím navíc? Přinejmenším osobním příkladem – nemůže se z hospody motat a podobně. Cítíte se pod drobnohledem?

Vnímám, že lékař je osoba svým způsobem veřejná a určitě by i jeho civilní život měl být slušný a příkladný.

Když jsem v rámci předatestační přípravy docházel na infekční oddělení, často se mi nechtělo obcházet celý areál nemocnice a cestu jsem si zkracoval přes plot. Nebyl úplně nejnižší a překonat ho mi někdy chvíli trvalo. Když jsem jednou takhle visel na plotě, šel okolo jeden můj pacient a povídá: „Dobrý den, pane doktore, nepotřebujete pomoc?“ Necítil jsem se tenkrát zrovna nejlíp… Myslím, že lékař je ve společnosti víc sledován a dost lidí dá na jeho názor i v oblastech, které nesouvisí se zdravím. Pokud pochybí ve svém civilním životě, je to zkrátka víc vidět a víc lidí to ovlivní.

Jste relativně mladý, což může být i hendikep. Cítíte ho? Jak se projevuje?

Samozřejmě největším hendikepem je nedostatek zkušeností a konkrétně „na obvodě“ nedostatečná znalost pacientů. Zkušený starý praktik zná své pacienty od mládí, zná jejich rodiče i prarodiče, vztahy v rodině i sociální situaci. Ví, kdo často zveličuje a kdo naopak své problémy bagatelizuje. Když jsem byl na stáži u svého školitele, překvapilo mě, že někdy u velkých stesků zůstává v klidu a naopak při banálním sdělení zpozorní. Tyto věci se člověk nenaučí na medicíně a může je získat jedině praxí.

Jaký máte pocit, když potkáváte lidi, které jste uzdravil nebo dokonce sundal hrobníkovi z lopaty? A jaký, když potkáte člověka, kterému jste odborně uškodil?

Ano, je neskutečně příjemné, když přijde pacient a řekne: „Vy jste mi opravdu pomohl, vy jste to správně rozpoznal, vy jste mě zachránil!“ Dodává to člověku energii do další práce. Ale většinou se pacient nevrací do ordinace proto, aby vám řekl, že mu je dobře a nic nepotřebuje. Vracejí se naopak ti, u kterých léčba nefunguje nebo jsou s něčím nespokojení. A to je často frustrující.

Patřím mezi lidi, kteří si neúspěch či chyby dost berou. Pokud se něco nedaří, často si v hlavě probírám, jestli jsem něco neměl udělat jinak nebo jestli jsem něco nepřehlédl. Beru si i věci, které nejsem schopen



ovlivnit, nedokážu je nechat uvnitř ordinace, takže často s myšlenkou na pacienta usínám a ráno se probouzím. V nejhorším případě se mi o něm i v noci zdá. Věřím ale, že i to se časem zlepší.

Potřebuje „duše“ lékaře, aby měl její nositel širší kulturní povědomí? Může lékařův všeobecný rozhled prospívat pacientovi? Jaké jsou vaše kulturní zájmy?

Nevím, jestli je pro lékaře nezbytné mít široké kulturní povědomí, ale určitě je vhodné, pokud lékař nevnímá život pouze jako soubor fyzikálních, chemických a biologických zákonů. Jak jsem již uvedl v předchozích odpovědích, věřím v Boha a čtu Bibli, která o Bohu mluví, a zde nacházím odpovědi na mnohé otázky, které život přináší. Pomáhá to mně osobně, ale věřím, že je to užitečné i pro moje pacienty.

Dovedete se ještě nad nějakým případem opravdu dojmout? V čem může být účast či dokonce soucit lékaře dobrým a v čem zlým pánem?

Když jsem byl v pátém ročníku na medicíně, zemřel mi po půl druhého roku dlouhém souboji s rakovinou otec. Prožil jsem s ním toto onemocnění od stanovení diagnózy přes operaci, ozařování, chemoterapie až po poslední vydechnutí. Nebylo to lehké období, a pokud se setkám s pacientem, který má podobný úděl, či jeho rodinou, tak mě to vždycky zasáhne víc, než kdybych něco takového neprožil, a celá ta událost se mi v myšlenkách vrací. Vnímám v tom ale i určitou výhodu – dokážu se těmto pacientům a jejich rodinám lépe přiblížit a víc je pochopit, než kdybych něco podobného neprožil. A pokud člověk řekne, já vás chápu, já

to taky prožil, významně to jeho vztah s pacientem posune.

Lze říci, že lékař s praxí lidem dost rozumí. Myslíte si, že laická veřejnost lékařům rozumí taky? V čem se veřejnost v lékařích podle vás nejvíc mýlí?

Každý obor lidské činnosti má svoje specifika, svoje krásy i strasti, které člověk nedokáže pochopit, dokud si je nezkusí. To platí i u lékaře. Myslím, že pacienti a laická veřejnost obecně se mohou do jeho role velmi těžko vžít či ji pochopit. I když podle mé zkušenosti většina lidí, zvláště těch starších, povolání lékaře uznává a váží si ho. To nepochopení bych viděl v tom, že laik není schopen dobře rozlišit určitý výkon lékaře. Pokud například lékař nepozná infarkt nebo zánět slepého střeva, je to břídil, vždyť to pozná i vrátný v nemocnici, a na druhou stranu pokud rozpozná například pásový opar, je to borec. Ale všichni lékaři vědí, že s tím „infarktem" či „slepákem" je to někdy velmi ošidné a složité. O to horší je, když se k tomuto laickému názoru někdy nechají svést i média.

Má vaše profese nějaký vliv na chod a řízení vaší rodiny?

Jak jsem už řekl, jsem ten typ, který si svoji práci nosí v myšlenkách domů, takže na mě manželka občas při obědě mluví a já neodpovídám, protože jsem duchem ještě v ordinaci. Někdy to odnesou i děti. Samozřejmě k povolání lékaře patří, že vám občas někdo večer zavolá, že má ten a ten problém, a potom rodinné plány berou za své. Ale jsem vděčný za to, že manželka Šárka má pro moje povolání pochopení a plně mě v něm podporuje, i když to pro ni i děti není vždycky lehké. Pracuji prakticky na čtyřech místech a často přijde nabídka vzít ještě někde další službu či někoho zastoupit… Člověk musí dokázat stanovit nějakou hranici, za kterou už nejde, jinak by to zničilo jeho i rodinu. To se mi zatím vcelku daří.

Dovedete si představit odchod do penze či jinam a svoji existenci bez medicíny?

Do důchodu bych měl jít v roce 2048 a kdoví, jestli ještě nějaký důchod v té době bude, takže o tom zatím moc nepřemýšlím. Každopádně medicínu mám rád, ale nejsem ten typ, který by bez ní nemohl žít. Jsem schopen si představit, že bych dělal i jinou práci – jak manuální, tak administrativní. Do politiky se v žádném případě nechystám.

Jak byste seřadil plusy a minusy svého povolání, jak se vám jeví teď, a porovnal je se svojí „vstupní kalkulací", tedy jak jste uvažoval a s čím jste počítal jako středoškolák při volbě lékařského povolání?

Co na mě nejvíc doléhá, je asi ta velká zodpovědnost, že na mém rozhodnutí závisí další osud pacienta; to jsem si nějak nepřipouštěl, když jsem medicínu studoval.
Co se týče plusů:
- velká radost, když se daří,
- pocit, že člověk dělá něco prospěšného pro druhé,
- určitá jistota práce a příjmu v dnešní nejisté době,
- společenská prestiž.

A minusy:
- mimořádná zodpovědnost,
- velké starosti, když se něco nedaří,
- i když se člověk snaží udělat maximum, nemoc dřív nebo později vítězí.

Jaké je vaše největší osobní lékařské přání?

Primum non nocere – především neškodit.

Cesta k medicíně

O dědění povolání u mě nemůže být řeč. Po revoluci můj otec a strýcové založili stavební firmu, a já proto víceméně počítal, že půjdu v jejich šlépějích a zapojím se do rodinného podnikání. A tak jsem se po základní škole chtěl přihlásit na stavební školu, ale učitelka, která měla na starosti doporučování vhodného povolání, mi tenkrát – už ani nevím proč – řekla, že by to pro mě nebylo to pravé. Tak jsem šel na gymnázium s tím, že se uvidí. A tam už mě začala medicína lákat, velmi mě bavila biologie člověka. Zní to naivně, ale sledoval jsem různé lékařské seriály a celkově mě ta práce přitahovala, přestože jsem neměl na očích žádnou konkrétní praktickou zkušenost z okolí. Avšak moje celkové

výsledky nepatřily k nejlepším a medicína se mi zdála jako něco nedostižného. Po maturitě jsem si z pragmatických důvodů dal přihlášku na stavební fakultu a s pocitem, že bych litoval, kdybych to nezkusil, i na medicínu. Na „stavebku" jsem se dostal, na medicínu ne. Nastala těžká chvíle rozhodování. Tady mě velmi podpořili rodiče, kteří mi nabídli, že mi zaplatí roční přípravný kurz na medicínu. Intenzivně jsem se celý rok učil a napodruhé jsem se už na medicínu dostal.

Další věc, která mě hodně ovlivnila při výběru povolání, je víra v Boha a určitá touha být i ve své práci lidem užitečný.

MUDr. David Staš

Narodil se roku 1980 v Karlových Varech, vyrostl a žije ve Rtyni v Podkrkonoší. Maturoval na gymnáziu v Trutnově, 1. LF UK absolvoval v roce 2006. Po dvou letech práce na interně nemocnice v Náchodě a dvou letech předatestační přípravy v oboru praktické lékařství pro dospělé v Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) Praha je od roku 2010 praktickým lékařem v Červeném Kostelci a Náchodě.

Žije s manželkou Šárkou, která je učitelkou anglického a francouzského jazyka, toho času na rodičovské dovolené s tříletou Kristýnou a roční Andreou.

Aleksi Šedo

Zamyšlení o duši lékaře aneb duše, kam se podíváš...

To je zvláštní… sousloví „duše lékaře“… zní dobře; má trošku patos, láká špetkou pocitu výjimečnosti, svádí malinko k ješitnosti. Medicína je nádherná profese a úžasnou duší bychom se rádi honosili snad všichni. Jenže, co vlastně je ta „duše lékaře“? To nebude tak snadné jako hardware–software. Pro lékaře si patrně vystačíme s definicí kvalifikace, profesními a osobnostními předpoklady, možná krátce podiskutujeme o oborových souvislostech a rozpětí disciplín, které do biomedicíny patří. Ale duše? Na té si lámou zuby filozofové, pracují s ní náboženství a snad do ní trochu vidí naši kolegové psychologové či psychiatři. Ti poslední se ovšem názvu „duše“ spíše vyhýbají. Samozřejmě; lze snad s duší experimentovat? Ponecháme-li stranou, že jí lze škodit, taktéž ji špinit, lámat, zaprodat, jak ji pojmout vědecky? Představuje něco tak křehkého a prchavého, že většina z nás asi cítí určitou potřebu šetrnosti i ostychu. Patrně i velmi vyhraněný materialista připustí, že některé jeho vlastní zkušenosti, setkání, poznání se jej dotkly „kdesi v duši“. Průsečíky jeho cesty s cestami druhých. Náhlé vhledy, pocit nalezení „správné cesty“ nebo „správného člověka“. Pocit pohledu do Buddhovy Zahrady, místa s vymezeným ideálním řádem. A pak třeba následné zklamání z omylu, vystřízlivění, pochopení, že někdy vidíme věci, jak je vidět doufáme, a ne takové, jaké opravdu jsou; další z řady poučení, při nichž cítíme, že duše je asi místem, kde také skladujeme nasbírané stíny (lékař by možná hovořil o tezaurismóze, nemoci ze střádání toho, co nám škodí, ale čeho se nedokážeme nijak zbavit) či kde se odehrávají naše souboje s démony vlastní osobnosti.

Pokud se zamyslíme dále, je duše lékaře nějak jiná? Lepší či horší než duše nelékaře? Je to něco podobného základnímu a aplikovanému výzkumu? Duše lékaře jakožto profesionální aplikace duše obecné? Dostává se tedy spolu s diplomem, takříkajíc v rouře? Vydává ji pan rektor z tajného skladu Karolina? Možná se tyto duše skrývají v sejfu s insigniemi, pod ochranou zdobného pedela… Jsou snad lékaři těmi vyvolenými, obdařenci unikátní duší, schváleni a potvrzeni promočním obřadem coby viditelným signálem: „Ano, to jsou ti s duší“? Nebo je to naopak právě ta „obecná“ duše, která některé z nás přivedla k medicíně a časem se diferencovala v „duši lékaře“? A my, někdo více, někdo méně, se na tomto dozrávání svojí duše do té „medicínské“ různě ochotně podílíme. Do jisté míry empatií, částečně – řekněme – postupným uchopováním „řemesla“ a uvědomováním si jeho lidského poselství. Někdo k tomu potřebuje skalpel, někdo fonendoskop, někdo laboratoř. Všichni hodně znalostí. Někdo více standardy, jiný zase více fantazie.

Nepochybně i naše cesty k medicíně, a tedy k hledání duše lékaře, měly různé motivy. Nejen zralé a racionální, jako třeba obdiv k příkladu a alespoň částečné pochopení poselství. Některé vedly motivy ani ne tak imponující – přáli si to rodiče. A některé spíše naivní, prvoplánově „spasitelské“. Naštěstí lze k medicíně (a snad i duši) dojít různými cestami i z různých východisek. Cestám má pomáhat učitel a škola. Duši sice nelze „naučit“, ale lze jí ukazovat směr. Nemám na mysli poskytování věcných informací. Ne větve aorty, esenciální aminokyseliny, strukturu anamnézy či rozdělení glomerulonefritid. To jsou samozřejmě nezbytné vědomosti, které spolu s mnoha a mnoha dalšími učitelé postupně předávají studentům, adeptům lékařské profese. Cesta k duši lékaře ovšem vede přes něco méně popsatelného a strukturovaného a zároveň poněkud zapeklitějšího, než je prostá suma informací. Významným krokem k duši lékaře je setkání s duší lékaře-učitele. Ovšem ne každý, kdo nás vyučuje, je učitelem s velkým „U“.



Učitelem „mistrem“ ve smyslu východních učení, ale i bojových umění. Oním Učitelem je pro budoucího lékaře ten, kdo zná nejen knihy a řemeslo, ale dokáže vysvětlit, či ještě lépe ukázat, co je za (a často spíše nad) slovy a znalostmi. A rozhodně se nejedná jen o učitele v době pregraduálního studia před promocí, ještě intimnější vztah duší učitele a žáka představuje studium postgraduální, které staví na již celkem solidní úrovni připravenosti studenta a na mnohem individuálnějším vztahu s pedagogem. Ale ani postgraduálem cesta zrání duše lékaře nekončí, tak jako u dobrého lékaře nikdy nekončí jeho další profesionální růst. Ačkoli mnohdy již neformálně, i na své další cestě potkává lékař zkušenější kolegy, kteří se postupně zařazují mezi jeho učitele. Setkání správného žáka se správným učitelem patří mezi podobné náhody jako setkání životních partnerů. Dohromady se sice může spojit leccos, ale není vztah jako vztah… A mluvíme-li o ideálním setkání duše učitele a duše žáka, prvním předpokladem musí být jejich přítomnost na obou stranách. Rozhlédneme-li se kriticky kolem sebe, můžeme prohlásit, že akademický svět je prost intrik, oportunismu, kariérismu, cynismu, povrchnosti? Ztrát paměti, nebo naopak „prudkého názorového vývoje“, zbabělosti, šikanování vycházejícího ze zakomplexovanosti nebo i jen tak „pro radost“ z vlastní moci? A vůbec všeho možného dalšího harampádí, od něhož se vlastně všichni distancujeme, které ale někdy racionalizujeme nebo zase jindy z důvodů „politické korektnosti a diplomacie“ přehlížíme či dokonce omlouváme? Někdy poněkud bizarně „zájmem fakulty“, „zájmem nemocnice“, „zájmem celku“ či kdejakým, jen ne nějakým nízkým umrněným osobním zájmíčkem? Jak se snáší tento arzenál s duší? Může duše s takovým břemenem být zdrojem a základem pro dobrou duši lékaře? A teď si po mendelovsku řekněme, jaká je pravděpodobnost setkání homozygotně čistých duší na straně učitele i žáka? Připusťme pravdivost staré indické moudrosti, že dobrého žáka nezkazí ani mizerný učitel. Ale určitě takové setkání představuje suboptimální, podstatně méně výherní kombinaci. Osobně mám dojem, že nejvíce mi dali učitelé, kteří mě vlastně vůbec neučili. Či lépe řečeno nevyučovali. Nechci jmenovat ty, s nimiž mám to potěšení se dodnes setkávat. Zmíním ale ing. Evžena Kasafírka – sice nebyl lékař, ale „peptidový chemik“. Chemik, který se ovšem zásadním způsobem podílel na rozvoji medicinální chemie. Jeho práce vedla k několika preparátům, jež dodnes pomáhají pacientům. A také profesora Zdeňka Lojdu, který vlastně otevřel novou oblast výzkumu biologicky velmi významných membránových proteáz, které dnes představují důležité diagnostické a terapeutické cíle. Oba, ačkoli nepracovali ani zdaleka v podmínkách, které by si zasluhovali, předstihli ve svých oborech světovou vědu. Ani jeden nehledal výmluvy, že „musel něco“, aby „něco mohl“, a velmi dobře rozlišovali, že někdy člověk nemůže, co by chtěl, ale nikdy nemusí, co nechce. Kdo pamatuje období normalizace, asi ví, o čem mluvím.

Ačkoliv jsem se zařekl nejmenovat ty, které mám to potěšení dodnes potkávat, zmíním alespoň jejich „model“. Jsou to osobnosti, u nichž výrazně koreluje autentická profesionalita a špičková odbornost s „obyčejnou“ lidskou slušností a často i – jak to říci nepošetile – empatickou laskavostí. K pacientům i kolegům. I k tak „bezvýznamným“ kolegům, jakými jsou třeba medicínští začátečníci. Mám na to několik velmi konkrétních vzpomínek třeba z doby své předatestační přípravy. Ale to asi neplatí jen v medicíně – jde tedy spíše zase o „duši obecnou“, duši člověka.

A další aplikovaná duše, do třetice. Z pohledu duše lékaře patří rovněž do kategorie medicíny, ale spíše z oblastí cílových než zdrojových. Lidská duše diferencovaná do duše pacienta. Medicína a medicínská věda slouží ve svých důsledcích pacientovi. Nejen jako zákazníkovi, ale zejména jako lidské, v daném okamžiku strádající bytosti. Naše západní lékařství sice vnímá vztah lékaře a pacienta méně propojeně než třeba *ajurvéda* (čímž mám na mysli historický filozofický zdroj ajurvédy, nikoli její komerční aplikace), nicméně je samozřejmé, že duše lékaře je pacienty, jejich osobnostmi a životními příběhy ve svých důsledcích ovlivňována, opracována a dotvářena. Setkávání lékaře s širokým portfoliem různých duší pacientských je vlastně darem (ač někdy s tíží břemene) – pestrost, inspirace, příklad v dobrém i zlém. Setkání s pacientem se špatnou perspektivou nebo vážně hendikepovaným člověkem, kteří nesou důstojně svůj kříž a kteří dokonce hledají možnost, jak být i ve své nemoci a podle svých možností užiteční, třeba i „jen“ svým spolupacientům z nemocničního pokoje, je silným poselstvím.

Tak nám těch duší postupně přibylo… A tak, jak je tomu v biologických vědách, s nimiž se medicína prolíná, je to i s těmi dušemi. Ve vědeckém bádání se příliš izolacionistickým pohledem na jednotlivost snadno dostáváme na scestí mylných teorií a vzdalujeme se od reálného principu. V buňce a organismu je třeba život vnímat nikoli jako výčet prvků, ale jako kontextuální událost a komunikaci. Setkávání a funkční souvislost správných prvků ve správném místě, množství a správném čase. Může tedy být duše lékaře zároveň duší pacienta a ještě k tomu i žáka a učitele. V dnešní době biologové často používají pro pojmenování dějů nebo molekul vtipně volené příměry. Hovoří-li například o *moonlighting* (melouchařících) molekulách, mají na mysli molekulu, která má zároveň několik biologických funkcí v závislosti na buňce nebo situaci, v níž se nachází. Specifická molekula může být například metabolickým enzymem i transkripčním faktorem, adhezní i signální molekulou a tak dále. Studentům říkávám, že pokud se nějaká molekula v přírodě osvědčila, může evolučně dostat i další funkce. A není to podobné s tou duší? Je-li kvalitní lidská duše v žákovi, dá se očekávat, že obstojí, i když se stane duší lékaře či učitele. Venkoncem patrně obstojí, i když se stane jakoukoli další „aplikovanou" duší.

I tak přidáme ještě jednu duši. Duši ideální, protože neosobní. Duši spíše korporátní nebo institucionální. Duši medicíny. Ta je tím, co se učitel snaží přiblížit žákovi a co přetváří onu „obecnou" duši na duši „aplikovanou", duši lékaře. Duše medicíny není virtuální knihovnou oborových informací. Ty jsou v knihách, časopisech, databázích, na internetu. Obsahem duše medicíny je ideální podoba vztahů k profesi, pacientům, kolegům. Pochopení vlastní role, úkolu a poslání. Je tedy právě tím, co má ve svých důsledcích ona klopotně popisovaná duše lékaře



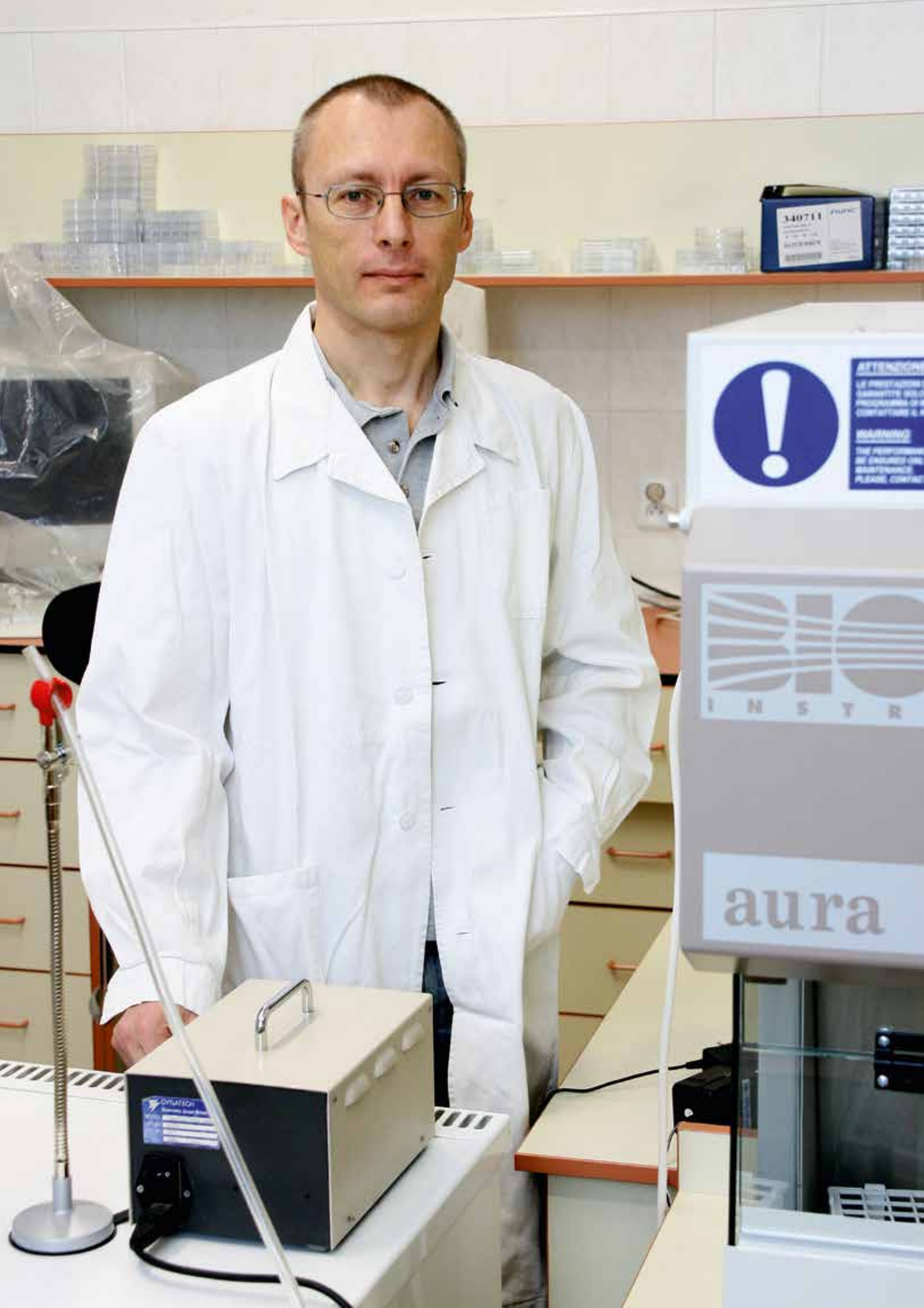
zrcadlit. A patří k tomu i pochopení, že tak, jako je poznání v medicínských vědách nekončícím procesem, tak i lékařovo studium a dozrávání jeho duše není nikdy u konce. Možná to trochu připomíná buddhistické, ale i motorkářsko-romantizující „cesta je cíl". Jistě, v racionální západní interpretaci je cesta jen prostředkem, jak dosáhnout nějakého cíle. Jak se dostat od jednoho bodu k nějakému lepšímu. Cílem medicíny je uzdravovat. Ale medicína je zároveň živou disciplínou. Disciplínou s vývojem. Dnešní uzdravování je technicky a technologicky jiné, než bylo před lety. Představuje ovšem jistě velmi sofistikovaný, ale řemeslný standardní postup. Jak se bude uzdravovat zítra? To hledá medicínská věda. A ačkoli nechci vytvářet poněkud bizarní, ač možná o to více pitoreskně-osvěžující množinu „buddhista – motorkář – vědec" (přičemž o buddhistech mnoho nevím), troufám si říci, že všem z nich právě cesta sama potěšení skutečně přináší. A tak slyším vzkaz duše medicíny já. Nekonečnost cesty k jejímu poznání není kletbou, ale požehnáním.

Když se tedy nad těmi všemi dušemi zamyslím, nabývám dojmu, že vlastně jsou jen dvě. Individuální – Duše Člověka. A institucionální – Duše Medicíny. Jejich setkáním pak vzniká duše aplikovaná – Duše Lékaře.

Cesta k medicíně

Má cesta k medicíně nevedla cestou dědičnosti. Vždy jsem měl vztah k přírodním vědám, měl jsem v nich štěstí na učitele na gymnáziu a byl jsem docela zvědavý. Zároveň jsem přemýšlel nejen o tom, jaký obor chci studovat, ale také jaká profese mě bude v životě bavit. To samozřejmě nemusí být vždy totéž. Medicína, medicínský výzkum a pedagogika nabízejí fascinující pestrost, trvalou změnu, setkávání s inspirujícími kolegy, bez ohledu na hranice disciplinární či geografické.


inCu
saFe


340711
aura

prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc.

