



Představa apatického lékaře mě děsí

Medicína postupuje mílovými kroky, výuka mediků za ní ale výrazně kulhá. Chceme světové lékaře? Pak musíme držet krok s trendy. „Nepřipadá v úvahu, abyste k jednomu pacientovi přivedl hordu mediků,“ upozorňuje přední český kardiolog a vysokoškolský pedagog **ALEŠ LINHART**. Profesor věří, že ví, jak kvalitu budoucích lékařů zvýšit. „Jen chtít a něco pro to udělat,“ říká.

Na II. interní klinice – klinice kardiologie a angiologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze působíte už přes tři desítky let. Předpokládám, že jde o srdeční záležitost, je to tak?

Na této klinice kdysi pracovala má maminka. Naplánovala si, že až odejde do důchodu, nastoupím na její místo. Tento plán se nenaplnil, protože zemřela předčasně. Ale já si řekl, že sliby se mají plnit, a na toto pracoviště nakonec nastoupil. Měl jsem štěstí, že mi v té době dal přednosta kliniky důvěru, dodnes si toho vážím. Zda budu dělat konkrétně kardiologii, nebylo vůbec jasné. Také jsem se mohl věnovat nefrologii, gastroenterologii... Klinika byla v tu dobu obecnou internou, takže z tohoto širokého záběru to mohlo být skutečně cokoli.

Nakonec ale zvítězila kardiologie. Proč?

Ano, nakonec se ukázala jako jasná volba. Byli tu totiž úžasní lidé. Skvělí

pedagogové, kolegové. Víte, co měli společného? Obrovskou invenci. Ti lidé hnali českou kardiologii dopředu a mně, mladému lékaři, dávali mnoho důvěry. Měl jsem jednoduše obrovské štěstí. Také například v tom, že jsem mohl na tři roky vyjet na zkušenou do Francie a tam pracovat s největšími špičkami světové kardiologie. Dodnes například vzpomínám na úžasného lékaře, profesora Joëla Ménarda. Zahraniční zkušenosti byly nesmírně cenné. Nebudu ale zastírat, že jsem se vždy vracel rád domů, do České republiky.

Kardiologií jste pravděpodobně neudělal chybu. Už proto, že časem se tak vaše klinika skutečně profilovala...

Měl jsem čest na onom posunu spolupracovat se svým předchůdcem ve vedení kliniky, profesorem Michaelem Aschermannem. Ten byl v tomto směru velký vizionář. V uvedené době totiž ve Všeobecné fakultní nemocnici nějaká velká profílance klinik neprobíhala. Ale jak se ukázalo, šlo o správnou cestu. Protože právě specializace jednotlivých pracovišť se

postupem času ukázala jako světový trend. Takže co jinde složitě vymýšleli, my už měli do značné míry vyřešeno (úsměv).

Když jsme domlouvali termín rozhovoru, hovořil jste o historii této budovy. Čím vás tak zaujala?

Pracujeme v jedné z nejstarších budov v areálu Všeobecné fakultní nemocnice. Založila ji roku 1705 hraběnka Helena Bedaridová jako ústav šlechticů. Bohužel zchudlých, ačkoli zřejmě ne tolik, protože v těchto zdech chovankyním ústavu prokazatelně koncertoval i W. A. Mozart. Budovu pak v roce 1789 na popud císaře Josefa II. pře-

most, nebo na ni jednoduše zapomínáme, ale podle mě by i v tomto rozhovoru měla zaznít: my lékaři bychom se nemohli věnovat své práci a věnovat jí tolik zápalu, kdybychom nedisponovali celým týmem dalších profesí. Jde o zdravotní sestry, administrativní pracovníky a další zaměstnance. Tohle u nás funguje perfektně.

Kromě transplantací srdce u vás provádíte prakticky všechny kardiologické výkony. Jak se vám to daří, když jste stále poměrně malou klinikou?

Obrovským kladem je spolupráce s 1. lékařskou fakultou Univerzity

váte s experty napříč lékařstvím. Ale například v případě instituce, jako je Karlova univerzita, dokonce i napříč vědními obory. Něco takového vám opravdu zajistí jen symbióza s institucí, jako je univerzita s natolik silnou tradicí.

