

UNIVERZITA KARLOVA  
KATOLICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA  
Katedra systematické a pastorální teologie

Jana Šeblová

**Rozhodování při nedostatku zdrojů ve  
zdravotnictví při mimořádných událostech a  
katastrofách**

Diplomová práce

Vedoucí práce: MUDr. Jan Fošum, Dr. Theol.

Praha 2024



## **Prohlášení**

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 25. listopadu 2023

Jana Šeblová

## **Bibliografická citace**

Rozhodování při nedostatku zdrojů ve zdravotnictví při mimořádných událostech a katastrofách [rukopis]: diplomová práce / Jana Šeblová; vedoucí práce: Jan Fošum. Praha, 2023. 70 s.

## **Anotace**

Práce se zabývá etikou rozhodování v situacích nedostatku materiálních i personálních zdrojů při zvládnání mimořádných událostí a katastrof ve zdravotnictví. Úvodní část je přehledem zásad medicíny katastrof, principů krizové připravenosti a zvládnání mimořádných událostí. Jsou zde vysvětleny základní pojmy: typy mimořádných událostí, fáze reakce, složky bezprostřední reakce na katastrofy a pozornost je věnována vysvětlení medicínského třídění za standardních i mimořádných podmínek.

Druhá část práce se zabývá jednotlivými etickými směry ve vztahu k medicíně katastrof. Z tohoto hlediska jsou analyzovány deontologie, konsekvencialismus, utilitarismus, etika biomedicínských principů, etika ctností, spravedlnost a koncept lidských práv, komunitarismus a etiky péče.

V praktické části je jako referenční událost zvolena pandemie COVID-19. Je zpracována jako kazuistika se zaměřením na rozhodování týkající se alokace vzácných zdrojů ve zdravotnictví. Jsou analyzována doporučení pro etická rozhodování v kritických fázích pandemie, která vznikla v průběhu let 2020-2021.

Závěr obsahuje některé možné aktivity ke zlepšení připravenosti na budoucí výzvy medicíny katastrof. Do krizových plánů na všech úrovních je potřeba zahrnout i etická hlediska, zejména principy spravedlnosti, rovnosti, zajištění lidských práv a ochranu zranitelných skupin. Praktický přístup vycházející z klinické etiky by měl být zahrnut do pregraduálního i postgraduálního vzdělávání zdravotníků. Součástí prevence nedostatku personálních zdrojů je i psychosociální podpora zdravotníků a možnost etické konzultace v případě potřeby.

## **Klíčová slova**

nedostatek zdrojů, zdravotnictví, mimořádná událost, katastrofa, etika

## **Abstract**

### **Decision-making in lack of resources in the health care system during mass casualties and disasters**

The thesis discusses the ethics of decision-making in the situation of the lack of material and personnel resources during managing mass casualties and disasters. The overview of basics of disaster medicine, principles of crisis preparedness and management of mass casualties are presented in the introduction. Basic terms are explained here: types of mass casualties, phases of reaction, immediate response services, and special attention is dedicated to explanation of medical triage during normal and extreme circumstances.

The second part of the thesis deals with ethical theories related to disaster medicine. Deontology, consequentialism, utilitarianism, ethics of biomedical principles, virtue ethics, justice and the concept of human rights, communitarism and care ethics are analysed.

COVID-19 pandemic was chosen as a reference event. It is presented as a case report focusing on decision-making concerning allocation of scarce resources in the health care

system. Guidelines for ethical decision-making during the critical phases of pandemic that were created in the years 2020-2021 are analysed.

Some possible activities for improvement of crisis preparedness for future challenges of disaster medicine are suggested in the final part. Ethical point of view should be implemented in crisis plans of all levels, especially the principles of justice, equity, human rights and protection of vulnerable groups. Practical approach based on clinical ethics should be implemented in pregradual and postgradual education of health care workers. Psychosocial support of health care workers and the possibility of ethical consultation if needed are some of the elements of prevention of lack of personnel.

## **Keywords**

lack of resources, health care system, mass casualty, disaster, ethics

**Počet znaků** (včetně mezer): 142 005

## Poděkování

V první řadě bych chtěla poděkovat MUDr. Janu Fošumovi, Dr. Theol. za vedení mé práce a za cenné připomínky, které mi velmi pomohly uspořádat text i moje myšlenky.

Děkuji doc. MUDr. Františkovi Duškovi, Ph.D. za ochotu sdílet doporučení, které s kolegy vytvořili pro své podřízené, aby jim poskytli vodítko pro rozhodování.

Děkuji svým dcerám za trpělivost s mým nekonečným studováním a celé své rodině za podporu ve všem, co jsem si kdy vymyslela.

Děkuji všem kolegům a kolegyním, se kterými jsme čelili katastrofě, kterou jsme si nedovedli ani představit, a přesto se nám na dva roky stala každodenní realitou.

A zcela zvláštní poděkování patří všem mým pacientům a jejich blízkým z pandemických let 2020-2022, mnohým z nich, i přes naši snahu, in memoriam. Vám především je určena tato práce.

# Obsah

Úvod.....	9
1.1. Mimořádné události a katastrofy.....	12
1.2. Fáze mimořádných událostí a katastrof a etické souvislosti.....	14
1.3. Principy krizového řízení.....	18
1.4. Medicínské zásady třídění.....	19
1.5. Třídění a etika.....	22
2. Přístup k řešení etických otázek spojených s katastrofou podle jednotlivých směrů etiky.....	26
2.1. Deontologie: postup podle předem stanovených pravidel.....	27
2.2. Konsekvencialismus: hodnocení podle výsledku.....	30
2.3. Utilitarismus: záchrana co největšího množství zasažených s nadějí na přežití	32
2.4. Etika principů: postup podle čtyř základních bioetických principů	34
2.5. Etika ctností neboli etika mravní zdatnosti v kontextu katastrof ve 21. století	38
2.6. Spravedlnost a rovnost všech v přístupu ke zdrojům a koncept lidských práv	42
2.7. Komunitarismus a etiky péče.....	45
3. Kazuistika pandemie COVID-19 z hlediska alokace vzácných zdrojů	50
3.1. Pandemie v České republice: fakta.....	50
3.2. Etické otázky jednotlivých fází pandemie COVID-19 v ČR.....	51
3.3. Doporučení vztahující se k prioritizaci pacientů v průběhu pandemie	55
.....	65
3.4. Dopady na zdravotníky a pojem morálního traumatu.....	69
4. Jak dál v oblasti rozhodování zdravotníků při nedostatku zdrojů v případech mimořádných událostí a katastrof.....	71
4.1. Jak pracovat s etickými aspekty v oblasti krizové připravenosti?....	71
4.2. Praktické kroky pro stanovení pravidel pro rozhodování při nedostatku zdrojů	73
Závěr.....	75
Seznam obrázků.....	79
Seznam použitých zkratk.....	80
Seznam literatury.....	81
Přílohy.....	86
Příloha č. 1 – Anketa o třídění časopisu Urgentní medicína 2005.....	86
Příloha č. 2 – Dotazník pilotní studie „Názory veřejnosti na třídění“ z roku 2009	91
Příloha č. 3 – Interní rozhodovací algoritmus FNKV z roku 2020.....	92





## Úvod

Příchod pandemie se již dlouho očekával – a nejen v představách tvůrců thrillerů, kteří mystérium zcela neznámé smrtící nemoci využívali s oblibou. Odborníci mezitím předvíдали příchod další varianty chřipky, podobně jako v letech 2009-2010, ale v zásadě nic, s čím by si lidstvo ve třetím tisíciletí nedokázalo poradit. Uplynulé tři roky však dokázaly, že představivost za realitou pokulhává: po více než sto letech od španělské chřipky jsme byli nuceni čelit dramaticky rychlému šíření zcela nové nemoci. Zkušenosti s katastrofou tak velkého rozsahu neměla celá řada generací, navíc by v kontextu propojeného světa 21. století nebyly použitelné. Některé z faktorů byly příznivé – zejména úroveň zdravotnictví ve vyspělých zemích světa se schopností řešit stavy dříve zcela neřešitelné, dostupnost léků včetně specifických antivirotik a protilátek, rychlý vývoj vakcín, mezinárodní výměna odborných informací a další. Dopady jiných faktorů však působily negativně – rychlé šíření viru v propojeném otevřeném světě, nemožnost aplikace běžných postupů pro respirační infekce pro odlišný a zprvu neznámý průběh nemoci. Nelze pominout ani vliv sociálních sítí na šíření dezinformací či posun obecného přístupu k životu s důrazem na individualismus a nároky na absolutní svobodu a s nízkou důvěrou v autority.

Vzhledem k mé profesi lékařky urgentní medicíny jsem byla od počátku pandemie jednou z těch, kteří byli označováni za „první linii“. Celé tři roky jsme se všichni snažili udělat maximum možného pro pacienty, se kterými jsme se denně potkávali ve službách na zdravotnické záchranné službě, na urgentním příjmu a na covidovém oddělení, na všech příjmových ambulancích, na infekčních, plicních a interních odděleních, v paliativní a hospicové péči. Snažili jsme se postarat stejně kvalitně jako vždy i o pacienty s infarkty, úrazy, cévními mozkovými příhodami, plicními emboliemi a zástavami oběhu, bez ohledu na to, zda mají nebo nemají k tomu ještě navíc COVID-19. V neprodyšných ochranných oblecích a za štíty jsme se pokoušeli s nimi komunikovat, sdíleli jsme jejich příběhy a obavy, a hlavně jsme se při nekončícím přílivu pacientů v letech 2020-2021 museli neustále rozhodovat o způsobech a úrovních jejich léčby. Tato zkušenost mě vede k zájmu o kritéria rozhodovacích procesů a o etiku alokace zdrojů v podmínkách jejich extrémního nedostatku a tím i k volbě tématu této práce.

V následujícím textu nejprve proberu základy medicíny katastrof v kontextu etiky, vývoj krizové připravenosti v ČR a shrnu principy organizace a řízení při vzniku

mimořádné události. Zaměřím se na vysvětlení třídění (triáže), což je odborný medicínský postup, který má zajistit přežití co nejvyššího počtu osob zasažených katastrofou.

V teoretické části práce se budu věnovat jednotlivým etickým konceptům ve světle jejich možného použití při mimořádné události. Pokusím se posoudit přínosy a rizika aplikace principů následujících směrů etiky:

- deontologie,
- konsekvencialismu,
- utilitarismu,
- etiky principů,
- etiky ctností,
- některých dalších směrů (etiky péče, komunitarismu, feministické etiky).

Budu se věnovat i zajištění spravedlnosti, rovnosti a lidských práv v extrémní situaci.

V praktické části budu analyzovat průběh pandemie COVID-19 v ČR z hlediska etiky rozhodování při nedostatku zdrojů – zda měli zdravotníci doporučení a vodítka, a pokud ano, jaké etické zásady byly použity při jejich vytváření a zda byla tato podpora dostatečná. V závěru bych navrhla opatření pro zajištění připravenosti na mimořádné události a katastrofy i po etické stránce.

## 1. Základní pojmy v medicíně katastrof

Problematika řešení mimořádných událostí v posledních 25 letech postupně pronikala do legislativy a do praxe různých institucí ČR. Impulsem pro systematictější uchopení přípravy na možné mimořádné události a pro vznik Integrovaného záchranného systému (IZS) byly povodně v 90. letech, kdy se ukázalo, že nadšení a dobrá vůle pomáhat nemusí zajistit efektivní pomoc při rozsáhlejších katastrofách. V té době chyběla legislativa, konkrétní situace během záplav však ukázaly i nejasné kompetence mezi základními složkami okamžité reakce (policie, zdravotníci, hasiči), ale i směrem k obyvatelům nebo k samosprávě. Také nebylo stanoveno, kdo bude pomoc zajišťovat finančně.<sup>1</sup> Vznik tzv. krizových zákonů (zejména Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a Zákon č. 241/2000 Sb., o krizovém řízení) definoval základní složky IZS, což je Policie České republiky (PČR), Hasičský záchranný sbor (HZS) a Zdravotnická záchranná služba

---

<sup>1</sup>ŠTĚTINA, Jiří a kol. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014, s. 25-26.

(ZZS). Soustava krizové legislativy je však mnohem rozsáhlejší, jen na úrovni zákonů obsahuje 15 dalších zákonů, na které navazují nařízení vlády a prováděcí vyhlášky.<sup>2</sup>

Díky legislativě, organizaci, vzdělávání a společným nácvikům se připravenost profesionálů těchto složek od nultých let významně zlepšila. Zápaly a povodně, hromadné otravy metanolem, orkán, tornádo, lesní požáry a větší průmyslové a dopravní havárie dokáže IZS poměrně účinně zvládnout. Koordinace pomoci od úplného začátku až po fázi obnovy se většinou odehrává na krajské úrovni, tyto události bývají místně a časově omezené v horizontu dní až několika týdnů. I přes vzrůstající počty a typy mimořádných událostí, se kterými se alespoň část veřejnosti setkala, však nedošlo k většímu uvědomění si odpovědnosti na individuální, občanské úrovni. Může to souviset i s posunem ke klientskému přístupu ve společnosti a s předpoklady, že technologie, pokrok a experti řeší veškeré problémy.

Příchod pandemie se někdy v budoucnosti očekával, ale předpokládala se spíše nová mutace chřipkového viru. První pandemický plán pro zdravotnictví byl vytvořen v roce 2001, do příchodu nemoci COVID-19 byla jeho poslední aktualizace z roku 2011 a byly do ní zapracovány zkušenosti z pandemie chřipky v letech 2009-2010. Tehdy byla pandemie vyhlášena Světovou zdravotnickou organizací (WHO) 11. 6. 2009 a trvala přesně rok a dva měsíce. WHO byla následně kritizována za přecenění hrozby a předčasně vyhlášení pandemie. Tvrdilo se, že zemřelo na celém světě „pouze“ 18 500 osob s potvrzenou nákazou virem chřipky A/H1N1, i když v prestižním odborném časopise *The Lancet Infectious Diseases* pak i na základě nadúmrtí a hlášených příčin smrti vyšel článek s odhadem až 15 x vyššího počtu zemřelých v souvislosti s mexickou chřipkou – 284 500 případů.<sup>3</sup>

Český pandemický plán se tehdy vytvářel v optimistickém naladění po bezproblémovém zvládnutí hrozby mexické („prasečí“) chřipky a v již dobře zavedeném systému krizového plánování. Počítalo se v něm s další mutací chřipkového viru. Odhadovaná mortalita<sup>4</sup> je v textu pandemického plánu stanovena na 0,37 % a počítalo se s maximem 12 tisíc možných úmrtí způsobených chřipkou a jejími komplikacemi. Etice

---

<sup>2</sup>VAVERA, František. Legislativa krizové připravenosti. In ŠTĚTINA, Jiří a kol. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014, s. 150-161.

<sup>3</sup>DAWOOD, Fatimah, IULIANO, Danielle, REED, Carrie et. al. Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study. *The Lancet Infectious Diseases*, 12 (9): s. 687-695.

<sup>4</sup>**Mortalita neboli úmrtnost je počet zemřelých na dané onemocnění za určité časové období vztahovaný na populační jednotku, obvykle na 100.000 obyvatel.**

byl věnován jeden obecný odstavec v úvodní části týkající se principů beneficence, autonomie, justice a solidarity s důrazem na ochranu zranitelných skupin.<sup>5</sup>

Pandemie COVID-19 přinesla nutnost posunu krizového řízení na zcela jinou úroveň. Přestalo platit, že vztah lékaře a pacienta (mikroetika) a etika z pohledu veřejného zdravotnictví (makroetika) působí synergicky, tj. benefity léčení individuálních pacientů se promítají i do lepšího zdravotního stavu celé populace. Objevily se nové etické otázky, navíc v kontextu, se kterým jsme neměli jako občané i ve svých profesních rolích předchozí zkušenost. Etická dilemata se zpočátku týkala především rovnováhy mezi individuální svobodou a odpovědností vůči společnosti a oprávněnosti omezení některých základních svobod: porušení osobní svobody trasováním, omezení pohybu nařízenou individuální karanténou a hromadně lockdowny, omezení možnosti svobodně podnikat kvůli uzavření ekonomiky. S vrcholící a prodlužující se pandemií se dostávala do popředí otázka spravedlivé alokace zdrojů ve zdravotnictví, kterých bylo stále méně vzhledem k počtu nemocných. Nešlo jen o počty osobních ochranných pomůcek, lůžek, ventilátorů či specifických léků či o stanovení prioritních skupin obyvatel pro očkování, ale hlavně o kvalifikovaný personál. A stejně tak se jednalo i o alokaci z globálního pohledu. Země s nízkých a středním HDP, jejichž zdravotnické systémy byly poddimenzované již před pandemií, byly většinou zasaženy násobně více než země vyspělé, s robustním zdravotnictvím a dostatkem ekonomických zdrojů na nákupy nedostatkových komodit.