Narodil se roku 1961 v Helsinkách v rodině obchodníka. Maturoval na Akademickém gymnáziu v Praze, po promoci roku 1986 na 1. LF UK v Praze působil postupně ve VÚ tuberkulózy a respiračních nemocí, v 1. ústavu lékařské chemie a biochemie 1. LF UK a od roku 2002 v Ústavu biochemie a experimentální onkologie 1. LF (od 2008 přednosta). V letech 1992–1993 hostující profesor na ústavu CNR v italské Pise, 1994–1995 vědecký pracovník Institutu Curie v Paříži, Francie, 1999–2001 senior scientist Corporate R&D Procter & Gamble ve Frankfurtu v Německu.

V roce 1995 atestoval z interny, v roce 2000 obhájil hodnost DrSc. v oboru onkologie, 2002 profesor lékařské chemie a biochemie UK. Od září 2012 děkan 1. LF UK v Praze.

Ve vědě se zabývá zejména studiem buněčné proliferace a diferenciace a úlohou membránových proteáz.

Má rád silné motorky, 1979 absolvoval v Praze klavírní *Jazzovou školu hrou*.

Manželka (uruguayjského původu) je rovněž lékařkou, dcera studuje práva na Sorbonně.

Ivan Sucharda

Ženy jsou rozhodně ta lepší polovina lidstva

Pane doktore, vy jste zatím jako jediný z oslovených vyjádřil pochybnosti, zda existuje něco jako „duše lékaře“. „Když o tom uvažuji,“ napsal jste nám, „pochybuji, že je všem lékařům něco zásadního společné (samozřejmě kromě vědomostí nebo iluze vědomostí o tom, jak funguje lidské tělo, a u některých představy o tom, jak funguje lidská mysl). Myslím, že komunita lékařů obsahuje celou škálu lidských typů s nejrůznější ‚duší‘, stejně jako komunita pilotů nebo automechaniků. Setkal jsem se v životě s lékaři s hlubokými znalostmi kultury a obrovským rozhledem, ale také s omezenými sebestřednými sobci, kteří dokázali předstírat zájem o cokoliv, co jim mohlo dopomoci k lepší pozici. Skutečně si nejsem jist, zda se lékaři něčím odlišují od ostatní společnosti. Ale možná právě proto je dobré to zkoumat.“
Nuže, bavme se zpočátku o ontologii lékařské duše. Zdálo by se, že už ve výběru celoživotního povolání se projevují různá vnitřní ustrojení mladého člověka – jinou psychikou (včetně étosu) jistě disponuje člověk, který se rozhodne stát řekněme profesionálním diplomatem, ekonomem, archivářem, zahradníkem či třeba pilotem nebo automechanikem… nebo lékařem. Už nejméně jedna hezká knížka pojednává o duši medika, takže popojeďme. Připusťme, že dlouhodobé až celoživotní provozování takřka jakéhokoli osobitého povolání (a medicína je převelice osobitá a často musí být i velmi osobní!) nemůže nezanechat stopy na „duši“. Takže výpad: Opravdu si myslíte, že lékař se na člověka a lidský život dívá stejně jako pojišťovák, ekolog či profesionální voják (s reálnou potencí, že bude muset zabíjet) nebo ještě úže – že gynekolog a porodník se na ženy a sex dívá stejně jako básník, módní návrhář nebo dřevorubec?

Ano, mluvíte o tom, co povolání udělá s člověkem, a o tom nepochybuji. Nepochybně mají lékaři pocit, že o životě (v biologickém slova smyslu) vědí víc než „obyčejní“ lidé, a může to snad být i příčina jejich poněkud nadřazeného postoje vůči pacientům, kteří v tom, co je podstatou lidského zdraví a života, mohou spatřovat cosi tajemného. Ale nejsem si vůbec jist, zda tam byl *a priori* rozdíl (jak říkáte, mezi tím, kdo jde studovat medicínu a třeba architekturu) v postojích a názorech.

A abych se nevykroutil z té poslední otázky – jak já mohu posoudit, zda se na ženy a sex dívám jinak než ostatní? Pokud jde o ženy, jsem opravdu přesvědčen o tom, že principiálně jsou jiné než muži, a rozhodně lepší, pokud hodnotím jejich vytrvalost, obětavost a oddanost (potvory jsou mezi nimi také, ale nějak míň než mezi muži). Myslím ale, že tenhle postoj vůči ženám není výsledkem mé gynekologické kariéry, ale spíše její příčinou.

A pokud jde o sex, nemám dojem, že by zrovna gynekologové byli ti největší proutníci (ostatně se častěji než jiní setkávají se ženami v této oblasti lidské rekreace ve stavu poněkud suboptimálním). Mně osobně profese do soukromého života neleze – kromě chronické lékařské únavy.

Chronologicky první z několika vynálezců narkózy, doktor Crawford Long, měl ty nejlepší americké lékařské školy a nadějné vyhlídky v New Yorku, přesto šel dělat praktika na chudý americký Jih. Když jednou zrovna odbavil těžký porod, udělalo se mu zle. „Postarejte se o ně,“ vrazil ještě v pádu novorozeně do ruky asistentovi a zemřel na krvácení do mozku. No, ten asi MĚL v těle silnou duši… Speciálně na porodnících bylo vždycky obdivuhodné (a zároveň nezáviděníhodné) jejich rozhodování v nejtěžších případech: přednostně zachránit matku. Slavný fyzik George Gamow, chlapík fyzicky kromobyčejně urostlý, vzpomínal, že už při narození byl



tak velký, že ho místní lékař chtěl v lůně rozřezat na kusy, aby zachránil matku. Naštěstí se to odehrávalo v lázeňském městě, v němž se zrovna rekreoval věhlasný porodník… Dnes jsou naštěstí takové případy raritou.
Takže pane doktore, ani tohle vás nepřesvědčilo o existenci specificky lékařské duše?

Lékař, nejenom porodník, musí často řešit dilemata, kdy nelze ze situace vyváznout „bez ztráty květinky", a musí hledat nejmenší zlo. Veliký problém současnosti je, že lékař už není ten, kdo zachraňuje *život*, dokonce ani ne ten, kdo zachraňuje *zdraví*, on musí zachraňovat *perfektní zdraví*. Nikdo dnes nepochválí porodníka, že matka přežila porod v dobrém stavu, ba ani neocení, že dítě je živé – dítě musí být dokonalé! Nejen fyzicky (pamatuji vážně míněnou a řešenou stížnost na porodníka, že „zavinil" vrozenou vadu, kdy dítěti chyběly poslední články dvou prstů), ale samozřejmě i neurologicky a psychicky (v USA nejsou výjimkou soudní žaloby na porodníka, protože „dítě" neuspělo na vysoké škole – jistě proto, že špatně vedl porod).

Jenže takové dilema volby nemají jen lékaři, ale všichni, kdo mají ve svých rukou životy (nebo osudy) jiných lidí – řidiči autobusů, piloti letadel, velitelé vojenských jednotek… i oni musí v určitém okamžiku rozhodnout třeba za cenu (možných) ztrát tak, aby výsledkem bylo – řečeno matematicky – co nejmenší záporné číslo.

Představujete se jako „venkovský gynekolog volbou". Šel jste tedy, rodem Pražák, do Varnsdorfu dobrovolně a s písní na rtech? Proč? S jakými pocity, představami? Třeba Ivan Hálek šel z čirého idealismu z Prahy na Kysucko, do kraje bídy a zaostalosti – a potom se málem stal prvorepublikovým ministrem zdravotnictví (takže pane doktore – pozor!)…

Už někdy v polovině studia jsem se rozhodoval, zda zůstanu v Praze, nebo odejdu jinam. Měl jsem (nepochybně oprávněně) dojem, že pokud nastoupím na některou z klinik, stanu se jistě velkým „expertem na palec levé nohy", ale já jsem chtěl získat zkušeností víc. Dokonce jsem přijal krajské severočeské stipendium se závazkem nastoupit po promoci do tehdy negativně vyhlášeného kraje chemiček a smogů (o to víc jsem byl šokován, když jsem nejen nebyl tehdejším Krajským národním výborem přidělen na místo, kde bych zachraňoval zoufalý nedostatek lékařů, ale bylo mi sděleno, že „si musím ty porodnice objet a zjistit, kde mají místo"). Nakonec jsem – před 35 lety a bez písně na rtech – nastoupil do Děčína, odkud jsem teprve po dalších třech letech ne úplně dobrovolně odešel do Varnsdorfu.

Říkám rovnou: Nikdy jsem nezalitoval, že jsem odešel z Prahy. V pohraničí jsem získal spoustu zkušeností, které bych nikdy na klinice neměl. Absolvoval jsem nejen povinné „kolečko" na interně a chirurgii, ale začal jsem sloužit i na pohotovosti, záchytce a záchrance, nějakou dobu jsem byl dorostovým lékařem, prodělal jsem intenzivní kurz anestezie v krajské nemocnici, takže jsem určitou dobu působil (díky nedostatku atestovaných lékařů) stejně jako řada mých kolegů i jako anesteziolog na vlastním oddělení. Dovedl jsem vyšetřit uši otoskopem, odstranit cizí tělísko z oka, provést punkci břišní dutiny, natočit a zhodnotit EKG, udělat cystoskopii, intubovat, vypláchnout žaludek… Obávám se, že většinu z toho se už dnešní absolventi nenaučí, protože šílená tendence k specializaci ve studiu i praxi jim to neumožní.

Byl jsem ve Varnsdorfu dva měsíce, když jsem byl zařazen do služeb – do služeb v jednom lékaři, s příslužbou staršího lékaře doma, ale ne na telefonu (protože ten měl jen primář), nýbrž „na sanitce", tedy s možností poslat pro příslužbu sanitku. To bylo dobré pro případ potřeby operatéra nebo asistence u náhlé operace, třeba císařského řezu, ale rozhodovat jsem musel sám a akutní situace jsem musel také vyřešit sám. Na druhou stranu měl každý z lékařů (kromě primáře a zástupce) na starosti některé venkovské středisko, a i já jsem zakrátko dojížděl dva dny v týdnu do „městské" ordinace v Rumburku a jednou týdně na babettě do 30 kilometrů vzdáleného Vilémova.

Jak tam, „na výspě českého státu", spolupracujete na jedné straně s praktiky, na druhé s místní nemocnicí (popř. i „vyššími instancemi")? Je to efektivní a laskavé kontinuum, nebo to někde drhne – vinou úředního šimla, mezistavovské řevnivosti, pacientských předsudků a podobně?

Až na krátkou dobu necelých tří let, kdy jsem po zrušení porodnice ve Varnsdorfu pracoval jen v ambulanci, jsem vždycky byl současně ambulantním i nemocničním lékařem. Díky tomu jsem prakticky nikdy neměl

problémy se svou spádovou nemocnicí, kde jsem pracoval, sloužil, a kde jsem se mohl o své pacientky postarat i v případě, že potřebovaly operační nebo diagnostický výkon.

S praktickými lékaři nebyl nikdy problém, znali jsme se dobře osobně, a to je ten nejlepší způsob, jak vzájemně spolupracovat. Stále moc lituji toho, že po rozpadu OÚNZů skončily také pravidelné schůze, na kterých se scházeli všichni lékaři z území – nemocniční, praktici i ambulantní specialisté. Primáři, kteří tehdy zaštiťovali i práci ambulantních lékařů, představili nově nastoupivší kolegy, seznámili všechny s tím, co je na jejich odděleních nového, všichni věděli, na koho se v případě potřeby mohou obrátit.

Dokonce to podobně fungovalo i v rámci jednotlivých oborů v celém kraji – krajský primář jako „krajský odborník" svolával minimálně jedenkrát ročně semináře s účastí všech gynekologů z kraje, takže jsem dobře znal i kolegy z krajské nemocnice a nebyl problém se dohodnout na překladu nebo další léčbě. Nemohlo se tak stát, že by mi na žádost o překlad komplikované pacientky lékař krajské nemocnice, který je dva roky po atestaci, vykládal, že to přece musíme zvládnout a co že jsme to s ní dělali.

Myslím, že i lékaři jsou lidé (snad?), a tak se chovají podle pravidel, která nám vštípila tisíciletá evoluce: lidem, které znáš (těm, s kterými spolu mluvíme), pomůžeš, těm, které neznáš, nedůvěřuj. Když budou někde (v Praze, v Brně) čtyři pracoviště, která provádějí určitou operaci, budu své pacientky posílat tam, kde někoho znám. A nabídky, které chodí poštou (ať už na služby, nebo na léky), házím do koše; když někdo nestojí o to, abych ho znal osobně, nestojím o to taky. To není o duši lékaře, ale o pravidlech v tlupě lovců a sběračů.

Jak si ambulantní specialista gynekolog a porodník připadá vedle ostatních specializací a působišť (hrdost/nadřazenost, rovná kolegialita, mindrák/závist…)? Měnil byste?

Neměnil bych, ale taky proto, že nejsem „jenom" ambulantní specialista – do nemocnice nechodím „na čumendu", ale pracuji tam, sloužím a operuji stejně jako kmenoví nemocniční lékaři. Musím upřímně uznat, že určitý despekt k čistě ambulantním lékařům je cítit asi ve všech takto rozdělených oborech. Někdy je to velmi nespravedlivé, někdy to má poměrně racionální základ. Ovšem o skutečné kolegialitě, alespoň takové, jakou bych si já představoval, o té, jakou mohli zažít lékaři snad ještě v první polovině minulého století, o té si můžeme nechat jen zdát. Já nevím, zda je to v cizině lepší, ale v době, kdy nás ostatní pronásledují požadavky (jistě oprávněnými) na zlepšení etiky ve vztahu k pacientům, máme obrovské pole působnosti v pěstování vnitroprofesní etiky. Neumíme se k sobě navzájem chovat, protože si neumíme vážit schopností a práce svých kolegů. Jaké jsou příčiny?

Tou nejzákladnější je podle mého názoru absence pozitivních vzorů. Mladý absolvent medicíny je nehotový jako žhavé sklo, které sklář vytáhne z pece – jak se s ním bude zacházet, jak se bude foukat a tvarovat, než vychladne, takový pak bude. Jestliže se dostane na pracoviště se zodpovědným a slušným primářem a dalšími lékaři, je na nejlepší cestě stát se také takovým (samozřejmě důležitý je i vzor učitelů z fakulty, ale to skutečně kritické období nastává podle mne až po promoci).

Druhou možnou příčinou je to, že se stupňujícím se nedostatkem lékařů (ať už je to nedostatek skutečný, nebo virtuální) stále méně absolventů prochází cestou praxe, kterou v době před třiceti lety prošlo i těch pět mých kolegů z fakulty, kteří jsou dnes profesory a šéfy klinik. Tedy praxí na malé, okresní nemocnici, ze které se později vraceli zpět na kliniky. Kdo nezná a neumí si představit, oč náročnější jsou podmínky v malé nemocnici, kde nelze v sobotu v noci povolat konziliáře z malých oborů (protože jejich oddělení už byla zrušena), kde není k dispozici transfuzní stanice s hematologem, kde celý víkend není v okruhu desítek kilometrů otevřená lékárna, kde laboratoř neprovede ve službě sofistikované diagnostické testy a tak dále, ten si neumí vážit těch, kteří se i v těchto podmínkách snaží dělat dobrou a hlavně potřebnou medicínu.

A když se pak tyto dvě příčiny spojí, protože absolvent lékařské fakulty je přijat na kliniku (často za potupných pracovních i platových podmínek), kde je posledním v řadě docentů, asistentů a starších sekundářů, nemívá ani možnost se setkat s těmi, kteří by mu mohli sloužit za vzor.

Váš bratr působí na prominentní klinice v Praze, máte tedy informace z první ruky. Zkusil byste postihnout rozdíl mezi prací (a duší)

lékaře tady a tam (je třeba veřejným tajemstvím, že porodníci v Praze jsou „v balíku“)?

Mnohé jsem naznačil v předchozím textu. Nemám zase tak detailní informace o tom, jak to chodí v pražských porodnicích, ovšem překvapené pohledy pacientek, které se přistěhovaly z větších měst, když se ptají, kolik mají zaplatit registrační poplatek, nebo jak to, že po nich nechci regulačních 30 Kč při vydání receptu bez vyšetření, vypovídají cosi o tom, že se naše přístupy mohou poněkud lišit. Musel jsem se opravdu ovládat, když jsem slyšel o několikaměsíčních čekacích lhůtách ve fakultních nemocnicích u operací, které se u nás provádějí do 2–3 týdnů.

Co máte na lékařském povolání (a své specializaci) nejraději a co vás na něm nejvíc štve?

Nevím, zda mohu tvrdit, že „to mám nejraději“, ale určité aspekty mého oboru považuji za výhodu – například mezi pacientkami převažují relativně mladší ženy (aktivní bystrá seniorka je příjemným zpestřením rutiny), většina gynekologických onemocnění je poměrně dobře a relativně rychle léčitelná (odměna v podobě úspěchu léčby je častá a rychlá), ženy jako pacientky jsou rozhodně méně agresivní než muži, gynekologie představuje přiměřený mix konzervativní a operační léčby (není to jen „najdi a uřízni“, navíc úspěšná operace velmi potěší ego každého operatéra).

Kdysi jsem uváděl i to, že narození dítěte poskytuje rychlý úspěch a potěší pacientku i lékaře, ale s rostoucími zkušenostmi jsem dospěl k závěru, že toto potěšení nevyváží stále větší stres a obavy z rostoucího množství problémů a komplikací (zdravotních i forenzních).

Musím ještě doplnit, že jen menší část těchto „výhod“ mne motivovala k výběru oboru, takže možná představují také dodatečnou racionalizaci toho, co už stejně nemohu změnit.

Má podle vás člověk v zacházení se svým zdravím neomezenou svobodu, nebo nese závazky i ke společnosti, jíž je členem? Může nebo dokonce má být ke „zdravému“ chování i nucen?
Ve vaší specializaci si lze představit například vztah antikoncepce vs. potrat, pravidelné prohlídky, vakcinace proti rakovině čípku apod.

Myslím, že teoreticky by mělo být svobodné nakládání se svým zdravím součástí lidské a občanské svobody (jistě s výjimkou šíření infekčních nemocí nebo ohrožování jiných lidí). Má to jen jediný, ale zásadní háček – této svobodě by měla ve stejné míře odpovídat také zodpovědnost za důsledky svých rozhodnutí, a to také a PŘEDEVŠÍM ekonomická. Tedy jsem pro to, aby člověk měl možnost volby, ale se všemi důsledky: nemusíš se léčit, nemusíš na operaci, ale až přijdeš za měsíc, rok nebo deset let s pokročilou nemocí, poneseš finanční důsledky – zaplatíš to, oč je nyní léčba dražší.

Obdobně bych přistupoval k nezodpovědným rodičkám, které odcházejí z porodnice za tři hodiny po porodu a pro své dítě si přijdou za deset dní. Tady bych volil jednoduchý postup – pokud chcete jít domů, bez problémů, ale tady je vaše dítě a to si vezměte s sebou (velmi zásadně nesouhlasím s tím, že se pediatři staví do pozice zachránců zcela zdravých dětí a trvají na jejich třídenním pobytu v nemocnici – proč berou na sebe zodpovědnost rodičů?).

V oblasti nežádoucích těhotenství je to alespoň řešeno finančně, když cena za přerušení těhotenství je tak vysoká, že odpovídá ceně antikoncepce na mnoho let. Patrně by bylo namístě ještě zredukovat úhradu přerušení těhotenství „ze zdravotních důvodů“ tak, aby důvodem k úhradě ze zdravotního pojištění nebyla jen pouhá přítomnost nemoci, ale i to, že žena objektivně nemohla použít nějakou metodu ochrany před otěhotněním… Zdravotním důvodem jsou například čtyři děti, což pro některé ženy znamená, že třeba od třiceti let mohou chodit neomezeně na přerušení a nemusí ho platit.

Vnímáte nějaký posun ve zdraví populace za vaší kariéry? Třeba méně potratů, pozdější rodičovství s jeho klady i zápory, ale hlavně rostoucí neplodnost párů? Možná sem nepřímo patří i stále méně dětí na ženu/rodinu?

Když svou klientelu rozdělím na těhotné a netěhotné, pak evidentně mezi netěhotnými ubylo zhoubných nádorů. Na počátcích svého působení jsem běžně zažíval umírající čtyřicetileté ženy s rakovinou děložního čípku nebo vaječníků, dnes se tyto diagnózy objeví 1–2× ročně, zpravidla u žen, které roky nebyly vyšetřeny, a i tak je většina z nich vyléčitelná. Samozřejmě mnohonásobně vyšší je frekvence žen užívajících antikoncepci



a – navzdory mnoha tendenčním názorům – výrazně ubylo žen žádajících interrupci.

Rodičovství z pohledu gynekologa se změnilo dramaticky. Když jsem nastupoval, běžně rodily své první dítě dívky mezi 17 a 19 lety – tedy rozhodně nic potěšujícího, ale tak to bylo. Pak se to trochu posunulo nahoru, ale nijak závratně – spíše bych řekl k tomu biologicky optimálnímu věku 22–25 let. Jenže pak přišla změna režimu a následovala i změna společenských norem – a najednou zůstaly mladičké prvorodičky pouze v sociálně slabých (ale u nás populačně silných) skupinách, zatímco běžná populace přesunula své první ratolesti do věku kolem třicítky a své druhé děti do ještě pozdějšího období. Myslím, že to je jeden z hlavních faktorů stoupajícího rizika mého oboru – těhotné a rodičky jsou starší, úzkostnější, obéznější a nemocnější, ale současně mají již přesné představy a časové plány a chybí jim časová rezerva pro případné neúprosně přicházející reprodukční problémy a neúspěchy.

Musím přiznat, že se těžko srovnávám se skutečností, že tak hrozně moc žen rodí nejen první, ale i druhé a třetí dítě v neformálním svazku s jedním či více po sobě následujícími partnery. Nepohoršuje mne to z nějakých morálních důvodů, ale považuji to za známku neochoty přijmout dlouhodobý závazek a odpovědnost.

Jaký máte pocit, když potkáváte lidi, které jste odrodil a občas dokonce přímo dotlačil do tohoto světa?

Díky svému oboru mám tu výhodu, že se s tou „razantnější" polovinou populace tolik nesetkávám. Ale docela běžně se už setkávám s děvčaty, která mi sdělují, že jsem je přivedl na svět. S tím jsem se celkem vyrovnal – většinou mohu mít pocit opravdu dobře vykonané práce pro lidstvo (a jeho krásu). Stále mne ale uvádí do šoku, když tato „svá" děvčata vídávám v těhotenské poradně, kdy se chystají přivést na svět už třetí generaci… Těžko si pak připadat stále mladý.

Ale rozhodně se těm mladým nevyhýbám, naopak, žen není ve společnosti nikdy dost a je určité privilegium, moci se o ně starat a pomáhat jim i v otázkách, se kterými mají někdy problém se svěřit. Jak už jsem řekl dříve, ženy jsou rozhodně ta lepší polovina lidstva!

Pro hodně velkoměstských lidí je Varnsdorf – slušně řečeno – „díra". Existuje v takovém místě něco jako městská honorace, jako byla dřív? Patří k ní i dnes lékaři?

Pohled rozhodně subjektivní: lékař může být součástí městské honorace, ale bohužel ne proto, že je lékař. Dnešní společnost si neváží lékařů, stejně jako si neváží učitelů (s umělci je to jiné, to jsou celebrity). Takže lékař či lékárník je vážený proto, jak se uplatní v politice nebo obchodě. Pesimistické, ale pravdivé. I když – i toho, kdo se neuplatní, lidé na ulici či v obchodě slušně zdraví.

Potřebuje „duše" lékaře, aby měl její nositel širší kulturní povědomí? Může lékařův všeobecný rozhled prospívat pacientovi?

Má-li lékař tu duši, kterou hledáte, pak rozhodně kulturní povědomí potřebuje, ale většinou ho nemá. Vadilo mi to od začátku mé kariéry. Měl jsem představu, že lékař má vědět hodně o kultuře, filozofii, znát jazyky, hudbu – ale to rozhodně není součástí lékařova odborného vzdělávání. Medicína jako škola je jedna z nejnevděčnějších, protože se nedá ošidit tak jako školy umělecké nebo i technické. Nikdy jsme si nedovolili během studia odjet na delší dobu, troje prázdniny z pěti byly věnovány praxi.

A po studiu? Nevím, proč celá společnost stále nevěří tomu, že lékař běžně odpracuje vzhledem k službám dva úvazky. A není to z důvodů workoholismu, ale protože „nejsou lidi" a mladí nemívají děti… Jistě, trocha času na kulturu a čtení se někdy najde, ale kde jsou ty blahé doby, kdy jsem chodil do knihovny a každé 2–3 týdny přečetl čtyři i více knih! Dnes knihu, kterou dostanu o Vánocích, dočítám po dovolené a jsem rád.

Ale abych se vrátil k té „díře" – obávám se, že ani kdybych bydlel v Praze, nebylo by to lepší. Kvůli službám, objednávkám pacientek a dalším povinnostem mám svůj čas naplánovaný vždy na několik týdnů dopředu a jen velmi obtížně ho mohu měnit. Pokud se tedy objeví zajímavý koncert nebo film v kině, určitě nebudu mít právě v tu dobu volno. Takže ať žije hudba na CD a v počítači, filmy se občas také dají koupit na DVD a zhlédnout doma. Ano, něco tomu chybí, ale s tím už asi moc nenaděláme. Vyhlídkami na důchod se rozhodně neutěšuji, je pro mne stejně reálný jako pro školáka představa vlastní rodiny –



ano, možná se ho dožijeme, někdy, ale kdo ví, zda ano, a zda je vůbec na co se těšit…

Ne vždy může lékař pomoci, přes veškerou svoji snahu. Na něco je medicína dosud krátká, někdy zase terapie selže vinou různých zbytečných okolností – to pak je asi člověku do breku. Pane doktore, jak bojujete s pochybnostmi o smyslu své práce?

Když o tom přemýšlím, tak ani nevím. Někdy si připadám z práce velmi unavený, ne fyzicky, ale psychicky. Je to málokdy velké potěšení, velmi často zdánlivě nekonečný stres, zejména na porodnici. Připomíná mi to občas účinky drog (neznám to osobně, jen literárně): nejprve prý přináší aplikace drogy povznášející pocity, štěstí, úchvatné zážitky, ale později už jen úlevu před absťákem a před strachem z něj. Narození dítěte je úchvatná věc, pokud o ní meditujeme na gauči, ale to nadšení, které dříve někdy provázelo úspěch, to už se nedostavuje. Místo něj obrovská úleva, že už to je za námi, že se to tentokrát povedlo, že se nic nepřihodilo… Je to syndrom vyhoření? Nebo jen tvrdá realita? Před řadou let jsem slyšel vyprávět známého českého gynekologa, že ten, kdo po padesátce slouží služby na porodnici, si usiluje o život. Mně bude letos šedesát, a sloužit na porodnici musím stále.