O fakultě a univerzitě hovoříte s velkou úctou. Nechcete se v ní vedle výuky angažovat i nějak intenzivněji, třeba ve výkonné pozici?

Už hodně dlouho nad tím uvažuji. Teď řeknu cosi, co může znít jako klišé, ale myslím to vážně: tím, jak člověk stárne, si mnohé uvědomí. A já si s každým svým rokem více a více uvědomuji, jak mnoho mně

„Medicína se oproti minulosti, jak jsem se ji učil ještě já, velmi výrazně mění. Každé tři měsíce se v ní zdvojnásobí počet dat. Pokud bychom se vrátili zpátky do šedesátých let, tam ještě trvalo padesát let, než k takovému nárůstu dat došlo. Ten pokrok je neuvěřitelně rychlý. A to je podle mého názoru nutné zohlednit i ve výuce mediků.“

stavěli na nemocnici, která je zde dodnes. V našich zdech byly také položeny základy českého interního lékařství, když zde profesor Eiselt znovu začal přednášet medikům česky a kliniku pak vedli věhlasní profesori, například Thomayer nebo Pelnář.

Profesor Aschermann vám kliniku předal v roce 2005. To je dost dlouhá doba. Nenudí vás to už?

Vůbec ne. Těší mě navazovat na to, co tu bylo typické již v minulosti, a naštěstí se nám to stále daří: stále jsme tu tým, který nesklouzl do nějakého stereotypu. Pořád chceme kardiologii něco dát a jako tým na tom intenzivně pracujeme. Rád bych ale zmínil jednu podstatnou věc, kterou buď často vnímáme jako samozřej-

Karlovy. Když jste fakultní klinikou, nemůžete zakrňet a musíte stále dokazovat, že na to máte, že se jen nevezete na podstatě. A když nesete jméno Univerzity Karlovy, i ve světovém měřítku to opravdu něco znamená. Já a moji kolegové se například musíme neustále vzdělávat. Nejen pro výkon naší profese, ale protože zároveň také učíme mladé mediky, jimž musíme podávat opravdu co nejaktuálnější výklad. Fakulta pak znamená rovněž multidisciplinární zázemí. Nejste v kontaktu jen se svým nejbližším týmem nebo lidmi orientovanými na váš obor. Běžně si vyměňujete zkušenosti se zástupci jiných odborností. Na chodbách či poradách se setká-

i mým kolegům a podřízeným fakulta dala. A možná že je načase, abych jí alespoň něco málo vrátil. Letos na 1. lékařské fakultě proběhne volba děkana a já bych se jí velmi rád zúčastnil. Motivace nepramení ale pouze z úcty k této instituci. Nesmírně dlouho jsem se sám sebe ptal: Mám co nabídnout? To nebylo rozhodnutí na jednu hodinu, jeden den... Takové rozhodnutí musí v člověku uzrát. Jen pak si můžete být jistý, že to máte v hlavě ujasněné, že nejde pouze o výkřik do tmy. A pokud si fakulta něco nezaslouží, je to ukvapený kandidát na děkana (úsměv).

A co jste si odpověděl na onu klíčovou otázku, zda máte co nabídnout?

Volby se zúčastním, takže odpověď je kladná. Jdu do toho s tím, že medicína se oproti minulosti, jak jsem se ji učil ještě já, velmi výrazně mění. Každé tři měsíce se v ní zdvojnásobí počet dat. Pokud se vrátíme zpátky do šedesátých let, tam ještě trvalo padesát let, než k takovému nárůstu dat došlo. Pokrok je neuvěřitelně rychlý. A to je podle mého názoru nutné zohlednit i ve výuce mediků. Pryč jsou časy, kdy zdroje byly těžko dostupné... Naopak dnes je informací obrovské množství. Problémem je naopak rozlišování jejich kvality. Student a posléze absolvent nemá být chodící zásobník definic. Pro jeho budoucnost je ale nesmírně cenná schopnost dané definice najít a zhodnotit jejich správnost a kvalitu. Věřím, že správnou cestou je vést studenty k pochopení, jak svět a věci fungují. A když si nebudou jisti, budou vědět, kam se obrátit o radu, kde najdou skutečně relevantní informace. Jednoduše řečeno, cílem lékařské fakulty je především vychovávat lékaře. A lékař není jen studnice znalostí, manuálních schopností, kritického, analytického a vědeckého myšlení. Lékař je především ten, který přináší nemocným empatii, schopnost komunikovat a ukazuje jim nejen lékařskou vědu, ale i lidskou stránku medicíny.