## 1.1. Mimořádné události a katastrofy

Ve zdrojích věnovaných medicíně katastrof i v médiích můžeme narazit na různé pojmy: kritická událost, mimořádná událost, hromadné neštěstí, hromadné postižení osob, katastrofa. Co tyto pojmy vlastně znamenají a můžeme je nějak rozlišit? V odborné literatuře medicíny katastrof se ustálila terminologie na pojmech mimořádná událost (*mass casualty incident*) a katastrofa (*disaster*). Není taxativně stanoveno, od jakého

---

<sup>5</sup>MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Pandemický plán České republiky*. (18. 10. 2011) [2023-3-20] <https://www.mzcr.cz/pandemicky-plan-ceske-republiky/>, s. 7: “Zajištění etičnosti pandemické připravenosti a odpovědi: Pandemie chřipky, stejně jako kterákoli jiná akutní situace na poli veřejného zdraví, vyžaduje přijetí rozhodnutí, jež se neobejde bez balancování mezi potenciálním konfliktem zájmů jednotlivce se zájmy komunity. Rozhodující osoby mohou stavět na etických principech jako nástroji hodnocení a balancování tohoto sporu zájmů a hodnot. Etický přístup neposkytuje předem stanovený postup, místo toho aplikuje principy jako rovnost, prospěšnost / efektivnost, svoboda, reciprocita a solidarita. Tyto principy mohou být použity jako základní kostra hodnocení a balancování škály zájmů a k zajištění cíle (jako je ochrana lidských práv a specifické potřeby vulnerabilních a minoritních skupin).“

počtu obětí hovoříme ještě o mimořádné události a kdy začíná katastrofa, jde o kontinuum a záleží na konkrétních dopadech. V obou kategoriích je též – zjednodušeně řečeno – původcem katastrofického děje buď člověk, nebo příroda. Jen člověk však může způsobit katastrofu buď neúmyslně (velké dopravní, průmyslové, radiační, ekologické a jiné havárie) nebo úmyslně (terorismus, žhářství, válka). Specifickým typem antropogenní kritické události je sociogenní katastrofa vyvolaná společenskými, sociálními či ekonomickými krizemi v nějaké zemi.<sup>6,7</sup>

Jiný způsob dělení zohledňuje komplexnost události, a pak můžeme rozlišovat katastrofy simplexní, komplexní a katastrofické. Simplexní (prosté) jsou časově, plošně i počtem obětí omezené, není zasažena infrastruktura a po počátečním přetížení zasahujících složek se situace rychle navrácí k normálu. Těchto událostí je početně nejvíce (dopravní a průmyslové havárie, lokální povodně a podobně). Ke komplexním katastrofám patří buď expanzivní (geograficky, ale i počtem obětí a délkou trvání), nebo svým charakterem nové, vyžadující specifické odbornosti a zdroje (například hurikán Katrina 2005, zemětřesení na Haiti 2010, použití nervově paralytického jedu sarinu ve válce v Sýrii, výbuch v přístavu v Bejrútu 2020, zemětřesení v Turecku a Sýrii 2023). Oběti jsou postiženy nejen samotnou kritickou událostí, ale i jejími nepřímými dopady (na prostředí, na chronické nemoci, ohrožením infekcemi, psychickými dopady a ekonomickými hrozbami). Poslední kategorií jsou katastrofické kritické události, kdy je překročena kapacita nejen na národní a státní úrovni, ale celosvětově, patří sem pandemie a světová jaderná válka.<sup>8</sup> Na zvládnutí komplexních a katastrofických mimořádných událostí se nepodílí jen zdravotníci, policisté a hasiči. Na řešení se musí podílet mnoho odborností i mimo složky IZS a zdravotnictví, přírodovědci, chemici, ekonomové, statistici, matematikové, sociologové, psychologové a další. Po zkušenostech s pandemií jsem přesvědčena, že by byla více než potřebná i účast odborníků na mediální komunikaci a etiků.

---

<sup>6</sup>DYMÁK, Vladimír. Klasifikace katastrof a hromadných neštěstí. In ŠTĚTINA, Jiří a kol. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014, s. 46-62.

<sup>7</sup>KAVAN, Štěpán. Typologie a teorie krizových situací. In ŠÍN, Robin et al.: *Medicína katastrof*. Praha: Galén, 2017. s. 19-35.

<sup>8</sup>REGA, Paul. The Ethics of Disasters. In MARCO, Catherine – SCHEARS, Raquel. *Ethical Dilemmas in Emergency Medicine*. New York: Cambridge University Press, 2015, s. 249-265.

S rostoucí komplexitou katastrof musí řešení vycházet ze silného etického základu. Systémy třídění při prostých událostech zahrnují distribuci zdrojů podle naděje na záchranu a na základě objektivních medicínských hodnot základních životních funkcí. Jsou jakýmsi utilitaristicko-egalitářským hybridem, jsou známé, propracované a i nacvičované. U expanzivních a nových se při třídění musí brát v úvahu i nepřímé dopady katastrofy a vynořuje též etická otázka povinnosti zasahujících – těm může hrozit dosud neznámé nebezpečí. U katastrofických událostí se etika posouvá až na úroveň celé populace. Mohou být omezené i některé individuální svobody a omezení dostupné péče může být velkého rozsahu. Zásadně a dlouhodobě mohou být narušeny mezilidské vztahy, vztahy v komunitě, může se zcela změnit způsob života. Dopady na společnost mohou trvat roky až desetiletí.

Pro přijetí konkrétních rozhodnutí celou společností by se autority měly řídit pěti základními procedurálními zásadami. Nutná opatření by měla být:

- opodstatněná, tlumočená vedoucími představiteli komunity, kteří mají odborné znalosti i důvěru občanů;
- transparentní, pod dohledem veřejnosti;
- inkluzivní – každý člen komunity má právo být účastníkem rozhodovacího procesu;
- pružně reagující vývoj situace;
- ti, co rozhodují, musí za tato rozhodnutí nést zodpovědnost.<sup>9</sup>

Pokud nejsou s těmito koncepty, a obecně s principy reakce na katastrofy, seznámeni a ztotožnění politici na všech úrovních a veřejnost, může být rozhodování v okamžiku vzniku mimořádné události nejasné, nahodilé a zmatečné, podkopávající důvěru společnosti a ochotu občanů dodržovat vyhlášená opatření.

## **1.2. Fáze mimořádných událostí a katastrof a etické souvislosti**

V okamžiku vzniku mimořádné události se spouští okamžitá reakce, nastává fáze odezvy. Na místě události je do příjezdu záchranných probíhá záchrana a první pomoc poskytovaná buď nezraněnými zasaženými či nezasaženými lidmi. Tato fáze trvá v řádu minut, v odlehlých oblastech nebo v zemích bez funkčního systému urgentní péče i déle, obvykle však maximálně do hodiny. Příjezdem záchranných složek probíhá činnost záchranářů přímo v terénu, a s malým odstupem navazuje i neodkladná péče

---

<sup>9</sup>REGA, Paul. The Ethics of Disasters, s. 258-259.

v nemocnicích. Ty jsou informovány okamžitě se vznikem události, vyhláší traumatologický plán a připravují se na příjem většího počtu raněných. Čas do příjezdu prvních zasažených je v řádu minut v městských aglomeracích až do desítek minut v odlehlých lokalitách, příprava na hromadný příjem raněných musí začít okamžitě. Po zvládnutí situace na místě se ukončují záchranné práce v terénu, ale nemocnice pokračují v léčbě zraněných, na urgentní péči navazuje specializovaná péče v řádu dní až týdnů a posléze rehabilitace, trvající týdny až měsíce.<sup>10</sup>

Pokud jde o rozsáhlou katastrofu, například zemětřesení nebo hurikán, záchranné práce na místě trvají dny až více než dva týdny, dokud je naděje na záchranu živých osob. Nasazené týmy se musí střídát, aby byl zajištěn alespoň minimální odpočinek, musí mít nějaké alespoň provizorní zázemí. V nemocnicích může léčení obětí katastrofy omezit jiné druhy zdravotní péče. Jelikož v zasažené oblasti došlo k narušení infrastruktury, fáze obnovy a asanace (odpovídající fázi rehabilitace individuálních pacientů) může trvat nejen měsíce, ale roky, a mnohé země se neobejdou bez zahraniční ekonomické pomoci.

Postkatastrofická fáze by měla vést k analýze všech fází zvládnutí mimořádné události a k zapracování zkušeností do aktualizovaných plánů krizové připravenosti, a to na všech úrovních. Tím se uzavírá cyklus krizového plánování:

- prevence,
- zmírňování rizik na strukturální i nestrukturální úrovni,
- příprava podle aktualizovaných plánů,
- odezva,
- zotavení ve smyslu individuálním i společenském.

---

<sup>10</sup>ŠTĚTINA, Jiří. Třídění raněných a postižených při hromadných neštěstích a katastrofách – TRIAGE. In ŠTĚTINA, Jiří a kol. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014, s. 388.



Obr. 1: cyklus fází katastrofy, zdroj: *United Nations International Telecommunication Union, ICTs Disaster Management*. <https://www.itu.int/en/ITU-D/Emergency-Telecommunications/Pages/ICTs-4-DM.aspx>

Fáze přípravy musí řešit i záchranu specifických skupin osob – seniorů, s handicapem smyslovým, zdravotním či mentálním, pacientů v nemocnicích a dalších. Dopady katastrof na zranitelné skupiny a na chudší vrstvy obyvatel jsou ničivější v krátkodobém i dlouhodobém horizontu a tito lidé by měli být při záchraně upřednostněni. Na základě zkušeností z povodní v 90. letech se například začalo uvažovat, jakým způsobem dostat varování obyvatelstvu k neslyšícím osobám nebo osaměle žijícím seniorům, protože informování obvykle probíhá přes veřejná a dnes i sociální média, jak evakuovat osoby upoutané na vozík nebo kde pro ně zařídit evakuační centrum tak, aby byl i v nouzovém ubytování zajištěn bezbariérový přístup k sociálnímu zařízení. V New Orleans při hurikánu Katrina v roce 2005 se socioekonomicky zajištění obyvatelé dokázali evakuovat včas, zatímco mnoho chudých obyvatel z černošských čtvrtí zůstalo ve městě, v chaosu a při nedostatečné humanitární pomoci začalo rabování a nouzové ubytování se stávalo stále větším bezpečnostním i infekčním rizikem. Při této události selhala fáze přípravy, odezvy i obnovy, a oběti na životech bylo více, než by bylo při adekvátní přípravě. Při tvorbě krizových plánů tedy musí být pamatováno na všechny občany bez rozdílu. O životě nebo o výši rizika pro zachraňované i záchranáře mohou někdy rozhodovat maličkosti, jindy malá představitivost nebo nepřipuštění si i nepravděpodobných ohrožení.



Mezi autory, zabývajícími se etikou katastrof, je shoda na tom, že ani v krizi nesmí být opuštěny morální zásady, naopak. Právě proto jsou tak důležité fáze bezprostředně po katastrofě: mimo jiné i pro stanovení etických principů do budoucna. Reflexe, zhodnocení, zkušenosti a plány mohou probíhat ve veřejné nebo v uzavřené debatě. Uzavřená debata probíhá pouze za účasti těch osob či institucí, které mají ve strukturách přípravy a odezvy určitou moc. Mohou tak dospět k rozhodnutím, u kterých neproběhne plné posouzení jejich etických dopadů. Veřejnost je odsunuta do role, kdy se bude muset systému podřídít, a nemusí s ním být ztotožněna. Pouze otevřená veřejná debata může přinést i prvek celospolečenské morální reflexe.

V demokratických společnostech se shodujeme na tom, že lidský život má hodnotu sám o sobě, život každého je stejně cenný, každý má stejné právo na ochranu své osobní svobody a právo na ochranu před újmou a nebezpečím. Tyto principy jsou vlády demokratických zemí pro své občany povinny hájit a zajišťovat. I pro jednotlivce z nich plynou určité etické závazky: každý je povinen pečovat o sebe a o své blízké, nesmí jiným způsobovat újmu a škodit jim, a všichni máme povinnost se postarat i o cizí osoby, pokud nás tato pomoc neohrožuje.<sup>11</sup>

Prevence a připravenost zajistí nejen efektivní a koordinovanou práci na místě události, ale z etického pohledu míří dál, od utilitaristického a konsekvencialistického pojetí záchrany co největšího počtu zasažených („*save the greatest number*“) k záchraně všech, co zachráněni být mohou („*save all who can be saved*“). Zdá se to stejné, ale není. První přístup je zaměřen pouze na okamžitou reakci na událost, uplatňuje koncept, který bychom mohli nazvat „slepou spravedlností“. Systém reaguje na mimořádnou událost, na kterou nebyl plně připraven, a uplatňuje se alokace zdrojů na základě naděje na přežití. Druhý přístup promýšlí možná rizika, předvídá ohrožení a zahrnuje tedy fázi prevence, přípravy a odezvy. V období klidu je čas na stanovení morálních principů a jejich implementaci do plánů krizové připravenosti. Avšak ani tento posun nemusí být z etického hlediska postačující. Zdá se to označuje za morální kompromis, protože nejsou zachráněni všichni, co by při dostatečných zdrojích zachráněni být mohli. Oběti jsou nespravedlivě postiženi prvkem náhody – při pandemii onemocní v pozdější fázi, při zemětřesení jsou v odlehlé lokalitě, kam se záchranáři dostanou později. Plyne z toho velká zátěž a nebezpečí pro oběti i pro záchranáře, traumatizované skutečností, že

---

<sup>11</sup>ZACK, Naomi. *Ethics for Disaster*. Plymouth, UK: Rowman and Littlefield Publishers, Inc., 2011, s. 13-31.

nemohou pro všechny udělat vše, co umí a chtějí. Ve všech fázích plánování by se tedy nemělo dopředu počítat s omezeností zdrojů, což jsou úvahy prolamující etické principy platné v normální době. Je tedy na vládách zemí, aby na předvídatelné katastrofy zajistily adekvátní přípravu, aby se žádný možný zdroj nestal tak vzácným, aby kvůli jeho nedostatku lidé umírali. Pravidlo by tedy mělo znít: „spravedlivým způsobem zachránit všechny zachrannitelné, a to při nejlepší možné přípravě“.<sup>12</sup>

### 1.3. Principy krizového řízení

Z předchozího textu vyplývá, že reakce v okamžiku vzniku mimořádné události musí být předem nacvičená a koordinovaná, podle hesla: „*When the strike comes, be prepared*“. Každý, kdo se z povahy své profese může účastnit odevy, musí být seznámen s postupy, svojí rolí a kompetencemi, podíl improvizace by se měl minimalizovat. V krizovém řízení je důležitá především fáze přípravy – tvorba krizových a havarijních plánů a plánů krizové připravenosti. Jsou to preventivní dokumenty, vytváří se od úrovně vlády přes rezortní ministerstva až po samosprávu a organizace. Určují postupy konkrétní složky v jednotlivých typech mimořádných událostí (složky IZS, hygienická služba, nemocnice a další). Postupy HZS jsou vypracovány v Katalogu typových činností.<sup>13</sup> Havarijní plány jsou buď územní, nebo objektové, a jsou zpracovány na základě analýzy rizik. Plány krizové připravenosti řeší, jak by organizace reagovala při vlastním ohrožení (např. výpadek energií, požár, teroristický útok apod.).<sup>14</sup> Ve zdravotnictví jsou povinné traumatologické, evakuační a pandemické plány. Veškeré postupy musí být rozpracované hierarchicky až na úroveň jednotlivých středisek ZZS a oddělení v nemocnicích. Čím více se popis postupů blíží přímým poskytovatelům, tím konkrétnější musí mít obsah. Kromě dokumentace je také nutné postupy nacvičit, ideálně s účastí všech složek, které se možného zásahu budou účastnit. Scénáře podobných cvičení jsou náročné na přípravu i na personální a finanční zajištění, nejefektivněji však připraví možné zasahující na to, jak

---

<sup>12</sup>ZACK, Naomi. *Ethics for Disaster*, s.28-29.

<sup>13</sup>GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ HASIČSKÉHO ZÁCHRANNÉHO SBORU ČR: Dokumentace IZS – Typové činnosti. <https://www.hzscr.cz/clanek/dokumentace-izs-587832.aspx?q=Y2hudW09MQ%3d%3d> [2023-3-25]

<sup>14</sup>DYMÁK, Vladimír. Struktura krizových plánů. In ŠTĚTINA, Jiří a kol. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014, s. 132-141.

by měli postupovat při skutečně mimořádné události.<sup>15,16</sup> Ověří se proveditelnost plánů a výrazně se zlepší vzájemná spolupráce a koordinace všech složek.

Fáze mitigace a fáze přípravy jsou zásadní i z hlediska etiky – právě zajištění připravenosti zvyšuje počty zachráněných obětí katastrofy a stanovuje dopředu morální principy rozhodování a prioritizace.<sup>17</sup> Plány vycházejí z etických zásad platných i mimo katastrofu. Především je to princip non-maleficence, dále ochrana lidského života a zdraví, ochrana zranitelných skupin a zajištění distributivní spravedlnosti v případě nedostatku vzácných zdrojů. V otevřené demokratické společnosti by s krizovými plány a zásadami řízení, a to včetně etických otázek, měla být seznámena veřejnost – bude to právě komunita, které se možná mimořádná událost týká. Kromě transparentnosti to může přispět k lepší přípravě na individuální úrovni a převzetí odpovědnosti za to, co každý může udělat pro bezpečnost svoji a svých blízkých.

Při vzniku katastrofy závisí reakce na charakteru dané události. Od úplného počátku je nutná i neustálá informovanost jak zasahujících, tak i veřejnosti. Mediální management je důležitou součástí zvládnání krize. Informace musí být věcné, nesmí být nepravdivé nebo zavádějící, ale mají obsahovat i naději. Co nejdříve je potřeba zřídit samostatnou linku pro komunikaci s lidmi, kteří hledají své blízké, aby nebyly blokovány tísňové linky. Podle rozsahu události rozlišujeme řízení na strategické, operační a taktické. Na místě probíhají záchranné práce (vyproštění, třídění a prvotní ošetření obětí podle priorit), následuje transport do zdravotnických zařízení. Po ukončení záchranných prací na místě se vrací provosledové složky k běžné činnosti, nemocnice ve své činnosti obvykle pokračují. Poté, co je událost zvládnuta i po stránce obnovy, nastává analýza a cyklus vstupuje opět do fáze přípravy, s využitím nabytých zkušeností a s jejich implementací do upravených krizových plánů. Pandemie však má zcela jiný časový rámeček reakce i obnovy a vznikají i odlišná etická dilemata.

#### **1.4. Medicínské zásady třídění**

Největší pozornost z etického hlediska je soustředěna na třídění (triáž), což je systém, který by měl zaručit spravedlivou a současně účelnou distribuci omezených zdrojů.

---

<sup>15</sup>HOKOVSKÁ, Renata – SCHWARZ, Zdeněk – POKORNÁ, Milana – RYBA, Alan. Činnost ZZS HMP – ÚSZS při cvičení Podzim 2005. *Urgentní medicína* 2005, roč. 8, č.4, s. 7-11.

<sup>16</sup>ŠEBLOVÁ, Jana – HLAVÁČKOVÁ, Dana – UHLÍŘ, Marek – DIZON, Jose. Cvičení Podzim 2005 – Kralupy nad Vltavou. *Urgentní medicína* 2005, roč. 8, č.4, s. 11-15.

<sup>17</sup>ZACK, Naomi. *Ethics for Disaster* s.18-19.