Jinak ale zase těch zklamání v mém oboru není tolik. Operace jde někdy lépe, někdy hůře, komplikace se objeví přes nejlepší snahu (většinou u známého zdravotníka). Potěší, že kolegové se na mne někdy obracejí s žádostí o radu nebo konzultaci, rozběsní mne, že odchovanci univerzitních klinik si osobují právo určovat pravidla tak, aby z toho měli dobrý byznys, a považují nás, „obyčejné doktory“ z terénu, za neschopné blbce. Co nezkazí politik, to si zkazí lékaři sami.

Vás se můžu dovolit zeptat bez zábran, poněvadž do pohraničí se nikdo nedere za zlatým rounem. Jakou roli ve vaší práci hrají peníze? Jak nahlížíte problém všimného? Může mít pro pacienta i pozitivní efekt? Mohla by tento efekt mít ona tolik diskutovaná finanční spoluúčast?

Vlastně nevím, co přesně si mám představit pod pojmem všimné. Jakékoliv neoprávněné braní peněz je špinavost a člověka demoralizuje – a to i tehdy, když je jeho práce opravdu špatně honorována. A to, i když je to třeba jen (tak s oblibou a často) neoprávněně vybraný třicetikorunový poplatek. A představa, že se to upraví oficiálním vybíráním peněz? Za to, co se platí nelegálně, se vybírat nedá. Nelze přece zavést legální platbu za přeskočení jiných pacientů (ať v čekárně, nebo v čekací listině na cokoliv), za to, že operaci udělá ten, kdo to umí, místo aby dělal svou práci… Naproti tomu by pacient měl mít ponechanou možnost vyjádřit svou vděčnost a poděkování lékaři formou dárku (v rozumné přiměřené hodnotě) – vidět v tom korupci je nesmysl. Pokud uznáváme, že podstatou je vztah mezi dvěma osobami, lékařem a pacientem (chraň nás Bůh před „klienty“), a ne mezi pacientem a jakousi institucí, zvanou zdravotnictví, pak tam musí být prostor i pro projevy osobní vděčnosti a poděkování.

Některé kroky reformy, které už brzy budou platit, velmi schvaluji – například vyloučení úhrady za léky do 50 Kč, také bych byl pro spoluúčast ve formě půlročního nebo ročního paušálu, splatného při první návštěvě lékaře v daném období. Ale měla by to vybírat zdravotní pojišťovna, ne zdravotníci. Na druhou stranu jiné věci, jmenovitě zavedení nadstandardů, je naprostý nesmysl. Ne proto, že by se nemělo připlácet, ale protože věnujeme pozornost tomu, že známe 14 položek z celé medicíny, ale nikoho nevzrušuje, že neexistují STANDARDY, takže nikdo neví, na co by měl mít NEZPOCHYBNITELNÝ A VYMAHATELNÝ nárok. Takže mám právo si připlatit lepší endoprotézu, ale nemám vymahatelný nárok na tu obyčejnou, pokud ji potřebuji, protože je počet operací omezen ekonomickými faktory. Mohu si legálně zaplatit lepší nitrooční čočku, ale nemám záruku, že mi bude provedena standardně pásková operace pro neudržení moči, protože z ekonomických důvodů je počet operací limitován. Pokud pojistná smlouva pojištění domácnosti uvádí, že pojišťovna bude hradit škody ve všech případech kromě vyjmenovaných, pak jsou plnění ve „všech ostatních“ případech jasně vymahatelná. Ale ve zdravotnictví ne – máme sice vymezena ona „ne“, ale nemáme zajištěno to standardní, základní plnění.

Dovedete si představit odchod do penze a svoji existenci v ní bez medicíny?

Ne, nedovedu, a to doslovně – je to právě tou nutností „existence“, kterou si bez výdělku nedovedu zajistit. Jinak mám pocit,



že bych si dokázal najít jinou náplň života, i když plánovitě to nepřipravuji. A odchod z medicíny bych si dovedl představit i teď hned, pokud by mi někdo nabídl dostatečně zajímavou práci, která by mne uživila.

Mezi duší muže a ženy je značný (evolučně zděděný i společensky nabytý) rozdíl. Myslíte, že existuje „pohlavní dimorfismus" či „gender" i v ordinaci, speciálně v gynekologii a porodnictví?

Jsem o tom hluboce přesvědčen (ať se to mým kolegyním líbí, nebo ne) – ženy jsou lepší polovinou lidstva, a muži lepší polovinou gynekologů. Neumím to vysvětlit, ale skoro neznám fyzicky (verbálně ano) hulvátského gynekologa (muže), ale slyšel jsem od pacientek povídat o více gynekoložkách, že jsou necitlivé. Ale na porodnici bývají ženy lékařky oblíbené.

Jaké je vaše největší osobní lékařské přání?

Nereálné, ale přesto tiše doufám: aby se znovu vrátil vztah společnosti k lékařům tam, kde byl stovky let – tedy že lékař dělá to nejlepší, aby pacientovi pomohl, ale někdy síly přírody (a občas nekonečná blbost lidská) způsobí, že se to nepodaří tak, jak by si všichni představovali; i pak si lékař zaslouží dík a vděk, nebo alespoň uznání.

A ještě klasika: Abych v situaci, kdy mohu něco pro pacienta udělat, to udělal co nejlíp; abych v situaci, kdy už nic nezmůžu, měl dost odvahy a odhodlání nic zbytečného nedělat; a konečně abych ty dvě situace od sebe vždycky dokázal rozeznat.

Cesta k medicíně

Výskyt lékařů v naší rodině je záblesk něčeho zcela nevysvětlitelného. V celém širokém příbuzenstvu ani rodokmenu (a máme ho díky německé důkladnosti dosti hluboký) se nevyskytuje ani lékař, ani zdravotní sestra, ani jiné podobné povolání. Oba naši rodiče mají sice vysokoškolské vzdělání, ale v oborech technicko-ekonomických.

Vysvětlení ale není tak záhadné, i když snad překvapivé. Jsme s bratrem od sebe

čtyři roky a oba jsme studovali na stejném čtyřletém gymnáziu (Akademické gymnázium v Praze ve Štěpánské ulici) ve třídách se stejným přírodovědeckým zaměřením – a oba se stejným třídním profesorem! Nepochybuji o tom, že právě pan profesor Kristián Tesařík, náš učitel biologie a třídní v jedné osobě, zapříčinil, že z mojí gymnaziální třídy vyšlo 12 lékařů (a jedna veterinářka). To aby člověk začal uvažovat o tom, KDO lékařům tu duši vdechuje? A stejnou líhní prošel bezprostředně po mně i můj bratr… Pro úplnost – druhý bratr se věnuje krizovému řízení a medicínu používá jen k vlastní záchraně.

Dodnes mi není úplně jasné, proč jsem vlastně na medicínu šel. Ještě ve třetím ročníku gymnázia jsem byl úplně nerozhodnutý. Měl jsem velmi kladný vztah k technice, fyzice a chemii, matematika mne neděsila, horší to ovšem bylo s humanitními předměty. Zcela určitě jsem postrádal umělecké nadání, to ano, a zoufale se mi protivila představa právničiny, kterou jsem si představoval jen jako memorování zákonů (jak jsem se dnes mohl mít jako právník!). A tak jsem se po té čtyřleté biologicko-medicínské průpravě od třídního nakonec rozhodl, že studium medicíny, oboru, který jsem vlastně vůbec neznal, by mohlo být zajímavé, zejména když tam zamířilo i tolik mých spolužáků.

Na lékařskou fakultu jsem vstoupil před 41 lety, právě na začátku normalizace. Ale měl jsem štěstí, ještě jsem zažil konec doby medicínských velikánů s nadoborovým rozhledem, například profesora Charváta. Dnes se přichází s „celostní medicínou" jako nějakým objevem, ale pro mnohé z našich učitelů to nebylo nic nového – dokázali se na pacienta podívat vcelku, a nepotřebovali k tomu záplavu laboratorních výsledků a zástup konziliářů.

První klinické zkušenosti jsem absolvoval na 3. interní klinice pražské Fakulty všeobecného lékařství (dnešní 1. LF) UK, která se nám, začínajícím medikům, mimořádně věnovala – takže bylo prakticky rozhodnuto, že ze mě bude internista. Docházel jsem tam téměř až do konce studia do studentského zájmového kroužku. Chirurgie mi naproti tomu mnoho neříkala, i když jsem v rámci stáží hrdě odstranil několik gangliomů a kožních fibromů.

Rozhodující okamžik nastal až na počátku 5. ročníku, kdy nám byl oznámen nábor do porodnického kroužku. Porod byl stále cosi tajemného, ženy pro mne byly také záhada sama (mám jen dva bratry) – tak jsem se s několika kolegy přihlásil. A přišlo období pravidelných služeb v historické budově porodnice v Apolinářské ulici, pro mne trojnásobně historické – v této budově jsem se narodil, moji rodiče tam několik let po svatbě a ještě v době mého narození bydleli (dědeček tam totiž byl mnoho let vrátným a v budově měli služební byt), a nakonec jsem se právě v této budově „vyučil" svému celoživotnímu povolání.

Dnes si už bohužel nepamatuji na první odvedený porod (i když seznam všech 76 porozených dětí jsem měl kdesi dobře uschován), ale dodnes si vzpomínám, jak jsem prakticky celou první službu strávil na (prázdném) porodním sále, v napjatém očekávání první rodičky. Žádná nepřišla, a já jsem nevěděl, že v takovém případě mohu odejít spát do ložnice pro „fiškusy", jak se nám říkalo.

MUDr. Ivan Sucharda

Narodil se roku 1952 v Praze. Absolvoval Fakultu všeobecného lékařství (dnes 1. LF) UK v Praze. Po promoci v roce 1977 nastoupil do OÚNZ a na gynekologicko-porodnické oddělení nemocnice v Děčíně, po třech letech přešel na totéž oddělení nemocnice ve Varnsdorfu, kde postupně složil 1. i 2. atestaci a působil až do jeho zrušení v roce 1999 (naposledy jako primář). Nyní pracuje jako ambulantní gynekolog a jako lékař v nemocnici ve Varnsdorfu a Rumburku.

Angažoval se v České lékařské komoře. Manželka je lékárnice, dva synové se věnují IT.

Oldřich Vinař

Před usnutím často prožívám břímě svých pacientů

Po promoci jsem dostal z ministerstva zdravotnictví umístěnku do *Léčebny pro choroby mozku* v Kosmonosech. Umístěnka měla roztomilý dovětek, že nedostavím-li se do léčebny do tří dnů, trestám se pokutou do deseti tisíc nebo náhradním trestem vězení do tří měsíců.

Do Kosmonos jsem jel rád, protože jsem si myslel, že ministerstvo vyhovělo mé volbě oboru – neurologii. Během studia jsem začal být nevěrný do té doby favorizované chirurgii a v obdivu k přednáškám profesora Popka v Brně a profesora Hennera v Praze jsem propadl kouzlu neurologie. Neurologická diagnostika byla jako detektivka. Pečlivá analýza předchorobí a zevrubné neurologické vyšetření, kde se podle změn reflexů a svalových náskoků vyvolaných neurologickým kladívkem dá určit, která část mozku, míchy nebo periferního nervu je zasažena nemocí. Očekával jsem, že „léčebna pro choroby mozku" se bude starat o pacienty s chronickým neurologickým onemocněním.

Jaké bylo mé překvapení, když mě ředitel léčebny MUDr. Varban Danov přivítal s tím, že je tam už několik dní sám na tisíc psychiatrických nemocných, poněvadž poslední sekundář mu před týdnem utekl do Ústí nad Labem. Zajistit službami pohraničí bylo politickou prioritou a krajský národní výbor to pak zpravidla s ministerstvem vyválčil ve prospěch podobných dezertérů. Ředitel skončil přivítací rozhovor tím, že zítra mám žurnální službu. On že už toho má dost. Ubytovali mne v *Úřednickém domě* – staré secesní vile, dobře prochlazené, kde si každý topil sám v kamnech. Uhlí, oblečení do bílého a stravování bylo v režii podniku. Napadlo mne tehdy, že plat potřebuji jen na vlak nebo autobus do Prahy.

První vizita byl opravdový šok. Desítky hlučících nemocných nacpaných do jakýchsi psychiatrickým pachem prosycených sálů. Lékaři na vizitě museli být před nimi často chráněni hradbou těl sester nebo ošetřovatelů. Byli to dobří bodyguardi, dovedli v letu chytat i předměty na ně vržené… Sály byly plné překřikujících se lidí žadonících o okamžité propuštění, často vyhrožujících policií. Jsou tam neprávem, patří do Dymokur nebo do Jičíněvsi, tam mají domovské právo a tady jsou ve vězení na základě protiprávního a chybného rozsudku soudu.

K nedobrovolnému zadržení pacienta na psychiatrii dodnes musí dát souhlas soud. Dříve k tomu docházelo tak, že nemocní byli vyšetřování přímo v psychiatrickém lůžkovém zařízení komisí, které předsedal soudce a byl v ní laický přísedící a znalci psychiatři. Nemocnému bylo zpravidla na základě usnesení komise sděleno, že může být nedobrovolně zadržen na jeden, tři, šest nebo dvanáct měsíců. Není divu, že to pacienti pokládali za rozsudek k mnohaměsíčnímu pobytu ve „vězení".

Jak jsme tehdy léčili? Ředitel už při vizitě diktoval provázející sestře jména těch nejneklidnějších a často i agresivních nemocných. Když vizita končila v přízemí jednotlivých pavilonů, už tam tito nemocní čekali, zpravidla přikurtovaní k lůžku. Psychiatr šel v hlavách lůžek od jednoho nemocného k druhému, v ruce Holterův elektrošokovací přístroj, ke kterému bylo přimontováno něco jako menší porodnické kleště zakončené elektrodami. Kleště přiložil elektrodami ke spánkům nemocného a stiskl na přístroji černý knoflík. Hlavou nemocného prošel elektrický proud o síle 110 nebo 120 voltů a procházel tak dlouho, jak dlouho držel lékař knoflík stisknutý. Zpravidla o něco méně než sekundu. Pacient ztratil bleskově vědomí a rozvinul se epileptický záchvat. Napřed tonické křeče (natažení všech svalů, takže se z jeho těla vytvořil jakýsi oblouk, kdy se pacient dotýkal postele jen záhlavím a patami). Zároveň široce otevřel ústa, do kterých mu rychle sestra vložila připravený roubík, aby

si nepokousal jazyk, když ve druhé fázi paroxysmu došlo ke klonickým křečím, to jest k rytmickému natahování a ohýbání končetin a dalších svalových skupin. Celé to trvalo necelou minutu. Pak pacient upadl do hlubokého spánku, často s pěnou u úst a hlasitým chrápáním. Budil se za 20–50 minut, býval zklidněný a na celou proceduru si většinou dobře nepamatoval.

V jedné kúře dostával pacient většinou elektrický šok dvakrát týdně, zpravidla deset celkem. U některých – na veškerou léčbu rezistentních – těžkých depresivních poruch se podobná léčba provádí i dnes. Většinou tehdy, když je třeba zachránit život nemocného, který odmítá jíst a pít, brání se násilnému sondování a nevynechá sebenepatrnější příležitost, aby se pokusil připravit se o život. Rozběhne se třeba co největší rychlostí hlavou proti zdi, skočí z okna, oběsí se na opasku nebo na kravatě. Ponechán sám sobě umírá hladem a žízní. Uniká tak nesmírnému utrpení, „bolesti celé duše“, kterou taková těžká deprese bývá. Málokdy svůj prožitek popisuje jako smutek. Nějak děsivě se provinil a zaslouží jen smrt.

Dnes se ovšem neléčí shora popsanými elektrickými šoky, ale „elektrokonvulzemi“. Anesteziolog zavede celkovou anestezii a proud se pacientovi, který dostal léky blokující spojení mezi nervovým zakončením a svalem, aplikuje v minimální dávce. Musí být na řízeném dýchání. Dojde jen k minimálním svalovým záškubům.

Mezi dlouhodobě hospitalizovanými pacienty se téměř vždy najde několik lidí, kteří se stanou starousedlíky a mazáky. Mívají propustky mimo léčebnu a obstarávají pro jiné pacienty různé nákupy nebo pochůzky. Takovým proslulým pacientem v Kosmonosech byl jistý pan Jakubka. Brzo po mém nástupu do léčebny začali přibývat další lékaři. Zpravidla tam dlouho nevydrželi, zvláště když měli na ministerstvu nebo KNV známé. I nadále se stávalo, že nově nastoupivší lékař riskoval právní následky a prostě v noci zmizel. V průběhu jednoho týdne se zpravidla jednomu nebo dvěma pacientům podařilo z léčebny utéci. V hlášeních pro ředitele byla proto kolonka, kolik nemocných uprchlo. Byl jsem svědkem události s výměnou rolí. Pacient, pan Jakubka, přišel ohlásit, že „pan doktor XY utekl“.

Hned má první noční služba po zážitku první vizity na odděleních přinesla ovoce: byl jsem ve zvláštním podivném duševním stavu. Otřesený jako po úrazu hlavy. Unavený, ale rozcitlivělý, marně se snažící nějak se vyrovnat s poznáním, co může z člověka udělat duševní nemoc a jak s ním pak ostatní zacházejí. Dlouho jsem nemohl usnout, a když se mi to kolem půlnoci podařilo, probudili mě za dvě hodiny, že jedna pacientka rodí. Teoreticky jsem porod ovládal dobře, pokud šlo o praxi, měl jsem za sebou jen nedlouhou stáž na porodnické klinice. Naštěstí porod proběhl spontánně, hladce, bez komplikací. Sestra, která měla noční službu, měla za sebou zkušenost porodní báby a já jsem se do jejího činění nevměšoval. Když odvezli rodičku na lůžko a dítě odvezla sanitka na novorozenecké oddělení mladoboleslavské nemocnice, byl jsem v takovém duševním stavu, že jsem při zápisu o porodu pro matriku napsal, že šlo o děvče, ačkoliv se narodil chlapec. Dlouho jsem měl u personálu pověst – pokud jde o sexualitu – jakéhosi naivního popleteného imbecila.

Dnes vím, že jsem jednal v jakémsi duševním oblenění, v období „deprese z odbřemenění“ (*Entlastungsdepression)*, kdy člověk, který mobilizuje všechny své síly, a dokud bojuje nebo pracuje, má vysokou koncentraci nadledvinových kortikosteroidů, aby hrozivou akutní situaci zvládl. Poté co tento stres pomine, začnou nadledviny odpočívat a secernují své hormony jen v minimálním množství. To může mít neblahý vliv na regulace zprostředkované neurotransmitery, především serotoninem. Člověk paradoxně upadá do deprese ve chvíli, kdy – stejně jako jeho společenské okolí – očekával, že se bude z úspěchu radovat a oslavovat.

Ředitel mě poučil, že psychiatr je jako praktický lékař v horách s nedostupnou jinou zdravotní péčí, odkázán jen na sebe a na svou erudici. Takže mne nepřekvapilo, že jsem musel mimo jiné řezat psychiatrickým pacientům furunkly, léčit svrab, provádět skiaskopické rentgenové vyšetření plic nebo tahat a opravovat pacientům zuby.

Na rozdíl od ostatních psychotických pacientů měli relativně dobrou prognózu nemocní progresivní paralýzou. Díky výsledkům výzkumu rakouského psychiatra Wagnera-Jauregga, který za to dostal Nobelovu cenu, jsme věděli, že jejich nemoc se





dá léčit Neosalvarsanem, kterým se léčily ostatní projevy luetické infekce, ovšem jen v kombinaci s vysokými horečkami, které pro lék otevíraly hematoencefalickou bariéru. Horečky se vyvolávaly malárií, která se nemocným očkovala. Její kmeny se pečlivě uchovávaly a pěstovaly ve všech lůžkových psychiatrických zařízeních. Když tyto kmeny zašly, jezdilo se „pro malárii" do Vídně. Jela tam sanitka se sestrou a lékařem. Už šest let po Vítězném únoru byl o účast na této cestě obrovský zájem. Účastníci takových zájezdů vyprávěli o ráji města, kde je všechno k dostání, zboží z celého světa, lidé jsou elegantně oblečení a nebojí se mluvit otevřeně o politice. Marně jsem toužil po ráji knihoven a knihkupectví, ve kterých by byla k dostání nejen poslední odborná psychiatrická literatura, ale i díla Alberta Camuse, Jean-Paula Sartra nebo George Orwella. Nikdy jsem jako kandidát takové cesty neuspěl.

Můj první víceméně samostatný „případ" byla nemocná paranoidní schizofrenií, které její sluchové verbální halucinace nařídily, že musí zabít své dvě malé děti. V hrůze, že se jim má stát něco strašného, je pobodala a usmrtila. Soud ji uznal za nezodpovědnou za tento čin a poslal ji do léčebny. Bylo to někdy na jaře 1950, kdy už jsme vedle elektrošoků zavedli také léčbu inzulinovými komaty. Pacient dostane nalačno inzulin ve stoupajících dávkách, až po něm upadne do bezvědomí, ze kterého je po 30–60 minutách probouzen sondou zavedenou nosem do žaludku. Do ní se nalije teplá voda nebo čaj s vysokou koncentrací cukru. Dnes se tak už neléčí, poněvadž jsou k disposici psychofarmaka se spolehlivým účinkem na psychózy.

Pacientka se přibližně po dvou měsících této léčby zbavila svých bludů a halucinací. Když odcházela domů, řekla mi, že jsem z ní – zachránkyně jejích dětí – udělal vražedkyni. Prý bych měl vždy uvážit, zda pacient s podobnými příznaky a historií vůbec o uzdravení stojí… Vím, že tato kazuistika je výjimečná. Přesto si nepřestávám uvědomovat, že zbavit pacienta symptomů ještě nemusí znamenat, že jsme mu pomohli.

Není těžké tvrdit, že za posledních šedesát let došlo ke kvalitativní, vpravdě revoluční změně psychiatrie k lepšímu. Léčíme pacienty jako ostatní obory medicíny hlavně medikamentózně v kombinaci s psychoterapií. Ambulantně a většinou aniž je uznáváme práce neschopnými. Na psychiatrických lůžkách se nehromadí pacienti trpící schizofrenií, nýbrž lidé závislí na drogách a alkoholu a lidé trpící Alzheimerovou nemocí.

Má osobní zkušenost s psychiatrickou léčbou před a po zavedení chlorpromazinu francouzské firmy Rhône Poulenc pod obchodním názvem Largactil ze mne učinila velkého nadšence psychofarmakologie a zavádění nových psychofarmak jsem věnoval valnou část svého vědeckého úsilí. Má frankofilie byla posílena tím, že to byli právě Francouzi, kteří objev moderních psychofarmak učinili.

Mé nadšení ovšem není bezbřehé a chtěl bych připomenout správnou odpověď na otázku examinátora při rigorózu: Komu psychofarmaka pomohla? Správná odpověď zní, že především farmaceutickému průmyslu, na druhém místě personálu psychiatrických zařízení, a teprve na třetím místě jsou to pacienti. Poněvadž velká část dřív dlouhodobě hospitalizovaných nemocných trpících schizofrenií mohla být propuštěna domů za předpokladu, že užívají trvale psychofarmaka, soudí někteří sociologové, že tím přibylo povinností příbuzným a že teď máme místo velkých blázinců, které například v Itálii byly většinou zrušeny, stovky malých blázinců v domovech nemocných.

Souhlasím s názorem vídeňského profesora psychiatrie Hanse Hoffa: psychofarmakon nám otevírá dveře k nemocnému. Těmi dveřmi však musí někdo vstoupit, jinak se zase zavřou – často navždy. Tím, kdo má vstoupit, je psychoterapeut – nejlépe týž lékař, který sám léky ve vhodné dávce předpisuje.

Jako asistent na psychiatrické katedře tehdejšího Ústavu pro doškolování lékařů jsem ve 2. polovině 50. let „zasvěcoval" do tajů medicíny snad stovky českých a slovenských lékařů. Snažil jsem naučit je dívat se na svět očima pacienta – jen tak mu mohou porozumět. Asi dva tři roky mi v tom pomáhalo psychofarmakon lysergamid (LSD). Katedra pořádala kurzy pro lékaře, kteří se specializovali na psychiatrii a po tehdy jen tříleté praxi na psychiatrii se chystali složit atestační zkoušku. Nabídl jsem jim možnost provést pokus s lysergamidem sami na sobě za bezpečných kontrolovaných podmínek. Má-

lokdo nabídku odmítl. Vyprávěli mi o svých zážitcích. Zdůrazňoval jsem jim, že pacient může mít podobné zážitky, motorem pro rozvoj jeho duševní poruchy je však to, že neví, proč takové zážitky má, a hledá jejich příčinu. Symptomy paranoidních bludů krystalizují kolem takového hledání. Žádal jsem je, aby si představili, že neví, co je příčinou zvláštní citlivé rozkolísané nálady a toho, že se jim všelijak hroutí prostor, „vidí" barvu hudby a „slyší" oblouky oblaků na nebi a že mají pocit, že když natáhnou pořádně ruku, dosáhnou na knihu, která je v knihovně nejméně pět metrů vzdálené. Moji atestanti však neztráceli k těmto zážitkům kritičnost – věděli, že vše během čtyř, nanejvýš šesti hodin pomine, a že kdyby jim opravdu bylo zle a požádali o to, dostali by injekci chlorpromazinu a symptomy by během několika minut zmizely.

Když se později stal lysergamid vyhledávanou drogou a podobné experimenty na lidech byly v podstatě zakázané, poslal jsem stovce psychiatrů, kteří takto získali s lysergamidem zkušenost, otázku, zda litují, že experiment podstoupili, a zda by ho chtěli opakovat. Určité zklamání vyjádřili jen dva, kteří po lysergamidu prožili úzkost a depresi. Sami si to však vyložili tím, že v té době řešili tíživou situaci v rodině. Jen tři by byli chtěli experiment opakovat.

„Drogou" se může lysergamid stát pro skupinu lidí, kteří se takto chtějí nevázaně opakovaně bavit. Je to podobné, jako když se někdo opije, aby mohl dělat alotria a svést následky na alkohol. Nebezpečný může být pro některé umělce, zvláště malíře, kteří v zážitcích po lysergamidu hledají inspiraci pro svou tvorbu. Toxikomani ho ve svém repertoáru nemají příliš často. Snad jako doplňkovou drogu k marihuaně nebo stimulanciím v nejroztodivnějších farmakologických kombinacích. Přesvědčil jsem se, že se od nich mohu o účincích farmak na subjektivní prožívání člověka leccos dovědět, jejich vyprávění se však nesmí odborničky bagatelizovat, ale je nutné jim pozorně naslouchat.

