

Nespadl jsem z nebe... i já navazuji na svoje učitele

12.1.2026 - Stanislava Lindenthalová | 2. lékařská fakulta UK

Život je takový volnější. Snadněji se říká ne, než se říkalo předtím. Máte se na co těšit!"
Rozhovor s prof. Janem Starým, emeritním přednostou Kliniky dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FNMH, o budoucnosti léčby dětských leukémií i o svobodě, kterou přináší opouštění spotlightu. Třemi otázkami přispěli kolegové a kolegyně. Prof. Starý také vystoupí jako jeden z řečníků na dni otevřených dveří 2. lékařské 17. 1. 2026.

Chodby na klinice přechází velmi rychlým krokem, s vlídným úsměvem a rukama v kapsách. „Kolik kilometrů nachodím přes den? Dnes už jen tak tři, ale dříve mezi různými budovami i deset.“ Portréty fotíme v rychlosti mezi schůzkami v čekárně na konci pracovní doby ambulance. Stěny pokrývají veselé obrázky indiánů a menší i větší oči pacientů a jejich doprovodu nás zkoumají pohledem. „Omlouvám se vám za vyrušení při vašem už tak nekonečném čekání, hned jsme hotovi,“ říká emeritní přednosta Kliniky dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FNMH. Tady všichni vědí, kdo před nimi stojí, i kdyby ho před pár týdny neviděli v televizi, jak dostává Medaili Za zásluhy z rukou prezidenta Petra Pavla.

Cvak, cvak, tři pózy pro fotografa za pět minut a už utíkáme chodbou zpátky na rozhovor do světlé pracovny s výhledem do údolí i na budoucí Kampus Motol. Pokud někdo může motivovat budoucí generace pro medicínu nebo klinický výzkum, je to prof. Jan Starý.

Nedávno jsem dočetla vaši knihu Věřil jsem, že to může jít lepší cestou a jedna teze se mi z ní neustále vracela: Může jeden velmi zapálený člověk změnit svět?

Víte, já jsem samozřejmě nespadl z nebe, navazoval jsem na svoje učitele, předchůdce, pracoval jsem v kolektivu. Medicína, kterou děláme, je medicína většího týmu lidí, který se navíc neustále rozrůstal, přicházeli do něj další lékaři a lékařky, sestry. Každý jedinec hraje větší nebo menší roli. Je ale zásadní mít spolupracovníky, kteří jsou přesvědčeni o tom, že to, co dělají, je dobře. Náš cíl byl v podstatě jednoduchý: snažit se neustále o to, abychom těžce nemocné děti léčili účinněji a lépe. V tom nám pomohl svět, který se nám otevřel po roce 89. Bez toho by to nebylo možné a dnes nejspíš ani reprodukovatelné.

Evropa vás přivítala zpátky do vědecké obce s otevřenou náručí?

Velmi vstřícně. Zvali nás na konference, snižovali nám poplatky nebo jsme vůbec platit nemuseli, protože peníze na cesty nebyly. Mohli jsme jezdit na stáže a my jsme na ně jezdili rádi, takové už je akademické prostředí. Kolegové v zahraničí věděli, že za sebou máme komplikovanou dobu a potřebujeme od nich nasát znalosti. A v neposlední řadě: Praha je krásná! Byli rádi, že se sem také mohou přijet podívat. Takové příležitosti jsme dokázali velmi dobře využít. Šťěstí přeje připraveným a já jsem v té době připravený byl, bylo mi 37 a věděl jsem, za čím chci jít. A tak jsem se rozletěl do světa.

"Šťěstí přeje připraveným a já jsem v té době připravený byl, bylo mi 37 a věděl jsem, za čím chci jít. A tak jsem se rozletěl do světa."

Byl jste hnacím motorem v takovém přemýšlení i pro svoje kolegy?

Každá změna podle mě musí mít styčného důstojníka. Někoho, kdo do toho dá tu energii a bude mít

ve světě otevřené oči. Vždy jsem se snažil přivést ze světa nápady na to, jak se o naše pacienty starat lépe. Začínali jsme z relativně velmi jednoduchých poměrů. Dnes už si to ani neumíme představit.

Pane profesore, napadá mě taková fakultní otázka. Jaká by podle vás měla být role emeritního přednosty?