Kdykoliv nastane nerovnováha mezi počtem nemocných/poraněných/zasažených a mezi množstvím lidských i materiálních zdrojů potřebných ke zvládnutí události, je třeba řešit spravedlivou alokaci zdrojů z hlediska zasažené komunity, ať již jsou to cestující z havarovaného autobusu, obyvatelé vesnice po tornádu či část kontinentu zasažená ničivým zemětřesením a zničením kritické infrastruktury.<sup>18</sup> Základ třídění se opírá o medicínská kritéria a cílem je stanovení naléhavosti (priority) léčby. Triáž vychází z válečné medicíny, prvně ji začal používat Dominique Jean Larrey v době napoleonských vále. Britský námořní lékař John Wilson pak stanovil koncept, který v základních rysech platí dodnes: péče je poskytována těm, jejichž naděje na přežití je nejvyšší. Většina systémů rozeznává čtyři kategorie:

- červená = P1: pacienti s potřebou urgentních výkonů, ale s nadějí na přežití;
- žlutá = P2: zranění méně závažná, neohrožující život nebo základní životní funkce, péče může být poskytnuta v horizontu přibližně 2 a více hodin;
- zelená = P3: povrchní zranění, nezranění, psychicky zranění, transportují se až po všech ostatních;
- černá = P4: zemřelí.

Jedním z třídících systémů, který je rozšířen na celém světě a užívají ho i nezdravotníci (u nás například i hasiči při vyprošťování z nebezpečné zóny), je START (**S**imple **T**riage **a**nd **R**apid **T**reatment, česky **S**nadné **T**řídění **a** **R**ychlá **T**erapie), viz obr. 2.<sup>19,20</sup> Na každém dalším úseku péče – při ošetření v terénu na shromaždišti raněných, na příjmu do nemocnice, při překladi na jednotku intenzivní péče (JIP) – musí probíhat přetřídění, případně se používají i jiné systémy podle úrovně poskytovatelů. Jde tedy o dynamický systém, který musí monitorovat stav zraněného a reagovat na všechny změny. Třídění probíhá do té doby, dokud přetrvává jeho potřeba, tedy dokud existuje nepoměr mezi počty zraněných a možnostmi zdravotníků. V okamžiku, kdy se nepoměr zasažených a

---

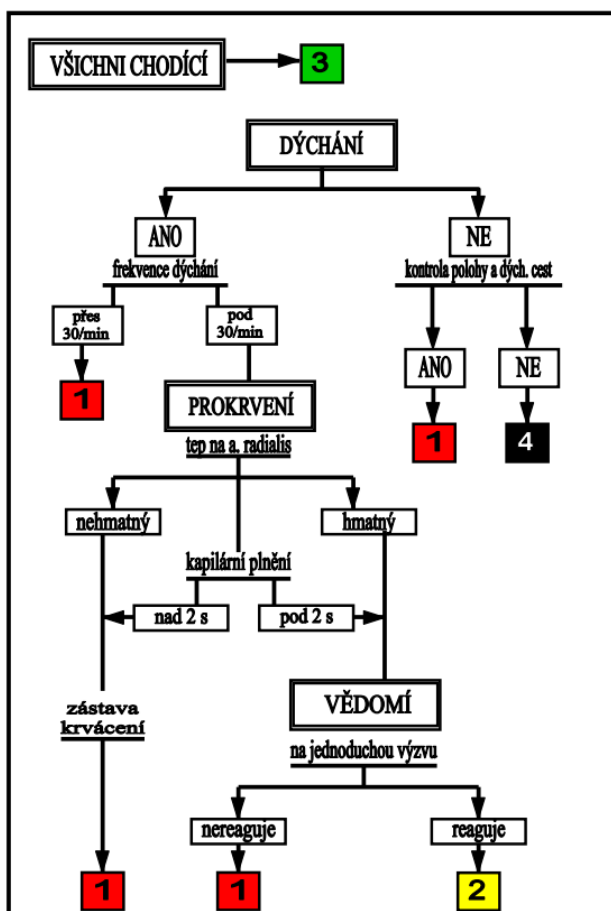
<sup>18</sup>ŠEBLOVÁ, Jana. Mimořádné události, katastrofy a etika. In ŠEBLOVÁ Jana – MATĚJEK, Jaromír, a kol. *Etika urgentní medicíny – z pohledu každodenní praxe*. Praha: Grada Publishing a.s. 2023, s. 155-160.

<sup>19</sup>ŠTĚTINA, Jiří. Třídění raněných a postižených při hromadných neštěstích a katastrofách, s. 380-391.

<sup>20</sup>GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ HASIČSKÉHO ZÁCHRANNÉHO SBORU ČR: Bojový řád jednotek požární ochrany – taktické postupy zásahu: Třídění velkého počtu raněných metodou START. (30. 11. 2017) [2023-3-27]  
[file:///C:/Users/seblo/Downloads/5\\_S\\_S\\_ML11\\_R\\_Hromadna\\_nestesti\\_-\\_trideni\\_ranelych-1.pdf](file:///C:/Users/seblo/Downloads/5_S_S_ML11_R_Hromadna_nestesti_-_trideni_ranelych-1.pdf)

zdrojů vyrovná, se přechází z režimu medicíny katastrof na individuální urgentní medicínu a následnou specializovanou péči.

Třídění se nepoužívá pouze při mimořádných událostech, ale i v podmínkách normálního provozu. Operátoři tísňových linek (linka ZZS 155 nebo evropské číslo 112) musí při zpracování hovorů volajících kategorizovat udávané obtíže a příznaky a stanovit prioritu. Z ní vyplyne, zda bude vyslána letecká záchranná služba, sanitní vůz s lékařem nebo posádka se zdravotnickými záchranáři, případně je možné předat pacienta jiné službě (mobilní hospic, ambulantní služby, praktický lékař aj.) Stejně probíhá neustálé třídění přivážených a přicházejících pacientů na vstupu urgentního příjmu (UP). Zdravotní sestra na základě charakteru obtíží, příznaků a hodnot základních životních funkcí určí kategorii a podle toho je stanoveno, dokdy musí být pacient vyšetřen lékařem. Pacient P1 musí být vyšetřen ihned, P2 do 15 minut a v poslední (počet kategorií se liší velikostí UP) to může být i více než 2 hodiny, protože jde o život neohrožující stavy. V třídění za běžných podmínek nejde o nedostatek zdrojů, ale o zajištění správného pořadí ošetření pacientů tak, aby byla zajištěna identifikace naléhavějších stavů s nebezpečím prodloužení a tím i kvalita a bezpečnost léčby pro všechny pacienty, kteří akutní ošetření potřebují.



Obr. 2: Algoritmus třídícího systému START, zdroj: GŘ HZS ČR: Bojový řád jednotek požární ochrany – taktické postupy zásahu: Třídění velkého počtu raněných metodou START.

### 1.5. Třídění a etika

Třídění při mimořádné události vychází z utilitaristického konceptu „co nejvíce dobra pro co nejvíce osob a co nejméně utrpení“, ale nejde o poskytnutí versus neposkytnutí péče. Třídění je součástí léčby úrazů nebo jiných stavů při jejich hromadném výskytu a zajišťuje efektivitu léčby z hlediska zasažené komunity, ale péče je poskytována jednotlivým zasaženým. S tím, jak zdroje na místě mimořádné události přibývají (více záchranářů, více techniky) se rozsah péče – co do počtu pacientů ošetřovaných souběžně a použitých postupů u konkrétních pacientů – stále rozšiřuje. To znamená, že v počátku se provádějí základní opatření na stabilizaci stavu zraněného/zasaženého a další zdravotníci pak pokračují až k poskytování intenzivní péče na místě i během transportu. Toto je schéma zvládnání simplexních mimořádných událostí, kterých je většina. Při komplexních a katastrofických, které jsou buď geograficky velmi rozsáhlé nebo trvají dlouhou dobu, může nedostatek zdrojů přetrvávat nebo jich dokonce může vzhledem ke

stoupajícím počtem obětí proporcionalně ubývat. Například během pandemie COVID-19 i přes obrovský nárůst počtu dostupných technických prostředků, zvyšování počtů lůžek a relokaci personálu na covidové jednotky se nedostatek prohluboval. V takovém případě nastává situace, která by se dala nazvat „třídění v třídění“ a je nutné předem stanovit jeho principy.

Třídění může vyvolávat mnoho etických otázek, zejména ve veřejnosti.

*Proč nemůže být poskytnuta okamžitá péče všem?*

*Proč na místo nehody nepošlete víc doktorů, třeba chirurgy z nemocnic?*

*Proč se neresuscitují lidé se zástavou oběhu při hromadné nehodě?*

Medicínské odpovědi jsou jednoznačné: žádný, ani nejvyspělejší systém na světě nemá takovou kapacitu, aby byl schopný mít v místě nenadálé katastrofy okamžitě dostatek vycvičeného personálu a techniky, vyprošťovací i zdravotnické; každý zdravotník je platný v roli, ke které je vycvičen a má k ní kompetence. Pokud se přesune jinam, chybí na svém původním pracovišti, tedy například chirurg na operačním sále, kam budou zranění přiváženi. Třídění je medicínským postupem, který z hlediska zasažené populace může zachránit nejvíce životů, protože je pomoc poskytnuta ve správném pořadí těm, kteří ji nejvíce potřebují. Je to specifická dovednost zdravotníků urgentní medicíny, jiné odbornosti s ní nemají zkušenosti. Cílem a výsledkem třídění je u pacientů P1 zabránit vzniku zástavy oběhu v důsledku úrazu urgentním opatřením – například zástavou krvácení, zajištěním dýchacích cest a přednostním transportem. Třetí výše uvedená hypotetická otázka souvisí i s kategorií tzv. „čekajících“, někdy označovaných modrou barvou. Jsou to ti ze zasažených, jejichž zranění není slučitelné s přežitím (rozsáhlé popáleniny, devastující poranění hlavy a podobně), ale ještě nedošlo k úmrtí. Těm by měla být poskytnuta i v kritických podmínkách mimořádné události paliativní léčba, například analgezie nebo péče o tepelný komfort.

Další otázkou je, zda by měla být přiřazena vyšší priorita specifickým skupinám zasažených, například dětem nebo těhotným. Pro upřednostnění dětí existují jak medicínské, tak etické důvody: vzhledem k nízké četnosti kritických stavů u dětí mohou i zkušení záchranáři podhodnotit známky ohrožení vitálních funkcí. Děti patří fyzicky i psychicky k nejzranitelnějším obětem, a při úmrtí nebo těžkém postižení by jejich ztráty (co do ztracených let života – DALYs – *Disability Adjusted Life Years*) byly nejvyšší. Prioritizace dětí může také snížit stres záchraňujících, neboť dětská úmrtí patří k nejzávažnějším stresorům v jejich práci. Stejně tak někteří autoři považují za etické přiřadit nejvyšší kategorii i těhotným, bez ohledu na výsledek třídění, neboť jde v tomto

případě o dvě oběti, z nichž péče o jednu (plod) je poskytována prostřednictvím péče o druhou oběť (těhotnou ženu).<sup>21</sup> Stejně tak by však vyšší prioritu měli dostat i senioři (podobně jako je to věk pomocným kritériem při rozhodování o transportu i za běžných podmínek<sup>22</sup>), neboť ve vyšším věku je fyziologická reakce na úraz modifikovaná různými mechanismy a co nejvčasnější léčba je u nich klíčová, pokud mají mít naději na uzdravení.

Zatímco na včasnejší péči poskytnuté dětem, těhotným či seniorům by se veřejnost pravděpodobně shodla, větší kontroverze může vzbuzovat otázka poskytování péče zraněným kolegům-záchranářům. Jakkoliv by upřednostnění bylo psychologicky pochopitelné, měli by projít standardním tříděním; péče poskytnutá záchranářům nesmí zamezit či zpozdit poskytnutí péče ostatním. Odůvodnitelné by to bylo v případě déle trvajících mimořádných událostí, tam, kde se záchranář nebo lékař může vrátit do služby a tím se opět zapojit do zvládnání katastrofy. Na tomto principu bylo založeno i přednostní očkování vybraných profesních skupin při pandemii COVID-19. Účinnost tohoto přístupu se jednoznačně projevila v poklesu nemocnosti personálu a počtu nařízených karantén hlavně v průběhu jara 2021, kdy počty pacientů vyžadujících intenzivní péči kulminovaly. Podobným příkladem je například okamžité podání infuze hasiči, který z důvodů vyčerpání, horka a dehydratace zkolaboval během náročného zásahu, i když by jinak měl prioritu 3.

Zda je veřejnost informovaná a jakým způsobem nahlíží na třídění při mimořádných událostech, jsme zjišťovali v roce 2005 v anketě pro odborný časopis *Urgentní medicína* (viz příloha č. 1).<sup>23</sup> Na základě této ankety jsme pak provedli pilotní studii mezi studenty v USA, studenty Fakulty vojenského zdravotnictví v Hradci Králové a na Fakultě biomedicínského inženýrství ČVUT v Kladně. Celkem odpovědělo 231 osob, 49 z nich bylo buď z armády nebo některé ze složek IZS mimo zdravotníky. Dotazovali jsme se na znalosti o faktu třídění, na pocity, které to vyvolává a jak by pravděpodobně reagovali, pokud by bylo třídění uplatňováno na jejich blízké. Některé výsledky byly zajímavé a překvapivé. Povědomí o existenci systému třídění byla překvapivě vysoká, a to i pokud jsme nezapočítali profesionály, v ČR dokonce vyšší než ve Spojených státech, navzdory

---

<sup>21</sup>REGA, Paul. *The Ethics of Disasters*, s. 251-252.

<sup>22</sup>MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Věstník 2015: Centra vysoce specializované traumatologické péče a Centra vysoce specializované péče o pacienty s popáleninami*. (13. 10. 2015) [2023-3-20] [https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2021/05/Vestnik-MZ-CR-15-2015\\_full.pdf](https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2021/05/Vestnik-MZ-CR-15-2015_full.pdf)

<sup>23</sup>ŠEBLOVÁ, Jana. *Anketa o třídění při mimořádných událostech*. *Urgentní medicína* 2005, roč. 8, č. 4, Suplementum, s.1-4.



útokům z 11. září 2001. Stejně tak bylo relativně vysoké přijetí představy třídění obecně. Prioritní ošetření svých příbuzných by se snažila zajistit přibližně čtvrtina respondentů.<sup>24</sup> Vzhledem k tomu, že respondenti této pilotní studie byli v drtivé většině s vysokoškolským vzděláním, a to buď profesionálové v oboru nebo studenti univerzit, navázali jsme dalším průzkumem, který by lépe odrážel vzdělanostní a sociální spektrum obyvatel.<sup>25</sup> Dotazníky (viz příloha č. 2) byly distribuovány prostřednictvím praktických lékařů mezi obecnou populaci, kontrolní skupinu tvořili opět profesionálové (ZZS, HZS a AČR). Odpovědělo 542 osob, z toho 270 bylo profesionálů a 272 z veřejnosti. Dle předpokladu profesionálové měli vysoce významně vyšší znalosti o třídění a přijímali tento fakt lépe i po stránce pocitů, s významně vyšší ochotou se podřídit tomuto systému, u respondentů z řad veřejnosti byla častější odpověď spojená s úzkostí nebo obavami. Oproti předpokladu představu třídění přijímali hůře věřící než lidé bez vyznání. Nejvyšší znalosti byly v respondentů do 40 let. Výsledky nicméně potvrdily fakt, že veřejnost není informována dostatečně a chybí společenský konsensus, pro zvládání krizí nezbytný. Jak ukázala pandemie COVID-19, zahajovat diskusi o etických otázkách uprostřed katastrofy je kvůli extrémní emoční zátěži veřejnosti i poskytovatelů zcela chybnou strategií.

---

<sup>24</sup>ŠEBLOVÁ, Jana – PROCHÁZKA, Miroslav – ANTOŠ, Karel – ŠEBLOVÁ, Dominika. Přístup veřejnosti k otázkám třídění – výsledky pilotní dotazníkové studie 2009. *Urgentní medicína* 2009, roč. 12, č. 4, s. 21-24.

<sup>25</sup>ŠEBLOVÁ, Jana – PROCHÁZKA, Miroslav – ANTOŠ, Karel – ŠEBLOVÁ, Dominika. *Názory veřejnosti na princip třídění při mimořádných událostech – dotazníková studie 2010*. Sborník příspěvků 9. ročníku Medicína katastrof – zkušenosti, příprava, praxe. Hradec Králové: Zdravotní a sociální akademie, 2012.

## 2. Přístup k řešení etických otázek spojených s katastrofou podle jednotlivých směrů etiky

Jakým způsobem se mají normativní aspekty etiky řešit při reakci na katastrofy? Jaké jsou morální závazky platné pro nepředvídatelné? Těžko lze fenomén tak komplexního děje řešit pomocí jednoho způsobu nebo pomocí jednoho specifického etického směru a panuje shoda na tom, že odlišné situační kontexty a prostředí a různé fáze vyžadují různé etické přístupy. Mimořádné a extrémní události vystavují etické teorie rozporům, znejistěním i obtížím v jejich aplikaci. Nicméně nic nepodporuje to, že by pro katastrofy měla být vytvořena jiná morálka nebo platit jiné principy, naopak. Vše, co je morálně nepřijatelné za běžných podmínek, je stejně tak nepřijatelné i v podmínkách mimořádných; musí být zejména zachována důstojnost každé oběti katastrofy a respekt ke každému lidskému životu.

V odborné medicínsko-etické debatě se ve vztahu k dané problematice objevuje široká škála normativních směrů: konsekvencialismus, nenáboženská etika ctností, deontologie, komunitarismus, přístup založený na konceptu zranitelnosti jako klíčového prvku v globální bioetice, a s tím souvisejícími lidskými právy a lidskou důstojností. V centru diskuzí stojí fakt, že ne všichni mohou být zachráněni. To v sobě skrývá riziko opomenutí důležitých hodnot a porušení lidských práv – přístup z pozice jejich dodržování vycházející z lidské důstojnosti tomu může zamezit.<sup>26</sup> Katastrofy jsou v každém případě pro etické myšlení výzvou. Nastavují etická dilemata jak svým rozsahem, tak i svými dopady, zcela vybočují z hranic, ve kterých obvykle v mravních úvahách pohybujeme za normálních okolností. Pro zasahující jsou navíc katastrofy realitou, kterou musí zvládnout jak na místě, tak i následně, v reflexi a sebereflexi. Nejde o teoretický diskurz, ale o konkrétní lidské osudy.