Pohlédnu-li zpět, jsem rád, že jsem lékařem. Zvlášť psychiatrie pomáhá nahlédnout do nejhlubších vrstev lidské duše. Vím, že to dovedou často i odborní lékaři jiných oborů nebo praktičtí lékaři, ale psychiatr to má „v popisu práce". To nejdůležitější je porozumět nemocnému, naučit se sdílet jeho slovník. Je až neuvěřitelné, jak rozdílný význam mají pro různé pacienty slova jako „deprese", „bolest", „starost", ale i „únava" nebo „stres". Jsem nesvůj, když ode mne odchází pacient třeba i po více než dvouhodinovém vyšetření a ve mně zůstává pocit, že mi uniká, oč vlastně jde, a že mu vlastně nerozumím. Jak má potom takový pacient rozumět mně?

Největším problémem jsou pro mne lidé, u kterých při nejlepší vůli žádnou duševní poruchu diagnostikovat nemohu. Přitom je mi jasné, že se trápí, jsou nějak zásadně nespokojeni se svým životem – zpravidla nerozumějí sami sobě. Nevědí, co chtějí, a myslí si, že jim pomohu při pátrání. Přitom vím, že právě jim bych měl pomoci – vždyť proto ke mně přišli. Vysvětluji jim, že já jim mohu ukázat jen zrcadlo svého porozumění i s tím, že se mohu mýlit. Jsou někdy nespokojeni, že jim nedám pro jejich závažné rozhodování nějakou přímou a jednoznačnou radu. Já jim mohu jen převyprávět jejich příběh svými slovy a zeptat se, co by dělali, kdyby byli na mém místě. Často je to jako v té židovské anekdotě, kde se někdo ptá Žida, proč na všechny otázky odpovídají otázkou, a on odpoví: „A proč ne?"

Znovu a znovu se musím ptát, kde jsou hranice mé kompetence a kde do toho jako psychiatr nemám co mluvit. Odmítám novinářům komentovat ten či onen čin politika, když chtějí slyšet nějakou diagnózu, že duševně zdravý by se přece takto nechoval. Možná. Já však nejsem v jeho kůži a on nechtěl, abych ho vyšetřil. Když mi vyčítají alibismus, odpovídám, že psychiatři ve vrcholných politických funkcích se moc neosvědčili. Pro příklad půjdu raději do zahraničí. Bývalý srbský prezident Radovan Karadžič je psychiatr, znal jsem ho jako zábavného kolegu, který večer po sympoziu zpíval při vínu velmi družně nejen s námi, ale i s Chorvaty, Bosňany a Slovinci. Psychiatrická odbornost zdaleka nezaručuje moudrost a správné rozhodování mezi zlem a dobrem. Ovšem hned se ptám: co je to „správné" rozhodování? Je taková „správnost" nadčasová, *punctum* bez přihlédnutí ke kontextu současnosti?

Jako občanovi mi není jedno, co se děje. Angažuji se – třeba tím, že píšu blogy. Ale i tam se co možná vyhýbám autoritativnosti odborníka nebo vědce.


Valderam
V PUBLIKACI


POLARTEC

Ano, prožívám těžké chvíle. Často, když jdu spát, mám pocit, že pacienti na mne přesunuli své břímě a ono teď tíží mne. Tak jako dnes profesor Bělohradský hovoří o tekoucím hněvu, představuji si takovou globální světovou nádobu lidského utrpení, které se po troškách přesouvá mezi lidmi. Sdělená bolest, poloviční bolest. Co s ní však má dělat ten, komu jsme tu polovinu předali? Takové přemítání mne vede k úvahám, zda jsem pro konkrétního nemocného zvolil optimální lék v kombinaci s psychoterapeutickým přístupem, který jsem dnes pokládal za nejlepší. Nejlepší? Je však jediný možný? Přemýšlím a napadne mě, že o něčem podobném psal Ludwig Binswanger, švýcarský psychiatr aplikující na svou praxi existencialistickou filozofii. A tak, i když jsem už v posteli, vyskočím a hledám v knihovně Binswangera. Najdu-li ho, narazím tam třeba na něco jiného, než jsem hledal, ale zaujme mne to. A tak čtu, čtu, přichází únava a ospalost. Povzdechnu *vita brevis, ars longa* a jdu tentokrát definitivně spát. Usínám však s tou tíhou, kterou mi předal pacient.

Je to věčné dilema. Být nad věcí, umět se přesvědčit, že mne se to vlastně netýká? Nebo tu tíhu přijmout a bojovat s ní bok po boku s pacientem? Vyřeším-li si to přijetím té první alternativy, pacient to pozná.

Zkušený lékař nemá problém, aby potíže nemocného zorganizoval do obrazu nějaké nemoci. Psychiatrie může někdy užít zaškrtávacích dotazníků, které vyplní pacient. Z počtu tak či onak zaškrtnutých odpovědí vypadne diagnóza. Jak se má léčit ta či ona nemoc, k tomu slouží zase určité doporučené postupy, vodítka nebo směrnice. V tomto schématu začíná vypadávat role lékaře. Připadá mi, že by stačila jakási samoobsluha v lékárně, kde by si podle výsledků zpracování dotazníků stanovil diagnózu sám pacient a podle doporučených terapeutických postupů při této diagnóze si vybral lék, který by mu vydal lékárník.

Část nemocných, kteří ke mně přicházejí, byla takto léčená. Zpravidla nečekají psychoterapii, ale nějaký nový zázračný lék. Za předpokladu, že jsem jejich problémům porozuměl – nebo si to aspoň myslím – i s tím, že si možná budu muset své mínění při příštím setkání opravit, vysvětlím roli a význam porozumění tomu, co asi jejich příznaky vlastně znamenají, a pokud jde o léky, netajím se svým názorem, že psychofarmaka působí na mozek, a ne na „duši“. Hmota léku působí na hmotu nervového systému a ostatních tělesných orgánů. Na jejich symptomy působí léky zprostředkovaně, podle představy lékaře o tom, jak souvisí mechanismus účinku psychofarmaka s jeho představou o patogenezi příznaků nemocného. Už z toho, co mi pacient říká, si dělám představu například o tom, má-li dostatek serotoninergních vazebných míst na receptorech svých centrálních synapsí a zda není problém v nedostatku samotného serotoninu. Rozhovor doplním orientačním neurologickým vyšetřením, kde si dávám pozor především na takzvané měkké příznaky (*soft signs*), které ještě nesignalizují poruchu motoriky nebo čití, ale které mohou něco vypovídat o koordinaci a harmonizaci jednotlivých systémů, na něž mohou působit psychofarmaka. Podle výsledků takového vyšetření volím lék, který má v tomto případě nejlepší možnost normalizovat serotoninergní nebo jinou neurotransmisi.



Doporučené postupy mají zatím v psychiatrii charakter doporučení, která nejsou závazná. Zatím věřím, že bych dovedl odůvodnit svůj postup, který je v nesouladu se směrnicemi, a že by mé vysvětlení bylo přijato s porozuměním. Stanou-li se ovšem směrnice závaznými a mohl-li bych být potrestán za jejich nedodržení, přestanu pracovat jako lékař a díky svému výučnímu listu krejčího budu navrhovat a šít dámám šaty.

Cesta k medicíně

Už při pokusu odpovědět na první z vašich otázek (proč jsem se dal právě na medicínu) si uvědomuji, jak málo jsem ve svém životě něco záměrně plánoval. Prostě jsem svůj život s nějakým přesně určeným cílem neřídil.

Připadá mi, že o mně platí jakási moudrá anekdota. Lovec jede lesem, uloví několik kusů zvěře a při návratu najde na kraji lesa na stromech terče a do nich zabodnuté šípy. Je mu nápadné, že všechny šípy jsou přesně ve středu terče. Neznámý lučištník nemohl být přesnější. Hledá ho a nakonec se mu podaří dokonalého střelce najít. Ptá se ho, jak získal takovou zručnost, že se bez výjimky trefí vždy naprosto přesně. Jak dlouho se to učil a u koho? Lučištník odpoví: „To je prosté. Napřed střílím a pak namaluji terč."

Tím zdaleka nechci říct, že své terče maluji dokonale…

Odmalička jsem měl rád cizí země, zvláště moře, a tak jsem toužil stát se námořním kapitánem. Po válce mi bylo necelých dvacet let a bylo nesnadné dostat se na námořní akademii v Polsku nebo Německu – a já bych byl toužil po Francii. Matka zase uvažovala o tom, že bych mohl převzít její dámské krejčovství. Za války jsem se u ní během studia gymnázia vyučil krejčím, lichotili mi, že mám dobrý vkus a že dobře navrhuji šaty pro svou sestru a sestřenice.

Aniž se tyto plány zrušily, došlo k mému zápisu na lékařskou fakultu Masarykovy univerzity. Jakoby to byla samozřejmá povinnost a ne svobodná promyšlená volba. Bylo to už někdy začátkem května 1945. Vysoké školy nacisté zavřeli, šest let lékaři umírali, odcházeli do důchodu nebo je nacisté popravovali; noví je nenahrazovali. Byl jich zoufalý nedostatek. Brno bylo osvobozeno dříve než Praha, a tak bylo možné během roku 1945 absolvovat tři semestry – za předpokladu, že se včas a úspěšně skládaly zkoušky.

Jako mnozí jiní brněnští maturanti jsme nedokončili ústní zkoušky, které byly opakovaně přerušovány leteckými poplachy a nálety. Naši maturitu-nematuritu okupační úřady vyřešily tak, že nám na výroční vysvědčení z oktávy daly „maturitní poznámku" (Reifevermerk), což mělo administrativně nahradit maturitní vysvědčení.

Dodnes když mám úzkostný sen, zdá se mi, že musím s ostudou odevzdat doktorský diplom a omluvit se, že jsem neoprávněně vystupoval a léčil jako graduovaný lékař, když nemám ani maturitu a medicínu jsem absolvoval za čtyři roky a pár měsíců…

K zápisu na medicínu přispělo naléhání rodičů a jejich přátel, mezi kterými bylo mnoho lékařů. Patřil k nim neurolog profesor Miroslav Křivý, který přišel do Brna z Bratislavy, kde pomáhal při založení Komenského univerzity. Měl jsem ho velmi rád a možná to byl on, kdo mě nasměroval k neurologii. Za okupace se zapojil do protinacistického odboje. Činnost jeho skupiny gestapo odhalilo. Byl zatčen, odsouzen k smrti a popraven. Můj otec, právník, unikl zatčení o vlásek a jen náhodou.

Studium medicíny na jaře 1945 spočívalo hlavně v brigádnických pracích v budovách na nynějším náměstí Komenského, kde měly být zřízeny teoretické ústavy fakulty. Zametali, uklízeli a vynášeli jsme stavební odpad. Taky se ovšem přednášelo. Tak jako v Praze chodili medici na přednášky do Lucerny, v Brně jsme chodili do kina DOPZ na Dominikánském náměstí. Vzhledem k množství studentů to byly jediné dostatečně velké přednáškové sály. Nešlo jen o tradiční přednášky, kterými se předávají vědomosti. Mám v dobré paměti živou a polemickou diskusi mezi biology – profesorem Ferdinandem Herčíkem, který hájil stanoviska dialektického materialismu, a profesorem Vladimírem Úlehlou, zastáncem agnosticismu a neoholismu J. Ch. Smutse.

V té době jsem netíhl k neurovědám, nýbrž tak jako většina tehdejších mediků ke „královně medicíny" – chirurgii. Už jako několikatýdenní medik jsem fiškusoval na chirurgickém oddělení nemocnice na Žlutém kopci. Zdravotními sestrami tam byly řádové sestry. Mladíka, který z anatomie věděl, že máme jedna játra a dvě ledviny a někde mezi tím je žaludek a střeva, učil anatomii chirurg-operatér, kterému jsem jako „kolega" držel háky, aby zůstala otevřená operační rána. Bývalo to fyzicky namáhavé a únavné, zvlášť v letních vedrech pod reflektory a se zavřenými okny operačního sálu. Úkolem jedné z asistujících sester bylo utírat doktorům z čela pot, aby neukápl do otevřené břišní dutiny operovaného. O klimatizaci se tehdy nikomu ani nesnilo.

Nedostatek lékařů byl tak hrozivý, že jsem míval nedělní služby, kdy jsem byl na oddělení sám a jeden z chirurgů byl na telefonu. Jednou přivezli asi osmnáctiletého chlapce s horečkou a „akutním břichem". Zkušené

sestry mě navedly k diagnóze apendicitidy a naléhaly na okamžitý zákrok, poněvadž hrozil zánět pobřišnice – tehdy zpravidla smrtelný. Pacientovi dávaly na břicho led a čekalo se na chirurga, který měl „příslužbu doma“. Nepodařilo se mu nastartovat auto. Zkušená sestra instrumentářka zařídila celkovou narkózu – jedna ze sester kapala na obličejovou masku pacienta kelén – a mně dala do ruky skalpel. „Pane doktore, první řez musí vést lékař.“ Naštěstí mně vedla ruku. Pak jsem hlavně stavěl krvácení a podvazoval cévy. To jsem se naučil dobře, uzel se musí udělat jednou rukou. Dřív než jsem se dostal k apendixu, přijel na tandemu motocyklu chirurg, který měl příslužbu, a vše bylo zachráněno. Než si umyl ruce, sestra informovala, co se děje v břiše pacienta a on dával pokyny, jak postupovat – mně vedla ruku se skalpelem instrumentářka. Pacient přežil a uzdravil se. Během dalších více než šedesáti let své klinické praxe jsem nikdy nebyl vystaven takové zátěži a zodpovědnosti za život nemocného tváří v tvář jeho otevřenému břichu.

Nové široké obzory mi otevřela Praha. Aniž jsem skončil s medicínou v Brně, přihlásil jsem se na Svobodnou školu politických nauk, obor mezinárodních vztahů. Myslel jsem, že využiji dobré znalosti francouzštiny, kterou jsem se poctivě učil už od svých pěti let. Matka-švadlena jezdívala nejméně dvakrát ročně do Paříže na módní přehlídky a brávala mne s sebou. Umět aspoň trochu německy bylo v Brně běžné, když třetinu jeho obyvatel tvořili Němci. Německy – nebo spíš jidiš – na mne často mluvila babička, Židovka, kterou její kupecká rodina vydědila, protože utekla s křesťanem. Provdala se za dělníka na dráze a přestoupila ke katolické církvi – velice se na mne zlobila, když jsem v neděli nešel na mši, abych stihl sraz svého skautského oddílu. Ve svých čtrnácti letech jsem babičce nesl kufr v zástupu Židů hnaných ordnery a esesáky na brněnské nádraží. Tam nastoupila do vlaku, který ji i s ostatními Židy odvezl rovnou do polské Březinky, kde šli všichni bez selekce přímo z vlaku do plynu.

Má odbojová činnost za války spočívala v tom, že jsem se intenzivně učil rusky. Správně jsme předvídali, že do Brna přijdou spíš Rusové než „ti skauti ze Západu“, kteří pořád ne a ne otevřít západní frontu a obcházeli to přes Sicílii a Itálii.

Uměl jsem tedy dobře francouzsky a rusky a obstojně německy a anglicky. Chodil jsem na přednášky dr. Eduarda Táborského, tajemníka prezidenta Beneše, a myslel jsem, že budu diplomatem. Poctivě jsem skládal zkoušky a zároveň jsem chodil na přednášky i na filozofii a na Vysokou ekonomickou. Teprve když někdy v říjnu nebo listopadu 1945 otec zjistil, že Svobodná škola politických nauk nemá a možná ani nezíská statut vysoké školy, zastavil mi finanční apanáž a povolal mě do Brna. Tam jsem vydřel přípravu ke zkouškám, které jsem zanedbal v Praze, a pokračoval ve studiu medicíny. Matka z Paříže dovezla knihu francouzského chirurga René Lériche s názvem La chirurgie a l´ordre de la vie. Byl jsem nadšen jeho metodou periarteriální sympatektomie, kterou bylo možno zařídit bohaté prokrvení ohrožených orgánů. Chirurg tak může rozhodovat, které tkáně budou mít dost kyslíku a glukózy – třeba na úkor jiných orgánů.

Má budoucí lékařská kariéra měla znovu namále, když mi anglická firma Holland & Sherry nabídla místo obchodního zástupce pro kontinentální Evropu. Šlo o úctyhodnou anglickou firmu vlastnící několik textilních továren. Matka od nich objednávala látky, ze kterých šila šaty. Ty se pak lišily od výrobků jiných švadlen nejen svým pařížským střihem, nýbrž i materiálem. Vyřizoval jsem matce cizojazyčnou korespondenci, většinou francouzskou. Koncem jara roku 1945 chtěla znovu navázat obchodní spojení se svým dodavatelem látek v Anglii. Výsledkem bylo, že mi firma nabídla, abych pro ni pracoval. Vše hovořilo pro to, abych nabídku přijal. Jenže. Hrál jsem tehdy v orchestru brněnských mediků na klarinet. Když jsem se v orchestru zmínil o svém plánu odjet do Anglie, umyli mi hlavu, že by to byla zrada kamarádů z orchestru. Zůstal jsem v Brně.

Promoval jsem v prosinci 1949 v Praze, kam se posléze rodiče přestěhovali, vypuzeni obavami o kádrový profil příslušníků zazobané brněnské buržoazie. Kupodivu se tehdy ještě kádrové materiály důsledně neposílaly za občanem tam, kam se přestěhoval…

Mělo to ještě intermezzo. Jako medik jsem chtěl létat na větroni, a odpracoval jsem si proto mnoho brigádnických hodin na malém letišti v Medlánkách. Když přišla zpráva, že studenti s vysokým počtem brigádnických hodin se mohou hlásit do mezinárodního studentského tábora na Côte d'Azur ve

Francii, zradil jsem létání a jel k moři. Ve Francii se mi tak líbilo, že jsem se odtud nevrátil domů, ale odjel stopem a autobusy do Paříže a pokračoval ve studiu medicíny na Sorbonně. V roce 1947 jsem byl ve válkou a okupací zbídačené Francii, kde byly ještě potravinové lístky, bohatým zahraničním studentem podporovaným otcem a slušným kurzem československé koruny. Byl jsem v obdobném postavení jako zahraniční studenti našich vysokých škol pocházející ze Západu nebo z Afriky v dobách našeho reálného socialismu. Přednášky se mi líbily, bylo to podobné jako u nás, jen přednášející si víc potrpěli na dominantní vystupování vůči studentům, na elegantní zevnějšek a vytříbenou intelektuálskou francouzštinu. Poněkud jsem litoval pacienty, které při klinických přednáškách demonstrovali, protože s nimi zacházeli velmi přezíravě. Připadalo mi, že vystupují v roli režiséra, který přikazuje hercům, jak mají hrát, aby divadelní hra měla u diváků co největší úspěch.

Index Masarykovy univerzity jsem nechal u kolegů mediků v Brně s prosbou, aby ho dávali k podpisu pedagogům po praktikách a seminářích zároveň se svými indexy. Když jsem nepřijel domů ani na vánoce, dal mi otec ultimátum, že mi zastaví finanční podporu. Vydělával jsem si trochu prací na zahradách českých krajanů, nakonec jsem však přijel s tím, že si zařídím ukončení studia a vrátím se dostudovat do Paříže. Vrátil jsem se někdy kolem 20. února a pětadvacátého se ujali moci komunisté. Klec sice nespadla hned a ještě se dalo nějakou dobu odjet, ale bylo jasné, že svobodný pohyb mezi Západem a Východem bude stále nesnadnější. Oželel jsem věci zanechané v Cité Universitaire *a zůstal doma.*

doc. MUDr. Oldřich Vinař, DrSc.

Narodil se roku 1925 v Brně, promoval roku 1949 na LF UK v Praze. Postupně mimo jiné působil jako psychiatr v léčebně Kosmonosy, asistent v Ústavu pro doškolování lékařů, vedoucí psychofarmakologického oddělení VÚ psychiatrického, 1982–2002 byl vedoucím Společné laboratoře ČSAV a SÚKL. Nyní pracuje především ve své vlastní psychiatrické ordinaci.

Jeden ze zakladatelů české klinické psychofarmakologie, autor řady odborných i popularizačních knih a článků.

Manželka je rovněž lékařka, stejně jako dvě dcery; třetí je farmaceutka.

Miloš Velemínský

Zdravotnictví není ekonomická jednotka!

Pane profesore, byl jste řadu let děkanem fakulty. Jak po této zkušenosti vnímáte vztah politiky a medicíny?

O tom se často a mnoho mluví, proto jen stručně: V praxi je nutné najít kompromis mezi medicínou a politikou. Pro úspěšnou medicínskou činnost je nutné hledat výraznou prioritu v medicíně, doplněnou ekonomickými potřebami. Bohužel v současné době je zdravotnictví úzce spojeno s politikou vlastně jen skrze ekonomiku, zatímco vlastní medicína je často potlačena. Při odborné medicínské činnosti však musí politika ustoupit do pozadí. Medicína bude vždycky medicínou, kdežto politika se mění.

Přece jen – můžete být konkrétnější?

Na lékařském povolání mě vždycky nejvíce inspirovala skutečnost, že se jedná o povolání, to jest poslání v plném slova smyslu. Proto mám velké osobní problémy v současnosti, kdy zdravotnictví a jeho zaměstnanci se stali ekonomickými jednotkami bez ohledu na původní poslání zdravotníka. Zdravotnická politika státu je dnes založena na ekonomickém pojetí a jako taková zdravotníky deklasuje a snižuje tak mimo jiné jejich společenskou prestiž. Nelze srovnávat medicínskou činnost s podnikáním. Zapomíná se na sociální problematiku pacientů s nízkou životní úrovní – vždyť dětské lékařství se začalo vyvíjet právě ve špatném sociálním prostředí, např. v nalezincích… Musím tedy konstatovat, že nejmarkantněji se zhoršila koncepce státu ke zdravotnictví. Skutečnost, že z medicíny se stala ekonomická jednotka, je špatná, a to moc.

Nyní to vezměme takříkajíc popořádku. Jaké byly vaše první lékařské zkušenosti?

Po promoci jsem nastoupil v okresní nemocnici Prachatice. Zde jeden lékař sloužil noční služby pro čtyři základní oddělení, tj. internu, porodnici, chirurgii a pediatrii. Moje první služba měla dosti nepříjemný průběh. Musel jsem provést extrakci zubu řediteli nemocnice. Zvládl jsem to, ale dnes bych se toho neodvážil. Stejný den zemřel při mé službě šedesátiletý muž na infarkt myokardu.

Moje první zkušenost na tomto pracovišti spočívala také v tom, že přednosta oddělení, na které jsem nastoupil, odjel po měsíci „na jelena“ a já – po měsíci praxe! – zůstal sám lékař na dětském oddělení. Pomáhala mi přísná vrchní sestra a lékař, který byl o dva roky starší. (Po roce jsem přešel na jiné pracoviště, kde jsem zase samostatně nesměl dělat nic.)

Kdo vás zasvětil do problematiky pediatrie i příbuzných odborností? Jak jste zasvěcoval později svoje mladší kolegy vy?

Velký vliv na můj profesní vývoj měl primář Pokorný (ten mě také kdysi přesvědčil ke studiu dětského lékařství) a pak gynekolog v prvním roce praxe, který řešil velmi kritickou situaci s rodičkou a novorozencem, při níž jsem asistoval. Později jsem četl práce profesorů Poláčka, Mydlila, Znamenáčka, Štembery a dalších. V okamžiku, kdy se uvolnilo oddělení, kde jsem mohl realizovat intenzivní péči o novorozence, jsem se tam přihlásil do konkurzu. V tu dobu měly pro můj odborný růst význam bohaté konzultace s pracovníky Ústavu pro matku a dítě, Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů a FN Motol.

Do problematiky infekcí močových cest mě zasvětila paní docentka Libuše Hradcová.

Při zavádění intenzivní péče o novorozence jsem ovšem měl nejdříve problémy, abych se sám „zasvětil“ do systému. Do zahraničí jsem nesměl, publikace byly opravdu drahé, nedostupné, internet nebyl. Takže pouze přes své „uprchlé“ kolegy jsem získával především literární zkušenosti. Také jsem využil

tzv. „stodolarový“ příslib, abych v zahraničí viděl v reálu provoz a organizaci JIP pro novorozence.

Sám jsem přenášel tyto znalosti na mladší kolegy, především v oblasti diagnostiky. Kromě lékařů jsem zasvěcoval do problematiky také dětské sestry. Výchova se týkala jak teorie, tak praxe.

Mladší kolegy jsem zasvěcoval především v oblasti diagnostiky a postupně za pochodu i do nových „technologií“, které bylo často velmi náročné získat, a to i ze soukromých zdrojů (například respirátory).

Zasvětil jsem do problematiky řadu lékařů, kteří postupně překonali „mistra“ a doposud obor zkvalitňují. Vychoval jsem však také řadu sester, bez kterých by práce na JIP nebyla představitelná.

V současné době přednáším studentům oboru Ošetřovatelství a Zdravotně sociální rehabilitace. Snažím se jim „vnutit“ myšlenky holistického přístupu k lidem i to, aby studovali a ne se jen učili z internetu a podobně. Zatím však většinou marně.

Co se za vaší praxe nejvýrazněji změnilo?

Velmi mě zklamal přístup některých rodičů, konkrétně jejich „fenomén“ vděčnosti. Drtivá většina lékařů se snaží svým pacientům opravdu aktivně pomoci, a to podle svého nejlepšího svědomí. Všichni víme, že pomoc není vždy snadná a úzdrava trvá někdy delší dobu, bohužel někdy není ani možná. Všichni vycházíme ze svých zkušeností a ty využíváme. Každé dítě je individuum, a proto musíme své zkušenosti aplikovat přizpůsobeně jedinci. To někdy vyžaduje čas. Rodiče pak jsou netrpěliví, lékaře pomlouvají. Někdy lékař třikrát pomůže, počtvrté se mu hned „nedaří“ – a výsledkem je projev nedůvěry.

Druhá negativita souvisí s nedůvěrou „lůžkových“ lékařů k diagnózám praktických lékařů. Často pouze kritizují, aniž by měli pravdu. Ani ji nemohou mít – dítě neznají ve všech souvislostech.

V průběhu praxe ve mně medicínská profese zanechala některé „duševní rýhy“. Musím přiznat, že nehlubší dopad měla na můj vztah k ženám-matkám. Profesor Švejcar na konci svého života podporoval kult ženy-matky. I já se k tomuto kultu přikláním. Muž má fyziologicky jinou funkci než žena. Žena musí porodit, musí obětovat často svoji profesi, svoji krásu, svoje zájmy… Nástup mateřství je pro ni výraznou změnou. Největší změny se objevují v okamžiku, kdy žena začne pečovat o dítě postižené. Tyto situace popisuji ve své publikaci *Celebritami proti své vůli*. Tyto ženy často ztrácejí zázemí své rodiny, partnera, kamarády. Ztrácejí svoji profesi a musí změnit celou svoji osobnost. Ale ony se nelitují, ony jen litují své děti, třeba že nemohou jezdit na lyže… Spolupráce otce a prarodičů bývá v těchto situacích velmi omezená, chudá. Platí v plné míře rčení, že „srdce a mateřské mléko jsou nenahraditelné“.