Myslím, že jde o docela složitou životní etapu. Jedete v nějakém tempu a najednou se situace změní. Z centrálního dění se člověk dostane na určitý okraj. Každý to má trochu jinak nastavené. Je to taková mozaika: jak si to kdo udělal, takové to má... jaké si vychoval nástupce, jakou mu jeho následovníci v procesu přisoudí roli. Mám za to, že někteří z nás už jsou natolik vyčerpaní, že jsou rádi, že zabouchnou dveře a zjeví se na klinice jen tu a tam. A jiní jsou nadšení, že můžou třeba jako já chodit na vizity a když mají co říct k pacientům, tak to řeknou, i když už nedělají denní vizity a ambulanci mají omezenou. A učí studenty, když chtějí a je potom poptávka.

Emeritní přednosta pro kliniku smysl má. Jde o určitou kontinuitu, zkušenost, která může být v některých momentech docela výhodou. Ale je jen správně, že každý nový přednosta, nové vedení kliniky, si jde za svým. Nechodí se většinou za emeritním přednostou radit, co má dělat. Proč by to dělali? Oni jsou teď na řadě a je to na nich. I v tomhle by měl umět emeritní přednosta chodit a být opatrný, radit citlivě. Snažit se musí obě strany a je třeba takový vztah – nechci říci přímo křehký – dobře pojmut. Můj předchůdce, profesor Koutecký, pracoval na klinice do 88 let, profesor Hrodek, další z mých učitelů, skončil přednášet studentům a přestal chodit na kliniku v 90. Čímž nechci říct, že já tady budu také do 90.

Zvládne člověk v 90 ještě kvalitně přednášet?

Stále máte velké znalosti a nadání, i když s věkem se trochu vytrácí. Máte svoje jméno, které táhne, stejně jako profesor Koutecký nebo profesor Hrodek. Já jsem byl rád, že jsem je na klinice měl, dvě legendy, které měly při vizitách vždy co říct. Studenti je rádi viděli, protože přece už jenom ta jejich jména si pamatovali. S časem se ale každé slavné jméno upozaduje víc a víc a je jen na každém, jestli žije z podstaty nebo se snaží stále chytat trendů, které v medicíně jsou. A do jaké role na klinice se pasuje. Někdo se chce opravdu stáhnout, protože už toho má za celý profesní život dost.

"S časem se ale každé slavné jméno upozaduje víc a víc a je jen na každém, jestli žije z podstaty nebo se snaží stále chytat trendů, které v medicíně jsou."

Upustit svoje žezlo a plynule ho někomu předat musí být nesmírně těžké.

Pro někoho určitě. Je to změna, ale neděje se ze dne na den. Tušíte, kdy končíte. Osobně jsem si užil celkem dost, z místa přednosty jsem odcházel v 69 letech. V akademickém prostředí to tak je – a je to správně. Ti mladší mají také právo začít věci měnit a měli by se k té „měnící roli“ dostat včas.

Prof. MUDr. Jan Starý, DrSc. se narodil 18. května 1952 v Českých Budějovicích. Vystudoval Fakultu dětského lékařství Univerzity Karlovy, dnes 2. lékařskou fakultu, habilitoval se v roce 1993 a od roku 2003 je profesorem pediatrie. Specializuje se na dětskou hematologii a onkologii. V letech 2004–2021 vedl Kliniku dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol. Zasloužil se mimo jiné o zavedení transplantace kostní dřeně u dětí v Československu a účastnil se mezinárodních klinických studií. Za celoživotní přínos vědě získal Cenu Neuron (2022) a Medaili Za zásluhy (2025).

Nedávno jsem viděla moc hezký citát z podcastu Nadace rodiny Vlčkových od doc. Jarmily Kruseové, z KDHO. Týká se generace vyléčených čtyřicátníků. Zmiňovala impozantní čísla: „Aktuálně máme informaci o 2000

zdravě narozených dětí našich pacientů. Výskyt nádorových onemocnění u nich byl naprosto stejný jako ve standardní populaci. V dalším výzkumu jsme hodnotili 900 žen, kterým se narodilo více než 400 dětí. Nezjistili jsme, že by těhotenství zvýšilo riziko sekundárních nádorů.“ Paní docentka k tomu měla poznámku, že by byla ráda, aby se tuto pozitivní zprávu dozvědělo co nejvíce pacientů a pacientek.