Etici někdy používají příklad extrémních situací k debatě o aplikaci jednotlivých systémů. Má být přehozena výhybka vlaku, který již nemůže zabrzdit, na kolej s jedním člověkem, který zcela jistě zahyne, aby se na druhé koleji zachránilo pět lidí? Máme obětovat jednoho člověka ze záchranného člunu, kterému hrozí potopení, aby ostatní snad přežili? Obvykle bývají tyto příklady jakousi laboratoří úvah o přijatelnosti nebo nepřijatelnosti aplikace některých principů. Mimořádná událost či katastrofa je však reálná, byť extrémní, událost probíhající v konkrétním místě a čase, morální závěry pro

---

<sup>26</sup>O'MATHÚNA, Dónal – DRANSEIKA, Vilius – GORDIJN, Bert (Eds.). *Disasters: Core Concepts and Ethical Theories*. Cham, Switzerland: Springer Open, 2018, s. 1-9.

ni jsou platné v jejím kontextu a morální otázky jsou v samé její podstatě.<sup>27</sup> Obecná intuice spíše favorizuje deontologii, snad pro větší čitelnost povinností a pocit kontroly situace, na druhé straně však utilitaristický koncept, na němž je založeno třídění pacientů, je obecně přijímán též, zejména pokud je založen na rovnosti při aplikování třídícího systému. Mimořádná událost však může generovat i neočekávané a často i rozporné situace, jejichž řešení se obtížně plánuje a nacvičuje. Správnost rozhodnutí tak může být ovlivněna i mírou důvěryhodnosti aktérů, a tak i etika ctností má v kontextu krizové připravenosti své nesporné místo.

Také je potřeba rozlišovat mezi rolmi jednotlivých aktérů při prevenci, přípravě a vlastní záchrane při již vzniklé mimořádné události. Ti, kdo plánují a rozhodují (vláda, vedení dotčených rezortů, manažeři záchranných složek apod.) se budou zaměřovat na vytvoření podmínek pro co nejmenší dopady a na vytvoření systému, který umožní záchranu co největšího počtu obětí. Zároveň je jejich povinností zajistit rovnost, spravedlnost a přednostní ochranu zranitelných skupin. Jsou zde tedy obsaženy prvky konsekvencialismu, distributivní spravedlnosti a lidských práv. Přímí poskytovatelé, kteří se ocitají na místě zásahu, a tedy i tváří v tvář individuálním obětem, uplatňují spíše deontologický přístup dodržování povinností, spolu se zachováním důstojnosti a poskytnutí co nejlepší péče, dosažitelné v dané situaci. Jak se to daří, závisí i na jejich odolnosti, osobnostním nastavení, a tedy ctnostech.

## **2.1. Deontologie: postup podle předem stanovených pravidel**

Deontologie je etický normativní směr, založený na povinnosti. Pokud se člověk rozhoduje podle pevných morálních zásad, pak koná správně. Obvykle se deontologie klade do protikladu proti konsekvencialistickým a teleologickým teoriím, ve kterých je správnost nebo nesprávnost hodnocena podle výsledku konání. Morální hodnotu v deontologii má pouze jednání vzešlé z povinnosti. Některé činy jsou podle deontologie vždy nepřijatelné, naopak některé závazky musí být splněny vždy. Pokud je nějaké jednání správné, musí být vykonáno, a to bez ohledu na jeho dopady. Pro opak platí to samé, nesprávné jednání je zapovězeno, i kdyby přineslo pozitivní výsledek. Dovedeno

---

<sup>27</sup>ZACK, Naomi: *Lifeboat Ethics and Disaster – Should We Blow Up the Fat Man?* In: ZACK, Naomi. *Ethics for Disaster*. Plymouth, UK: Rowman and Littlefield Publishers, Inc., 2011, s. 13-49.

do důsledků, není umožněna ani „volbu menšího zla“, obě „zla“ jsou nesprávná sama o sobě, není povolen etický relativismus.

Pravidla a morálka určité společnosti jsou však i kontextuálně a historicky vázané, takže lidé, kteří se považují za morálně jednající, mohou mít v některých aspektech „slepé skvrny“. Extrémními příklady jsou například existence otroctví ve Spojených státech, kdy mnozí nenahlíželi na amoralitu celého systému, ale připadali si morální proto, že se ke svým otrokům chovali lidsky nebo nacističtí vůdci, považující za nevyšší morální cíl prokázat velikost germánské rasy, v jehož jménu páchali dle svých předpisů a povinností genocidu. Tyto extrémy však neopravňují k závěru, že morální rámec závazků je libovolný. Pokud katastrofa přinese extrémní dilemata, musí být jasně deklarováno, že jde o výjimečnou situaci a nositel rozhodnutí by měl disponovat osobní integritou a ctnostmi, umožňující rozhodnutí.

Pro Kanta, s nímž je etika povinností nebo také etika autonomie vůle nejvíce spojována, vyplývá povinnost z mravního nároku. Mravní zákon platí kategoricky a bezpodmínečně. Zkušenost mravního vědomí je přístupná všem lidem bez rozdílu a Kant toto vědomí mravního zákona označuje jako jediný fakt čistého rozumu. Autonomie vůle je podle jeho pojetí praktickým rozumem, rozhoduje o tom, zda čin je uskutečněn. Mravní zákon formuluje v Základech metafyziky mravů kategorickým imperativem, a to dvojnásobem:

- „*Jednej tak, aby maxima tvého jednání se mohla stát obecným zákonem*“;
- „*Jednej tak, abys používal lidství jak ve své osobě, tak v osobě každého druhého vždy zároveň jako účel a nikdy pouze jako prostředek*“.

Univerzalizace maxim (první formulace) zajišťuje, že není narušována svoboda druhých, obsahuje respekt všech vůči všem. Druhá formulace určuje hranice individuální svobody, ale i své vlastní – člověk nemá zneužívat jiné osoby, ale ani nechat zneužívat sám sebe druhými.<sup>28</sup>

Deontologický přístup vytváří strukturu povinností, závazků na jedné straně a zákazů na druhé, takže za normálních okolností je jakýmsi morálním kompasem pro uvažování i činy.

Ve vztahu ke katastrofám vyvstávají dvě otázky:

- Je tento soubor úplný, postihuje všechny myslitelné situace?

---

<sup>28</sup>SIROVÁTKA, Jakub: Bezpodmínečně platný mravní zákon: etika Imanuela Kanta. In ČAPEK, Jakub et al.: *Přístupy k etice II*. Praha: Filosofía, 2015, s. 77-93.

- A dá se, v extrémních situacích, modifikovat nebo dokonce nebrat na některé položky zřetel?

V případě mimořádných událostí je plnění povinností a dodržování disciplíny zásadní. Konání podle předem určených a nacvičených scénářů (traumatologické, evakuační, pandemické plány, plány krizové připravenosti apod.) může zajistit zvládnání chaosu na místě události, který je zejména v počátku vždy přítomen. Porušení předpisů nebo dokonce zákonů je obvykle sankcionováno tvrději (a to i případě civilního obyvatelstva). Přesto může dojít ke kolizi předpisu s naléhavou situací, například když jedinec poruší zásady bezpečnosti práce a za cenu vyššího rizika pro sebe nebo svůj tým se pokusí někoho zachránit.

V lékařské etice má deontologie nesporně velký význam – všechny etické kodexy, Hippokratovou přísahou počínaje, jsou souborem povinností, které se týkají lékařského povolání, vztahu k pacientům a k sobě navzájem. Etické kodexy vznikly na základě zkušeností nespočetných generací lékařů a jsou výrazem konsensu společnosti na nejlepším možném postupu v určité situaci. Brečka charakterizuje tvorbu ideálního chování jako postup tvorby normy konsekvencialistickým způsobem – shromažďováním dat i zkušeností, avšak poté deontologicky vyžadovanou.<sup>29</sup> Etické kodexy jsou všeobecně dostupné, podléhají společenské kontrole a jsou v obecném povědomí. Jsou však limitované právě tím, jaký je stupeň vývoje určité společnosti. K předpisům, které by měly řídit jednání zdravotníků, patří i odborná doporučení (podle nichž se hodnotí léčba *lege artis*), specifická legislativa či metodické pokyny organizací, ve kterých dotyčný/á pracuje. Přes všechny zákony, pokyny a nařízení existuje i všeobecně uznávaná výjimka svědomí, lékař má právo odmítnout nějaký postup nebo porušit nějaký předpis, pokud je v zásadní kolizi s mravními principy. V Etickém kodexu České lékařské komory je toto právo explicitně vyjádřeno odstavci 4 paragrafu 1 – Obecné zásady: „*Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. Svědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva.*“<sup>30</sup>

---

<sup>29</sup>BREČKA, Tibor: Konsekvencialismus, deontologismus a lékařská etika. *Praktický lékař* 2016, roč. 96, č. 1, s. 25-27.

<sup>30</sup>ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA: Stavovský předpis č. 10 – Etický kodex České lékařské komory. (24. 11. 2019) [2023-5-8]  
[https://www.lkcr.cz/doc/cms\\_library/13-sp-c-10-eticky-kodex-clk-101313.pdf](https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/13-sp-c-10-eticky-kodex-clk-101313.pdf)

I přes nesporný význam deontologického přístupu v medicíně obecně i v medicíně katastrof si musíme uvědomovat i limity aplikace. Plnění povinností, které je zároveň i mravně správné, bytostně závisí na kvalitě předpisu, který může být v rozporu s vyššími mravními normami. Může se například zdravotník ztotožnit s nařízením o omezení péče nepojištěným osobám, což odporuje spravedlnosti i respektu a důstojnosti každého jedince?

Je eticky relevantní porušit předpis v zájmu záchrany něčího života?

Aplikace etických norem daných kodexem může narazit i na extrémnost situace. I pokud se vrátíme k základům deontologie, ke Kantově univerzalizaci maxim, můžeme být schopni v časové tísní vyhodnotit, zda skutek, který je potřeba vykonat, je opravdu všeobecně platný pro každého jedince na zemi? Toto je v realitě velice obtížné, pokud nejde o všeobecně sdílené normy, jako je třeba nepřijatelnost zabití druhého člověka.

## **2.2. Konsekvencionalismus: hodnocení podle výsledku**

Konsekvencionalismus je dalším důležitým směrem v lékařské etice. Jak je zmíněno výše, klade se obvykle do protikladu k deontologii. Za nejdůležitější faktor, který určuje mravní správnost nebo nesprávnost, považuje výsledek. Konsekvencionalisté věří, že jednání je správné, pokud má nejlepší dopady, nebo tyto pozitivní důsledky (prospěch jedince nebo prospěch celé společnosti) dokonce maximalizuje. Předpokládá se zde – podobně jako v utilitarismu – že záchrana lidského života a zajištění pohody jsou dobré, smrt a utrpení naopak špatné. Reflektuje v tomto ohledu obecně sdílenou lidskou intuici. Naráží na své limity v okamžiku, kdy cesta k nějakému dobru je jednoznačně špatná, kdy se „dobra“ a „zla“ nedají jednoduše propočítat nebo kdy zamýšlený důsledek uvede do chodu řetězec událostí, jejichž dopady jsou neodhadnutelné nebo způsobí v budoucnosti větší zlo. Pro rozhodování musíme znát i souvislosti a dopady, a zcela přesná predikce všech důsledků jednání se v realitě jeví neuskutečnitelná. Rozhodování na základě předpokládaného výsledku je tedy zatíženo značnou mírou nejistoty.<sup>31</sup> I tak se ale v řešení mimořádné události konsekvencionalistický přístup uplatňuje: veškeré činnosti jsou směřovány a organizovány tak, aby důsledkem byla právě záchrana lidí, která se předpokládá jako výsledek.

I konsekvencionalismus klade ve vztahu ke katastrofám otázky:

---

<sup>31</sup>BREČKA, Tibor: Konsekvencionalismus, deontologismus a lékařská etika.

- Dovoluje extrémní situace jednání, které je v normálních časech neospravedlnitelné?
- Nebo extrémní situace pouze dramaticky odhaluje základní konsekvencionalistické morální principy?<sup>32</sup>

Konsekvencionalismus se uplatňuje zejména tam, kde se rozhodování týkají nikoliv jedince, ale většího počtu lidí, tedy v makroetické rovině, typické v kontextu mimořádných událostí. Cílem zvládnutí katastrofy je minimalizace úmrtí a utrpení.

Jeho kořeny nacházíme již v dávné historii, před více než 2500 lety. Za „státní konsekvencionalismus“ bývá označován mohismus, spojující prvky morální a politické filosofie čínského filosofa Muo Ti (cca 500 let př. Kr.). V době častých válek a hladomorů Muo Ti posuzoval všeobecné dobro na základě potřeb státu (populační růst, materiální síla, sociální pořádek), byl proti válkám. Jeho učení je pragmaticky zaměřené a založené na praktické žité zkušenosti. Dosahováním blahobytu jednotlivce skrze prospěchu státu má konsekvencionalistické rysy. Antika přinesla spíše individuální konsekvencionalismus v podobě učení hédonistů, epikurejců (maximalizace individuálního blaha), egoistů (maximalizace blaha, štěstí pro sebe) a asketiků (naopak abstinence od egoistických radostí). Všechny tyto směry cílí na jednotlivce. Státní podoba konsekvencionalismu se vrací s Machiavellim a jeho pohledem na absolutistické vládnutí, v němž se stírá hranice mezi státem a vladařem. Vladař má všemi prostředky bez ohledu na jejich (a)morálnost zabránit katastrofám (napadení, válkám) a ochránit svoje poddané před zničením, záhubou. Machiavellismus tak představuje až extrémní formu pragmatického konsekvencionalismu, redukuje morální pouze na politické hledisko. Mimo hranice absolutismu a mimo stav extrémního ohrožení či hrozícího zániku státu má z etického hlediska vážné nedostatky, protože naplňuje přísloví, že „*účel světí prostředky*“.<sup>33</sup>

Současné diskuze o konsekvencionalismu v souvislosti s katastrofami uznávají jeho nesporný význam v oblasti třídění, které má s omezenými prostředky zachránit co nejvíce životů. Záchrana života je univerzální a nejvyšší morální hodnota ve všech kulturách a společnostech, a tedy stojí výše než kulturně podmíněné konvence. Toto de facto umožňuje i poskytnutí zahraničních záchranných týmů v případě rozsáhlých

<sup>32</sup>ZACK, Naomi. *Ethics for Disaster*. s. 33-34, 45.

<sup>33</sup>RAKIĆ, Vojin: Disaster Consequentialism. In O'MATHÚNA, Dónal – DRANSEIKA, Vilius – GORDIJN, Bert (Eds.). *Disasters: Core Concepts and Ethical Theories*. Cham, Switzerland: Springer Open, 2018.

komplexních katastrof ve vzdálených oblastech se zcela odlišnou kulturou. (Zapojuje se i Česká republika prostřednictvím svých mobilních týmů – zdravotnický Traumatteam z Úrazové nemocnice Brno, USAR – Urban Search and Rescue tým HZS). Nad kulturně podmíněnými konvencemi stojí i jiné morální hodnoty, než pouze záchrana života – i zacházení s každým člověkem se stejným respektem a stejně spravedlivě je jednou z těchto hodnot. V případě katastrofy však může z pravidla snahy o záchranu života existovat výjimka: pokud by prostředky a síly věnované záchraně oběti bez naděje na přežití mohly zachránit více životů, pak se nasměrují na oběti s nadějí na přežití. Například resuscitace oběti s devastujícím poraněním hlavy může zaměstnat celý tým na nejméně 30 až 40 minut, aniž by byla naděje na uzdravu, za tu dobu může tým poskytnout ošetření až deseti a více jiným zasaženým, zajistit například stavění krvácení, zprůchodnění dýchacích cest a jiné život zachraňující úkony. Nutnost alespoň modifikované paliativní péče dosud žijícím obětem s infaustní prognózou již byla zmíněna. V běžných podmínkách se v podobných situacích věnuje každému maximální individuální péče, a na stejnou úroveň péče se přechází i v případě mimořádné události v okamžiku, kdy dosažitelné síly a prostředky maximální léčbu umožňují bez omezení pro jiné pacienty. Z toho nám vyplývá, že konsekvencialismus je vhodným etickým systémem pro oblast katastrof, kde se rozhodování týká velkého množství životů. Rakić tak navrhuje mluvit přímo o „konsekvencialismu pro katastrofy“.<sup>34</sup> Za standardních podmínek je však téměř nepřijatelný a převažuje deontologický přístup založený na profesionální etice.

### **2.3. Utilitarismus: záchrana co největšího množství zasažených s nadějí na přežití**

Utilitarismus patří ke směrům konsekvencialismu, avšak pro jeho význam jej probereme samostatně. Ve vývoji konsekvencialistické etiky byl významným mezníkem. Je spojován se jmény Jeremy Benthama a Johna Stuarta Milla. Zejména Mill měl ambici vytvořit univerzální morální teorii, v níž bylo ústředním pojmem dobro.<sup>35</sup> Vycházel ze tří základních tezí:

---

<sup>34</sup>RAKIĆ, Vojin: *Disaster Consequentialism*, s. 154-155.

<sup>35</sup>HILL, James: *Soudný utilitarismus Johna Stuarta Milla*. In ČAPEK, Jakub et. al.: *Přístupy k etice II*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, 2015, s. 177-197.



- konsekvencialismu: primárním předmětem morálního soudu nejsou samotné činy, ale jejich důsledky, nakolik přispívají k maximalizaci dobra a minimalizaci utrpení;
- hédonismu: dobro jako přítomnost štěstí a nepřítomnost utrpení, Millovými slovy: „*šťěstím se myslí potěšení a nepřítomnost bolesti, nešťěstím bolest a nedostatek potěšení*“. Mill se ohrazuje vůči námitkám, že jeho filozofie je přízemní a egoistická – poměrně podrobně se věnuje vysvětlení různých druhů potěšení, z nichž ty vyšší, duchovní považuje za hodnotnější; řadí k nim i zájem o druhé a zájem o obecné dobro, cílem ctnosti má být rozmnožování štěstí pro celou společnost, má-li k tomu jedinec předpoklady;<sup>36</sup>
- nestrannosti: je obsažena ve výroku Jeremy Benthama „*každý má platit za jednoho, nikdo za více než jednoho*“. Znamená to, že každý má nárok na dobro a ničí nárok nemůže být upřednostňován.