V čem by se 1. lékařská fakulta pod vaším vedením změnila? A co by naopak zůstalo při starém?

Chci stavět na tom, že fakulta je svým rozsahem nejvýznamnější vzdělávací a vědecko-výzkumnou institucí v oblasti biomedicíny v České republice. Uvědomuji si ale, že jakkoli je právě její velikost nespornou výhodou, jde zároveň i o slabinu. Právě velikost totiž představuje značnou překážku zejména pro individualizaci přístupu ke studentům a praktické výuce. Mimořádně, jak ukázal nedávný průzkum mezi studenty vyšších ročníků a absolventy, právě praktická výuka je vnímána kriticky. Mohlo by se zdát, že tíže problému leží na klinických praco-

vištích – typicky třeba to, že klinika nedá medikům dostatek prostoru. Já ale vnímám i další aspekty: například téměř úplnou absenci praktické výuky klinické medicíny v prvních ročnících. Nepochybuji o tom, že i to může být potenciální příčinou tohoto negativního obrazu.

Chcete tedy posílit praxi. Je naopak něco, co byste na současné podobě fakulty pochválil?

Určitě. Za poslední tři desetiletí dosáhla značného pokroku v oblasti revitalizace svého kampusu, modernizace chodu fakulty a efektivity získávání dalších – vnějších – zdrojů pro svůj vlastní chod. Tady je to v porovnání kdysi a dnes něco zcela jiného.

Sám za sebe bych řekl, že fakulta je i poměrně viditelná. Například současný děkan, profesor Aleksi Šedo, je častým hostem médií, jako odborníka jej citují i v souvislosti s pandemií covid-19. To uznáváte?

Je nepochybné, že značný důraz je v posledních letech kladen na mediální obraz fakulty. Ten se do značné míry podařilo zlepšit a kultivovat, avšak nesmí být preferován před reálnou kvalitou výuky, vědecké práce a dalších aspektů činnosti fakulty, k čemuž by se dalo poměrně lehce sklouznout. Ze zkušeností navíc víme, že preference studentů, na které fakultě chtějí studovat, se neodvíjejí ani tak od mediálního obrazu, jako spíše od zkušeností a názorů jejich předchůdců. A jak jsem řekl před chvílí, tyto názory nejsou jen pozitivní. Takže na tomto bude dobré zapracovat. Beru to ale jako výzvu. Posunout naši fakultu směrem dále do jedenadvacátého století... Rozhodně je na čem stavět.

Váš popis univerzitní a nemocniční spolupráce vyznívá až ideálně. Nemůže být ale i na škodu? Není třeba lékař, vysokoškolský učitel a zároveň vědec trochu schizofrenní stav, kdy se pořádně nemůžete věnovat ani jedné z těchto rolí?

Dobrá otázka, kdy jste dobře popsal dilema, které mnozí z nás mají. Jde

Prof. MUDr. ALEŠ LINHART, DrSc. (56)

● Jeho profesionální kariéra byla a je spojena s 1. lékařskou fakultou Univerzity Karlovy a Všeobecnou fakultní nemocnicí v Praze. Je zde přednostou II. interní kliniky – kliniky kardiologie a angiologie.

Je předsedou výboru České kardiologické společnosti a členem výboru Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology.

Tři roky strávil ve Francii, absolvoval i stáž v USA. V roce 2004 byl jmenován profesorem v oboru vnitřní lékařství. Aktivně hovoří francouzsky a anglicky, pasivně ovládá španělštinu a ruštinu.

Je spoluzakladatelem Veloklubu lékařů českých, aktivním rybářem, „miluje vše na dvou kolech“.

O životě, publikační a pedagogické činnosti informuje na svém osobním webu Linhart.academy.