Jinak musím přiznat, že moji kolegové i kamarádi někdy konstatují, že v mém jednání se projevuje pediatricko-sociální zaměření. Několikrát mi bylo řečeno „no jo, pediatr“…

Kdybyste měl tu možnost, dal byste se znovu na medicínu a na pediatrii?

Na medicínu určitě. Ale přemýšlím-li o tom, jaké odbornosti bych se věnoval, kdybych mohl „znovu“ začít medicínskou dráhu, pak odpovídám – práci na „záchrance“.

V současné době je práce lékaře jistým způsobem ovlivněna byrokratickou administrativou, internetovými zdroji, jakož i stále menší volností skutečně léčit konkrétního pacienta v konkrétních podmínkách. Jak tyto problémy řešíte?

Byrokratickou administrativu snáším velmi těžce. Beru ji jako nutnost, proti které nelze bojovat. Ale musím přiznat, že si budeme muset zvyknout. Vidíme, jak stoupá počet soudních sporů, jak vzrůstá aktivita právníků. Sám jsem zažil problém spojený se stížností pacienta na naše oddělení, který jsme vyhráli především díky dokonalé administrativě.

Internetové zprávy pacienty spíše zneklidňují a nás zdržují. Bohužel je asi nemůžeme zakázat, takže nám nezbývá nic jiného, než je rodičům vysvětlovat. Při těchto hovorech kladu největší důraz na individuální přístup. Musím přiznat, že většinou s úspěchem.

Ve vztahu k EBM necítím omezení, v rámci svých zkušeností se řídím především rozumem.

Lékařství stojí a padá se vztahem a komunikací mezi pacientem a lékařem. Jak tento vztah vnímáte?





Pacienta vnímám jako rovnocenného partnera. Vím, že když si nechávám třeba opravit auto nebo postavit zeď, mám pocit méněcennosti. Z této zkušenosti vycházím při jednání v ordinaci.

V případě nevyléčitelného onemocnění nesděluji hned celou prognózu. Rodičům nelze totiž vzít **najednou** veškerou naději. Oni postupně situaci obyčejně stejně pochopí a snadněji pravdu přijmou. U onkologicky nemocných dospělých také nejsem schopen vyjádřit pravdu hned.

Přijde-li do ordinace nebo na oddělení člověk, kterému jsem pomohl „od smrti", jednám s ním stejně jako s ostatními. Myslím si však, že každý lékař má pouze jednotlivce, kterým skutečně pomohl a uchránil je od smrti. V nemocnicích mohou mít lékaři tyto pocity častěji. Ale záleží na lékaři, jak je zaměřený a jestli věří, že to byl skutečně on, kdo pomohl, nebo třeba nadpřirozená síla, tedy Bůh.

V případech, kdy jsem se dopustil diagnostické chyby, to svým pacientům vysvětlím. Většinou to rodiče přijmou. Je to lepší, než když se tuto skutečnost dozvědí od jiných kolegů.

Zatím nevím o nikom, koho bych poškodil. Je možné a pravděpodobné, že tací existují, a já to jen nevím.

Rodičům, kteří mají vztah k alternativní medicíně, se snažím vysvětlit podstatu těchto aktivit, ale nebráním jim tyto metody vyzkoušet. Je pravdou, že homeopatie má v některých situacích větší úspěch v léčení než medicína. Toto jsem v praxi už zažil. Rovněž akupunkturu a akupresuru pokládám v určitých situacích za vhodný doplněk terapie.

Jak se ve vás skládá obraz lékař–badatel–pedagog–kulturní člověk?

Toto spojení jsem se snažil a stále snažím realizovat. Pro mě vědecká publikace znamená skutečnost, že jsem si udělal alespoň nějaký obraz o daném problému. Jsou lidé, kteří chtějí jenom titul, jsou lidé, kteří titul potřebují, aby se mohli realizovat. Můj syn gynekolog mi říká: „Sice je hezké, že budu mít články časopisech s impakt faktorem, ale když při porodu například nezabráním traumatismu plodu, jsou mi vědecké práce k ničemu."

Vztah vědy, medicíny a pedagogiky denně prožívám a musím říci, že základem je pro mě medicína a další dvě činnosti jsou doplňující. Je však možné, že lékaři – vědci bez praxe – mohou mít s hodnotou praktické medicíny problém.

Českou vědeckou i praktickou medicínu ovlivňovala v minulém století německá škola. V současné době tento její vliv klesá a narůstá vliv školy anglosaské. Existují však určitá specifika české medicíny, a to především z oblasti prevence.

Lékař musí mít široké kulturní povědomí, duševní rozhled. Ten především v minulých letech hrál významnou roli při komunikaci s pacientem a dodával vážnost lékařskému stavu. V současnosti však tento rozhled slouží především lékaři samotnému, popřípadě malé skupině, která je ochotná naslouchat. Většina populace shání kulturu z jiných zdrojů, například z televize.

Je však stále třeba mít na mysli, že klinická medicína je především profesní disciplína, tedy že stojí na osobních zkušenostech a studiu literatury.

Má vaše profese nějaký vliv na chod a řízení vaší rodiny? Jak ji komentují členové vaší rodiny?

Ano, a to zásadní. Nejvíce komentářů má pochopitelně manželka. Děti své postoje vyjádřily činem – syn chtěl být nejdříve pediatrem a nakonec se stal gynekologem, dcera je fyzioterapeutka.

Jaké je vaše největší osobní lékařské přání?

Abych neměl žádný „průšvih" při léčení svých pacientů.



Cesta k medicíně

Původně jsem chtěl studovat „veterinu“. Můj otec byl totiž veterinářem. Na medicínu jsem si netroufal, protože jsem nepatřil k vynikajícím studentům a také můj kádrový původ byl nepříznivý. V tu dobu však veterinární medicína byla v útlumu. Přítel naší rodiny, pediatr primář Pokorný, a kolega mého otce, veterinář, mě náležitě ovlivnili a já to risknul – přihlášku na veterinární fakultu jsem „přesměroval“ na fakultu pediatrickou.

Dostal jsem se tam nečekaně na první pokus. Při přijímacím pohovoru jsem měl také štěstí, že jsem měl hodně nastudováno z biologie člověka a z populární odborné literatury.

Po skončení studia jsem se chtěl věnovat infekčnímu lékařství nebo intenzivní péči. Atestace z infekčního lékařství však byla nadstavbová, a tak jsem začal pracovat na dětském oddělení. V průběhu práce „na dětském“ jsem se začal zabývat problematikou infekcí močových cest. Později jsem začal pracovat na specializovaném neonatologickém oddělení. Zde jsem mohl realizovat „touhu“ po práci v intenzivní péči. Po ukončení práce v nemocnici se věnuji problematice sociální pediatrie a využívám poznatků především z doby pobytu na oddělení intenzivní novorozenecké péče. Svoji představu o infekcích jsem později realizoval ve svých publikacích.

prof. MUDr. Miloš Velemínský, CSc., dr.h.c.

Narodil se roku 1936 v Českých Budějovicích v rodině zvěrolékaře.

V roce 1960 promoval na Fakultě dětského lékařství (dnes 2. LF) UK v Praze.

Pracoval nejprve na dětském oddělení nemocnice v Prachaticích, poté v Jindřichově Hradci, od roku 1969 působil jako vedoucí lékař na neonatologickém oddělení a poté v Perinatologickém centru v Českých Budějovicích. Nyní vede soukromou pediatrickou praxi v Třeboni.

V letech 2004–2011 byl děkanem Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity.

Od roku 2000 je profesorem Univerzity Komenského v Bratislavě, 2008 *doctor honoris causa* na soukromé Vysoké škole zdravotnictví a sociální práce sv. Alžběty tamtéž.

Autor několika zdravotně osvětových knih. V roce 2010 získal občanskou cenu *Purpurové srdce* „za přínos neonatologii".

Jeho syn je lékař, dcera fyzioterapeutka.

Alois Volkman

Duše, medicína, poezie

Po promoci jsem nastoupil na „základnu“ OÚNZ Kladno (na interní oddělení a oddělení zdravotní výchovy, které nebylo obsazené). Z Prahy nás zdravotníků v roce 1961 dojíždělo do Kladna autobusem okolo padesáti. Snadno jsme se všichni rychle vzájemně seznamovali. Vůbec v menších nemocnicích bývaly vždycky osobní vztahy mezi lékaři i středně zdravotnickým personálem velmi kolegiální, vstřícné a přátelské. Všichni jsme se znali, konziliárně se mezioborově potřebovali, respektovali a ochotně si vypomohli zkušenostmi i radou. Až na výjimky to byla dobrá parta prima lidí. Šedesátá léta se stávala pozvolna jakýmsi příjemněji prožívaným totalitním předjařím Pražského jara 1968. Rád s notnou dávkou nostalgie vzpomínám na své lékařské začátky, na svůj zácvik v kladenské nemocnici i na řadu osobních přátelství, družných setkání plných porozumění a smyslu pro humor. Rovněž i na pořádání našich špitálních literárně-hudebních produkcí, koncertů s vlastním lékařským kvartetem (mohli být přítomni i pacienti), dokonce i výstavek malířů z našich řad. Bohužel mnoho z těch blízkých mi aktérů i účastníků těchto uměleckých akcí, kterých jsem se nadšeně spoluúčastnil a jejich tvůrčí hřejivou atmosféru spoluvytvářel, už odešla nejen z nemocnice, ale i ze života.

Při tomto vzpomínání si dovolím krátkou odbočku, která ovšem souvisí s líčením lékařovy duše. Je všeobecně známo, že lékaři mají (snad dosud, ale jist si nejsem), vřelý vztah k umění, ke kumštu všeho druhu. Prof. MUDr. Jiří Syllaba, s nímž jsem se znal a který sám maloval, to vysvětloval takto: „Lékař se denně stýká s lidským utrpením, vítězí i často marně bojuje s lidskou bolestí a smrtí. Medicína je tvrdé povolání, a tak potřebuje protiváhu k smutku, ujištění o jasu života a jeho kladech, uměleckou intuici proti přesným diagnostickým odhadům. Asi tyto myšlenkové pochody vedou lékaře k umění. Buď je pasivně přijímají, nebo se o ně sami pokoušejí – v hudbě, psaní, malování.“ Jsem přesvědčen, že pro duše lékařské není spolehlivějšího a účinnějšího medikamentu první volby.

Vložené intermezzo skončilo a já musím pospíchat vstříc dalším životním etapám. Prvního srpna 1968 mě ředitel OÚNZ vyslal na čtyři týdny zastupovat za dovolenou obvodního lékaře zdravotního střediska do Otvovic. Už jsem zde krátkodoběji zastupoval a moc se mi to zamlouvalo. Bohužel, přišel 21. srpen a s ním do země vtrhly hordy spřátelených vstupců.

To co provedl Kain Ábelovi
vy jste schopni označovat slovy
bratrská pomoc?

Já samozřejmě musel kolem jejich tanků dál jezdit autem do Otvovic, ordinovat a zajišťovat zdravotní péči nevěda, stejně jako ostatní šokovaní, jak se situace bude vyvíjet dál. Teď už ve zrychleném sledu: lékař se z dovolené nevrátil, a pro mě nastal ten osudový hvězdný okamžik (v duchu jsem si to i přál), který měsíční zástup prodloužil na neurčito.

Praktik málem na Měsíci

A opět několikero šťastných náhod, které se nedaly předpokládat (nemohu se o nich déle rozepisovat), se najednou spojilo. Nepochybuji ovšem, že na oběžnou dráhu Praha–Otvovice–ordinace–návštěvy–a zpět (40 až 50 kilometrů denně) mě vybral sám Hospodin. Tam mě chtěl mít, abych se konečně v postavení praktika doslova medicínsky našel! A to se, což musím přiznat, na sto procent povedlo. Objevil jsem v sobě bytostný vztah k tomuto oboru, velké zalíbení – a snad to nevyzní pateticky – přímo lásku, s níž jsem se chtěl s plným nasazením, nadšením a entusiasmem věnovat svěřeným pacientům.



Sem poslaný, abych zde plnil své medicínské poslání. (V té době na obvody, zvláště venkovské, nikdo nechtěl. Posílali se tam lékaři za trest nebo „nepohodlní“ z klinik.)

Co pamatuji, tak se internisté s chirurgy přou, která z těchto disciplín je královnou medicíny. Já nevím. Jako titulovaný obvodní lékař zůstávám pouze oddaným poddaným své panovnice medicíny.

Už od studentských let jsem obdivoval a oceňoval Alberta Schweitzera (také vyrůstal v rodině protestantského pastora), jak příkladně osvědčil svou křesťanskou víru službou bližním vybudováním proslulého Lambaréné v Africe. Nemám já teď příležitost naplnit jeho výzvu: „Každý člověk si může ve svých podmínkách a pro své bližní vybudovat své vlastní, třeba malé, ale přece účelné Lambaréné a sloužit tomu nejcennějšímu – životu a úctě k němu.“? Ano, to měla jeho ušlechtilá duše ve štítu (*Veneratio vitae* – Úcta k životu).

Před portrétem Alberta Schweitzera

Vaše tvář soustředěná na tváře
bolestmi vytřeštěné
grimasované leprou
utrýzněné malárií
stačila svým pohledem
snímat každý záběr
který vyvolán i ustálen byl v naději.
Její podobenku
si černí lazaři tiskli a brali k srdci.

Tváří v tvář mně vydaným životům
si z pralesa lidských vad a vášní
vyvolávám vaši podobenku
a beru si k srdci…

Daktyloskopie

Zanecháváme na vyšetřovaných
otisky svých prstů
usvědčující důkazy
o schweitzerovské úctě k životu
do posledních známek.

Daktylogramy lze snímat.
Ruce vložit!

A tak v tom půvabném kraji pod staroslavnou Budčí, na území pěti vesnic od Okoře ke Kralupům, jsem se o to pokusil.

Známý Hippokratés docela výstižně přirovnal provozování lékařství k boji. V tomto smyslu je moje armádní jednotka – praktičtí lékaři, u níž jsem sloužil – zařazena a nasazena do takzvané první linie, k výzvědné službě, k utkávání se tváří v tvář s nepřátelskými nemocemi, infekčními i zákeřnými chorobami, tělesnými i duševními traumaty. Jsme jako pěšáci vystaveni všem polním podmínkám v zákopech (zvláště my venkovští praktici) nedostatečně vyzbrojeni a vybaveni, odkázáni na vlastní samostatné rozhodování, na operativní improvizování. Vědomi si, že záleží jen na každém osobně, kdy zahájí včasný zásah a jak účinný bude, jakou zvolí taktiku a strategii, zda bude mít dobrou, přesnou trefu diagnózy. Ta je rozhodující pro potlačení, ústup a ubránění se nebo přímo porážku nejednou maskovaného, skrytého až nevyzpytatelně záhadného agresora. S kým jsme se mohli radit stresováni kolikrát zvládáním nečekaně závažného urgentního stavu, kdy se zápasí o každou minutu? Jako nenahraditelní pomocníci zbývaly zkušenosti a intuice.

A v těchto dramatických, úzkostných chvílích záchrany vážně ohroženého lidského života se má duše proměňovala v malou dušičku, která ve mně byla. Tu jsem musel v skrytu pod bílým pláštěm sám utěšovat, byť z něho navenek pro okolí vyzařovala důvěra a naděje v zažehané vítězství.

Medicínské klaunovství

Do posledních minut představení
udržovat náladu při životě
úzkost sejmout gestem karbaníka
a nazpět vracet ty
kteří se rozhodli před koncem odejít.

Neopakovatelně
opakovat svá vystoupení
do nekonečna.

Na mou duši, neměl jsem vůbec v úmyslu své působení na obvodě podrobněji popisovat a rozvádět. Ale editor mě požádal, jestli bych blíže nevylíčil podmínky, vybavení, provoz a postavení lékaře na venkovské štaci před čtyřiceti padesáti lety. Mohlo by to být prý zajímavé pro srovnání se současnou situací, s požadavky dnešní doby.

Můj obvod byl vzdálený přes dvacet kilometrů od Prahy a zahrnoval pět vesnic, z nichž „vesnička má středisková“ byly Otvo-

vice, a dále „mi patřily“ Zákolany, Kováry, Trněný Újezd a Blevice. Na počet obyvatel a pacientů obvod nebyl velký, ale poměrně rozlehlý, na rozhraní tří okresů Kladno, Mělník a Praha-Západ. Z těchto důvodů také nedostatečně propojený veřejnými dopravními prostředky. Rajonizací spadal pod OÚNZ Kladno, jeho nemocnici s poliklinikou, takže pacienti museli na všechna odborná vyšetření, poradny, laboratoře či hospitalizaci do Kladna. Ze všech kladenských obvodů byl však „můj“ obvod nejvzdálenější. Doprava vlastními dopravními prostředky, jak je dnes běžná, byla značně omezena. Personálně, kromě obvodního lékaře, který ale třikrát v týdnu musel zajišťovat i pediatrickou kurativu, neboť pediatr dojížděl jen dvakrát v týdnu, ordinoval dvakrát v týdnu stomatolog a jednou gynekoložka. Vzhledem k odlehlosti obvodu od centra jsme měli zavedenou i výdejnu léků, aby pacienti nemuseli ještě do lékárny, která sice byla i v Kralupech, ale řada léků byla občas omezena pouze pro pacienty s receptem příslušného okresu. Pro sestru tato výdejna znamenala práci navíc (vybírat doplatky za léky, hlídat exspiraci atd.).

Vybavení ordinace bylo velmi skromné – tonometr, fonendoskop, lékařská váha, míra, možnost vyšetření moči, optotypy, diatermie, solux, sterilizátor (stříkaček, jehel, nástrojů). Laboratorní odběry dvakrát v týdnu, výsledky za dva za tři dny nebo akutně telefonicky.

Mnoho času mi zabraly návštěvy pacientů – akutní (hlášené), ale hlavně chronických starších pacientů, imobilních, nemohoucích, osamocených, kterých přibývalo a byli odkázáni na domácí péči nebo sousedskou výpomoc a milosrdenství. I velmi těžká zdravotní postižení a složité sociální případy nebylo většinou kam umístit. Vhodná sociální zařízení nebyla k dispozici. A proto mě každý měsíc čekalo v průměru sto dvacet, sto třicet lékařských návštěv v terénu. Kolikrát jsem „suploval“ návštěvy vlastních dětí nebo příbuzných pacientů… Nebylo vždycky lehké některé zanedbané pacienty navštěvovat v zatuchlých, nevětraných, přetopených nebo prochladlých domácnostech, v těch bědných, nedůstojných podmínkách vyvolávajících spíš soucit a slitování. A fungovat se muselo za každého počasí, ve všech ročních obdobích: v mraze, v závějích, v dešti, v blátě – zvláště při řepných kampaních, v tropických vedrech a při překonávání nejrůznějších nečekaných situací a překážek to kladlo mimořádné nároky na fyzickou i psychickou kondici. Třikrát v týdnu jsem jezdil domů k večeru.

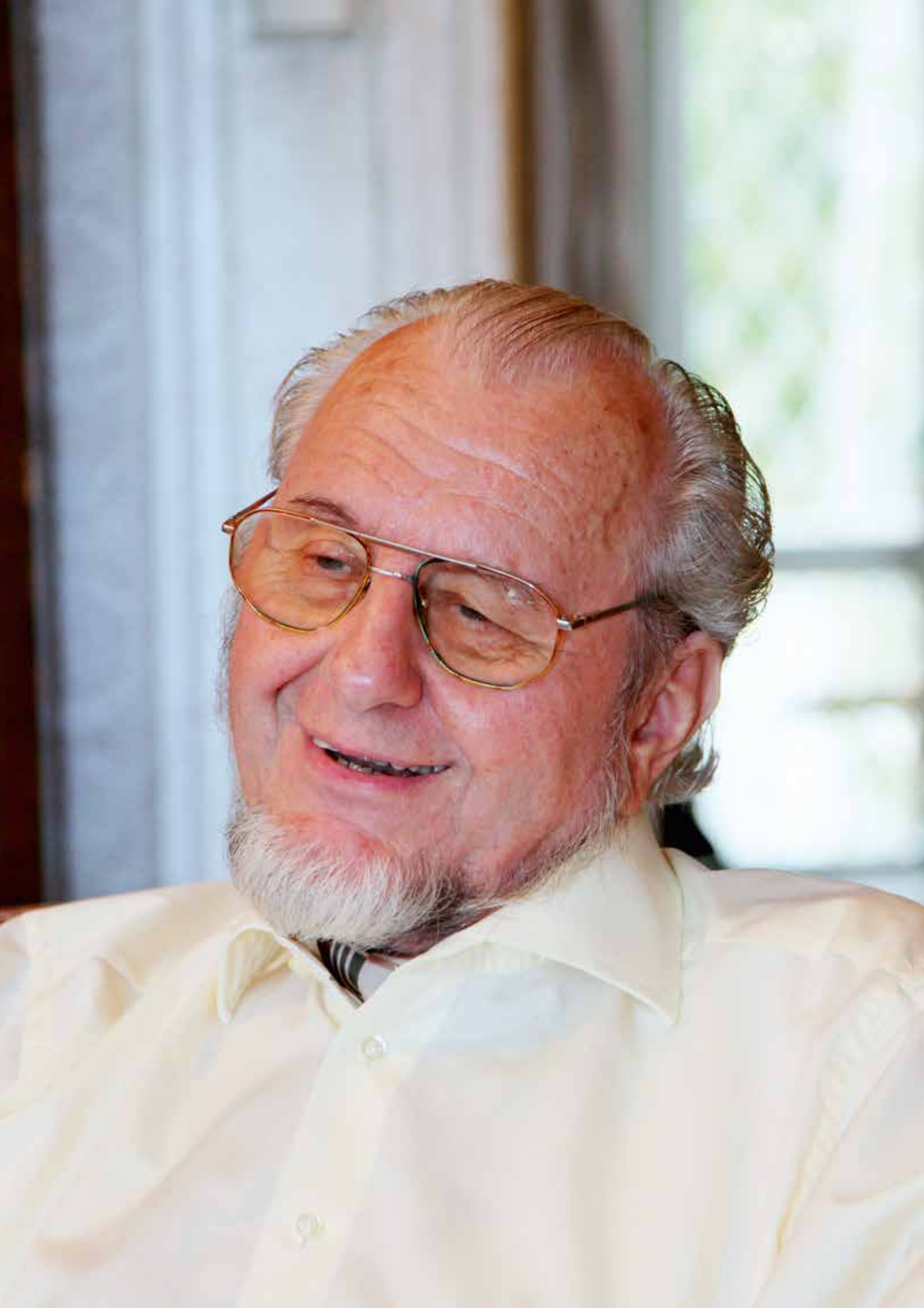
Nemalou starostí bylo udržet v celoročním dennodenním provozu automobil. Začínal jsem Velorexem a pokračoval škodovkami. Získat poukaz na auto ani pro lékaře nešlo bez velké protekce. Denně jsem najel přibližně padesát kilometrů. To znamená zkalkulováno na počet měsíců a let přibližně 300 000 kilometrů a vztaženo k obvodu rovníku (cca 40 000 km), objel jsem po něm Zemi více než sedmkrát! Lékař vyslán na Měsíc by k němu takto téměř doputoval.

Jako obvodní lékaři jsme samozřejmě měli za povinnost (zhruba dvakrát do měsíce) sloužit i pohotovostní služby na kladenské poliklinice pro okres Kladno. Sloužili jsme ve dvou. Jeden lékař krátkou službu (od 16 do 23,30 hodin), druhý pak do půl osmé ráno. Po službě jsme zase museli nastoupit do vlastní ordinace, kde už čekali pacienti. K naší práci patřila i řada dalších povinností, jako byla spolupráce se skupinami Červeného kříže (doškolování družin v první pomoci), spolupráce s národními výbory při problémech komunální hygieny a v sociálních otázkách; museli jsme provádět hygienické kontroly v potravinářských podnicích a provozovnách v rámci obvodu. Přímo zázrakem se mi podařilo v Otvovicích přesvědčit místní činitele MNV, aby zde byl vybudován DPS (domov pečovatelské služby) – první v okrese. Prosperuje dodnes. O množství kontrol ze strany nadřízených orgánů včetně *Posudkové služby* se ani nebudu rozepisovat.

Z tohoto dnes už historického provozně-medicínského expozé se vraťme zpět k pacientům, jimž jsem na obvodě zasvětil převážnou část svého aktivního života – necelých třicet let.

Případy

Vtažen a vtahován do životních
románů
psychologických dramat
lidských tragikomedií.
Podávají mi ruku
jejich hlavní hrdinové
jednající postavy
v rozhodujících kapitolách
v beznadějném ději



před koncem svých autobiografií.
Povolávají mě k sobě
v rozvleklých pasážích úzkosti.
Podstrkují mi své nejslabší stránky
v nekonečných myšlenkových
pochodech
na cestě k uzdravení.

Toužím po poezii stručné
a přesvědčivé jako diagnózy.

Srostl jsem se svými venkovany, jimž dobře rozumím, protože sám pocházím z moravského venkova. Stal jsem se – doufám – jejich chápajícím a naslouchajícím (samozřejmě oběma stranám) rodinným lékařem, důvěrníkem jejich těl i duší, rádcem a řešitelem nejen zdravotních obtíží, stesků, útrap a bolestí, ale také nelehkých frustrujících psychických a duševních stavů, pramenících z problémů pracovních, sousedských, rodinných atd. V letech normalizace a všeobecné demoralizace společnosti valem přibývalo zhoršených mezilidských vztahů. Na venkově si totiž lidé vidí nejen do kuchyně, ale až „pod pokličky"! A jak se člověk v takových případech má řídit moudrým příslovím „co se doma uvaří, má se doma i sníst"? Zde se navařené „přežvykuje" z jednoho obecního hrnce. Tím se konflikty vyhrocují, a protože se všichni léta znají a pamatují si kdo, kdy, co, komu, dochází k pomluvám, závisti, politickým různicím, nedůvěře. Pospolitosti i příležitostí k ní na venkově ubývá. A právě osobnost důvěryhodného lékaře s přirozenou autoritou, respektem a morálními zásadami, lékaře, který nečiní rozdíly v přístupu k pacientům ani v péči o ně, může do jisté míry mezilidské vztahy napravovat a polidšťovat.

Nejvýstižnější charakteristika praktického lékaře, pro mne erbovní, je od Paula de Kruifa: „Praktický lékař je osobním lékařem, specialistou pro lidskou bytost jako celek." A tento lékař se paradoxně sám přiznává: „Proč jsem sám přestal pěstovat medicínu a věnoval se bakteriologii? Mimo jiné proto, že jsem v sobě nenašel takovou lásku k lidem, jaká je hnací silou každého dobrého lékaře."

Poslání

Vyčerpán do krajních poloh
každodennosti
shledávám,
že verše, které se vcítily
v rozličné stavy pacientů,
které odrecitovala útěcha
nad lůžky nemohoucích,
verše, které se protrpěly
až k pozůstalým
a byly zamlčeny
v naslouchání nemocným,
že tyto verše
nepoznají papír.
Řadí se k skutkům.