Bentham se dokonce snažil o kvantifikaci dobra a utrpení a stanovení „kalkulu štěstí“ na základě určení sedmi dimenzí, v nich se požitek či bolest dají měřit. Mill do teorie utilitarismu přidal cit pro kontext a porozumění pro komplexnost následků, uznává tzv. sekundární principy, což jsou obecně přijímané morální normy, které určují naše chování za běžných okolností. V okamžiku katastrofy, při hrozícím velkém utrpení pro mnohé, připouští porušení sekundárních principů ve prospěch zabránění onoho utrpení.<sup>37</sup>

Je tedy zřejmé, že v kontextu mimořádných událostí má utilitaristický koncept své významné místo, představuje kvantitativní etický přístup. Jak již bylo zmíněno výše, při zohlednění principu nestrannosti, se významně uplatňuje v systémech třídění. Je však velká asymetrie v tom, že prioritu má snižování ztrát a zmírňování utrpení, nikoliv podpora štěstí a zdraví. Někteří autoři poukazují i na to, že i v utilitářském přístupu k třídění se projevují odlišná historická a kulturní schémata, na jejichž základě je formulováno, co je dobré, co znamená prospěch pro určité lidi v určitém kontextu. Může to být záchrana života bez ohledu na cokoliv, i následnou sníženou kvalitu života, lze používat QALYs (quality adjusted life years) pro výpočet ztrát, mohou být preferovány osoby se specifickými potřebami jakožto zranitelnější, i když to překračuje čistě utilitaristický pohled?

<sup>36</sup>MILL, John Stuart, překlad ŠPRUNK, Karel: *Utilitarismus*. Praha: Vyšehrad, 2011, s. 40-81.

<sup>37</sup>HILL, James: Soudný utilitarismus Johna Stuarta Milla. In ČAPEK, Jakub et. al.: *Přístupy k etice II*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, 2015, s. 177-197.

Přidávají se tak i další prvky do rozhodovacího schématu. Strategie získává legitimitu a důvěryhodnost pouze pokud je s ní ztotožněna veřejnost, veřejná debata je nutností.<sup>38</sup>

Utilitární schéma porušuje individuální, svobodný a výlučný vztah pacient-lékař-sestra, který je etickým základem medicíny. Lékařova povinnost a odpovědnost se přesouvá všechny zasažené jako celek, na komunitu. Tím dochází ke spojení klinické péče a veřejného zdravotnictví v jediné činnosti.<sup>39</sup>

Přes obhajitelnost a všeobecnou shodu na utilitaristickém přístupu při mimořádných událostech je nutné zmínit i negativa. Může chybět monitorování péče a kontrola kvality, která je běžná za normálních okolností. Vždy by po skončení záchranných prací měla následovat podrobná analýza managementu mimořádné události se skutečnou reflexí všech postupů a rozhodování. Pokud je poskytování péče svěřeno personálu, který nemá výcvik v třídění a krizovém řízení, může docházet k chybným rozhodnutím. Proto jsou tak důležité opakované nácviky činností při vyhlášení traumatologického plánu a tyto činnosti se musí co nejvíce blížit běžné praxi.

Druhým problémem je neodhadnutelnost následků a stanovení „medicínského dobra“, které může být fiktivním konstruktem. Může být například zachráněno více životů, ale s následnou nízkou kvalitou života, nebo méně, ale bez handicapů? Kalkul utrpení není možné spočítat, a v okamžiku bezprostředního ohrožení života ani predikovat, jak daný pacient dopadne. Stejně tak není možné u každého medicínského postupu zvažovat jeho oprávněnost, zda jsou prostředky vynakládány na pacienty s nejlepší prognózou – tím bychom popřeli celý humanitární základ medicíny.

## **2.4. Etika principů: postup podle čtyř základních bioetických principů**

Etika principů je nerozšířenějším přístupem, se kterým jsou zdravotníci seznamováni již během studia a zná je i ten, kdo se hlouběji o etiku nezajímá. Beauchamp a Childress ji prvně představili v roce 1979 a vycházeli z Belmontské zprávy z roku 1978, ve které jsou stanoveny podmínky pro účast lidského subjektu ve výzkumu. Kniha má v současnosti již osm vydání a v každém z nich dochází k přepracování některých kapitol

---

<sup>38</sup>BARILAN, Michael Y.: Triage in Disaster Medicine: Ethical Strategies in Various Scenarios. In O'MATHÚNA, Dónal – GORDIJN, Bert – CLARKE, Mike: *Disaster Bioethics: Normative Issues When Nothing is Normal*. London, UK: Springer, 2014, s. 52-54.

<sup>39</sup>BARILAN, Michael Y.: Triage in Disaster Medicine: Ethical Strategies in Various Scenarios, tamtéž.

a k vypořádávání se s kritikou jejich teorie. Z Belmontské zprávy přebírají respekt k osobě, spravedlnost a prospěšnost a ve formulaci čtyř principů je mírně modifikují. Tyto principy představují určité obecné morální povinnosti, vycházející z obecné morálky, deduktivně jsou z ní odvozena pravidla a normy.<sup>40</sup>

Beauchampovy a Childressovy principy jsou:

- beneficence – prospěšnost,
- non-maleficence – princip nepoškození, nezpůsobení újmy;
- autonomie – respekt k volbám pacienta a jeho podíl na odpovědnosti za léčbu a zdraví;
- spravedlnost – spravedlivá distribuce zdrojů.

Mohou mezi nimi vznikat konflikty, z nichž konflikt mezi prospěchem a nepoškozením je v samé podstatě medicíny: invazivní úkony znamenají určitou újmu pacienta (vstupy do krevního řečiště, zajištění dýchacích cest, operace, srdeční katetrizace a mnoho dalších), ale jsou prováděny s cílem záchrany života a zdraví a v tomto ohledu mají při správné indikaci obrovský potenciál. Toto se nazývá „princip dvojího účinku“.

Postup je brán jako prospěšný, pokud:

- jednání samo o sobě je prospěšné nebo neutrální,
- úmyslem lékaře je prospěch pacienta,
- prospěch není docílen pomocí špatného efektu,
- nebo jsou velmi závažné důvody pro připuštění špatného efektu.<sup>41</sup>

První dva principy (prospěch a nepoškození) vycházejí z hippokratovské tradice, druhé dva (autonomie a spravedlnost) z anglosaské kultury. I když je původní autoři vnímají jako rovnocenné neboli horizontální, klade se v současném západním světě stále větší důraz na autonomii pacientů jako na nadřazený princip. Dochází k vývoji od přístupu, jehož středem byl zdravotník jakožto nositel odborných znalostí a ten, kdo rozhoduje, k přístupu více partnerskému. Tím vzniká větší rovnováha ve vztahu lékař-pacient. Sdílené rozhodování je nesporně náročné na komunikační dovednosti a otevřenost zdravotníků, na druhé straně z nich snímá nadměrnou odpovědnost za celý proces a výsledek léčby. Důraz na pacientovy preference a osobní hodnoty však neznamená, že by pacient měl právo vyžadovat léčbu non lege artis. Stejně tak nemůže

---

<sup>40</sup>KUŘE, Josef. *Prospektivní bioetika – Studie ke konceptu etiky biomedicinských technologií*. Praha: Nakladatelství Filosofia, 2020, s. 260-276.

<sup>41</sup>VÁCHA, Marek – KÖNIGOVÁ, Radana – MAUER, Miloš. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012, s. 55-59, s. 279-288.

požadovat, aby lékař či zdravotník provedl cokoliv nezákonného nebo byl spoluúčasten na něčem, co považuje za nemorální (tzv. výhrada svědomí). Princip autonomie má vlastně právní základ v aplikaci a obhajobě patientských práv – právo na seburčení, na svobodnou volbu lékaře, na nejlepší možnou dosažitelnou péči a další. Chápání autonomie může být také značně odlišné v různých kulturních kontextech, a tak může aplikace tohoto principu v různých oblastech světa dojít ke zcela odlišným řešením. Z tohoto pohledu tedy není princip autonomie skutečně univerzální kvůli své kulturně-antropologické podmíněnosti.

Z hlediska konání zdravotníků je pak důležitým principem non-maleficence: konat tak, aby nedošlo k poškození pacienta. Při úvahách o principech beneficence a nonmaleficence jde i o zvažování poměru rizika a prospěchu jednotlivých léčebných postupů, a v obecném smyslu o prognózování. Princip spravedlnosti uplatňuje celospolečenské hledisko – přístup k léčbě musí být rovný a spravedlivý v tom smyslu, aby vyrovnával nespravedlivé nerovnosti (inequities). Rizika a zátěž by měla být rozložena rovnoměrně, v širším pohledu může být zahrnuta i mezigenerační spravedlnost. Při hodnocení medicínských indikací nesmí být přípustné jiné než medicínské hledisko. Nikdo nesmí být diskriminován v přístupu k léčbě na základě rasy, pohlaví, sociálního statusu, praktikovaného náboženství, národnosti, věku, životního stylu nebo jakéhokoliv jiného faktoru.

Kritici etiky čtyř principů vznášejí několik okruhů námitek. Tvrdí, že jde pouze o principy, nikoliv o ucelenou etickou teorii, že jí chybí systematickosti a při kolizi jednotlivých principů neumožňuje nalézt řešení, který by byla uspokojivě odůvodněná teoreticky. Další námitkou je, že se dovolává na obecnou morálku, kterou předpokládá, aniž ji nějak definuje. Třetí okruh námitek se týká názoru, že principy jsou návodem k jednání a nemají lokalizaci v nějakém etickém systému, odvolávají se na různé směry. V praxi je pro jejich horizontálnost nutné vyvažování, pokud dojde k jejich kolizi – konflikty připouští i samotní autoři.<sup>42</sup> Pro mnoho současných problémů nenabízejí vhodná řešení pro svůj limitovaný metodologický přístup. Na druhé straně jsou principy všeobecně známé, jednoduché, srozumitelné a praktické, a vymezují určité hranice ve vztahu zdravotník-pacient. Přes svůj redukcionismus přispěly k rozvoji bioetiky, dají se použít v různých kontextech a jsou praktickým prostředkem regulace střetu zájmů. Pro

---

<sup>42</sup>BEAUCHAMP, Tom – CHILDRESS, James. *Principles of Biomedical Ethics*. Eight Edition. New York, USA, 2019, s. 15-16.

nalezení pragmatických řešení a stanovení předpisů jsou dobrým nástrojem. Vhodně se uplatňují v biomedicínském výzkumu.<sup>43</sup>

Principy se dostávají do konfliktů i za běžných okolností, tím spíše během katastrof. Přístupy vycházející z utilitarismu a konsekvencionalismu, jejichž cílem je záchrana co největšího množství životů, nemohou zcela naplnit princip autonomie. V extrémních podmínkách svobodná volba lékaře nebo dlouhé diskuze zvažující přínosy a rizika daného postupu prostě neexistují. Pokud je vyhlášen výjimečný nebo nouzový stav, jsou omezeny i některé svobody a práva, jinak nezcizitelná. Vychází to z principů společenské smlouvy podle pojetí Thomase Hobbesa. Stát, Leviathan, zajistí svým občanům bezpečí výměnou za to, že se vzdají části svých práv. Přesně toto je půdorys krizového plánování a krizové legislativy. Specifikace, jaká tato dohoda mezi státem a občanem o míře omezení svobod ve jménu bezpečí (nebo bezpečnosti) je ještě přijatelná, by měla vzejít z veřejné debaty. V ní by mělo být probráno, jaká rizika jsme jako celá společnost ochotni podstoupit, abychom si práva a svobody ponechali nedotčené, nebo naopak co jsme ochotni obětovat, abychom se cítili v bezpečí. Je také potřeba si uvědomit, že mezi pojmy bezpečí a bezpečnost není rovnítko: bezpečí je široký pojem a zahrnuje ochranu před všemi myslitelnými zdroji nebezpečí – přírodními i lidskými, ale zahrnuje i připravenost a odpovědnost na individuální úrovni. Bezpečností se rozumí zajištění proti lidským nepřítelům, zejména proti kriminální (terorismus) nebo státní agresi (válka); má co do činění se silovými složkami státu, armádou a policií. Pokud jsou pak se zněním společenské smlouvy vtělené do legislativy nebo do doporučení autorit občané srozuměni, pak se s opatřeními v nouzových stavech lépe ztotožní.<sup>44</sup> Ukázala to i pandemie: nejlépe z ní vyšly státy, kde byla vysoká důvěra ve stát a autority, zatímco restriktivní či volnější politika měla na celkový počet obětí a mortalitu podstatně menší vliv. Ve státech s vyšší mírou důvěry nehrálo velkou roli ani to, zda opatření byla vymáhána pomocí zákonů a kde byly za porušení protiepidemických opatření sankce, nebo kde autority pouze formulovaly odborná doporučení. V České republice je důvěra v instituce na velmi nízké úrovni, debata o krizové připravenosti ve veřejném prostoru dosud vůbec nezazněla a komunikace autorit během pandemie byla nedůvěryhodná a chaotická, což nesporně přispělo k tomu, že ve světovém konečném součtu patříme navzdory robustnímu systému lůžkové a intenzivní péče k nejpostiženějším zemím.

---

<sup>43</sup> KUŘE, Josef. *Prospektivní bioetika – Studie ke konceptu etiky biomedicínských technologií*, s. 325-329.

<sup>44</sup> ZACK, Naomi. *Ethics for Disaster*, 69-72.

## 2.5. Etika ctností neboli etika mravní zdatnosti v kontextu katastrof ve 21. století

Předmětem etického hodnocení je ve výše uvedených etických systémech jednání. Tyto systémy vycházejí z povinností, které mohou být dané zvenku, z principů, jimiž se konání má řídit, z cílů, kterých má dosáhnout. Orientují se tedy na vnější morální kritéria a nesoustřeďují se na subjekt jednání, na jeho morální charakter. Etika ctností neboli etika mravní zdatnosti klade do středu pozornosti právě jednajícího jedince a hodnotí vnitřní kritéria jednání. V tomto pojetí jsou důležité i emoce, intuice, zkušenost a vztahy subjektu, a v neposlední řadě jeho zodpovědnost. Etika ctností v podstatě studuje charakterové rysy a vnitřní motivace jednotlivců. Avšak ani mravní zdatnost sama o sobě nezaručuje automaticky správné jednání – je jeho předpokladem a jednání musí též odpovídat vnějším etickým kritériím. Mravně zdatný profesionál je schopen správného jednání i v situaci chybění norem či tam, kde jsou mezi normami konflikty.<sup>45</sup> A jak již bylo opakovaně zmíněno, právě mimořádné události tyto situace obsahují ve své podstatě a zhodnocení kontextu je nezbytné.

Jaké jsou tedy ctnosti potřebné pro poskytování zdravotní péče? A jsou stejné v případech řešení mimořádných událostí?

Beauchamp a Childress zdůrazňují, že k tomu, aby byl člověk dobrým lékařem, sestrou nebo obecně profesionálem ve zdravotnictví, nestačí jen vysoká odbornost a „technické“ dovednosti, ale především naplňováním dobových standardů praxe, které jsou vtěleny do základů medicíny, ošetrovatelství a veřejného zdravotnictví. Můžeme je najít v etických kodexech, kde odrážejí i náhled na role lékaře a dalších zdravotníků v historické perspektivě. U Hippokrata jsou ctnostmi uměřenost, střízlivost, trpělivost a zbožnost. Nacházíme je ve standardech pro lékařská povolání po celá staletí. Na počátku 19. století vyšla kniha Thomase Percivala *Medical Ethics*, kde autor stanovuje jako nejvyšší cíl lékařského snažení to, aby jednal „v nejlepšího zájmu pacienta“, což je termín užívaný do dnešní doby. Tento paternalistický model se udržel téměř 200 let, kdy teprve koncem 20. století dochází k většímu důrazu na autonomii. Přesto se princip „nejlepšího zájmu pacienta“ objevuje tam, kde pacient nemůže udělit informovaný souhlas a jeho stav vyžaduje provedení nějakého léčebného zákroku bezodkladně, v zájmu záchrany života

---

<sup>45</sup> KUŘE, Josef. *Prospektivní bioetika – Studie ke konceptu etiky biomedicínských technologií*, s. 309-319.

a zdraví. Právě v urgentní, intenzivní a resuscitační medicíně se tyto situace vyskytují častěji než v jiných oborech medicíny.

Pro současnost pak Beauchamp a Childress uvádějí pět ústředních ctností pro zdravotnické profese:

- soucit (ve smyslu empatického vztahování se k druhým, emočního i kognitivního pochopení jejich situace), který vede ke snaze odstranit nebo zmírnit utrpení druhých;
- schopnost rozlišovat dobré od zlého, učinit rozhodnutí na základě vhledu a vyhodnocení situace, někdy je přirovnávána k praktické moudrosti z Aristotelových ctností;
- důvěryhodnost,
- čestnost, zásadovost;
- svědomitost v konání správných činů a na základě správných úmyslů.<sup>46</sup>

Kuře píše o plurálu hodnot, které v souhrnu vytvářejí mravní zdatnost, a vyzdvihuje především vyváženost a uměřenost, které zabraňují nerozváznému jednání. Dále zmiňuje schopnost zaměření na cíl, a stejně jako Beauchamp a Childress praktickou moudrost umožňující zvolit vhodný prostředek k dosažení cíle.<sup>47</sup> Na potřebnosti všech těchto vyjmenovaných ctností za podmínek běžné péče bychom se jistě shodli. Jsou v okamžiku vzniku mimořádné události některé z nich nepotřebné, a naopak potřebujeme něco zcela jiného?

Všichni autoři, kteří se dlouhodobě zabývají etikou medicíny katastrof, se shodují na tom, že pro mimořádné události není potřeba jiný rámec etiky, naopak. Stávající pravidla a existující morální úvahy a argumenty se musí přenést z normálních časů do „nenormálních“. Jinými slovy, když se katastrofa stane normálním životem, je lepší, aby její hrdinové měli běžné ctnosti, než aby hrdinové normálního života získávali ctnosti pro katastrofy.<sup>48</sup>

Jak tomu rozumět? Že každý z nás má potenciál být hrdinou v krizi?

Odpověď zní ano. Potenciál zvládnout náročné situace se ctí může mít opravdu každý, bez ohledu na vrozený temperament a odlišnou a jedinečnou míru jednotlivých vlastností, se kterými se kdo narodí. Ctnosti jako určité rysy charakteru, které se však musí během

---

<sup>46</sup> BEAUCHAMP, Tom – CHILDRESS, James. *Principles of Biomedical Ethics*. Eight Edition. New York, USA, 2019, s.32-45.

<sup>47</sup> KUŘE, Josef. *Prospektivní bioetika – Studie ke konceptu etiky biomedicinských technologií*, 338-339.