Je ženatý, má tři děti.

o typický příklad multitaskingu, o němž se třeba v byznysu hovoří už spoustu let. A my lékaři ho provádíme, aniž bychom o něm nějak sáhodlouze mluvili. Myslím, že stejně jako jinde i v naší profesi najdete lidi, jimž to nedělá problém. A pak lidi, kterým ano. Určitě najdete skvělého pedagoga, kterého si studenti zamilují, protože umí látku podat natolik skvěle, že ji posluchač hned pochopí. Ale ošetřit byste se od něho nechat nechtěl. Anebo potkáte vědce, jehož odborné články inspirují odborníky na celém světě... Ale když si stoupne před plnou posluchárnu, není to pro něj komfortní situace. A pak jsou lidé, kteří to dokážou skloubit. Není to hned, vyžaduje to velké úsilí. Musíte si říci, kde jsou vaše silné a slabé stránky. Na silných stavět, na slabých více zapracovat. A když se vám to podaří, je to skvělé. Protože vaše práce se stane nesmírně pestrou. Já osobně například nejvíc miluji pedagogickou činnost. Když můžu učit, naplňuje mě to obrovským uspokojením.

Takže třeba vědeckou činnost byste oželel?

Ne, v žádném případě. Ta mě také moc baví. Zkusit něco objevit nebo pochopit, co se nikomu před vámi nepodařilo, je přece bezvadné. Navíc je to skvělá změna. Když jste učitel, často stojíte sám před studenty. A teď si poraďte. U vědecké činnosti je to obráceně. Málokde můžete něco v medicíně dělat sám. Vždy potřebujete nějaký tým, protože jediný člověk prostě vše neobsáhne. Vše je nesmírně komplexní, vyžaduje se mezinárodní spolupráce... Často vedle sebe potřebujete někoho, kdo má úplně jiný typ myšlení. Když jste bezradný, potřebujete „nakopávače“. A když je naopak zbytek týmu bezradný, sám se jím musíte stát a motivovat druhé... To bych za nic nevyměnil. Právě v té různorodosti, na kterou jste se ptal, nacházím maximální uspokojení (úsměv).

Dobře, za katedrou i ve výzkumu jste jako doma. Pak tedy zbývá to,

co ale veřejnost asi nejvíce oceňuje: léčba pacientů. Máte na ni vůbec ještě čas?

Kardiolog, který neléčí, by měl velký problém – praktické zkušenosti jsou zde nepostradatelné. Tam se to, co jsem zmínil před chvílí, kombinuje. S pacientem jste často sám. Ale co se často zapomíná: neléčíte ho sám. Kardiolog nevyřeší všechny neduhy těla. Zejména když jen málokdy lze vše jasně vymezit, jednoznačně pojmenovat. Čím dál více se v medicíně uplatňuje multioborový přístup. Kdybych měl mluvit třeba sám za sebe, jen těžko si léčbu dokážu představit například bez důkladných laboratorních vyšetření. Ty ale osobně neprovádím, na ně máme jiné odborníky.

Na toto téma jsem se kdysi bavil s profesorem Tomášem Zimou. Byl jsem překvapen, že jako rektor Univerzity Karlovy si najde ještě čas působit coby biochemik v laboratoři a pracovat na laboratorních testech pacientů...

To je přirozené, protože jakmile se jednou pro obor nadchnete, jen těžko jej opouštíte. A biochemii jste zmínil naprosto správně – tyto odborníky jako pacient třeba ani nepotkáte, ale pro mě jsou naprosto klíčoví a nenahraditelní. A znovu opakuji: jsou tu i zdravotní sestry, lékaři dalších odborností... Takže s vámi jako pacientem jsem možná v ordinaci sám, ale proces léčby je týmovou záležitostí.

Když jsem hovořil s doyenem české kardiologie Janem Pirkem, ptal jsem se ho, co ho ve vývoji kardiologie nejvíce zaujalo. Odpověděl, že miniaturizace – věci jsou stále menší a menší, čímž se zmenšují i nutné zásahy do lidského těla. Jak odpovíte na stejnou otázku vy?