To je jistě dobrá zpráva. Plodnost je v celé řadě případů a nemocí a léčby zachovaná a děti, které se našim pacientům a pacientkám narodí, se narodí zdravé. Není nejmenší důvod si myslet, že ženy, které byly léčené chemoterapií, ale jsou fertilní, jsou schopné oplodnění, by měly rodit nějaké malformované děti. Ale zrovna tak dobře víme, že některé typy nádorů, některé typy léčby, plodnost snižují. U chlapců možná ještě někdy více než u děvčat. Jde o hodně citlivé téma. Víme dopředu, u koho a jaká rizika hrozí, pokud jsou chlapci v pubertě, můžeme sperma odebrat a zamrazit. U děvčat je to komplikovanější. Takže zpátky k úvodu, ano, je to tak a je to dobrá zpráva. Ale neplatí to pro každého. Čeká nás ještě nějaká cesta, aby všechny děti byly vyléčeny a jako dospělé žily plnohodnotné životy.

Je důležité nejen léčit, ale dobře léčit?

Dobře léčit... Naši pacienti mají před sebou celý život, musíme se snažit, aby byl co nejméně spoutaný, komplikovaný. Musíme pečlivě vážit své kroky, a ty, u kterých víme, že mají pozdní následky, dělat jen tehdy, když jsou indikovány. Pak je tu ale na jedněch vahách nějaký život byt s handicapem... nebo smrt. To je rozhodování, které na klinice děláme celý život. Stejně rozhodování nás čeká ještě nějakou dobu a nedohlédnu, kdy ty dobré zprávy zkrátka pak budou platit pro každého.

Jak si čistíte hlavu, abyste mohl dál fungovat? Meditujete například?

Ne, nemedituji. Ani v době, kdy můj život byl mezi lety 1985 a 2020 jedna velká jízda, na nějaké čištění hlavy nebyl čas. Někdy jsem se sebral a vyrazil na výlet, ty bych ovšem spočítal za rok na prstech jedné ruky. Sešel jsem se se svými kamarády ze studií nebo ze základky z Budějovic... ale abych ze sebe nedělal workoholika, který neznal nic jiného než práci. Vyrazil jsem na fotbal, do kina, do divadla, ale abych patřil mezi ty, kteří vědomě a pravidelně relaxují, to jsem nikdy nedokázal. Rovnováhu jsem vždycky nějak našel a vyhoření mě mýjelo. I když jsem zažil situace, při kterých jsem si říkal: Páni! Jak tohle všechno zvládnu? Často byly věci z řady důvodů komplikované. Ale utéct nebylo kam.

Pane profesore, kde vidíte budoucnost v léčbě leukémií malých dětí? Mluví se například o ambulantní léčbě.

U těch nejčastějších případů, u předškoláků a batolat, se k pojmu ambulantní léčba dostaneme zřejmě velmi brzy. Příští rok spouštíme mezinárodní kontrolovanou studii pro vybranou skupinu dětí s nejlepší prognózou (ty, které mají šanci na vyléčení nad 95 %), takových dětí je zhruba třetina. Jejich léčbu začneme redukovat natolik, aby celé dva roky jejich léčby byly ambulantní. Abych jejich léčba byla únosná a aby byly přijímány na lůžko jen výjimečně. Jak se nám to bude dařit nebo ne, to se ukáže. Musíme být opatrní. Jak říkal jeden z kolegů, kteří mi dali v životě nejvíc, jeden geniální německý profesor, který změnil léčbu dětské leukémie: „Nezahrávejte si s těmi dětmi, protože umřou všechny.“ Nemůžeme redukovat léčbu tak, aby se nám následně vymkla z ruky. Medicína musí být opatrná.

Pokroky zažíváme i v léčbě dalších typů leukémií. Před Vánoci přišla úžasná zpráva o studii, kterou jsme dokončili před dvěma lety a týkala se dětí s vysokým rizikem nepříznivého průběhu. Část chemoterapie jsme nahradili monoklonální protilátkou a ukazuje se, že nejenom, že taková léčba je méně toxická, ale zároveň je účinnější a má méně relapsů. Časem budeme moci nahrazovat náročnou chemoterapii novými postupy. Pro některé formy leukémie už je to realita, chemoterapie je velmi malá nebo skoro žádná. Do deseti let se tento typ léčby u řady pacientů bude určitě využívat.