<sup>48</sup> ZACK, Naomi. *Ethics for Disaster*. s. 58.

celého života rozvíjet, posilovat a zdokonalovat, již v tomto dynamickém pojetí nazíral Aristoteles. Jde opravdu o celoživotní úsilí a proces, a je důležité si uvědomit, že ctnosti jsou i dobově vázané. Antické ctnosti byly odrazem požadavků na tehdejší privilegovanou elitu – byly vlastnostmi bohatých dobře situovaných mužů v dobách válek. Jejich odraz však nacházíme i v dnešním světě – západní společnost adoruje obraz hypermaskulinního agresivního a dravého hrdiny, který je ztotožňován s vůdcem pro dobu krizí. Tímto způsobem jsou chápáni vhodní vůdci mezi politiky a obraz dramatické odvahy a rychlého myšlení i rozhodování je spjatý se silovými složkami. Týká se to především policie a armády, ale ani zdravotnické záchranné služby nejsou vůči tomu imunní. Podobní hrdinové (a vlivem sílícího tlaku na genderovou rovnost i hrdinky) se objevují v thrillerech, detektivních i špionážních románech, seriálech a filmech. Vůči fascinaci obrazem bezhlavé odvahy, která ve jménu cíle porušuje i pravidla a normy demokratické společnosti, bychom však měli být skeptičtí. Hektická a nerozvážná odvaha může s sebou nést ztrátu soucitu a empatie, které jsou zvláště ve zdravotnictví klíčové. Může také vést až k jistému exhibicionismu a ztrátě sebereflexe, když jednatelé jsou oslněni tím, že se ocitají v centru pozornosti, či roli, kterou před publikem hrají.

Aristoteles zdůrazňoval uměřenost, střed extrémů, správnou míru, a to se zohledněním osoby jednatelova, ale i okolností a kontextu. Rozumná, přiměřená statečnost stojí podle něj mezi bezhlavou opováživostí a zbabělostí, štěrnost stojí mezi rozhazovačností a hamizností. Uměřenost ve vztahu k nějaké situaci umožňuje volbu správného jednání. V centru jeho nauky bylo pěstování ctností a hledání cesty ke štěstí (eudaimonia).<sup>49</sup> Inspiraci tedy můžeme nalézt již v antice – konceptem přiměřenosti uplatnění určité vlastnosti, dynamickou povahou ctností s potřebou jejich celoživotní kultivace, snahou o porozumění sám/sama sobě a reflexí vlastních chybných rozhodnutí.

Někteří autoři zdůrazňují jako důležité pro situace řešení mimořádných událostí neheroické ctnosti, především zásadovost (čestnost) a svědomitost. Pokud s sebou katastrofy přinášejí morálně ambivalentní situace a dilemata, právě charakter a ctnosti těch, co rozhodují (na kterékoliv úrovni řízení) jsou tím, na co se v roli možných zasažených můžeme spolehnout.<sup>50</sup>

Lars Löfquist i Naomi Zack považují za současné ctnosti zásadovost, odvahu, laskavost a schopnost přátelství. Poslední dvě bychom mohli zařadit mezi tzv. „soft

<sup>49</sup>ŠPINKA Štěpán et al. *Přístupy k etice I*. Praha: Filosofia, 2014, s. 22-35.

<sup>50</sup>ZACK, Naomi. *Ethics for Disaster*. s. 49-66.



skills“, jejichž důležitost se stále více zdůrazňuje v dnešní medicíně. Ve vztahu ke katastrofám klade Löfquist dvě otázky:

- *Co je z hlediska mravnosti správná reakce na katastrofu, která se týká nás samotných jako zasažených?*
- *Co je z hlediska mravnosti správná reakce na katastrofu, která se týká druhých osob?*

Uvádí dvě ctnosti – pro první situaci ctnost odolnosti, pro druhou ctnost humanity, související s postoji k utrpení druhých.

Odolnost souvisí s faktem, že lidský život byl a stále ještě je zranitelný a křehký. Původní filozofické otázky zněly, jak utrpení snášet, jak se k němu vztáhnout, nikoliv jak se mu vyhnout. Již Aristoteles se zmiňuje, že statečnou osobu nečekané události nezlomí, ani je nebude popírat, ale připustí jejich hrůzu a bude jednat. Hume vidí důležitost houževnatosti, považuje ji za charakterovou vlastnost z hlediska jednotlivce. Odolnost může být důležitá i pro obnovu zasažené komunity po mimořádné události. Má dimenzi sociologickou, ekonomickou i ekologickou. Vyjadřuje schopnost čelit nenadálému, zvládnout situaci, potlačit strach a překonat ho. I odolnost se stejně jako jiné ctnosti, dá rozvíjet a pracovat na ní, „trénovat“ ji.<sup>51</sup>

Druhou dimenzí reakci na katastrofy je postoj k utrpení druhých – humanita. Tu Löfquist definuje jako zaměření na pomoc lidem v nouzi a vidí ji jako klíč k dobrému životu. Je označována termíny prospěšnost, laskavost a pocit sounáležitosti. Již Aristoteles prohlašoval pomoc druhým jako klíč k dobrému životu. Univerzalitu pomoci, tedy nejen pomoc přátelům, ale všem lidem bez rozdílu, nacházíme již u řeckých i římských antických autorů a je oceňována ve všech epochách vývoje lidstva. Sara K. Geale se vrací k odvaze a odolnosti, a přidává k nim ještě prozíravost, avšak upozorňuje, že odezva na mimořádné události může zvýraznit další rysy charakteru potřebné v nových situacích. Soustředí se i na spravedlnost ve smyslu dosažení rovnovážné alokace zdrojů. Spravedlnost jako ústřední bod při řešení katastrof bude probrána samostatně.

Etika ctností má ve vztahu k mimořádným událostem své místo, nabízí komplexnější chápání lidských morálních vztahů, bere v úvahu jedinečnost každého jednotlivce i každé situace a neomezuje se jen na povinnosti nebo racionalitu. V nepředvídatelných situacích, pro které nemáme stanovené jasné postupy nebo jsou stanoveny jen v obrysech, je

---

<sup>51</sup>LÖFQUIST, Lars: Virtue Ethics and Disasters. In O'MATHÚNA, Dónal – DRANSEIKA, Vilius – GORDIJN, Bert (Eds.). *Disasters: Core Concepts and Ethical Theories*. Cham, Switzerland: Springer Open, 2018, 203-214.

spoléhání na morální zdatnost těch, co na řešení a rozhodování podílejí, velmi důležité. Kritici však poukazují na to, že není uceleným systémem normativní etiky.

## 2.6. Spravedlnost a rovnost všech v přístupu ke zdrojům a koncept lidských práv

Pokud budeme uvažovat o spravedlnosti, je potřeba si uvědomit existenci „spravedlivých“ a „nespravedlivých“ neboli strukturálních nerovností. Anglické termíny pro nerovnosti rozlišují mezi *inequity* pro nespravedlivé nerovnosti, kterým se lze vyhnout a které vyplývají ze špatné správy zdrojů, z korupce nebo z kulturního, politického, sociálního či jiného druhu vyloučení jednotlivců a skupin. Naproti tomu *inequality* popisuje interindividuální rozdíly, například na základě biologických či genetických faktorů, které nejsou způsobeny nespravedlivým rozdělením zdrojů. Rozlišení mezi rozdíly a nerovnostmi vyžaduje, abychom přemýšleli o tom, jaké jednání je etické.<sup>52</sup> Při mimořádných událostech se z globálního pohledu nespravedlivé nerovnosti ještě více prohlubují a země nebo regiony s horšími výchozími podmínkami tak bývají zasaženy více, dopady na infrastrukturu jsou závažnější, systém zdravotní péče není připraven a nemá kapacity na zvládnutí bezprostřední fáze odezvy a středně a dlouhodobých dopadů události. Často jde i o selhání vlád států v zajištění bezpečnosti a lidských práv (v první řadě práva na život) pro svoje občany. Mezinárodní humanitární pomoc je sice chvályhodná, avšak ve své podstatě je nespravedlivá. Je selektivní, nemá potenciál odstranit veškeré utrpení všude na světě a je i různý objem finančních prostředků, které jsou do řešení různých katastrof investovány, nejzranitelnější populace mohou být pro záchranné složky nebo humanitární pomoc nejhůře dostupné. Příkladem může být zemětřesení v Turecku a Sýrii v únoru 2023, kdy většina pomoci i z bezpečnostních důvodů směřovala do Turecka, zatímco v Sýrii zůstalo bez střechy nad hlavou přes 5 milionů lidí a země byla vystavena zemětřesení na pozadí trvajícího válečného konfliktu. Přírodní katastrofy bývají vnímané jako tragicky osudné, přitáhnou pozornost a ovlivní tím pozitivně filantropickou pomoc a štedrost veřejnosti prostřednictvím veřejných sbírek. Jiné neméně závažné, ale plíživé zdravotní katastrofy (například epidemie HIV/AIDS, hladomory, ale i proběhlá pandemie COVID-19) nemají

---

<sup>52</sup>ŠEBLOVÁ, Dominika: Všudyprítomnost nerovností v poskytování zdravotní péče. In: In ŠEBLOVÁ Jana – MATĚJEK, Jaromír, a kol. *Etika urgentní medicíny – z pohledu každodenní praxe*. Praha: Grada Publishing a.s. 2023, s.130-138.

takový potenciál mobilizace zdrojů, a tak jsou investované prostředky obvykle nižší, ačkoliv mezi různými typy tragédií není žádný morálně relevantní rozdíl. Každý lidský život má stejnou hodnotu, pro rozdílnost humanitární pomoci není tedy žádné ospravedlnění. Spravedlnost se stává v medicíně katastrof ústřední hodnotou.<sup>53</sup>

V úvodní části již byla zmíněna nutnost zajistit v případě vzniku mimořádné události vyšší míru ochrany a pomoci zranitelným a znevýhodněným skupinám. Týká se to i třídění, kde utilitaristický přístup je doplněn „neutilitaristickým“ přidělením vyšší priority dětem, těhotným a debata se vede i o seniorech. Nicméně dominantní oblastí pro vyšší ochranu zranitelných populačních skupin je plánování, prevence (mitigace), humanitární pomoc a fáze obnovy v cyklu katastrofy (viz. kap. 1.2). Z toho také vyplývá, kdo se na řešení nespravedlivých nerovností má podílet, kdo je zodpovědný za rozhodování a čeho se rozhodování týká.

Roviny rozhodování, a tedy i různé úkoly v zajištění spravedlivého (tedy nikoliv rovného) přístupu:

- Perspektiva veřejného zdravotnictví, založená na populační statistice – politická rozhodnutí; cílem je nastavení podmínek pro zmírnění až odstranění strukturálních nerovností v přístupu ke zdravotní i humanitární pomoci a péči. Uplatní se zejména při plánování, prevenci a nastavování systémových změn pro řešení krizí v budoucnosti, včetně zajištění finančních zdrojů na adekvátní přípravu. Primárně je úkolem vlád jednotlivých států. Mezinárodní pomoc je doplňková, avšak díky morálnímu imperativu pomoci a prevence vznikají obrysy globální bioetiky.
- Perspektiva manažerská, organizační. Nastavení plánu činností a zajištění přípravy pro konkrétní organizace, podle úkolu, který v případě mimořádné události má. Jiné požadavky jsou na záchranné složky, jiné na nemocnice, jiné na dobrovolnické organizace či na týmy vysílané do zahraničních humanitárních misí. Orientuje se na plánování a výcvik na nižší úrovni než celospolečenské, přebírá krizové řízení v případě vzniku mimořádné události, kdy se stává tato rovina exekutivní.

---

<sup>53</sup>TEN HAVE, HENK: Macro-triage in Disaster Planning. In: O'MATHÚNA, Dónal – GORDIJN, Bert – CLARKE, Mike: *Disaster Bioethics: Normative Issues When Nothing is Normal*. London, UK: Springer, 2014, p. 13-32.

- Komunitní. Příprava a odezva na úrovni komunity, na základě vztahů a sociální odpovědnosti. Zahrnuje jak plánování, prevenci a obnovu, tak i krizové řízení dostupných zdrojů, spolupráce s mnoha aktéry horizontálně i vertikálně a koordinace pomoci. Příkladem může být činnost samospráv během mimořádných událostí – při povodních, požárech, po tornádu apod.
- Profesionální a lidská. Týká se jednotlivých osob a uplatňuje se především ve fázi bezprostřední odezvy, v kontaktu se zachraňovanými. V pomoci se uplatňuje solidarita a soucit ve smyslu vztahovém, a především zachování lidské důstojnosti obětí mimořádné katastrofy. Právě ohrožení lidské důstojnosti, spravedlnosti a porušování lidských práv může hrozit, pokud převládne utilitarismus nad vědomou ochranou lidských práv i v kontextu katastrof.

Lidskoprávní pohled je důležitý i proto, že v centru pozornosti se ocitají strukturální násilí a ekonomické nespravedlnost na jedné straně a globální solidarita na straně druhé. Je kladen důraz na to, že nejde pouze o oběti, ale především o nositele lidských práv, byť jsou zasaženi tragédií. Poskytování pomoci je založeno na neutralitě a nestrannosti, na zákazu jakékoliv diskriminace.

Základní etický rámec pro katastrofy je založen na humanitárním přístupu a péči o druhé, je motivován soucitem a solidaritou. Orientuje se na pomoc individuálním obětem, které jsou si ve své zranitelnosti rovny. Nicméně limitem tohoto pohledu je právě zaměření na hodnoty spojené se záchranou životů a méně již na ostatní hodnoty, jako jsou důstojnost a spravedlnost. Zaměření úsilí na jedince také zastiňuje kulturní, historické a ekonomické nerovnosti, ze kterých nespravedlnost a zvýšená zranitelnost pramení. Kritika humanitárního rámce obrátila pozornost k lidským právům, která mohou být během katastrof ohrožena: právo na život, bezpečí, přístřeší, na přístup ke zdravotní péči. Vlády států mohou zanedbávat svoje povinnosti v zajištění bezpečí svých občanů a závazky v oblasti ochrany lidských práv. Rada OSN pro lidská práva začala v posledních přibližně patnácti letech spojovat lidskoprávní přístup s řízením katastrof. Ochranu lidských práv vidí jako klíčovou komponentu krizového managementu, kterou je nutné začlenit do prevence, plánování, humanitární pomoci i obnovy. Jedna z výhod tohoto posunu je zakotvení do mezinárodního práva a existence mezinárodních institucí lidských práv. Vyplývají z toho závazky vlád jednotlivých států a pomoc v krizi se tak stává povinností a otázkou globální spravedlnosti, nikoliv záležitostí dobrovolné charity. Humanitární a lidskoprávní přístupy se protínají v pojmu zranitelnosti. Zranitelnost se může týkat každého, je možností újmy, a vynucuje si tedy preventivní aktivitu k jejímu

odvrácení. Jejím základem je schopnost lidských bytostí vnímat utrpení druhých a čelit mu vzájemností, pomocí a péčí. Globalizace přinesla pojmu zranitelnosti větší význam a zviditelnila jej, neboť s globalizací rozpoznáváme nerovnosti v celosvětovém měřítku. Zatímco humanitární přístup je orientován na jedince a jeho bezprostřední záchranu, lidskoprávní pohled na katastrofy je daleko více zaměřen na prevenci a připravenost. Proto má díky vnímání příčin vulnerability potenciál vyrovnání nerovností i mimo katastrofu, a navíc se stává globální záležitostí.<sup>54</sup>

Lidská práva se okamžikem vzniku katastrofy neztrácejí, nemohou být odňata za žádných okolností. Jejich naplňování však může být obtížnější a může i v této oblasti nastat potřeba prioritizace. Na prvním místě stojí záchrana života, hned na dalších místech zajištění základních potřeb jako je přístřeší, voda, jídlo, bezpečí, ochrana zdraví. Pomoc má být poskytována na základě potřeb, které jsou vzájemně propojené. Potřeby vytvářejí určité kontinuum. Například potřeba a právo na přístřeší se může v průběhu obnovy vyvíjet od nouzového přístřeší přes přesídlení až po zajištění normálního bydlení buď v původní nebo v nové lokalitě.

Je tedy zřejmé, že jak humanitární, tak lidskoprávní pohled se v případě krizového řízení vhodně doplňují. Záchrana lidských životů, solidarita a soucit se spojuje s rámcem lidských práv. Zranitelné a zasažené osoby nejsou oběti s potřebou ochrany a nejsou závislé na laskavosti silných, naopak mají na pomoc právo. Potřebujeme se navzájem, vnímáme bolest druhých a jsme schopni spolupracovat i za okolností, které se vymykají normálu.

## **2.7. Komunitarismus a etiky péče**

Zmínila bych zde ještě dvě etické teorie, které mohou mít z hlediska zvládnání katastrof význam: komunitarismus a etiku péče. V literatuře týkající se medicíny katastrof nejsou dosud příliš zpracovány, na rozdíl od ostatních etických směrů, přesto některé prvky mohou být inspirativní.

Komunitarismus zdůrazňuje význam místních zvyklostí, tradic, hodnot i kontinuitu vycházející ze společné historie jako formativní prvky etické normativity. Tvrdí, že nelze

---

<sup>54</sup>TEN HAVE, HENK: Disasters, Vulnerability and Human Rights. In: O'MATHÚNA, Dónal – DRANSEIKA, Vilius – GORDIJN, Bert (Eds.). *Disasters: Core Concepts and Ethical Theories*. Cham, Switzerland: Springer Open, 2018, s. 157-173.

jedince vytrhnout z jeho prostředí a vazeb a uvažovat pouze v pojmech univerzálních liberálních hodnot, nelze nikdy dosáhnout nestranné objektivit. Všichni jsme zakotveni v určitém prostředí, jehož normy přirozeně sdílíme, morální komunitní já („*common self*“) je důsledkem jednání a názorů, které strukturují zkušenost. Někteří komunitaristé vidí individuální já jako hrozbu rozvolňující vazby nezbytné pro vytváření pevného mravního rámce. Ten vychází ze sociálního a historického zázemí a formuje schéma individuálních hodnot členů komunity. Komunitarismus je skeptický i vůči roli státu, který je příliš velkým aktérem a nezohledňuje právě zakotvení jedinců v místních komunitách. Stát a instituce z tohoto pohledu interferují s lokální autonomií.