To panu profesorovi moc závidím, že ho hned něco napadlo. Protože mě toho zaujalo mnoho a nemůžu se rozhodnout. Miniinvazivní kardiologie, která je dnes schopna šetrně ošetřovat tepny, dokáže implantovat katetrizačně chlopně, to je samozřejmě obrovský pokrok. Ale ne

MEZI ČTYŘMA OČIMA

Často se stává, že pokora je stavěna do protikladu se sebevědomím: kdo je sebevědomý, není pokorný. Že se ale tyto vlastnosti naopak doplňují, lze skvěle ilustrovat právě na profesoru Linhartovi. Klidný, uvážlivý a vstřícný. Velmi pokorný, když naslouchá svým pacientům i studentům. A pak narazíte na jeho vášně. Výuku mediků a předávání zkušeností dalším generacím. V takové chvíli spatříte další část jeho osobnosti – je sebevědomý, protože cítí, že právě v tomto se našel. Že s mladými lidmi mu to prostě jde. Je také velmi empatický. V jeho přítomnosti budete rádi – protože nejenže má co sdělit, on také pevně věří, že mnohé se může dozvědět právě od vás.

izolovaný pokrok. Nic z toho by nebylo možné bez obrovského pokroku v zobrazovacích metodách. Když jsem v kardiologii začínal před třiceti lety, výpočetní tomografie byla v plenkách a magnetická rezonance pro kardiologické pacienty prakticky nedostupná. Ultrazvukové přístroje sice k dispozici byly, ale když je srovnáme s dnešními, žasneme, s čím jsme kdysi pracovali... Tohle všechno dnes máme. A to je důležité, protože pokud chceme provádět miniinvazivní výkony, musíme vidět a vědět. Úplně jinou kapitolou je pokrok ve farmakoterapii, léčivech. Jako jednoduchý příklad zvolím





Profesor Linhart se jako přední český lékař účastní i mediálních diskuzí. S předsedou Podnikatelských odborů Radomilem Bábkem a předsedou školských odborů Františkem Dobšíkem například hovořil o vlivech koronaviru na další chod státu. Trojice hostů čelila otázkám v pořadu Jaromír Soukup Live na TV Barrandov.



srovnání obchodu s ovocem a zeleninou před rokem 1989 a dnešním stavem, kdy hodně plodů ani neznáte jménem. Máme neuvěřitelné možnosti. Čím dál více se ale hovoří také o roli genetiky v kardiologii a o dalších pokrocích vědy. Abych to shrnul: mladý medik by vám třeba řekl, co konkrétně ho fascinuje nejvíce. Ale má perspektiva posledních třiceti let, a u pana profesora Pirka je to ještě více, je fantastická, protože jsme byli svědky úplně neuvěřitelného rozvoje. **Díky vědě se nám podařilo prodloužit průměrnou délku života. Ale co jeho kvalita?**

Prodloužení průměrné délky života jde hodně na vrub tomu, co je označováno jako kardiovaskulární revoluce. To znamená, že jsme snížili množství infarktů a mrtvic. Naopak se nám příliš nedaří snížit počty srdečních selhání. Zásadním negativem ale je, že prodloužení délky života není doprovázeno prodloužením života ve zdraví. Nicméně s tou kvalitou, jak ji zmiňujete, bych byl opatrnější. Protože život v nemoci nemusí být nutně zároveň nekvalitní, byť samozřejmě tam určitá pravděpodobnost je. Ale řada zákroků a nových léků, o nichž jsem hovořil, má na kvalitu života pozitivní vliv. Dokonce takový, že mnohdy tento zákrok či lék nemá vliv na délku života, ale zkvalitní vám jej. Myslím, že v této oblasti se udělalo obrovské množství práce. Problémem však je, že nemáme k dispozici tvrdá data. Nemohu tedy ukázat nějaké srovnání a říci: Dívejte, taková byla kvalita kdysi a taková je dnes. Navíc dnes už je nám jasné, že kvalitu života neovlivňuje jen medicína, ale promlouvá do ní řada rozličných proměnných od bohatství společnosti přes politickou situaci, životní prostředí až po mikroprostředí daného pacienta – jeho rodiny, psychického rozpoložení a tak dále.

Vraťme se ještě k medikům, s nimiž trávíte velké množství času. Velké osobnosti české medicíny – ortoped Pavel Dungal nebo hematolog Pavel Klener – mi říkali, že medici

jsou v mnoha ohledech o poznání horší než v minulosti. Jsou prý například málo aktivní, méně zvědaví... Souhlasíte s pány profesory?