"U těch nejčastějších případů, u předškoláků a batolat, se k pojmu ambulantní léčba dostaneme zřejmě velmi brzy. Příští rok spouštíme mezinárodní kontrolovanou studii pro vybranou skupinu dětí s nejlepší prognózou."

Hodně se mluví o trendu personalizované léčby. Vidíte i v něm budoucnost medicíny? Že by opravdu každý pacient mohl mít léčbu přesně na míru?

Úplně individuální léčba pro každého pacienta možná není a nejspíš ani nikdy nebude. Konkrétní diagnózy jsou si podobné, ne každý prochází nemocí jedinečně. Většina se dá seskupit do různých podtypů se shodnými změnami a tam potom můžeme naše léčebné postupy individualizovat. Nejde o to léčit každého pacienta, jak nás napadne, ale právě v těchto podskupinách už dnes dokážeme léčbu přizpůsobovat.

Někdy ale standardní léčba selže nebo se objeví komplikace, které nás nutí improvizovat a hledat řešení na míru konkrétnímu pacientovi. Ideální stav to není, ne vždy uspějeme. U většiny dětí se nám daří, ale když se nedaří, musíme mít v ruce nějaké další možnosti. V takových případech je nezbytné mít silné laboratorní zázemí a tým odborníků, kteří umí rychle reagovat a navrhnout alternativní postupy. Léčba za diagnostikou trochu pokulhává. U některých typů leukémií jsme se v posledních letech dočkali výrazného zlepšení výsledků, jiné však stagnují a šance na vyléčení u některých dětských nádorů zůstává velmi malá.

Je něco, co byste ještě chtěl zažít během své praxe? Čekáte na převratnou metodu v nejbližších letech, třeba u diagnóz, u kterých výše popisujete, že jsou jako vytáhnout si Černého Petra?

Nemyslím si, že by se objevila zázračná novinka, která by zásadně změnila léčbu dětských leukémií. V medicíně je pokrok vždy postupný a vyžaduje čas. Některé nové léčebné postupy jsou už rozpracované a nacházejí se ve fázi klinického zkoušení, kde se teprve ukáže, zda jsou opravdu účinné a bezpečné. Optimisticky věřím, že některé z nich budou mít pozitivní výsledky a časem se zařadí do standardní nabídky léčby, ale že by se najednou objevilo něco převratného, to je málo pravděpodobné. V našem oboru je potřeba každý nový lék nebo postup ověřit, sledovat, zda je účinný a bezpečný. To všechno trvá roky.

Jaké jsou podle vás limity současné české medicíny? Co nám brání stát se lídrem v některé oblasti, například ve vašem oboru?

Svět dětské hematologie a onkologie je poměrně malý. Pokud vynecháme Spojené státy, kde je medicína tohoto typu na nejvyšší úrovni díky obrovským finančním i lidským zdrojům, v Evropě hrají klíčovou roli velké země – Německo, Itálie, Skandinávie, Británie, Francie. Ty mají větší potenciál, tradici, více lidí i peněz. My z bývalého východního bloku jsme přišli k mezinárodní spolupráci později, a i když se jednotlivci mohou prosadit a stát se rovnocennými partnery, nikdy nepůjde o davy.

Přesto si myslím, že jsme velmi dobře zavedení a aktivní v mezinárodních komunitách. Například moji kolegové profesori Trka, Zuna, Kalina byli nebo jsou předsedy mezinárodních společností nebo pracovních skupin. Profesor Zuna popsal nový podtyp akutní leukémie, který byl zařazen do současné mezinárodní klasifikace leukémií. Profesor Hrušák inicioval a vedl mezinárodní retrospektivní studii diagnostických a léčebných přístupů k jednomu vzácnému typu leukémie. Na základě jejích výsledků koncipovali američtí dětské onkologové léčebný protokol v jehož zdůvodnění opakovaně na tuto studii odkazují. Pokud budeme pokračovat jako dosud, objeví se další jednotlivci, kteří se zařadí mezi světovou kompetitivní špičku. Ale je třeba si uvědomit, že ani v těch velkých zemích nevznikají osobnosti jako na běžícím pásu, často je to otázka několika lidí za generaci.