Co jsem neslyšel ve fonendoskopu

Akci srdeční zachycuji
pravidelnou i arytmickou
rychlou nebo pomalou…
Je ale ještě více akcí
jež srdce podniká
do nichž se umí vložit.
A nemluví do nich
ani se jimi neholedbá
do fonendoskopu přiloženého
s rutinou reportéra
k srdeční výpovědi.

O sídle duše

O tom, kdo skládá verše, se obvykle řekne, že má básnické střevo. To rčení nezní příliš lichotivě. Zvláště když ze zkušenosti víme, co se asi dá střevem (byť leccos také zažívá) vyplodit a vytvořit. Uvedené slovní spojení básnické tvorby se střevním traktem nejpravděpodobněji vzniklo ze starověkých představ ještě v čase předbiblickém. Tehdy za sídlo lidských citů, pocitů a emocí – inspirujících mimo jiné k poezii – byla považována asi překvapivě střeva. I v původní *Bibli kralické* se o tom můžeme na řadě míst přesvědčit. (Nedivme se, skutečnost, že jsou střeva hlavním orgánem imunitního systému, je známa pár let.) V nových překladech bible, například ekumenickém, už se setkáváme s přesnějším označením, které vyměňuje střeva za pojmy nitro, duše, srdce, ledví, kde city přebývají a našly své zalíbení.

Při této příležitosti vzpomínám, jak jsem před mnoha lety svému příteli chirurgovi po operaci slepého střeva věnoval tehdy vydanou básnickou sbírku s touto dedikací: „Děkuji ti, Honzo, že jsi mi odebral jen slepé střevo a to básnické ponechal." Několik dalších vydaných básnických sbírek to dokazuje. Jen ten Honzík už o tom neví…



Jak vzdáleni jsme
od svých Lambaréné
bezpečných osad
uprostřed lačných šelem
velkých Já
i méně dravých já-já-já-já
mezi nimiž vládne
zbabělé právo džungle.
Jak vzdáleni jsme
od svých Lambaréné…

Prsty

Každý má na rukou své desatero.
Desatero přikázání k službě.
Proč nehneš ani prstem?
Desatero prstů nemůže-li brát
je redukováno na dvě pěsti.

Pouhý pár prstových rukavic –
nezbude po nás víc?

Nemohu ještě nezmínit jednu moudrost starého praktika. „Praktické lékařství není vědou ani uměním. Ale z obou má něco; je uměním, jak zacházet s lékařským věděním." A já bych výrok ještě rozšířil: „Lékařské vědění by mělo ovládat umění sdělení." K tomu jsem dospěl za léta praxe jako k základní lékařské potřebě, která v kontaktu s pacientem a jeho rodinou čím dál víc chybí, přitom dokáže divy. Má vlastní pacientská duše při hospitalizacích vhodné sdělení od kolegů dosti často postrádala. Zakoušela odlidštění moderní medicíny. Toto mé tvrzení ještě důrazněji obhajoval známý neurolog Vladimir Michajlovič Bechtěrev: „Jestli se nemocnému po rozhovoru s lékařem viditelně neuleví, měl by lékař zanechat svého řemesla."

O účincích slov, o tom, jakou mají moc, se přesvědčuji spíš jako lékař než jako literát. Proto slova v poezii úzkostlivě vážím, aby jich nebylo moc. A ještě do třetice, zkušenost lékaře a spisovatele Axela Muntheho: „Není mocnějšího léku, než je naděje. Nejnepatrnější známka pochyby ve tváři nebo hlase může stát pacienta život."

Opadl vysoký stav
úzkostí pochyb
a nervozity.
Atmosférická porucha
nad souostrovím lůžek
se přesunula.
Zas pokojně po pokoji
pluje poledne.
Neodbytná křídla nadějí
usedají na pelesti.

J e p o v i z i t ě.

Zaměnit bílý plášť za nemocniční prostěradlo

Na tomto místě bych se chtěl ještě svěřit, co i pro mou duši pacientskou znamená naděje a víra, neboť tato má duše to se mnou během života neměla vůbec lehké. Byla vystavována velkým zkouškám, ve kterých jsme spolu museli obstát. Ve dvou a půl letech jsem prodělal poliomyelitidu s postižením pohybového aparátu spojeným s trvalou parézou levé dolní končetiny. Následovaly operativní zákroky (korekce TC kloubu, levostranná sympatektomie) a dokonce hloubkové ozařování LS páteře quasi jako součást terapie dětské obrny, které se po třiceti pěti letech projevilo neblahými následky malignity (levostranný ureter s nefrektomií a onkologickou léčbou), posléze recidivou do močového měchýře a v nedávné době malignitou rectosygmatu. S těmito životními zkouškami, kdy jsem vyměňoval bílý plášť za nemocniční prostěradlo, kdy život visí doslova na vlásku, prognózy jsou pouze nejisté, jsem se prosebně upínal k Hospodinu, „jehož milosrdenství veliké jest nade mnou", jak praví žalmista, aby „vytrhl duši mou z jámy nejhlubší" (Žalm 86). Pomocnicí harmonizující celé mé zjitřené a zkroušené JÁ mi byla a doposud je poezie.

Výčitky

Proč musím tohle zakoušet
snášet, přetrpět?
Vyčítáme a stěžujem si…

Víra se neptá proč.
Víra ví že všechno
děje se aby…

***
Z bílého plátna
mého pláště
na nějž se promítaly
důvěřivé napjaté
a rozrušené
pohledy pacientů



na bílé plátno
prostěradla
na nějž se promítá
mé vlastní drama

Širokoúhlá projekce
života
se zúžila na jediný
zorný úhel.

Úzká a těsná je brána
vedoucí k životu…

***

Co nezbytně potřebuji
na cestu úspěšným životem?
Zde je soupis na několik stran…

Cestou na operační sál
mě vezli
svlečeného i z prstenu.

Před majestátem jsoucna
vyvolávaly stud
mé vitální indikace úspěchu.

***

Ani výpočetní střediska
mi nepomohou.
Sám musím počítat se vším…

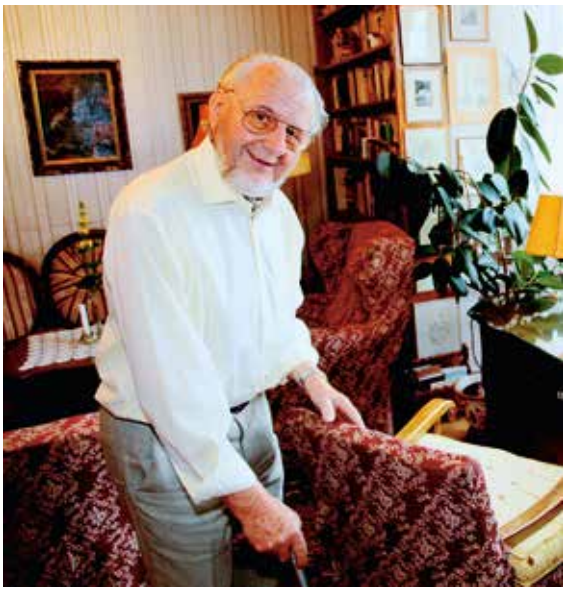
Nanejvýš složitá
matematiko života!
Tvé výsledky
se ověřují na nás.

***

Postaven čelem ke sklu
ke sklíčku histologického preparátu
jako čelem ke zdi.
Budoucnost v zádech
vyčkávat pouze vyčkávat
která buňka odkud
vypálí první…

***

Proti ortelům
vyneseným patology
s neomylností
histologicky prokázaných nálezů
stojí tvoje milost, Pane,
udělovaná nám
preparátům Všehomíra



a dokazovaná nesčetnými nálezy
v Písmě.

***

Ve chvíli kdy zřítily se
věže mého Babylonu
mých vzdušných zámků
můj mrakodrap
se všemi patry poct
i moderních fungujících modloslužeb –
celá architektura lpění
projektovaná ješitností a slavomamem
Pane
v té chvíli katastrofy
já odkrytý nahý nepatrný a sám
jsem konečně přijal pozvání
do Tvých příbytků.

Takto jsem vlastně absolvoval praktická cvičení a stáže v lékařské etice, aniž jsem byl seznámen s její teorií (za mých studií se na lékařských fakultách nepřednášela). Ze zorného úhlu své horizontální polohy na řadě lůžek i stolech operačních sálů jsem prodělal výuku a získával zkušenosti v empatii na celý život. Nikde lepší nezískáte.

Na závěr ještě dovolte jednu židovskou moudrost:

„Bůh dal břímě
dá i bedra.“
Stojí při mně
milost jeho štědrá.

Z hloubi duše, té pacientské i lékaře, nakonec pokorně doznávám: „K dobrému jest

mi to, že jsem pobyl v trápení, abych se naučil ustanovením tvým…“ (Žalm 119).

Svůj vztah medicíny k životu jsem před lety vyznal takto:

Medicína je velkou ctitelkou, průvodkyní i družkou Života. On je její první osudovou láskou. Mnohdy vrtkavou, nestálou a zrádnou. Ale ona se ho nikdy jen tak nevzdá. Chce mu nesobecky, obětavě sloužit, ochraňovat jej i rozmnožovat. Je to pravý milostný vztah, žádné chvilkové poblouznění. Naopak, věkem se ti dva více přitahují, potřebují, jsou na sobě závislí.

A i když medicína zůstává věrná životu a miluje ho do posledních dnů, nakonec on od ní odchází a opouští ji.

No a já chci ve své poezii tento jejich vzájemný poměr objevovat, interpretovat a vzdávat mu úctu.

Cesta k medicíně

Odhalovat vnitřní svět mé vlastní duše lékařské bylo o to složitější, že má duše je téměř od narození zároveň duší pacientskou. S tímto nelehkým údělem se musela vyrovnávat, smířit a statečně mu vzdorovat. A tyto nelehké životní hendikepující prožitky a situace i pobyty v rozličných zdravotnických zařízeních ve mně nepochybně probudily touhu stát se lékařem. Jelikož jsem se ale narodil v rodině reformačního kněze, cesta ke studiu medicíny v polovině padesátých let se jevila spíš jako chiméra či pouhá vidina.

Líčit zde peripetie k jejímu vyplnění by zabralo mnoho místa. Spokojme se proto s konstatováním, že nakonec se ten sen vyplnil díky souhře nepředvídatelných událostí a neuvěřitelných náhod. K tomu bych ještě poznamenal, že pro mne jako věřícího člověka je náhoda, řečeno s Anatolem Francem, „pseudonym Boha tam, kde se nechce podepsat“. Takže s díky jeho milosti a přízni mohla značná část mého duševního potenciálu z té „hlubiny bezpečnosti“ být zasvěcena lékařskému poslání sloužit pacientům a ve vzájemné důvěře s nimi sdílet jejich osudy.

Takto sladěná dvojrole mé duše (abychom zůstali u tématu), v níž se její části v souzvuku vzájemně ovlivňují, ba přímo prostupují, funguje spolehlivě a odpovědně. Většinou uspokojivě i v mých subjektivních pocitech a vjemech. Musím ale prozradit, jak je toho dosahováno, čím je to podmíněno. Řekl bych obdarováním duše jakýmsi pojistným ventilem emotivního, citového přetlaku v ní. A tím je pro mne psaní poezie. Poezie uvádí řád do duše, do jejího niterného zmatku, chaosu a nepořádku. Je pro ni osvědčenou psychoterapeutkou, která ji metodou logoterapie harmonizuje, chrání a orientuje transcendentálně. Odpovídá jí na různé neodbytné naléhavé otázky o životě i smrti, o hodnotách i smyslu lidské existence. A když v hebrejském učení Talmudu stojí psáno, že „duše je neviditelná, ale ona, jen ona vidí“, pak poezie z ní vyvěrající má jistou šanci k prozření, u velkých básníků až k jasnozřivosti. Promiňte mi tedy, že jsem tuto svou zpověď doprovodil několika ukázkami. Vždyť jakou jinou cestou může dát do svého nitra nahlédnout básník? (Pro lékaře jsem většinou básník, pro básníky většinou lékař, tak si vyberte…)

MUDr. Alois Volkman

Narodil se roku 1937 v Chudobíně u Litovle v rodině faráře CČSH. Maturoval na gymnáziu v Litovli, po promoci roku 1961 na LF Univerzity Palackého v Olomouci působil v OÚNZ Kladno na interním oddělení. Od roku 1968 pracoval ve venkovském zdravotním obvodě (Otvovice). V roce 1997 odešel do invalidního důchodu. V letech 2000–2004 ještě pracoval jako praktický lékař v Libčicích nad Vltavou a od roku 2005 působil další čtyři roky jako lékař Domova Karla Boromejského v Řepích. Byl přítelem a osobním lékařem Jaroslava Seiferta.

Je autorem čtrnácti básnických sbírek.

Otec syna a dcery, nikdo z rodiny není lékařem ani zdravotníkem.

Jan Trachta

Zaleží na každém lékaři, jestli bude pracovat spíš pro sebe, nebo pro pacienta

Pane doktore, co vás jako mladého dětského chirurga přivedlo k misím v potřebných oblastech světa?

Důvodů, proč jsem po čtyřech letech na dětské chirurgii v Motole začal pracovat i pro *Lékaře bez hranic* (MSF, **M**édecins **S**ans **F**rontières), je řada. Jednak to v té době bylo už dvanáct let, co jsem chtěl jet do Afriky podobně jako Schweitzer; ten starý nápad se začal v dennodenní rutině pomalu vytrácet a bylo třeba ho zrealizovat „teď, nebo nikdy". Dále jsem jako mladý lékař před sebou neviděl žádný dosažitelný cíl, na který bych se mohl zaměřit. V Motole jsem přežil první roky po promoci, což byla skvělá škola, ale poté, co jsem jakž takž zapadl do týmu dvacítky zkušenějších lékařů a pochopil, že jediné, co se ode mě očekává, je s nadsázkou řečeno „držet hubu a krok" a koukat se naučit od ostatních maximum tak, abych mohl být kolem padesáti samostatným chirurgem, měl jsem z toho dlouhodobě zoufalý pocit. V podstatě se můj život v tom období zredukoval na dennodenní chození do práce, kde jsem měl své jisté, měl za to být náležitě vděčný a zbytečně nereptat. V jednom rozhovoru jsem prohlásil, že mě náročná práce v Motole baví, jsem za ni vděčný, své starší kolegy obdivuji, ale v podstatě jenom čekám na důchod. Šéf se mi pak za to na hlášení posmíval a myslel si nejspíš, že jsem prostě takové jedenatřicetileté tele, které musí teprve dozrát. Jenomže já chtěl něco dokázat, sobě, lidem kolem sebe, hledal jsem prostě výzvu – a jenom v Motole jsem ji před sebou neviděl. A mise s *Lékaři bez hranic* byla obrovská výzva, jak chirurgická, tak lidská. Dnes po sedmi misích můžu říct, že mi to dalo strašně moc a vyplnilo to přesně tu díru, kterou jsem v sobě ve fakultní nemocnici měl.

Těžko si lze představit rodinný život přerušovaný dlouhými pobyty v nepříliš bezpečném prostředí. Máme to chápat spíš tak, že jako svoji „rodinu" berete celý svět, všechny zdravotně potřebné v něm?

Máte samozřejmě pravdu, že mise s MSF jsou velkým zásahem do osobního života, ale tvrdit, že někdo bere jako svoji „rodinu" celý svět, mi připadá jako prázdné klišé. Nejde to a skutečnou rodinu, partnera a děti podle mě nikdy nic nenahradí. Dlouhodobý vztah a rodina mi chybějí, ale můžu si za to sám. Několik vztahů jsem i sám ukončil, z čehož jsem měl špatné svědomí, nicméně jsem to obvykle celkem jasně cítil tak, že musím tu svoji nepříjemně individuální cestu ještě kamsi dotáhnout, než se zastavím, oddechnu si a nabídnu svůj život někomu jinému. To ovšem zní odpudivě plánovaně, že? Kde jsem nechal místo spontaneitě, lehkomyslné radosti a náhodnému setkání, které může změnit život? Ano, vím…

Martin Luther by v takové situaci nejspíš řekl: „Zde stojím, nemohu jinak."
Netrpíváte nad svými případy v misích (ale třeba i doma) určitým „hořem z bezmoci" – sotva z mise zcela vyčerpaný odjedete, přivalí se nějaká soldateska, všechno uloupí a vaše bývalé pacienty nanovo přivede do stavu bezvýchodnosti a zdravotní nouze?

Ano, trpívám. To zoufalství z neřešitelnosti většiny situací, kde *Lékaři bez hranic* pracují a kde lidé trpí a nejspíš dále trpět budou tak, že se o tom žádnému normálnímu současnému Evropanovi nemůže ani zdát, se čas od času projevuje záchvaty nechuti k Africe a černochům vůbec. Je to celková


RONTIER
IC


umanitární krize ro
gi o pomoc

psychická únava, kdy začínám mluvit o afrických zemích, kde jsem pracoval, jako o energetických černých dírách a o jejich obyvatelích jako o nevzdělaných a nezodpovědných lidech, kteří se jenom vraždí a okrádají. Přesně jako jakýkoliv takzvaně slušný člověk v Čechách, jako falešný přízemní patriot a malomyslný vyznavač kréda „malé, ale naše"… Samozřejmě že takové uvažování je nesmysl a vychází z osobní únavy a chuti na všechno rezignovat. Když si odpočinu, což trvá asi dva týdny, vidím to zase jinak. Afrika není černý kontinent plný válek, hladu a nemocí, kam má cenu jezdit jenom na safari. Africké země se od sebe liší úplně stejně jako ty evropské a jistě byste neházel do jednoho pytle Bulharsko, Maďarsko, Francii… Některým se daří dobře, jiným hůř, všude žijí lidé obětaví a poctiví vedle zabijáků a podvodníků. A věřím dokonce tomu, že těch dobrých je víc než zlých, jenomže jeden diktátor nebo několik chlapů s kalašnikovem přehluší snadno stovky vesničanů, kteří se dřou od rána do večera na poli, takže ve výsledku máte dojem, že se tam všichni chtějí pozabíjet a basta. Na každé misi jsem pracoval převážně s místními zdravotními bratry a sestrami nebo lékaři a většinou byli stejně pracovití jako Evropané, jenom uctivější a veselejší, bez ohledu na to nebo snad právě kvůli tomu, že byla v jejich zemi válka nebo katastrofa. A co se týče pacientů, tak ti byli snad všude v Africe statečnější než v Čechách a rozhodně to neznamená, že jsou na bolest a smrt zvyklí, protože v ní vyrůstají. Nejsou, trpí úplně stejně jako každý člověk, který má nervy, mozek a duši, jsou prostě jenom statečnější a vydrží trpět déle, než se zlomí.

Často vidíte život na Zemi z té nejhorší stránky. Jak se to projevuje na vašem životním názoru? Má lékařské řemeslo, nota bene provozované „v režimu Trachta", vliv na vaši osobní filozofii, na vaše vidění medicíny, světa a lidí v něm?

Trvalou rezignaci a propad do pocitu, že stejně nic nemá cenu, bych považoval za svoji nejhorší životní prohru, za smrt zaživa, jak se o tom píše v *Novém zákoně*. Pak už přece nemá cenu žít, jenom přežíváte, sebeomluvně hnijete a čekáte na smrt. Přechodně se to může stát kdekomu, mně také, ale když to trvá příliš dlouho, řeší to lidé třeba sebevraždou, za kterou bych nikdy nikoho nesoudil. Chápu to. Jestliže trvale žijete ve vnitřním rozpadu, nic do sebe jaksi nezapadá a nic nedává smysl, může být pro vás sebevražda východiskem a vysvobozením. Řekl bych, že po tom, co jsem viděl v Motole a na misích, mě obětavost a laskavost druhých prostě dojímá. Fascinují mě lidé (a taková byla řada mých kolegů v Motole nebo v afrických nemocnicích), kteří dovedou nezištně a s profesionálním zápalem někomu pomoci. Mám k nim čím dál větší úctu a zároveň mě čím dál víc rozčilují lékaři, kteří například tvrdí, že by dělali svoji práci lépe, kdyby byli lépe zaplacení. Že chtějí větší platy, úplně chápu, to je běžný kolorit každé profese, která se pro sebe v kompetitivním demokratickém zřízení snaží urvat co největší díl koláče, a můžeme se bavit o tom, jestli její požadavek je vzhledem k míře odpovědnosti a osobním potřebám legitimní, nebo ne, ale nevěřím, že zvýšení platu zlepší kvalitu práce lékaře. K tomu je třeba něčeho jiného, co souvisí s vnitřním nastavením lékaře a jeho skutečnou a skrytou motivací dělat svoji práci dobře. Jestliže lékaři jde především o společenskou prestiž, dobrý plat a kariérní postup, nemůže ho samotný pacient nikdy moc bavit a z nemocného člověka se dříve nebo později stane ta „bába nebo dědek na šestce", kteří zase otravují a dělají jenom potíže. Pořád myslím na mladšího chirurga z Motola, který mi zašíval menší řeznou ránu poté, co jsem si v prváku na medicíně pustil na nohu sklenici s vodou, když jsem se učil na zkoušku z anatomie. Přijel jsem do Motola autobusem někdy večer, sestra mě pozvala dál, celou dobu s doktorem laškovala, jako bych tam vůbec nebyl, a mladý pan doktor se mě před píchnutím lokální anestezie zeptal, cože já vlastně dělám. Říkám: „Medicínu, jsem v prváku a učím se na anatomii." A on na to ironicky: „Ááá, další pan doktor! Heleďte a nechcete se na to radši vykašlat, dokud je čas?" Já na to: „Na co?" „No, na medicínu přece! Já to šel studovat a myslel jsem si, že mi budou za moji práci lidi vděčný, ale nakonec je to tak, že vám nikdo ani nepoděkuje…" Celou dobu pokračoval v rozvíjení tohohle tématu, které ho evidentně dost trápilo. Myslel jsem si v duchu – tak to je teda fakt blbec a chudák, jestli šel dělat medicínu kvůli tomuhle. A myslím si to dodnes. Chybné očekávání, pane doktore – vás má vaše práce těšit bez

ohledu na to, jestli vám kvůli ní někdo poklonkuje, nebo ne.

Když už jste nakousl téma peníze, jak je vaše činnost v misích MSF finančně kompenzována?

Lékaři bez hranic drží idealistický náboj tak, aby vyselektovali lidi, kterým jde primárně o peníze. Platy drží nízko. Na misi jsem placen necelými 900 eury měsíčně, přitom náročností je tam někdy dvojnásobek práce, než bývá v Motole.

Často musíte rozhodovat – sám a rychle – o věcech pro zdraví pacienta kruciálních. Rozhodujete se snadno? Přijde vám přitom občas na mysl to velké slovo etika?

Ano, na misích, na rozdíl od Kliniky dětské chirurgie v Motole, rozhoduji o všech pacientech, často jsem na to úplně sám a trnu pak hrůzou, jestli jsem stanovil správně diagnózu, jestli najdu v břiše to, co očekávám, a jestli moji operaci, která se třeba nepříjemně protáhla, pacient nakonec přežije, nebo ne. A v podmínkách, ve kterých *Lékaři bez hranic pracují*, se stává častěji než u nás, že pacient v kritickém stavu vinou pokročilého stadia onemocnění pár hodin po operaci opravdu zemře. Pak to musím jít oznámit rodině, u čehož se mi pokaždé neskutečně svírá žaludek a mám chuť utéct někam daleko. Tahle zodpovědnost a řada podobných situací, kterými jsem prošel, mi přiblížila mnohem více mé starší kolegy v Motole. Chápu teď mnohem lépe, jak se občas cítí, a jsem rád, kdykoliv konečné rozhodnutí stran komplikovaného pacienta není na mně. Nicméně slovo etika mi na mysl prakticky nikdy nepřijde. Rozumí se totiž samo sebou, že dělám maximum, abych nic nezanedbal, rozhodl se co nejlépe a v zájmu pacienta. S rodinou nemocného se snažím jednat maximálně citlivě a trpělivě, i když jsem unavený nebo podrážděný, a kdykoliv se mi to nepovede a ztratím nervy tak, že začnu zvyšovat hlas nebo odsekávat, připadám si potom jako idiot. Co se etické otázky úplatků týká, možnost obohatit se vedle platu ještě jinak jsem nikdy neměl. Dětským chirurgům, na rozdíl od některých jiných oborů, se peníze, pokud vím, moc nenabízejí, a i kdyby mi někdo nabízel jakoukoliv „pomoc“ nebo „přilepšení“, abych se postaral o jeho dítě lépe nebo ho operoval v bližším termínu, věřím, že bych to odmítl. Mám velký problém už i s těmi lahvemi vína a alkoholu, které považuji za socialistický přežitek. Když mi na kontrole po operaci někdo se spikleneckým pomrkáváním předává úhledně zabalenou láhev, je mi pokaždé prostě trapně. Copak já dávám při vystupování z autobusu řidiči „flašku“, protože mě bezpečně dovezl za rodiči do Karlových Varů? Dávám ji snad paní na úřadě za to, že rychle a s úsměvem vyřídila moji písemnou žádost? Samozřejmě že nedávám, protože ti lidé prostě dělají dobře svoji práci a jsou za ni placeni. Já z nich mám radost, že pracují dobře, a tak jim to s úsměvem řeknu nebo jim poděkuji tak, aby pocítili, že mi radost udělali. Tím se nám šíří ve společnosti „dobrá nálada“, na rozdíl od „blbé nálady“, o které mluvil Havel v jednom ze svých novoročních projevů. Někomu to bude připadat přitažené za vlasy, ale já tam tu souvislost vidím. Mafiánství, úplatkářství a korupce začíná už lahví u doktora.

Václav Cílek jednou ve Vesmíru krásně napsal: „Viděl jsem toho víc, než do konce života pochopím…“ Z toho by se mohlo zdát, že od určité meze už další poznávání jednotlivce jako by ztrácelo smysl, není-li spojeno s prospíváním jiným.
Lze si představit, že není na světě nic krásnějšího než pocit člověka, který někomu právě pomohl. Jenže lékař se střetává i s nejsilnějšími lidskými zápornými emocemi – strachem z bolesti, strachem ze smrti. Pacient do lékaře vkládá své naděje, ale přenáší na něj i své obavy a nenálady. Přitom platí, že odolní lidé bývají častěji méně citliví. A velmi citliví lidé zase bývají častěji méně odolní. To je v psychice konečné kapacity pochopitelné. Lékař ale potřebuje obojí. Jakým způsobem o tento „emoční utrakvismus“ usilujete vy?