Medici jsou každopádně jiní než za doby studií vámi zmiňovaných pánů, kterých si moc vážím. Jsou i jiní než za dob studií mé generace. Medici nejsou hloupější. Ani méně výkonní. Nejsou lenivější ani se nesnaží více vyhybat výuce. Zopakují, že jsou jiní, a z toho důvodu je s nimi nutné i jinak pracovat. Pro dnešní mladé lidi je naprosto přirozené, že si hledají informace. Jejich kapesní počítač – mobilní telefon – je všude s nimi. Ale výuka se tomu příliš nepřizpůsobila. Stále k medikům přistupujeme tak, že řešíme, „co“ je učít, ovšem nedostatečně se věnujeme tomu, „jak“ je učít.

Vůbec neříkám, že lékař nemusí nic znát. Právě naopak, ale zároveň musí i umět informace najít, roztrždit, pochopit a aplikovat. Jako pacient rozhodně nechcete narazit na lékaře, který sice ví, jak to v té které knížce popsali, ale neumí si to dát do souvislosti. Neví, jak s danou informací naložit, co má dělat. A když to neví, pak dokonce ani netuší, kam se obrátit o radu. Přesně to pánové Dungal s Klenerem říkali – medici se bojí zeptat...

V tom s nimi souhlasím. Ale s tím lze něco dělat – pokud budeme učit metodologicky, nikoli znalostně. Protože pokud pouze odříkáváte fakta, student se nemá proč ptát. Řekne si: No, tak jsem to slyšel, pak si to zopakují před zkouškou. Ale to v dnešní době nestačí. Chceme, aby se studenti ptali? Já bych si to přál moc. Jako učitel si užívám, když vidím motivovaného studenta, který se neteší na konec přednášky, ale je naopak smutný, když přednášku ukončím. Žijeme v jedenadvacátém století. A myslím, že současná doba od nás, lékařů, žádá o dost více než jen klasickou medicínu. Žádá si moderní medicínu. Pokud se spokojíme se současným stavem, nenabídneme ji, budeme zaostávat za světovými trendy a neudržíme krok se zahraničím. My se ale přece nemůžeme

me spokojit s tím, že student sedí a na nic se nezeptá. Opravdu jednou chcete narazit na apatického lékaře? Určitě ne. Jedním dechem ale dodávám, že vinu za současný stav neházím na studenty. Jistě, mohli by být aktivnější. Ale zároveň to hodně záleží na mně jako učiteli a na celé instituci. Naším společným cílem by měli být studenti vidící smysl v kladení otázek a zajímající se o souvislosti.

Obávám se, aby ale nebylo ještě hůře. A to s ohledem na to, že lékařské fakulty budou na přání vlády nabírat v dalších letech více studentů medicíny. Nehrozí, že více studentů povede zároveň i k jejich nižší kvalitě? A následně k horší kvalitě absolventů-lékařů?

Vaše otázka je naprosto relevantní a je dobře, že zaznívá i v mediálním prostoru. Všichni si přejeme, aby naši lékaři byli co nejlepší, nikoli horší. Bude velmi záležet na výuce. Někde – zejména u teoretických předmětů – se větší počet studentů příliš neprojeví. Problém to ale může být ve chvíli, kdy někoho chcete učit prakticky. Kdy mediky přivedete k pacientovi. Nepřipadá v úvahu, abyste k jednomu pacientovi přivedli hordu mediků.

To se ale občas děje...

Máte pravdu a je to špatně. Nesmíme tento problém tedy ještě prohlubovat zvýšením počtu studentů. Výuka se musí individualizovat. Pacientů ale zázračně více nebude, takže si musíme poradit jinak. A já vidím velkou příležitost v technologickém pokroku. Existuje celé nové odvětví, kterému se říká simulátorová medicína. Spoustu věcí můžeme mediky naučit na simulátorech včetně natolik na pečlivost závislých úkonů, jako je zavádění cévek či katetrů. Na simulátoru se dnes už dokonce můžete učit i odběr krve či ultrazvuk. To je cesta, kterou se musíme ubírat a již je nutné ve větší míře podpořit. Není to tak jednoduché, jak to zní – i simulátor musí být kvalitní. Někdo jej musí ovládat a umět s ním učit. Chce to celou novou generaci učitelů, kteří to zvládnou. I to je ale výzva. ■