Co si myslíte o konceptu „chairs“, tedy sponzorovaných vědeckých pozicích? Může to být cesta, jak přilákat do Česka špičkové vědce ze světa? Jsou takové sny o tom, že bychom pro náš vědecký rybníček získali například nějakého nobelistu...

To je otázka, která má několik rovin. V Německu nebo Itálii, alespoň na pracovištích, která znám, to není běžné. Ani ve Španělsku to není standard. Výjimkou je Holandsko: soustředili všechny dětské onkologické pacienty do jednoho centra pro celou zemi, což jim umožnilo koncentrovat i špičkové lékaře a vypsat konkurzy na vedoucí pozice, které obsadili i renomovaní vědci i klinici ze zahraničí. Ale to je zlatá loď, mají peníze a možnosti, které my nemáme. Ale že bychom do Česka lákali světové hvězdy, třeba Nobelistu, na to zatím nejsou finanční prostředky. U nás bychom měli spíše motivovat mladší talentované kolegy, kteří působí venku a mají už dobré jméno a nabídnout jim zajímavý výzkumný projekt, který s nimi budeme cizelovat.

"U nás bychom měli spíše motivovat mladší talentované kolegy, kteří působí venku a mají už dobré jméno a nabídnout jim zajímavý výzkumný projekt, který s nimi budeme cizelovat."

Například vědci-lékaři, jako je váš kolega z kliniky Michal Svatoň?

Michal Svatoň je přesně příkladem mladého, talentovaného vědce, který získal zkušenosti v zahraničí. Je však potřeba jim nabídnout nejen konkurenceschopný plat, ale hlavně zaručit možnost získávat granty a rozvíjet vlastní projekty. Tito lidé by měli mít možnost získat evropské peníze, protože naše domácí granty nejsou pro špičkové výzkumníky dostatečně motivující – úspěšnost je nízká a částky často neodpovídají ambicím těchto vědců. Ideální by bylo, kdyby se na sebe dokázali vydělat právě prostřednictvím evropských grantů. Není důvod být pesimistický, je třeba o tom aktivně přemýšlet a hledat cesty, jak mladé vědce motivovat k návratu. Pokud zase budu mluvit o svém oboru: lidé jako je Tomáš Kalina, Jan Trka nebo Jan Zuna mají zkušenosti i mandát k tomu, aby o nových možnostech přemýšleli a takové české talenty hledali a přivedli je zpět.

Na poslední tři otázky jsem se zeptala vašich kolegů, vědců a vědkyň. Doc. Markétu Bloomfield by zajímalo, jaké jsou podle vás nejdůležitější kvality lékařů budoucnosti?

Pořád platí, že je nutné umět medicínu, umět diferenciální diagnózu, být empatický, to je základ. Umělá inteligence všechno nenahradí, ale musíme s ní umět pracovat, stejně jako s dalšími moderními pomůckami, které zrychlí a usnadní diagnózu. Na prvním místě je ale pořád být dobrý klinik, když se chci zaměřit na kliniku a být dobrým vědcem, když se chci pustit do vědy. Důležité je být pečlivý a starostlivý ke svým pacientům, komunikovat s nimi, být vůči nim empatický. To bude napříč časem platit vždycky.

Dají se tyto měkké dovednosti jako je komunikace nebo empatie naučit? Nebo je musí mít člověk v sobě?

Nás nikdo nic takového neučil, učila nás až praxe a naši starší kolegové. Podle toho, jak se chovali oni, tak jsme se často chovali my. Ale nicméně stále platí, že v člověku musí být něco navíc, empatie a ten určitý cit pro komunikaci s lidmi. A tu se nenaučí, musí ji mít v sobě. Současní medicí se o těchto věcech dozvídají daleko dříve než my, doba je jiná, jsou určitě citlivější, vstřícnější. Pro většinu z nich jsou témata jako je empatie nebo komunikace důležitá a to je jistě dobře. Ale pořád platí, že osobnost každého z nás hraje velkou roli.

Prof. Trku by zajímalo, zda jste někdy zalitoval, že jste neodešel pracovat do zahraničí, kde byste své schopnosti mohl využít v dobře fungující infrastruktuře?

V roce 2001 jsem dostal nabídku jít do Kanady, do Montrealu. Byla velmi konkrétní a velmi dobrá: mohl jsem se prostě sebrat a okamžitě nastoupit na místo v nemocnici McGill univerzity, na dětskou hematologii. Šlo o vedoucí pozici a nemusel bych ani dělat nostrifikaci, to bylo součástí nabídky.