Je nutné si uvědomit, že přínos místních komunit v řešení mimořádných událostí a zmírňování dopadů zdůrazňují téměř všechny etické směry – čím je tedy komunitarismus odlišný? Je to právě pojem komunitního já, hodnota sociálních vazeb a věrnost společným hodnotám, co je ohroženo. Katastrofa není jen součtem individuálních lidských tragédií a ztrát, komunita má svou vlastní hodnotu nezávisle na všech jejích členech, sociální vazby dávají lidským životům cíl a smysl – toto vše může být v důsledku katastrofy nenávratně zničeno. Příkladem je přestěhování zasažených osob po hurikánu Katrina, kdy dlouhodobě vznikající sousedská společenství zanikla; kvůli zničení celých čtvrtí New Orleans se jejich obyvatelé neměli kam vrátit.<sup>55</sup> Totéž se děje během války na Ukrajině, kdy dochází k ničení celých vesnic a někdy i měst a přesídlování v rámci státu i do zahraničí.

Komunita je důležitá v bezprostřední fázi katastrofy, kdy na úrovni státu obvykle vládne chaos a distribuce pomoci se teprve začíná organizovat, často to jsou právě katastrofy, ve kterých se zrodí silné a společné etické cítění členů místních komunit a zhmotní se v nezištnou sousedskou pomoc. Ta může být účinná i díky znalosti prostředí i potřeb. Na prvotní reakci na katastrofu se podílejí jednotlivci, formální i neformální místní skupiny a místní samospráva. Tito všichni aktéři pak jsou obvykle schopní lépe koordinovat a distribuovat pomoc podstatně dříve, než se zapojí i státní instituce. Stejně tak jsou lokální organizace schopné lépe definovat konkrétní rizika a potřeby při přípravě a prevenci, a to i z hlediska společných etických norem, a systém přípravy a odezvy tak může skutečně lépe fungovat.

---

<sup>55</sup> VOICE, PAUL. Disasters and Comminitarism. In O'MATHÚNA, Dónal – DRANSEIKA, Vilius – GORDIJN, Bert (Eds.). *Disasters: Core Concepts and Ethical Theories*. Cham, Switzerland: Springer Open, 2018, s. 189-202.

Komunitaristický přístup však může zpochybňovat vzájemnou pomoc mezi komunitami. Proč by nezasažené komunity měly pomáhat zasaženým, a nestarat se hlavně o své členy? A jakým způsobem se dělit s podobně zasaženými, ze stejného důvodu? V tomto ohledu je liberální univerzalistický přístup eticky jednoznačnější. Komunitaristická pozice maximalizace dobra svojí vlastní komunity může být v rozporu s distributivní spravedlností nahlíženou optikou celku. Problém může být i nejasná definice a ohraničení komunity v dnešní pluralistické společnosti, každý z nás může patřit do různých sociálních skupin, s nimiž cítí sounáležitost. Při pomoci během zvládání mimořádné události se mohou etické hodnoty zachránců, tedy „nečlenů“, dostat do kolize s normami zasažené komunity a vyvstává otázka, zda může komunita nutit pomáhající vzdát se jejich vlastního přesvědčení.

Etika péče spojuje více směrů, které považují za důležité aspekty etiky vztahovost, zaměřují se na konkrétní a specifické v jednotlivých situacích. Nevycházejí pouze z racionálního vyhodnocení, ale zapojují i intuici, zkušenosti, vztahy a pečování. Jsou blízké etice ctností a etice odpovědnosti, hlavní metodou je indukce a empirický přístup.<sup>56</sup> Jako aplikovaná etika se uplatňují se v mnoha oblastech, od vzdělávání, zdravotnictví přes environmentální etiku a etiku vztahu ke zvířatům až k podnikové etice, ale zasahují až do popkultury nebo otevírají kontroverzní kulturní témata. Svojí ochotou k prozkoumávání nových dilemat a kategorií spolu s důrazem na zkušenosti mohou přinést do medicíny katastrof přístup s menším psychologickým tlakem na poskytovatele. Částečně se etiky péče překrývají s feministickými směry, ale přestože je péče spojována s ženstvím, bylo by chybou vnímat je pouze optikou feministických teorií. Péče je vnímána jednak jako hodnota, univerzálně sdílená zkušenost nezbytná k přežití jedince a společnosti, a zároveň jako aktivita, která je zapotřebí k životu. Morální kritéria jsou odvozená ze vztahů mezi aktéry, nikoliv z jejich individuálních dispozic jako v etice ctností.

Ve vztahu k mimořádným událostem, a k pandemii COVID-19 zejména, upozorňují autoři a autorky hlavně na prohloubení strukturálních nerovností, které dopadají podstatně více na znevýhodněné skupiny (nízkopříjmové obyvatelé, etnické minority, genderově vázané bariéry práce v pandemických podmínkách). Pracovníci ve špatně placených zaměstnáních byli obvykle ve větším riziku, měli horší přístup ke zdravotní péči, neboť někteří pracují v šedé ekonomice nebo v některých systémech na pojištění

---

<sup>56</sup>KUŘE, Josef. *Prospektivní bioetika – Studie ke konceptu etiky biomedicínských technologií*, s. 313-314, 317-318

nedosáhnou. Zdravotní dopady na etnické a marginalizované minority byly závažnější, tyto skupiny měly vyšší počty infikovaných, více hospitalizovaných a vyšší počty úmrtí.<sup>57, 58, 59</sup> Tradiční krizový management se podle jejich názoru orientuje na kvantifikaci (zdrojů, měřitelných výsledků) a vojenskou maskulinní terminologii, naproti tomu feministické etiky péče nabízejí krizový management založený na zájmu a péči o všechny zasažené bez jakýchkoliv rozdílů.<sup>60</sup> COVID-19 prokázal ústřední roli placené i neplacené pečovatelské práce pro fungování společnosti i ekonomiky. Politická rozhodování by se měla zaměřovat na lidskou fyzickou i psychickou pohodu („*well-being*“) a udržitelnost lidské existence, nikoliv na produkci. Pouze ekonomický pohled péči a na ty, kdo pečují, celou oblast devaluje. Péče musí být vnímána jako integrální součást ekonomického systému.<sup>61, 62</sup>

Vztahové dimenze etického přístupu k pandemické krizi však zdůrazňují i další autoři. Pro přijetí opatření společností (povinné karantény, sociální izolace, povinnost sloužit a spravedlivý přístup k léčbě) považují za důležité následující aspekty:

- kolektivně sdílené hodnoty,
- solidaritu,
- zodpovědnost,
- proporcionalitu,
- transparentnost,
- vztahovou autonomii,
- rovnost,
- důvěru,

---

<sup>57</sup>IRIZAR, Patricia, PAN, Daniel, KAPADIA, Dharmi et al: Ethnic inequalities in COVID-19 infection, hospitalization, intensive care admission and death: a global systematic review and meta-analysis of over 200 million study participants. *eClinicalMedicine – The LANCET Discovery Science*. 2023, roč. 57, 101877 (6.3. 2023) [2023-05-26] [https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(23\)00054-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(23)00054-8/fulltext)

<sup>58</sup>DeSIMONE, Daniel: *COVID-19 infections by race: What's behind the health disparities?* Mayo Clinic (6. 10. 2022) [2023-05-26] <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/coronavirus/expert-answers/coronavirus-infection-by-race/faq-20488802>

<sup>59</sup>LOPEZ Leo, HART Luis H., KATZ Mitchell H. Racial and Ethnic Health Disparities Related to COVID-19. *JAMA*. 2021;325(8): s.719–720.

<sup>60</sup>BRANICKI, Layla Jayne. "COVID-19, ethics of care and feminist crisis management." *Gender, Work & Organization* 27.5 (2020): s. 872-883.

<sup>61</sup>BAHN, Kate, COHEN, Jennifer, van der MEULEN RODGERS Yana. A feminist perspective on COVID-19 and the value of care work globally. *Gender, Work & Organization* 27, 5 (2020): S. 695-699.

<sup>62</sup>JEFFREY, David Ian. Relational ethical approaches to the COVID-19 pandemic. *Journal of Medical Ethics* 46.8 (2020): s. 495-498.



- vzájemnost.<sup>63</sup>

Etika péče svým zaměřením na síť sociálních vztahů mezi pečujícími a osobami, které péči potřebují a dostávají, a na blaho („*well-being*“) obou provázaných skupin má k praxi zdravotnictví blízko. Nelze upřednostnit jednu část této vztahové rovnice na úkor druhé, jak nám pandemie s následnými dopady na psychiku zdravotníků při jejich nadlimitní zátěži ukázala.

Výčet jednotlivých etických směrů není zdaleka úplný, avšak zde uvedené mají nebo mohou mít význam při řešení mimořádných událostí. Zároveň se nedá stanovit – i s ohledem na cyklus katastrofy, zahrnující i prevenci a přípravu – jeden jediný směr vyhovující pro tak komplexní, dynamické a nesmírně odlišné situace v nejrůznějších kulturních, ale i geografických prostředích.

---

<sup>63</sup>SABBE, Marc. Ethical essentials for emergency medical disaster responders. *Přednáška na EUSEM Congress 27. – 31. 10. 2021*, Lisabon 29. 10. 2021.

## **3. Kazuistika pandemie COVID-19 z hlediska alokace vzácných zdrojů**

### **3.1. Pandemie v České republice: fakta**

Pro pochopení toho, jak se pandemie liší od mimořádné události s okamžitým vznikem, se podíváme na její průběh. Nedostatek zdrojů, a s ním i nutnost „třídění v třídění“, netrval zdaleka po celou dobu, jednotlivé fáze pandemie přinášely rozdílné etické otázky.

První neúplné informace o výskytu neznámého viru se začaly objevovat na přelomu let 2019 a 2020. Ohniskem nákazy byla Čína a pokusy lékařů pravdivě informovat o hrozícím riziku byly tvrdě cenzurovány a trestány. Tím došlo k nekontrolovanému globálnímu šíření infekce. Počátkem roku 2020 byly zasaženy některé evropské státy a nákaza se masově začala šířit i v USA. WHO vyhlásila 30. ledna 2020 celosvětový stav nouze a teprve v březnu 2020 vyhlásila pandemii, za což byla následně značně kritizována, tentokrát kvůli pozdnímu vyhlášení a podcenění rizika, na rozdíl od pandemie mexické chřipky v letech 2009-2010.

V ČR byla první nákaza virem SARS-CoV-2 potvrzena 1. března 2020 u tří pacientů. Nebylo jasné, jak je virus nakažlivý ani jak je nebezpečný. Reakce a názory veřejnosti i zdravotníků sahaly od popírání rizika až k iracionálnímu strachu. Společnost se začala dělit na „chřipečkáře“ a „rouškaře“. Vláda ČR vyhlásila první nouzový stav 11. března s účinností od následujícího dne, se zavřením mnoha provozů, škol a s uzavřením hranic. K podobným plošným opatřením sahaly státy všude na světě, klíčové pro jejich efektivitu byla komunikace s veřejností a důvěra mezi státem a jeho občany. Právě míra důvěry se později ukázala jako klíčový faktor při zvládnání pandemie, bez ohledu na to, zda byla opatření nařízena nebo doporučena či zda byl režim autoritářský nebo demokratický. První nouzový stav v ČR trval 67 dní, do té doby byl nejdelší v historii. Druhý trval od 5. 10. 2020 189 dní (míjel se účinkem kvůli rozvolňování, např. povolením předvánočních nákupů). Poslední byl vyhlášen na podzim 2021 na 30 dní. WHO uzavřela pandemii až po více než třech letech. 5. 5. 2023 vydala prohlášení, že COVID-19 již není ani neobvyklou ani neočekávanou nemocí a nesplňuje už kritéria pro globální mimořádnou událost.

ČR je v konečném postpandemickém součtu na 9. místě na světě v počtu zemřelých s číslem 396,78/100 tisíc obyvatel, přestože patří do skupiny bohatých zemí s vyspělým zdravotnictvím a s vysokým počtem nemocničních lůžek. Podle údajů registrovaných v John Hopkins University Coronavirus Resource Center se nakazilo 4 618 256 lidí a zemřelo 42 491 osob. Počet nadúmrtí během pandemických let tato čísla potvrzoval, úmrtnost se zvýšila zhruba o 25 %. Poprvé od konce 2. světové války došlo ke snížení střední délky života neboli naděje na dožití: u mužů se oproti roku 2019 snížila o 2,2 roku na 74,1 let a u žen klesla o 1,6 roku na 80,5 let. Na grafu (obr. č. 3) můžeme porovnat denní počty případů a počty úmrtí v ČR.



Obr. 3: Denní počty případů a počty úmrtí během pandemie COVID-19 v ČR, zdroj: John Hopkins University Coronavirus Resource Center: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

### 3.2. Etické otázky jednotlivých fází pandemie COVID-19 v ČR

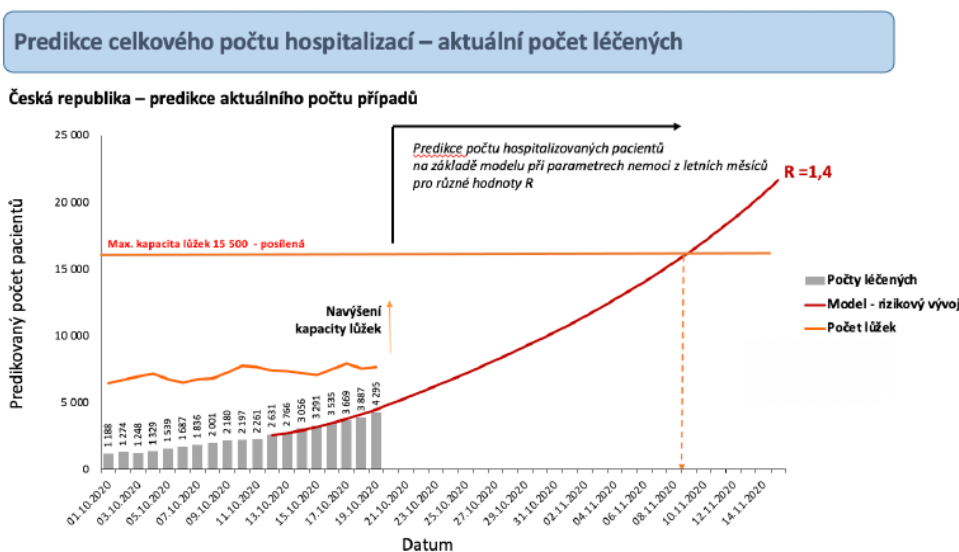
Jaké tedy byly etické výzvy ve zdravotnictví v letech 2020-2022?

Jaro 2020 bylo ve znamení mapování neznámého a testování zdrojů – dostupných materiálních a personálních zdrojů jednotlivých zdravotnických zařízení. Počítalo se, na jak dlouho vystačí roušky a dezinfekční prostředky, sháněly se respirátory a ochranné obleky pro personál, začaly se – nejprve amatérsky, později už profesionálně – vyrábět obličejové štíty. Byla to doba šití roušek a vzájemné solidarity. Mnozí však začali přemýšlet i o vlastních vnitřních zdrojích – jakou míru zátěže snesu, jak umím čelit neznámému, co jsem ochoten či ochotna udělat pro druhé v extrémní situaci?

Z etických otázek na jaře v celospolečenské diskuzi dominovalo:

- omezení osobní svobody a volného pohybu osob,
- porušení některých dalších práv (například na podnikání, na vzdělání aj.),
- rovnováha (či nerovnováha) opatření z pohledu různých skupin společnosti.

Opravňuje ochrana zranitelných skupin omezení celé společnosti a ekonomický propad? Je spravedlnost mezi dopady na jednotlivé skupiny obyvatel, nejde o výrazné znevýhodnění některých? U zdravotníků se možná dilemata týkala povinnosti služby (přeražení na infekční oddělení, nařízení přesčasové práce při karanténách ostatních kolegů apod.) a zhodnocení osobního rizika (starší nebo nemocní pracovníci, obavy z nakažení rodinných příslušníků kvůli práci v rizikovém prostředí). U studentů medicíny se dostávala do popředí otázka, co mají být jejich priority a jaké jsou meze osobní svobody: studenti vyšších ročníků byli nuceně přiděleni na jednotlivá oddělení a vykonávali tam nekvalifikované práce. Bylo přerušeno jejich studium, a ačkoliv mnozí chtěli pomáhat, neměli na výběr; často byli přiděleni do nemocnic náhodně, daleko od místa, kde bydleli. Na druhé straně byly díky včasnému zavedení plošných protiepidemických opatření počty nakažených nízké, na rozhodování ohledně přidělování zdrojů vůbec v této fázi vůbec nedošlo. První část pandemie probíhala s plnou, a dokonce bych si dovolila tvrdit až nadstandardní léčbou každého jednotlivého pacienta. Dramatický obrat nastal již na počátku podzimu, kdy přes stoupající počty pacientů vláda váhala se znovuzavedením nouzového stavu a ani veřejnost nebyla po letním prázdninovým uvolnění ochotna se opět omezovat; převládl názor, že je COVID-19 běžnou respirační infekcí.



Obr. 4 – predikce vývoje potřeby nemocničních lůžek ke konci října 2020, zdroj: MZ ČR a ÚZIS.

K 30. 9. 2020 byl zřízen Národní dispečink lůžkové péče na základě zhoršující se situace. Kapacity zdrojů přepočtené na celou republiku byly ještě dostačující, některé kraje či nemocnice však již hlásily jejich překročení. Do popředí se na dlouhou dobu dostala etická otázka rozhodování při nedostatku zdrojů. Doporučení ze strany národního koordinátora intenzivní péče při pandemii (ale nikoliv MZ ČR jako rezortního ministerstva) obsahovala zastavení veškeré odkladné péče na nejbližší dobu, urychlené propuštění pacientů do domácí péče, pokud je to možné, a snížení tzv. sociálních hospitalizací. Pokud nastanou „suboptimální podmínky“ pro poskytování péče, bylo doporučeno to zaznamenat do dokumentace a poskytovat co největší možný rozsah péče, jaký podmínky umožňují.<sup>64</sup> Při vytváření dalších kapacit pro pacienty s COVID-19 a přesunech personálu na tato oddělení vyvstávala též otázka, není-li snížen standard péče a zda jde stále ještě o léčbu *lege artis*. Postupy intenzivní medicíny se začaly přenášet i na běžná oddělení, personál poskytoval intenzivní péči, aniž měl výcvik, lékaři pracovali často mimo svoji specializaci.