Dobrá otázka. Já ale chápu Cílkovu větu jinak, neznám ovšem kontext celého článku. Zdá se mi, že Cílek naráží hlavně na nepochopitelnost světa obecně. Na to, že člověk vidí v životě tolik věcí, kterým vůbec nerozumí. Proč tu jsou, když by bylo o tolik jednodušší, kdyby vůbec nebyly? Proč je tolik druhů stromů, když by stačily dva – „listnáč“ a „jehličnan“? Proč jsou hory vysoké a řeky tečou? Proč je lidské tělo tak neuvěřitelně složité a „promakané“ do nejmenších detailů? Proč jsou nemoci? A proč války? A konečně proč je tady člověk, který


Nejhorší humanitární
HIV/AID

se na to všechno ptá a není schopen nalézt jednoznačnou a uspokojivou odpověď? Vidím za tím prostě odkaz na zázrak existence a bytí, na svět, který musíme dříve nebo později opustit, aniž bychom ho jakkoliv pochopili. Pro mě z toho nevyplývá, že v jistý moment ztrácí poznávání smysl, není-li spojeno s prospíváním jiným. Ty dvě věci – poznávat a pomáhat – jdou ruku v ruce vedle sebe celý život. Pomáhá snad spisovatel beletrie někomu konkrétně tím, že se snaží přetavit svoji složitou zkušenost do srozumitelného příběhu? Jak přesně pomáhá muzikant, který žije svou hudbou? Hospodský, který má podnik, kam lidi rádi chodí? Řidič autobusu, který odjezdí celý život bez nehody? Nepomohl ten snad tolika lidem dostat se z jednoho místa na jiné, aby se například viděli s rodinou? Jestli ten váš závěr nepramení z toho, že jste prostě vzdělaný a sečtělý člověk, který zcela správně cítí, že jeho inteligence svět neobsáhne, i kdyby se stavěl na hlavu, nic konkrétního z jeho dosavadního poznání neplyne, snad kromě toho, že všechno je marnost, a tak je lepší jít udělat něco pro druhé. Jestli občasným pocitem téhle marnosti trpíte, tak jsme na tom podobně. Mě moje práce nakonec hrozně uklidňuje, je to taková stabilní kotva, jediný bod, o který se občas mohu opřít. Vykašlat se na chvíli na sebe a pomoct člověku, který je na tom mizerně, to osvobozuje. A citlivost versus odolnost? Nevím, nechce se mi to už takhle pořád dokola polarizovat. Když jsem byl v devatenácti zavřený v leprosáriu v Madhjapradéši v centrální Indii a četl tam v angličtině komentář profesora Radhakrišnana k *Bhagavadgítě*, praštila mě do očí věta, díky níž se podobné otázky stávají podružnými. „Nezáleží na tom, co děláme, ale v jakém duchu to děláme," psalo se v komentáři. Odolnost musí po škole získat každý medik, který je v řadě nepříjemných situací prakticky donucen přestat bolestivě vzdychat, když vidí v nemocnici umírat dítě, a musí si to chudák přebrat po svém. A pak už bude záležet na něm, v jakém duchu bude pracovat. Jestli víc pro sebe, nebo víc pro pacienta. V druhém případě věřím, že časem bude sílit jak jeho odolnost, tak jeho citlivost, která už nebude založena na povrchním soucitu s někým, kdo je na tom mizerně, ale na hlubokém vědomí toho, že všichni relativně brzy zemřeme, a proto jsme „na jedné lodi" – já i pacient.

Dovedete se ještě nad nějakým případem opravdu dojmout? Pokud ano – je to dobře, nebo není?

Hannah Arendtová píše v útlé knížce *O násilí*: „Aby člověk reagoval rozumně, musí být nejdříve ‚pohnut'. Protějškem emocionálního totiž není ‚racionální', ať už se tím míní cokoliv, ale neschopnost se dojmout… nebo sentimentalita, zvrácenost citu." Tolik na vaši otázku, jestli je to dobře, nebo ne. Ztratíte-li schopnost se dojmout, ztratil jste kontakt se světem, na kterém vám záleží, a ocitáte se v osobním vakuu, které prodáváte ostatním jako „dravost", „pragmatičnost", „nekompromisnost" a jak se všechny ty vlastnosti úspěšných mladých lidí jmenují. Protějškem emocí není rozum, ten jde ruku v ruce s emocemi a je jimi poháněn, ale absence jakéhokoliv citu, prostě prázdno, eventuálně pak ještě kýčovitá sentimentalita typu „to je ale rozkošné štěňátko"! Lidé, kteří mají radši psy než lidi, mě iritují a není to nic proti lásce ke psům. Můj otec má psa a určitě ho má rád jako máloco na světě, jenomže lidi má rád přece jenom víc. Já se v práci dojmu jenom vzácně, většinu času jsem zatvrzelý v roli chirurga a jde mi jenom o laskavost a vstřícnost k pacientům a jejich rodinám. Vzácně mě to ovšem takzvaně „sejme", obvykle úplně nečekaně, když třeba při propuštění pohladím hlavu předškolnímu klukovi, který se evidentně těší domů po operaci, a z ne úplně pochopitelných důvodů se prolomí ta rutina provozu na oddělení i fakt, že to je ten den už pátý pacient, kterého propouštím. Nebo když mi někdo poděkuje. Necpe mi láhev, ale před odchodem z ambulance normálně civilně poděkuje, a mně najednou dojde, že jsme zase pomohli další rodině pokračovat normální život bez stresu a strachu. Nevím ovšem, kdy to přijde, protože mi takhle poděkuje sto lidí a nic – a pak se mě to jednou opravdu dotkne. Asi i podle toho, jakou mám náladu a jestli jsem se dobře vyspal.

Až s věkem fyziologicky „ubude páry", jak si představujete svoji profesní kariéru dál?

Nevím, jaké to bude, „až mi ubude páry". Za předpokladu, že se toho vůbec dožiju, což bych samozřejmě rád. Každý se s tím asi vyrovnává po svém. V MSF jsou nejvíc zastoupené dvě věkové skupiny lidí: Bezdětní třicátníci a lidi po padesátce, kteří už děti



vychovali, profesně se dostali na vrchol nebo za něj a ještě chtějí nezištně uplatnit to, co se za celý život naučili. Tihle „důchodci“, mezi nimi profesoři medicíny a bývalí šéfové klinik z Británie, Francie nebo jiné západní země, jsou na misích ti největší pohodáři a navíc zatraceně zkušení. S nimi je obvykle radost pracovat. A „západní“ země říkám schválně, protože vidím, že v Čechách to zdaleka není rozšířeným zvykem. Lékaři v důchodu u nás spíš jezdí na chalupu nebo na ryby, než se harcovat někam do tramtárie, kde je navíc vedro a hadi… Ale to je mi jedno, ať každý dělá, co uzná za vhodné, já jsem jenom rád, že o téhle možnosti vím a třeba na ni jednou dojde.

Jaké je vaše největší osobní lékařské přání?

Být dobrý dětský chirurg.

A přání nelékařské?

Mít ženu a rodinu.

Jaká je vaše osobní hranice obětavosti? Už jste si na ni někdy „sáhl“? Pociťujete i „tam na hranici“ zvědavost?

Chcete říct, jestli mi šlo někdy opravdu o život? Ano, pár situací bych si vybavil a zvědavý jsem nebyl ani jednou. Měl jsem stažené obě půlky a modlil se k pánu bohu, abych se strachy nepodělal a mohl si po návratu domů znovu zajít do Mlejna na Kampě pokecat s kamarády u piva.

Proč vás, lékařů-dobrovolníků pro chudý svět, není víc? Jak vysvětlují vaši mladí kolegové, pokud na to přijde řeč, proč „oni ne“?

Nezajímají mě mladí kolegové, kteří vysvětlují, proč „oni ne“, to je každého věc. Zajímají mě ti, co nakonec podají přihlášku a jedou. S těmi si povídám rád, proč „oni ano“. Myslím, že největší problém lékařů a sester v českých nemocnicích není to, že by nechtěli, ale to, že nemohou. Nikdo jim nedovolí opustit nemocnici na tři, šest nebo devět měsíců a nepřijít o místo. Přitom by tak mohli nabrat neuvěřitelné profesní a lidské zkušenosti, takže každý přednosta a primář by s nimi byl dlouhodobě o dost spokojenější. A poměrně vzato, těch lidí, kteří se dobrovolně vystaví těžkým podmínkám,

aby v nich odpracovali dvojnásobek toho, co doma, zase není tolik, aby ohrozili chod kliniky nebo oddělení. Je to otázka dobré vůle a priorit jednotlivých šéfů a ředitelů nemocnic. Mně moji šéfové, profesor Šnajdauf a primář Fryč z Kliniky dětské chirurgie, plus dokonce ředitel motolské nemocnice Ludvík, který se za MSF veřejně postavil, vždycky vyšli vstříc, takže jsem čtyři roky sice neměl žádnou pořádnou dovolenou, protože jsem si ji na misi z větší části vybíral, ale k tomu mi dali pokaždé nějaký ten týden neplacené dovolené navíc. V terénu s MSF, kde jsem během sedmi misí strávil necelý rok čistého času, jsem odoperoval přes šest set pacientů, řadu z nich pediatrických se složitými traumaty a vrozenými vadami, oproti čtyřem stům třiceti operacím za šest let v Motole. Nehledě na to, že jsem se naučil samostatně rozhodovat a do značné míry řídit celá oddělení chirurgie, ortopedie a popálenin. A ohrozil jsem tak snad někoho v kariérním růstu po návratu na kliniku? Ani omylem. Hezky jsem se po všech návratech z misí opět zařadil, jenom mě ta práce víc bavila, protože mi došlo, že se u nás dělá dobře, sestry na oddělení jsou neuvěřitelně schopné (byť by se mohly někdy chovat k pacientům a jejich rodinám laskavěji) a moje chuť naučit se toho víc od svých starších kolegů významně vzrostla. Nevěděl jsem totiž, kdy by se mi tahle znalost nebo támhleta dovednost mohly jednou v terénu zásadně hodit a navíc mi moje specializované vzdělání v dětské chirurgii začalo dávat v evropském kontextu větší smysl. Přestože si dnes dokážu slušně poradit se základními operacemi v jakémkoliv chirurgickém oboru, je dobré umět jednu věc pořádně.

Psychologové prokázali, že běžní lidé sice navenek altruismus a obětavost oceňují, ale vnitřně se proti němu vymezují a dokonce, mají-li příležitost, potají přílišným altruistům škodí. Jaké jsou vaše zkušenosti v této oblasti, jak berou lidé vás?

To bych rád věděl, do jaké míry já jsem vlastně altruista. Po prvních misích s MSF jsem v rozhovorech s novináři nenápadně deklamoval, že jezdím do rozvojových zemí, kde se smrt a utrpení dotýká téměř každého člověka, proto, abych tam pomáhal méně šťastným lidem, kteří se narodili do chudoby a nekončící mizérie každodenního přežívání. Že mě tam žene vedle pocitu dobrodružství a seberealizace i vyšší poslání zmírňovat utrpení a naplňovat myšlenku mezilidské solidarity. Takhle to totiž tvrdí každá humanitární organizace. Jenže to jsou do jisté míry prázdné tlachy. Kolik z těch tisícovek lidí, kteří pracují v nevládních organizacích v Africe nebo Asii, to opravdu pociťuje jako svoji lidskou povinnost hlubokou tak, že jim nedá spát a nutí je k odjezdu proto, aby se v životě cítili lépe, neboť splatí svůj dluh za dar života v bohaté a zajištěné společnosti? Dva, tři? Přeháním, ale moc jich není. Většina z nich takhle neuvažuje, protože takováhle ctnost a vznešenost je běžným lidem nedostupná, a jestli si to myslíte, změníte názor po prvních třech týdnech v jakékoliv oblastní nemocnici v Africe, kde není elektřina, voda, nic nefunguje a lidé kolem nemocnice se snaží zcela cíleně a programově navzájem pozabíjet. Zajímavé ale je, že do té myšlenky mezilidské solidarity lze časem a v řadě těžkých situací více nebo méně dorůst. Čím horší situace a čím se cítíte hůře, ideálně „na dně“, tím více o ní přemýšlíte. Dnes bych řekl, že ji opravdu začínám pociťovat, stejně jako pociťuji narůstající zoufalství z celé Afriky a z nekonečně únavného donkichotského poslání lékaře. Naštěstí mě alespoň lidé doma po návratech berou dobře, řada z nich mě podporuje, což mi částečně potvrzuje, že dělám něco dobrého. Nejdůležitější jsou pro mě ovšem rodiče, sestra, její muž a nejbližší kamarádi. Dokud ti za mnou budou stát, nebudu se bát riskovat. V českých nemocnicích jsem občas trochu za exota, na mladšího lékaře trochu málo servilní, než vyžaduje norma chování, ale z Motola jsem nakonec loni v září odcházel do východního Konga s pocitem, že bych se mohl kdykoliv na Kliniku dětské chirurgie vrátit a byl bych vítán. To je hodně důležité. Teď odjíždím na delší stáž do Velké Británie a tam se budou karty rozdávat úplně znovu. Británie je bývalá koloniální velmoc, kde vznikly jedny z nejlepších humanitárních organizací na světě už během druhé světové války, mám na mysli *Oxfam* a *Save The Children*, takže tam moje mise s MSF nikoho moc nedojmou. Očekávám, že se budu nepříjemně rvát o místo u stolu s řadou superinteligentních Indů, Pákistánců a mladých ambiciózních Britů. Takže se tam na jednu stranu těším, na druhou stranu mám strach, jestli se chytnu. Uvidíme.

Cesta k medicíně

Zásadní vliv na mě měli, tak jako na každého, rodiče. Ačkoliv sami zdravotníci nejsou, vím, že otci se myšlenka, že bych se jednou stal doktorem, líbila, občas o tom žertoval před známými, což mě pěkně iritovalo. Matka zase měla pěkně uspořádanou knihovnu a věděla, pro co sáhnout, když jsem jednou ve třeťáku na gymnáziu onemocněl a fňukal doma, že se nudím. Vybrala mi Zločin a trest, do kterého jsem se v horečce začetl tak, že mi celý svět plaval před očima. Objevil jsem díky Dostojevskému úplně novou životní dimenzi, o které jsem předtím neměl tušení: že představy lze prožívat stejně reálně jako skutečnost. Konkrétně vnitřní svět fantazie a myšlenek jeho rozervaných postav. Další knihu, kterou mi máma dala ke čtení, byli Lidé v pralese od Alberta Schweitzera. Ta byla sice o dost nudnější, ale jet do Afriky léčit černochy mi připadalo jako rozhodně zajímavé dobrodružství. A podle toho jsem se pak ve čtvrťáku rozhodoval, jestli pošlu přihlášku na filozofii, nebo na medicínu. Před vyplněním přihlášky jsem si jeden večer doma v pokoji říkal, že půjdu na medicínu proto, že k ní bokem filozofii dělat můžu, zatímco naopak to podle všeho nejde. A tak to taky po jistých peripetiích nakonec dopadlo.

MUDr. Jan Trachta

Narodil se roku 1977 v Karlových Varech. V roce 2004 absolvoval 2. LF UK v Praze, od roku 2005 pracoval na Klinice dětské chirurgie 2. lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice Motol v Praze, kde v dubnu 2011 získal atestaci v oboru dětská chirurgie a začal pracovat jako ordinář. V září 2011 z FNM odešel kvůli dlouhodobé stáži ve Velké Británii.

S organizací *Lékaři bez hranic* spolupracuje jako chirurg od roku 2008. Za tu dobu byl na sedmi misích v několika afrických zemích a na Haiti, zatím naposledy na přelomu let 2011/2012.

Je svobodný, bezdětný.

Martin Vokurka

Exstirpace ticha

Ticho se přenášelo přes zeď, protože jen ticho se tak dokáže šířit a prostupovat všemi místnostmi a zákoutími. Hrozilo, že všechno pohltí a zachvátí postupně celou budovu.

Lékař se zastavil u okna. Slunce bylo nízko, a přestože bylo v tuto roční dobu ještě studené, svítilo o to agresivněji. Bylo to prudší a vlezlejší světlo. Nebo to bylo jen tím, že mu během pár týdnů všichni odvykli?

Na bílém plášti si slunce pohrávalo se stříbrnými sponami dvou propisek a se jmenovkou ledabyle připíchnutou ke kapse. Lékař mohl mít pocit, že celý jeho dosavadní život se do té jmenovky scvrknul. Jméno, příjmení (Karel Nedvědář – to N místo M ho střídavě rozčilovalo a střídavě mu přičítal jakousi magickou hodnotu) a titul doktora medicíny, tentokrát opravdu s velkým M, které mělo ten omyl jména nahradit a díky němuž mohl stát právě tady, na téhle chodbě a slyšet to ticho, které se tu čas od času rozlehne.

Zvláštní privilegium.

Stejně jako poslouchat všechny ty příběhy, které dospěly zrovna sem. Je to vždycky podobné. Na začátku se lidem jen nepatrně zachvěje svět, pocítí malé zhoupnutí a krátce pohlédnou za kraj propasti. Pak se všechno zase zvolna usadí, lidé si zvyknou a žijí dál, jenže žít dál znamená, že všechno pokračuje, že se nic nezastavilo. Nelze si vzít jen jeden kus života a ten žít. Nakonec proto přicházejí za ním. Nevěřícně mu o tom vyprávějí – je to přece mýlka, omyl, musí to být něčí nepozornost – není to skutečná bolest a opravdová krev a už vůbec to nemůže být *tahle*, nejvýše *jiná* nemoc. A vůbec nejpravděpodobnější je, že to ani není nemoc jejich, nýbrž je to nemoc někoho jiného, nejspíše je to nemoc světa okolo, ano, je to svět, který onemocněl a je na vině, protože se přitom spletl a vybral si právě je.

V jeho moci je pak použít slova, jako je odchylka, rezistence, elevace, expanze… Ty příběhy jimi převyprávět a hledat nikoliv jejich pointu, ale skrýt je do zdánlivě nesrozumitelného, v němž pro mnohé spočívá naděje. Překódovat utrpení a v tom novém neosobním kódu ho porazit. Exstirpace, ablace, inhibice tyrosinkinázy… Je mistrem takových slov – ani si pořádně neuvědomuje, kolik slov se mu za život zažralo pod kůži. Jak se ta slova pořád valí, je z nich náhle mohutná lavina, která se sune kupředu, až z ní jde strach.

Někdy se podaří proud slov zastavit, ale jindy slova bobtnají, narůstají, množí se, kříží, lezou jedno přes druhé, nadýmají se – a pak: prásk! V jednom jediném okamžiku je po nich, už nedávají smysl.

Pak nastává ta chvíle ticha.

Právě před rokem se jeden z takových příběhů začal odehrávat i v jeho bezprostřední blízkosti.

Nedvědář se probral a do uší mu dolehly obnovené zvuky. Vrzání koleček (sanitář veze špinavé povlečení), klapnutí dveří, energické klapání podpatků i šoupání pantoflí (levá dolní končetina – co je to za slovo, copak zrovna tam něco končí – se opožďuje, takže to je pan Nosek) a hlavně hlasy všech hlasitostí, výšek, úzkostí, plkání, naděje falešné i profesionálně podávané na podnosu rutiny. Vždycky ho znovu dokázalo překvapit, jak svět běží dál. I on tu přece je a ráno vstává, přemýšlí, jí a spí a dělá to, jako by to bylo něco přirozeného, zatímco v hloubi duše mu naopak připadá, že to je to nejabsurdnější, co se s ním může dít.

I teď z profesionálního zvyku zaplašil stále se opakující myšlenku a vrátil se do reality. Podíval se na hodinky (slunci si odvykl věřit) a ještě pro jistotu si zkontroloval mobilní telefon. Pak ho zase spustil do bílé kapsy pláště a s povzdechem se vydal dlouhou chodbou směrem k lékařskému pokoji. Byl jarní podvečer. Slunce se střídavě schovávalo a vykukovalo, hrálo si se světem zdánlivě nevinnou dětskou hru. Nevšímavé slunce. Zbývalo mu





sotva pár minut, než definitivně sklouzne za obzor.

„Pane doktore," ozvalo se na druhém konci chodby.

Nedvědář se ohlédl a nejprve nemohl postavu poznat. Byl ještě částečně oslepen slunečními paprsky. Vlastně tam stály postavy dvě – pan Nosek a vedle něj jakýsi větší, korpulentnější obrys.

Pan Nosek mu představil manželku, už potřetí.

„Myslíte, že byste mi mohl napsat to doporučení?"

Nedvědář na to úplně zapomněl. Je to určitě zapsáno v dokumentaci a při propouštění mu doporučení napíše.

„Můžete to napsat ještě dnes, teď hned?"

Ta slova pronesla manželka. Tón jejích slov nebyl ostrý, ale byl tvrdý, Nedvědář v nich slyšel sypat se kameny.

Na chvíli zaváhal. Manželé Noskovi proti němu stáli jako výčitka nemoci i výhrůžka zdraví. Dva bojovníci, pomyslel si, kteří se dokonale naučili využívat situace, s níž se po několik let potýkali. Je to schopnost života, která patří k těm nejzákladnějším. Obtočit se kolem nemoci, převrátit se, vyvrhnout vnitřkem ven, ale přesto se zase drát na slunce a svírat, co mu přijde pod ruku. Život vždycky bojuje, ale většinou se současně kroutí, deformuje, jizví – všichni jsme něčím svíráni a někam tlačeni, každý se svým životem jen proplétáme škvírami a lapáme po dechu v krátkých vynořeních. Myslíme, že jsme orli, ale jsme spíše žížaly.

To jen na samém počátku máme pocit prostoru, nekonečna, možností…

Nedvědář si povzdechl. Mohl by s tím doporučením být hotov za deset minut. Stačí v podobném doporučení pro někoho jiného vyměnit jméno a pár údajů, rychle zkontrolovat pár dat a je to. Byl však na odchodu. I podle evropských či ministerských směrnic či jen podle zdravého rozumu měl už být pryč. Nikdy necítil takovou únavu.

„Zítra. Dostanete to zítra s propouštěcí zprávou."

Paní Nosková se postavila Nedvědářovi do cesty.

„Náš syn by to zítra hned ráno dal na ministerstvo, pak odlétá."

„Bohužel, dnes už neúřadujeme. Jsme nemocnice, ne úřad."

Zachraňujeme tu životy, chtěl dodat, ale cosi mu v tom zabránilo.

„Ale to přece…"

Nedvědář obešel oba manžele a vzdaloval se chodbou. Slunce zapadlo za horizont a chodba potemněla.

Za sebou slyšel rozčilený výdech a pak vzrušený hlas cosi říkající do telefonu. Ve svém pokoji se převlékl a cestou ven z budovy se ještě zastavil na sesterně. Sesterna pro něj byla místem bezpečí a zdravého rozumu. Tady se minuty či hodiny váhání musely přeměnit v jasné pokyny, tady se dalo i skrýt za cosi, co připomínalo jasná pravidla.

Pozdravil se s ne už nejmladší sestrou, která měla odpolední službu, a vyšel ven.

Došel ke svému autu, které parkovalo poblíž kotelny. Za ním stálo napříč jiné auto a Nedvědář si spíše překvapeně než rozčileně uvědomil, že nedokáže vyjet. Ačkoliv si zakládal na své řidičské obratnosti, tohle byla neřešitelná situace. Viděl sám sebe jako v nějakém špatném filmu. Bezradně se rozhlížel kolem. Nikde nikdo. Pohlédl na velkou nemocniční budovu, v níž se bezohledný řidič někde nacházel. Jenže jak ho v ní najít? Má obvolat všechna oddělení nebo zburcovat apatického vrátného, ať si vezme megafon a vykřikuje, jako by hořelo?

Byla to smůla, obvyklý zákon schválnosti. Dnes chtěl dojet domů o něco dříve než obvykle. Plánoval, že si doma napustí plnou vanu a celý zbytek večera si bude představovat, jaké to bývalo dříve a jaké to mělo být, kdyby byl lepší manžel a lepší otec. Chtěl se připravit na zítřek, kdy přijede syn. Nemluvil s ním už několik týdnů a věděl, že ho čeká důležitý rozhovor.

Teď to vypadalo, že z klidného večera nic nebude. Dá si rychlou sprchu, usmaží vajíčka a usne při televizi. Znovu obešel cizí auto, aby v něm nalezl nějakou zprávu či řešení vzniklé situace. Když nic takového nenašel, mohutně zívnul a rezignovaně se vydal do vrátnice. Vrátný s vousem jako Krakonoš vážně pokýval hlavou a navrhl, že zavolá odtahovou službu. I to však bude trvat pár desítek minut.

Nedvědář zakroutil hlavou.

„Nechte to zatím být. Skočím si ještě na oddělení a něco tam dodělám. Když to auto nebude pryč, tak zavoláme odtahovku."

Šel rovnou do sesterny, vytáhl dokumentaci Eduarda Noska a během pár minut připravil doporučení. Mezitím vypil pátou kávu. Pil ji s obvyklou nechutí, s jakou pil kávy, od nichž čekal pouze další zoufalou dávku kofei-



nu. Když papír vyjel z tiskárny, poprosil sestru, aby ho Noskovi donesla na pokoj. Pak se ještě krátce podíval na internet, kde se ujistil, že překvapivé či nové pojmy ztratily na jakémkoliv významu, znovu se rozloučil se sestrou a vydal se napodruhé na cestu domů.

Když se blížil k autu, viděl mladšího muže, jak chvátá stejným směrem.

„Jak tu můžete takhle stát, copak můžu vyjet?“

„Byla to chvíle.“

„Žádná chvíle, určitě aspoň půl hodiny. A navíc, i kdyby to byla minuta, jak můžete někomu bránit ve výjezdu?“

„Tak se nezblázněte, omlouvám se. To víte, ti staříci, všechno komplikují, nejsou schopni nic zařídit, jenom mluví a mluví. A doktoři – po těch nelze nic chtít, rád bych věděl, co si vlastně o sobě myslí. Kdyby všechno fungovalo, jak má, tak to byste koukal.“

Muž nasedal do auta, když si Nedvědář všiml povědomého bílého papíru v průhledných deskách. Dokonce rozeznal zakroucený háček na svém podpisu. Muž hodil papír na prázdné sedadlo spolujezdce, a než se doktor stačil vzpamatovat, nastartoval a za chvíli z něho bylo vidět jen dvě červená světla, jak se přibližují k výjezdu z nemocnice.

Nedvědář konečně taky nasedl. Byla už tma a uvědomil si, že je mu zima. Pocítil mrazení a prsty se mu třásly, jako by se veškerý kofein vrhnul právě do nich. Zdálo se mu, že jeho krevní cukr padá k nule.

V duchu k němu znovu dolehla synova rozhořčená slova. Myslel na ně celý den.

„Mohl jsi tomu zabránit, měl sis toho všimnout, měl jsi zkrátka něco udělat!“

Je to několik týdnů, kdy s ním mluvil naposledy, a teď uslyšel tu větu stejně zřetelně jako tehdy. Bylo to krátce po pohřbu a další lidské tělo se v těch chvílích proměňovalo v popel. Tělo jeho ženy.

Syn mu to vyčetl. Hleděl prý jen sám na sebe, na svou kariéru, na všechno okolo sebe. Cokoliv bylo v nemocnici, bylo vždycky přednější a důležitější. Měl něco udělat mnohem dříve, měl si všimnout prvních příznaků, měl se více starat a rychleji jednat. Syn mu to vyčetl, ale což si to on sám nevyčítal den co den?