Moje žena a syn pro mě překvapivě řekli: jedeme! Ale já jsem po zralé úvaze řekl: Nejedeme... nelituji a nelitoval jsem nikdy. Věřím, že jsem dobře udělal, že jsem zůstal tady.

"... nelituji a nelitoval jsem nikdy. Věřím, že jsem dobře udělal, že jsem zůstal tady."

Kdybyste mohl navštívit koncert jedné jediné kapely v jejím nejlepším obsazení, která by to byla? Autor otázky je stejný jako u předchozí, prof. Trka.

Bohužel, moje oblíbené „vykopávky“ už většinou neexistují nebo nevystupují, čas se nedá vrátit. Ale kdyby ano, tak bych jistě zvolil Beatles. Byť jsem byl na Paulu McCartneym i Ringo Starrovi, dohromady jsem je hrát neviděl.

Jaké jsou podle vás nástrahy mezigeneračního přenosu znalostí?, ptá se prof. Tomáš Kalina.

Pro mě byl mezigenerační přenos znalostí v době, kdy jsem nastoupil na kliniku do Motola, naprosto zásadní. První roky na klinice jsem v roli nejmladšího sekundáře nasával informace od svých učitelů. Učil jsem se od lidí, kteří mi byli blízcí a o kterých jsem věděl, že se něco naučit mohu. Na tom se podle mě ani za 50 let nic nezměnilo. Mezigenerační přenos zkušeností je k nezaplacení: mít otevřené oči, uši a ochotu naslouchat a vnímat. Pokud na vás nebudou mít čas, učte se za pochodu, vnímejte, jak mluví s pacienty, jaké předepisují léky, jak uvažují při vizitách, o diferenciální diagnóze.

"Učte se za pochodu, vnímejte, jak mluví s pacienty, jaké předepisují léky, jak uvažují při vizitách, o diferenciální diagnóze."

Prof. Kalina se také ptá, zda podle vás souvisí vášně pro cestování se zvědavostí?

Asi určitě ano. Myslím, že to spolu má co do činění. V medicíně jsem byl zvědavý a plánovat cesty je takový doplňkový sport. Baví mě a pokračuji v něm, plánuji další.

Na rok 2026 tu máte přichystaný kalendář Pacific Trail, je to možná takový nesplněný sen?

Pacific Trail... snad kdybych byl mladší a měl čas a ten bych stejně nikdy neměl. Pacific Trail obnáší přinejmenším tři měsíce dovolené. Lákal by mě ale velice. Měl jsem možnost jít pár kratších tras, třeba na Apalačské stezce.

Jaký nejdelší trek na jeden záprah máte v cestovatelském deníčku?

Nejsem žádný rekordman. Zamlada jsme jezdili na 14 dní s batohem a spali na hřebenech kopců pod širákem. Prošli jsme Tatry a Malou i Velkou Fatru... Dnes, od doby, co mi ubylo práce, jezdívám tak na 5-6 dní v roce na jednodenní výlety. Vezmu si dovolenou a systematicky procházím hraniční české hory. Začal jsem v Krušných horách, přes České Švýcarsko, letos jsem dokončil Lužické hory. Udělám sám okruh 25-30 kilometrů a jedu zase autem domů. Moje trasy na sebe navazují, na jaře jsou na řadě Jizerské hory. A proč chodím sám? V tu chvíli je příroda součástí mě a já její součástí. Když jdu s někým, příroda se stává jen kulisou. Cesta samotná je cíl.

S tím možná souvisí poslední otázka, která je taková trochu filozofická a jejím autorem je také prof. Kalina. Přichází po 65. roce opravdová svoboda? V ideálním případě už nepotřebujete práci ani peníze... Je opouštění spotlightu něco jako osvobození?

U mě ta svoboda nastala o něco později, protože do 69 jsem působil jako přednosta kliniky. Člověk nemá co ztratit, může získat čas, ubude mu administrativy a může víc než předtím plánovat, co chce, co nechce. Život je takový volnější, ano. Snadněji se říká ne, než se říkalo předtím. Máte se na co těšit, kolegové!

<https://www.lf2.cuni.cz/clanky/nespadl-jsem-z-nebe-i-ja-navazuji-na-svoje-ucitele>