Proč jen nevěnoval víc pozornosti některým slovům, pohledům a povzdechům – nejsou to taky příznaky, i když nemají vznešená latinská či řecká jména? Nebo ve své povznesenosti nepomyslel, že ani jemu se nemusejí vyhnout?

Možná měl prostě jen strach. Strach něco si připustit. Není celý jeho život jenom jedním velkým strachem a není pro něj veškerá medicína se svými termíny a receptory a zářením a laboratorními parametry jenom zaklínadlem, jak se tomu strachu aspoň trochu bránit?

Vztekle bouchnul do volantu, až se ozvalo zatroubení. Zatroubení znělo hlasitě, ale v celém areálu nemocnice se snadno ztratilo. Platilo to pro celý jeho život. Ať dělal cokoliv, vždycky se to rychle vytrácelo. Hned se to někam vypařilo. Žena umřela, syn je pryč a nejspíše jím dokonce i pohrdá. Ať dělal cokoliv, jen to prolétlo a jeho to postrčilo o pár políček blíž ke konci hry.

Dostal na muže, který mu zablokoval cestu, hrozný vztek. Pro Nedvědáře se v něm zosobnilo všechno špatné, co se stalo v posledním roce. Třásly se mu ruce a dýchal, jako by vyběhl do nejvyššího patra nemocnice.

Prudce se rozjel, aby ho dohonil. Nevěděl proč a nevěděl, co by dělal, kdyby ho opravdu dostihl, snad se mu jenom chtěl podívat do očí. Chtěl v nich vidět sám sebe, aby se měl čeho zachytit. Všechno se ztrácelo a drobilo pod jeho dotyky a on se zoufale potřeboval aspoň něčeho přidržet.

Prosvištěl kolem kotelny, prudce zatočil kolem pavilónu nemocniční kuchyně a už se blížil k vrátnici. Ještě zahlédl dvě červené tečky mužova auta. Upíral na ně zrak, zařadil vyšší stupeň a přidal plyn.

Najednou se cosi mihlo kousek vlevo od auta. Nedvědář strhnul volant doprava a prudce sešlápl brzdu. Ozvala se rána a náraz ho vymrštil nahoru a dopředu. Auto se vřítilo mezi kontejnery a zarazilo se o malou zídku oddělující je od cesty, která klesala opačným směrem k prosektuře v dolní části nemocnice.

Nedvědář zůstal pár vteřin sedět bez hnutí. Nehýbal se a ani nedýchal. Připadalo mu, že slyšel výkřik, ale teď bylo všude naprosté ticho. Přinutil se pomalu vystoupit z auta, aby viděl, co se stalo. Je lékař, musí poskytnout první pomoc. Necítil žádnou bolest, ale měl strach jako nikdy v životě. Strach z toho, co uvidí. Srdce mu zběsile bušilo, když se díval pod kola.

„Doktore, co blázníte?“ běžel k němu vrátný. „Pěkně jste si to zmasakroval. To bude stát pořádnou pálku.“

Vrátný obcházel auto ze všech stran a pokyvoval hlavou.

Nedvědář cítil tak hroznou slabost v nohou, že se zapotácel. Musel sevřít zpětné zrcátko, aby nabral ztracenou rovnováhu.

„Stalo se vám něco?“

„Ne, nic to nebude, nemusíte nikoho volat. Jsem v pořádku.“

Zpětné zrcátko nalomené nárazem se pod jeho vahou zbortilo úplně. Nedvědář sklouzl po blatníku a před pádem ho zachránil až jeden z kontejnerů. Ucítil z něho nakyslý zápach odpadků a sykl bolestí. Levé rameno.

Vrátný kopal do pneumatik a tvářil se důležitě.

„To je tedy malér, doktore. Ještě že tu nikdo v tuhle hodinu nešel. Co vás to napadlo vletět tady do těch popelnic? Doufám, že jste nic nepil.“

V Nedvědářovi se začala rozlévat podivná lehkost. Žádný člověk tam nebyl, nikoho nezranil ani nezabil. Nevěděl, co byl ten stín, který ho tak zmátl. Mohl to být odlesk zbytků světla nebo jen únava a rozčilení a ten zatracený kofein. A když se k tomu přidala po mnoho let budovaná připravenost okamžitě reagovat, konat, zachraňovat a předcházet, tak není divu, že jeho nervy reagovaly rychleji, než si uvědomil, co se děje.

Lehkost mu stoupala od nohou dál k hlavě a měnila se tam v úlevu a dokonce v radost. Absurdní, poněkud hysterickou, ale přece jen radost, kterou už dlouho ani náznakem necítil. Snad v něm někde v hloubi duše ještě něco zbývá, není toho moc, ale přesto by se s tím dalo žít. Vybavovaly se mu věci, které zapomněl, ale přesto se musely stát. Znovu se objevovaly, tak jak z něj odpadávaly nánosy tisíců dnů a z nich zase tisíce neosobních úkonů a ještě neosobnějších pocitů. Stál tu najednou zase sám za sebe, po dlouhé době a díky téhle malé havárii maličko vyšinutý ze systému jako jeho malé kolečko sice notně obroušené, ale konečně zase aspoň na chvíli samo sebou.



Nejprve se tomu jen usmál, ale pak se ho zvolna začal zmocňovat smích. Nedokázal se mu ubránit. Vrátný se na něj nedůvěřivě díval, pusu dokořán, ale to bylo doktorovi jedno. Smál se, a i když to nebyl smích zapomnění a už vůbec ne smích bezstarostnosti mládí, bylo v něm jakési záhadné porozumění a možná v něm byl i kus naděje.

Když se dosyta nasmál, vyndal opatrně z auta aktovku, a aniž auto zamknul či aspoň zhasnul světla, vydal se zpět k hlavnímu vchodu do nemocnice.

Cesta k medicíně

Z lékařského prostředí nepocházím, přesto moje volba v době přijímaček na vysokou školu byla již jasná. Vznikla někdy na počátku gymnaziálních studií, kdy nikoliv vinou paní profesorky ze mě vyprchalo dosavadní nadšení matematikou. Pak už jsem k medicíně vše směřoval, navštěvoval různé přednášky a začínal s vědeckou prací na svém současném pracovišti, kde jsem navíc poznal skvělé lidi a inspirující prostředí.

Toto racionální vysvětlení má pochopitelně i svou druhou stránku, více emoční a podvědomou. Už jako dítě mě fascinovaly nemoci, a to zejména jejich příčiny a způsob vzniku (dalo by se říct etiopatogeneze, což pro mě tehdy bylo slovo samozřejmě neznámé). Vliv mohla mít i závažná nemoc mé babičky a pro mě tehdy mnoho nejasného až tísnivého, žádajícího si ovšem jakéhosi „vysvětlení“. Ještě na základní škole jsem občas nahlížel do různých publikací o medicíně a prožil si krátké období, v němž jsem si

„diagnostikoval“ různé choroby, pochopitelně a naštěstí mylně. Na druhou stranu jsem si tak odbyl období hypochondrie a interpretace jakéhokoliv příznaku v jeho nejhorší souvislosti – později získané hlubší znalosti mi spíše pomohly v odhánění démonů. Snaha pochopit vznik nemoci a porozumět jejím příznakům mi zůstala i později a motivovala mě k tomu, že jsem zůstal „teoretikem“, ale zároveň badatelem a učitelem, který se maličko snaží přispět k poznání a formování myšlení budoucích lékařů ve smyslu pochopení patologie a jejího vztahu k normálním funkcím, symptomatologii a léčbě.

doc. MUDr. Martin Vokurka, CSc.

Narodil se roku 1962 v Praze v rodině zcela nelékařské (jeho tři dcery si zatím na doktorky jen hrají a léčí své panenky). V roce 1987 absolvoval Fakultu všeobecného lékařství (nyní 1. LF) UK, kde už od studií působí na Ústavu patologické fyziologie, od podzimu 2012 jako přednosta. Od roku 2008 je proděkanem 1. LF pro teoretickou výuku.

Praktickou medicínu dělal na vojně a pak ještě několik let souběžně s aspiranturou, takže získal atestaci z vnitřního lékařství. Nyní se věnuje výuce a vědecké práci, zejména výzkumu metabolismu železa.

Vydal sbírku povídek *Rozpady* a publikoval různě v časopisech, jeho největším dílem však asi zůstane *Velký lékařský slovník* (spolu s Janem Hugem a dalšími).

Pár slov na závěr

S otázkou, zda existuje duše lékaře, souvisí otázka, co je medicína. Je to umění? Je to řemeslo? Je to jen exaktně definovaný soubor postupů? Má medicína čistě materiální povahu? Tak by medicínu rádi viděli někteří organizátoři zdravotnictví: sešněrovanou do doporučených postupů a možná i do podivných standardů a nadstandardů. Možná to tak jednou bude, možná to tak někde už je. Ale je to správně?

I řemeslo může být umění a může být tvůrčí. V medicíně je to také tak. Dosud určitě platí: Je-li nemocný přijat do nemocnice či převzat do péče ambulantního lékaře, tak přestože bude nakonec úspěšně vyléčen, zvolený postup i diagnostický závěr či lékařská zpráva často nemusí být shodné. Je to podobné, jako když zadáme několika lidem namalovat obraz na stejný motiv – výsledná díla se budou lišit.

Lékař může pracovat buď rutinně bez emocí, nebo tvůrčím způsobem, kdy do práce dává i kus sebe sama. V tom je možná skryta duše lékaře. Čtenář nechť posoudí, do jaké míry se duše lékaře promítá do medicíny těch, kdo přispěli do této knihy. Snad tomu pomohou i fotografie tváří lékařů pořízené Karlem Meisterem – někdy za dlouhého rozhovoru a porozumění si mezi lékařem a fotografem, jindy, zejména u těch mladších, jen narychlo, často v pracovním přetížení, kde fotografovi bylo dáno méně času.

Co existuje určitě, je atmosféra nebo duch pracoviště. Ať již na klinikách či odděleních nemocnic, ale i v malých praxích. I ambulantní pracoviště může mít svou „duši“, která se projevuje například v tom, jak lékař vyškolí svého pokračovatele, podobně jako řemeslník vyučí svého učně. Možná část ducha předávají pracovišti i pacienti tím, na co byli zvyklí a co v ordinaci požadují či očekávají. „Duši“ nemají lékárny a ordinace v supermarketech a asi ani nemocnice, poliklini-



ky a ordinace založené či řízené finančně silnými skupinami.

Nejsem si jist, zda měly „duši“ Baťovy továrny, ale dnešní velké provozy, jako například automobilky, ji určitě nemají. „Duše“ pracoviště je citlivá, snadno onemocní a vytratí se. Ekonomická krize ukázala, jak snadno zanikají banky, firmy či továrny s tradicí, které třeba mívaly u vchodu fotografii zakladatele a fungovaly po mnoho generací. Ve zdravotnictví nemusí jít o ekonomickou krizi, stačí špatné zákony, necitlivé řízení či patologická osobnost lékaře, která může rozložit atmosféru celého pracoviště.

Podíváme-li se na různá oddělení či kliniky, vždy najdeme pracoviště, která nefungují optimálně. Obvykle zjistíme, že nemají dobrou atmosféru a tradici a nezůstala v nich duše předchůdců. Nedávno na jednom sympoziu zazněla přednáška o duchu budovy psychiatrické kliniky v Praze v Kateřinkách či jak se někdy říká „U Mysliveček“. To je typický prostor, který určitě „duši“ má. I medicínské obory mají svého ducha, podle toho, co v nich zůstalo z duší generací lékařů. Duch chirurgie je jiný než duch interny či psychiatrie.

Lékaře s duší především medicína baví, baví ho často i další věci, má třeba nějakou zálibu či koníčka. Lékaře bez duše medicína a pacienti nebaví. Někdy mu jde pouze o zisk nebo se jen těší, až ho o půl čtvrté vystřídá služba. Stejně je tomu i u mnoha dalších povolání. Pro lékařskou duši jsou obvykle také typické pochyby, hlas svědomí: Léčil jsem správně? Udělal jsem správnou diagnózu? Typická je i radost a chuť do náročné a často dlouhodobé práce.

Duch budov, duch oborů i duše lékařů se mění v různých dobách. Co duši lékařům bere? Je to globalizace? Ta přece mění charakter medicíny historicky vázaný na určité území. I tam, odkud globalizační trendy přicházejí, existují lékaři s duší. Jsou to počítače a informatika? Tak tomu určitě není. Počítače práci zjednodušují, takže zbývá více času na pacienta. Na počítači lze léčbu a principy nemocí vysvětlovat a pak pacienta dokonce nechávat spolurozhodovat.

Myslím ale, že duši medicíny moderní doba trochu ničí. Je to stejné jako v obchodě. Staré obchody, a to často ještě i v době totality, měly svou atmosféru. Knihkupectví, lahůdkářství či drogerie bývaly léta na stejném místě. Prodavač znal své zákazníky a věděl, co jim má nabídnout. Staré samoobsluhy i nová nákupní centra tuto tradici zlikvidovaly. Ve zdravotnictví je to často velmi podobné, mizí lékařské ordinace i nemocnice. Stárnoucí duše lékařů mnohdy nostalgicky vzpomínají na dřívější doby.

Je pozoruhodné, že fenomén duše lze v této knize najít i v kapitolách velmi mladých lékařů. Duše staršího lékaře se může vyčerpat, to vystihuje moderní pojem syndromu vyhoření. Vyhořet může ale i celá medicína, ve které už nebude na pacienta čas.

Jeden názor v této knížce je až trochu čertovský. Jako by končila stará epocha medicíny a lékaři dnes vytvářeli skutečně ďábelský a předem o všem domluvený cech, který – jakkoli si toho řada jeho členů není vědoma – to se zbytkem světa nemyslí vždy dobře. Snad to tak zatím není, snad ani nikdy nebude.

Většina příspěvků v této knížce také ukazuje, že to s úplným vyhořením tak závažné nebude. Když knihu po přečtení prolistujete a prohlédnete znovu fotografie, zjistíte, že lékaři s duší zatím naštěstí existují ve všech generacích a že je medicína i pacienti prostě baví.

Štěpán Svačina

Redakční poznámka

aneb

Zpráva o vznikání

Loňská kniha *O duši medika* zazněla spoustou povolaných hlasů a – přinejmenším mezi odborníky – vzbudila příznivý ohlas. Co se však s duší studenta medicíny děje dál? Jak s ní zatočí praxe? Provoz na fakultě hladce běží, vše je podřízeno tomu, aby si medik co nejlíp osvojil potřebné znalosti, zkrátka a dobře – aby odpromoval. Učení na lékaře je však pouhou hrou oproti jeho následnému působení v činné službě, kdy musí *samostatně* rozhodovat o věcech lidského zdraví, života a smrti a za své skutky nést *odpovědnost* – před zákonem i před svým svědomím; musí neustále průběžně studovat (žel, nikoli pouze pokroky v medicíně), schytávat nenálady existenciálně zkoušených nebo dokonce čelit výpadům z úzkosti či choroby agresivních pacientů. A při tom všem musí zůstávat současně nad věcí i empatický, musí zároveň budit důvěru přítele i vyzařovat suverenitu odborníka – a to za vnějších podmínek, které, ať se nám to líbí, nebo ne, činí stále těžším to, proč lékař profesně existuje a k čemu byl vyškolen – léčit a uzdravovat nemocné. V tomto směru se tedy od lékaře vskutku chce výkon hodný mesiáše zkříženého s kouzelníkem! Že by se tohle všechno na psychice medika stávajícího se a posléze jsoucího lékařem nikterak neprojevilo?

Nápad pokusit se po medicích ohledat i duši lékaře byl tudíž nabíledni.

Nuže dobrá, ale jak na to? Stejný postup jako u knihy *O duši medika*, čili oslovit vybrané osobnosti a nechat je napsat na dané téma úvahu, se dost dobře použít nedal – lékaři z terénu, praktici, pediatři, zubaři, ambulantní specialisté nebo pracovníci malých nemocnic totiž na rozdíl od vysokoškolských pedagogů účastných v předchozí knize nemusí být všichni navyklí vyjadřovat se literárně, natož rozsáhlejším esejem a na



tak subtilní téma… Připravili jsme proto zhruba padesátku otázek – obecnějších, ale i věcně a oborově konkrétních podle specializace respondenta. Uvažovali jsme, že by lékař dostal tento balík a instrukci: Pokud se nechcete pouštět do úvahy, vyberte si a odpovězte na ty z předložených otázek, které vás nejvíc tíží, nejhlouběji zajímají atd. – nebo se jimi alespoň nechte inspirovat a vymyslete si jiné relevantní otázky… A konečně, kdo by chtěl a uměl, mohl by do sborníku přispět lékařskou povídkou. Mohl by tak vzniknout žánrově vcelku pestrý sborník okořeněný „autorským svérázem“ jednotlivých přispěvatelů.

Další průběh děje naše výchozí předpoklady potvrdil – více než polovina oslovených dala přednost rozmluvě. Výše popsaný postup také vysvětluje, proč se některé otázky v rozhovorech opakují – autoři jim dali přednost před ostatními.

S vějířem otázek pohromadě jsme s pomocí kolegů a přátel vytipovali autory: Představovali jsme si soubor alespoň třiceti osobností, ctěných pro svoje osobní vlastnosti a respektovaných pro odborné schopnosti.

Jelikož odmítnutí přišlo víc, než jsme čekali, nakonec jsme oslovili celkem 60 osobností. Tato kniha obsahuje názory 34 z nich, zbylých 26 odmítlo. Většina odmítnuvších (pokud uvedla důvod) se na to necítila (především ženy, proto jich zde je tak málo), významnou roli hrála i obecnější nechuť vstupovat do veřejného prostoru. Pravděpodobnost odmítnutí klesala s „výškou postavení“ v medicínské hierarchii – proto je zde nakonec relativně málo lékařů „z fronty“, přestože právě oni jsou solí když ne medicíny, tak zdravotnictví určitě.

Účinnost našeho úsilí tedy dosáhla 57 %, což je zřetelně méně, než jaká u nás byla účast při posledních parlamentních volbách. O to větší dík patří všem, kteří s námi do toho šli a nechali si „nakouknout do hlavy“.

Respondenti brzy vymezili dva různé póly – na jednom lidé z fakult (typy spíše akademicko-badatelské), na druhém lidé z terénu (praktici a specialisté všeho druhu). Především na těch druhých, působících v první linii, mimo lékařská centra, bez krytí nemocnicí či školou, bylo vidět, že jsou zvyklí řešit své úkoly bezprostředně, samostatně, rázně, důsledně; s těmi byla obzvláštní radost spolupracovat.

Škarohlíd jistě v této knize najde četné nedostatky. Avšak kdo bude chtít, narazí zde na řadu zajímavých, originálních, cenných postřehů, postojů a myšlenek o vnitřním světě medicíny, o lékařském řemesle i o tom, co poněkud romanticky nazýváme „lékařskou duší“. Vstřícnější čtenář snad z knihy alespoň trochu pochopí, jací ti „doktoři“ opravdu jsou.

František Houdek, 10. 7. 2012

Karel Meister

Narodil se 21. února 1943 v Horní Bříze u Plzně, v roce 1965 absolvoval studium herectví na DAMU. Angažmá jako divadelní i filmový herec, od poloviny 70. let profesionální fotograf na různých divadelních scénách. Od devadesátých let byl zaměstnán jako fotograf na 1. lékařské fakultě UK v Praze. Žije a pracuje v Praze. Téměř 20 samostatných výstav fotografií. Fotografické ilustrace knih (výběr): Ludvík Vaculík: Nové vlastenecké písně K. H. Borovského, Praha 1993, Helena Suchařípová: Týden s Janou Hlaváčovou, Praha 1994, Jiří Orten: Čechy za oknem smutných duší, Praha 1993, GEN, osobnosti televizního projektu F. Feniče I–IV, Praha 1993–1996, Křeslo pro Fausta, 2002–2010, Galén Praha (10 svazků). Kolébka české medicíny, Grada, Praha 2010, Věřte své inteligenci, Medical Tribune, Praha 2008, Kuchařka lékařů českých, Axonite, Praha 2011, O duši medika, Triton, Praha 2011. Dvě knihy fotografií: Dva světy Karla Meistera, Mladá Fronta, Praha 2008, S osobnostmi, jak je neznáte, Mladá Fronta, Praha 2010.



Foto: Štěpán Svačina

Obsah

Seznam autorů 7
Na počátku bylo Slovo. (J 1,1) 8
Předmluva / Sochy z myšlenek a názorů 9

Kristina Roubalová
Když se mi něco v práci povede, tančím u plotny 11

Richard Cimler
Všechno je jinak... 20

Vladimír Bencko
Totalita zlatého telete versus neziskové, trvale udržitelné zdravotnictví? 27

Štěpánka Čapková
Trpělivá komunikace je nutností i uměním 36

Jan Čáp
Rád učím i bádám, ale především jsem lékařem 47

Rajko Doleček
Já a moje duše 55

Ivan Hejduk
Hudebník potrefený medicínou – nebo naopak? 65

Pavel Kasal
Moje medicíny 73

Tomáš Koudelka
Připadám si trapně, když moji pacienti nemají na léky 83

Jaroslav Max Kašparů
Včera, dnes, zítra 92

Eva Havrdová
Na hraně lidských osudů 102

Kamil Kuchler
Ze svitků pediatrových 112

Jozef Kubinyi
Základním cílem medicíny je léčit, ne vydělávat peníze 123

Jiří Kofránek
Mezi medicínou a matematikou 132

Ivan Macháček
Novorozenci jsou krásní, jsou to zázraky života 142

Jan Mareš
Mám radost, když někomu dokážu něco vysvětlit 150

Václav Pospíšil
Tak trochu šaman, vrba, Démosthenés – a účetní zdravotní pojišťovny 159

František Rybář
Duše lékaře 168

Igor Mazoch
Víc dávat než brát, to je medicína 188

Miroslav Souček
Pozitivního ve zdravotnictví ubývá 197

Tomáš Macháček
Hra o duši lékaře očima zúčastněného pozorovatele 207

Jiří Schindler
O duši lékaře 219

Eva Černá
Stres, odpovědnost, ale i obrovské uspokojení 224

Radkin Honzák
Letos je to už cukrovka! 235

Vratislav Schreiber
Donucen být hybridem 244

Zdeněk Susa
Chvála paměti 252

David Staš
O pacientech se mi i zdává 261

Aleksi Šedo
Zamyšlení o duši lékaře aneb duše, kam se podíváš 269

Ivan Sucharda
Ženy jsou rozhodně ta lepší polovina lidstva 276

Oldřich Vinař
Před usnutím často prožívám břímě svých pacientů 287

Miloš Velemínský
Zdravotnictví není ekonomická jednotka! 299

Alois Volkman
Duše, medicína, poezie 305

Jan Trachta
Záleží na každém lékaři, jestli bude pracovat spíš pro sebe, nebo pro pacienta 316

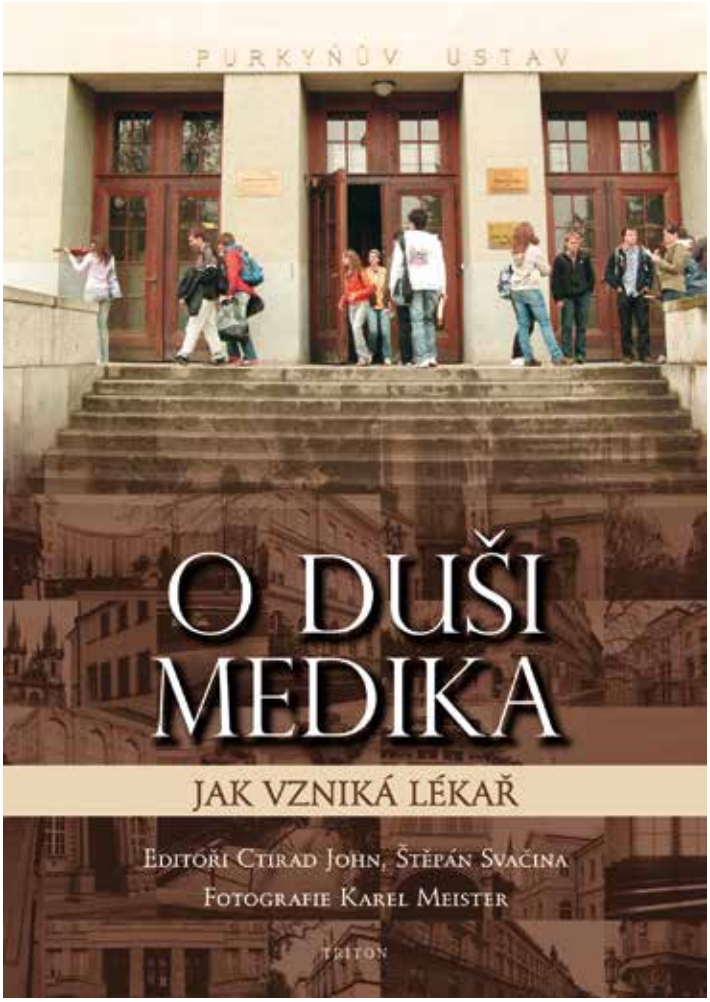
Martin Vokurka
Exstirpace ticha 326

Pár slov na závěr 334
Redakční poznámka / Zpráva o vznikání 336

O duši medika

Jak vzniká lékař

prof. MUDr. Ctirad John, DrSc., prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., (eds.)
fotografie Karel Meister



Sborníček vzpomínek a úvah lékařů a lékařek, již zastupují prakticky všechny generace v profesním věku a téměř celou medicínu v její rozmanitosti, je pokusem postihnout proměny študákovy duše, kam až paměť živých sahá. Donedávna tuto službu plnily většinou paměti slovutných profesorů z pera jediného autora. Vzpomeňme na Vondráčka či Charváta, z emigrantské generace nedávno též Poupy či Jirounka. Zde předkládané rozličné kratší pohledy však umožňují střídat optiku a tedy záběry zblízka i zpovzdálí, ostré či matnější, barevné či blednoucí. Zachycují jak osobní radosti a strasti, tak neradostné dějiny naší země, jak se promítaly do duší a charakterů těch, kteří se rozhodli věnovat službě nemocným lidem. Při bližším prozkoumání ovšem přinášejí některé kapitolky více otázek než odpovědí, a v tom je možná jejich přitažlivost.

Za dobu, kterou knížka mapuje, se proměňovala nejen študákova duše, ale – a to zejména – celá soustava péče o zdraví obyvatel. Dělo se tak nejenom pod vlivem místních poměrů, ale i globálních změn, k nimž dochází v souvislosti s proměnami historickými, politickými a ekonomickými.

Ctirad John, Štěpán Svačina, František Houdek
O duši lékaře

Vydal Stanislav Juhaňák – TRITON
v Praze roku 2012 jako svou 1635. publikaci.
Fotografie Karel Meister
Odpovědná redaktorka Lenka Švábová
Obálka Renata Brtnická
Sazba Vladimír Vyskočil – KORŠACH

ISBN 978-80-7684-145-1