Za stálého růstu počtů nakažených, hospitalizovaných i zemřelých se začalo diskutovat o vytvoření kritérií pro rozhodování o prioritizaci pacientů. Do doby jejich vytvoření bylo doporučeno řídit se stanoviskem ČSARIM z roku 2015, kde jsou vyjmenována kritéria indikace intenzivní péče na jedné straně a marné a neúčelné léčby na straně druhé (s odvoláním na dokument ČLK z roku 2010). Základními principy přístupu by mělo být:

- rovnost a férovost, zákaz diskriminace (a to včetně nediskriminování pacientů jak s COVID-19, tak naopak s jinými diagnózami),
- využívání vzácných zdrojů pro pacienty, u nichž je nejvyšší naděje na příznivý výsledek léčby (tedy když je reálný předpoklad zlepšení a příčina stavu je odstranitelná),
- pokud je léčba shledána jako marná a neúčelná, je i v rozporu s etickými principy medicíny.<sup>65</sup>

<sup>64</sup>ČESKÁ SPOLEČNOST ANESTEZIOLOGIE, RESUSCITACE A INTENZIVNÍ MEDICÍNY ČLS JEP: *Stanovisko k současné situaci poskytování zdravotní péče*. (31. 10. 2020) [2023-7-20] [https://www.csarim.cz/getmedia/5212fcd7-e937-4333-8666-f5316d87ebaf/2020\\_pp\\_13-krajni\\_nouze\\_cerny\\_311020.pdf.aspx](https://www.csarim.cz/getmedia/5212fcd7-e937-4333-8666-f5316d87ebaf/2020_pp_13-krajni_nouze_cerny_311020.pdf.aspx)

<sup>65</sup>ČESKÁ SPOLEČNOST ANESTEZIOLOGIE, RESUSCITACE A INTENZIVNÍ MEDICÍNY ČLS JEP: *Stanovisko výboru 12/2020 – Rozhodovací procesy u pacientů s COVID-19 referovaných na pracoviště intenzivní péče*. (13. 10. 2020) [2023-7-20] [https://www.csarim.cz/getmedia/0254a4a0-4c22-479a-b9d6-b4b932328063/2020\\_pp\\_12\\_csarim\\_csim\\_covid\\_eold\\_update\\_final\\_131020-1.pdf.aspx](https://www.csarim.cz/getmedia/0254a4a0-4c22-479a-b9d6-b4b932328063/2020_pp_12_csarim_csim_covid_eold_update_final_131020-1.pdf.aspx)

Současně probíhala tvorba doporučení pro třídění pacientů při stále se snižujících kapacitách, podle hledisek odborných, právních a etických. Problematika se dostala i do veřejného prostoru prostřednictvím médií, a to jak ze strany lékařů, tak i etiků.<sup>66,67,68</sup>

Počátkem roku 2021 začaly postupně některé – spíše menší – nemocnice vyhlášovat „stav hromadného postižení osob“ (HPO) v okamžiku, kdy už nedokázaly zvyšovat kapacity péče, buď z důvodů nemožnosti vytvořit další lůžka nebo sehnat personál. Jednaly tak na základě doporučení výboru ČSARIM, poskytovatelé zdravotních služeb měli při faktickém vyčerpání personálních nebo technických kapacit oznámit stav HPO svým zřizovatelům, většinou krajským úřadům.<sup>69</sup> Námitky zaznívaly zejména ze strany některých právníků, že podobný institut není legislativně zakotven. Vyhlášení stavu HPO bylo vedeno snahou managementů deklarovat za svoje zaměstnance dosažení hranic (ne)možného a podpořit je, pokud by došlo na stížnosti nebo spory.

Od ledna 2021 přibyla další položka mezi nedostatkovými zdroji: začalo očkování vakcínami firem BioNTech/Pfizer, AstraZeneca, Moderna a Janssen Pharmaceutica. Jako první byli očkováni nejstarší obyvatelé a pacienti se závažnými chronickými nemocemi a zdravotníci, kteří pracovali na ZZS, urgentních příjmech, infekčních a plicních odděleních a standardních i intenzivních covidových jednotkách. Z teoretického pohledu je sice prioritizace zdravotníků porušením principu spravedlnosti, avšak v dalším období, které bylo z hlediska pandemie nejhorší, co veřejnost a zdravotníky čekalo, to bylo velmi potřebné a racionální opatření: zajistilo, že se o nekonečný příliv pacientů měl vůbec kdo starat.

Po ústupu pandemie v jarních měsících roku 2021 a opětovném nástupu již mnohem mírnějšího vzestupu v podzimních měsících byla situace stran nemocničních kapacit příznivější. Závažnější průběhy nemoci měly dvě skupiny obyvatel – neočkovaní pacienti

---

<sup>66</sup>VODRÁŽKA, Prokop. *Za slova o selekci pacientů jsem od vedení dostal kartáč. Je ale moje povinnost se ozvat, říká primář ze Sokolova.* (11. 2. 2021) [2023-7-20] <https://denikn.cz/560173/>

<sup>67</sup>VRTIŠKOVÁ NEJEZCHLEBOVÁ, Lenka. *J sme velmi blízko bodu, kdy budeme určovat priority.* “Šéf ARO otevřeně vysvětluje, jak se dělá triáž pacientů s covidem.” (11. 2. 2021) [2023-7-20] <https://denikn.cz/566430/>

<sup>68</sup>VRTIŠKOVÁ NEJEZCHLEBOVÁ, Lenka. *Los o ventilátor je fěrové řešení. Ministerstvo nechalo lékaře napospas v odporné situaci, říká bioetik.* (3. 3. 2021) [2023-7-20] <https://denikn.cz/573767/>

<sup>69</sup>ČESKÁ SPOLEČNOST ANESTEZIOLOGIE, RESUSCITACE A INTENZIVNÍ MEDICÍNY ČLS JEP: *Stanovisko výboru 14/2021: Aktuální stav dostupnosti a poskytování intenzivní péče v rámci pandemie onemocnění COVID-19.* (11. 1. 2021) [2023-7-20] [https://www.csarim.cz/getmedia/01a63402-24d0-43b4-855a-468de31a06cb/2021\\_PP\\_14\\_CSARIM\\_stav\\_kapacit\\_final\\_110121\\_2\\_bez\\_priloha.pdf.aspx](https://www.csarim.cz/getmedia/01a63402-24d0-43b4-855a-468de31a06cb/2021_PP_14_CSARIM_stav_kapacit_final_110121_2_bez_priloha.pdf.aspx)

a chronicky závažně nemocní. U zdravotníků bylo potřeba pracovat s emocemi a pocitem určité nespravedlnosti zejména ve vztahu k neočkovaným pacientům, kteří porušovali protiepidemická opatření a byli rizikovými zdroji pro okolí. Otázka spravedlivé distribuce zdrojů se rozšířila o dostupné monoklonální protilátky, které byly sice účinné v počátečních stadiích nemoci, ale byly také velice drahé. Poslední větší pandemické zatížení přinesla vlna varianty omikron na přelomu let 2021/2022, ale vzhledem ke změně charakteru onemocnění touto variantou (vysoká nakažlivost, ale podstatně méně závažné průběhy) došlo k přetížení spíše v ambulantním sektoru, závažnější dopady byly v ekonomice kvůli vysoké nemocnosti. V dalším průběhu se COVID-19 zařadil mezi respirační onemocnění se známou léčbou a dostupnou prevencí a postupně ztrácel svoji hrozivost.

Etické aspekty během pandemie tedy zahrnovaly:

- rovnováhu mezi rizikem z hlediska celé společnosti ve vztahu k omezení některých osobních svobod,
- otázku solidarity mezi jednotlivými skupinami ve společnosti (sociálními, profesními generačními apod.),
- zajištění či omezení nároku na poskytovanou péči na náležitě odborné úrovni podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů (*lege artis*);
- spravedlivá distribuce vzácných zdrojů a principy jejich alokace.

K těmto zdrojům patřily jak materiální položky (hospitalizační lůžka na standardních i intenzivních odděleních, ventilátory, přístroje na extrakorporální membránovou oxygenaci, léky včetně monoklonálních protilátek, vakcíny), ale později především samotní zdravotníci, zejména ti s potřebnými kompetencemi. Základní otázka vzhledem prioritizaci pacientů tedy nezněla, zda bude nutné třídit, ale jak to dělat eticky a konzistentně.

### **3.3. Doporučení vztahující se k prioritizaci pacientů v průběhu pandemie**

*„Kritické rozhodovací procesy nemohou být prováděny na individuálním základě případ od případu. Lékaři nikdy nesmí být postaveni do pozice nezbytnosti odmítnutí péče pro nedostatek zdrojů bez vodítka politického konsensu nebo protokolu. Z tohoto důvodu musí probíhat široká diskuze mezi poskytovateli urgentní péče, personálem, vedením*

*zdravotnických zařízení, vedením jednotlivých církví a medicínskými etickými komisemi před možným teroristickým útokem.*<sup>70</sup>

Tématem mé práce je alokace vzácných zdrojů ve zdravotnictví při jejich nedostatku, takže se v dalším textu soustředím na dostupná doporučení, která se týkala třídění. Úvodní citát této podkapitoly je sice z období po teroristických útocích v New Yorku z počátku tisíciletí, ale má obecnou platnost: lékaři mají mít vodítka pro případnou triáž při nedostatku zdrojů předem stanovená, transparentní a většinově přijímaná společností. Jen tak se dá zajistit medicínský i eticky správný postup a následná otevřená komunikace s pacienty a jejich blízkými, a snížit dopady na psychiku zdravotníků.

Přehled základních principů publikovali již v počátku pandemie američtí autoři v prestižním a nejstarším vydávaném medicínském časopise *New England Journal of Medicine*. Vycházeli ze svých dřívějších výzkumů, ale i z odhadu dalšího průběhu na základě epidemiologických dat a z prvních zkušeností zejména z Itálie. Autoři uvádějí čtyři základní principy: maximalizace prospěchu, stejná léčba všem, ocenění instrumentální hodnoty a prioritizace nejhůře postižených. Žádný z nich nemůže dostat při rozhodování přednost jakožto samostatné kritérium, komu vzácný zdroj přidělit. Doporučení musí odrážet multihodnotový etický rámec, jen tak může být spravedlivé. Závisí i na charakteristice zdroje samotného (bude se lišit přidělování testů, osobních ochranných pomůcek, ventilátorů, léků, vakcín a dalších položek).<sup>71</sup>

Každý z obecných principů pak rozpracovávají podrobněji. Maximalizace prospěchu je buď záchrana co největšího počtu životů (utilitaristická eticko-populační perspektiva) nebo záchrana co největšího počtu let života (neutilitaristický individuálně-etický přístup na základě nevyčíslitelné hodnoty každého lidského života). Rovnováha těchto přístupů může být prováděna různými způsoby, ale zvolený postup musí být konzistentní. Zároveň by potenciální pacienti měli být podporováni ve specifikaci svých představ o kvalitě života vzhledem k možným invazivním léčebným postupům sepsáním dříve vyslovených přání (*tzv. advanced directives jsou v USA v praxi podstatně více rozšířené než v Evropě, pozn. aut.*), což naplňuje princip autonomie. Vyšší priorita pro nejhůře postižené neznamená marnou léčbu, ale naopak – je uplatněna pro pacienty v závažném stavu

---

<sup>70</sup>PESIK, Nicki – KEIM, Mark – ISERSON, Kenneth. Terrorism and the ethics of emergency medical care. *Annals of Emergency Medicine* 2001, roč. 37, č. 6, s. 642-646.

<sup>71</sup>EZEKIEL, Emanuel – PERSAD, Govind – UPSHUR, Ross et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of COVID-19. *The New England Journal of Medicine* 2020, roč. 382, č. 21, s. 2049-2055.



s potenciálem uzdravení oproti těm, jejichž stav je medicínsky beznadějný nebo naopak těch, co mají mírný průběh nemoci. Priorita instrumentální hodnoty je uplatňována pro ty, kteří zajišťují odezvu na pandemii; bez nich by mortalita populace vzrostla. Nesmí být však zaměněna za upřednostnění politicky činných nebo veřejně známých osob oproti pracovníkům první linie, to by se jednalo o zneužití a podkopávalo by důvěru veřejnosti v celý systém. Z hlediska spravedlnosti se autoři vymezují proti přístupu „first come, first served“, který nespravedlivě znevýhodňuje například osoby ve vzdálených lokalitách nebo ty, co onemocní později, protože dodržovali preventivní opatření. Samozřejmě musí být zajištěna péče pro pacienty s jinými diagnózami než COVID-19. Další aspekt, málokde v souvislosti s etikou zmiňovaný, je zohlednění zdroje samotného – zda se jedná o preventivní (OOP, vakcíny apod.) nebo léčebný prostředek (ventilátory, léky, lůžka), a jaké jsou jeho charakteristiky. I nabývání zkušeností, nové vědecké poznatky nebo epidemiologická data ovlivňují rozhodovací proces. Autoři dobře postihují komplexitu rozhodování při třídění – nejde jen o medicínu nebo jen o etiku, ale o posouzení individuálně medicínských aspektů (závažnost stavu, předchorobí, komorbidita, prognóza), epidemiologie a nejnovějších vědeckých poznatků, kontextu a etických hodnot a teprve poté následná syntéza.<sup>72</sup>

Doporučení, kde se vyskytoval pojem třídění pacientů a byla dostupná v ČR, by se dala rozdělit na odborné medicínské na jedné straně, a na ta, která se nějakým způsobem snažila uchopit prioritizaci pacientů v krizové situaci nedostatku zdrojů i po stránce etické a právní. Do první skupiny převážně medicínských postupů patří zejména mezioborový doporučený postup „Příjem a třídění pacientů se suspektním nebo potvrzeným COVID-19“ z dubna 2020.<sup>73</sup> Zabývá se tím, jak zorganizovat příjem pacientů do nemocnice a oddělit potenciálně infekční od neinfekčních. Výslovně je zde zdůrazněno, že nesmí dojít ke zdržení potřebné neodkladné péče a že nejde o třídění v režimu medicíny katastrof. Stejný charakter měl DP „Kritéria a podmínky pro ponechání pacienta s příznaky nemoci COVID-19 v ambulantní péči“<sup>74</sup> ze stejného měsíce. Zde jsou vyjmenována medicínská

---

<sup>72</sup>EZEKIEL, E. tamtéž, s. 2053-2054.

<sup>73</sup>SPOLEČNOST URGENTNÍ MEDIÍCINY A MEDICÍNY KATASTOF ČLS JEP, ČESKÁ SPOLEČNOST ANESTEZIOLIE, RESUSCITACE A INTENZIVNÍ MEDICÍNY ČLS JEP, ČESKÁ SPOLEČNOST INTENZIVNÍ MEDICÍNY: *Příjem a třídění pacientů se suspektním nebo potvrzeným COVID-19*. (6. 4. 2020) [2023-07-22] [https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2020/06/07\\_DP\\_SUMMK\\_CSARIM\\_CSIM\\_Prijem-a-triage-pacienta-s-COVID-19-na-UP\\_verze\\_060420\\_final.pdf](https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2020/06/07_DP_SUMMK_CSARIM_CSIM_Prijem-a-triage-pacienta-s-COVID-19-na-UP_verze_060420_final.pdf)

<sup>74</sup>SPOLEČNOST URGENTNÍ MEDICÍNY A MEDICÍNY KATASTOF ČLS JEP. *Kritéria a podmínky pro ponechání pacienta s příznaky nemoci COVID-19*.

kritéria pro možné ambulantní léčení, tedy rozlišení pacientů s lehkými příznaky od rizikových, kteří by měli být transportováni do zdravotnického zařízení k další léčbě. Kritéria k transportu jsou stanovena velmi přísně s ohledem na bezpečnost pacientů, promítají se do nich i určité obavy z nové nemoci a nejistota o jejím průběhu. V dalším průběhu pandemie byl tento dokument upraven s ohledem na nové postupy na základě dosavadních zkušeností s diagnostikou a léčbou, ale i kvůli odlišné pandemické situaci. Etika a paliativní péče je zmíněna jen velmi obecně v obou textech (aktualizovaný DP o ponechání doma a v jednotné metodice pro PNP) shodnou formulací: „*U pacientů v paliativní péči nebo při její indikaci je nutno přísně individuálně vyhodnotit příznaky, průběh nemoci/nemoci, rizikové faktory a prognózu pacienta a terapeutické možnosti, a na základě komplexního vyhodnocení všech relevantních faktorů poskytnout takovou péči, která je pro daného pacienta optimální. Je nutné postupovat podle zásad lékařské etiky a podle stávajících platných legislativních a odborných norem.*“<sup>74, 75</sup>

Do druhé skupiny, kde je etice alokace zdrojů věnováno více pozornosti, patří zejména tři dokumenty, které měla v průběhu roku 2020 česká odborná veřejnost k dispozici.

V září 2020 byl přeložen text doporučení německých odborných společností a akademie pro lékařskou etiku „Doporučení o alokaci zdrojů v intenzivní medicíně v kontextu pandemie COVID-19 – klinicko-etická doporučení“.<sup>76</sup>

Základními východisky textu jsou tři předpoklady:

- všichni jsou si rovni,
- lidský život je konečný,
- nikdy nemáme ani nebudeme mít ve zdravotnictví dost prostředků na to, aby se za všech okolností dostalo maximální léčby všem.<sup>77</sup>

Je zde zdůrazněno, že indikace zdravotní péče se stanovuje výhradně na základě potřeb konkrétních individuálních pacientů, avšak v nedostatku zdrojů může být zohledněna

---

v ambulantní péči. (7. 3. 2021) [2023-07-22] [https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2021/03/01-DP-COVID-Kriteria\\_amb\\_pece\\_update\\_07032021.pdf](https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2021/03/01-DP-COVID-Kriteria_amb_pece_update_07032021.pdf)

<sup>75</sup> SPOLEČNOST URGENTNÍ MEDICÍNY A MEDICÍNY KATASTOF ČLS JEP. *Návrh jednotné metodiky pro přednemocniční nedokladnou péči během pandemie COVID-19 (SARS-CoV-2)*. (18. 11. 2020) [2023-07-22] [https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2020/11/Metodicky%CC%81-postup-v-PNP-podzim-2020\\_v\\_18112020a.pdf](https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2020/11/Metodicky%CC%81-postup-v-PNP-podzim-2020_v_18112020a.pdf)

<sup>76</sup> MARCKMANN, Georg et al. (překlad MATĚJEK, KOPECKÝ): Doporučení o alokaci zdrojů v intenzivní medicíně v kontextu pandemie COVID-19 – klinicko-etická doporučení. *Paliativní medicína* 2020;0;4 (13-19).

<sup>77</sup> MATĚJEK, Jaromír – KOPECKÝ, Ondřej. Rozhodování o alokaci zdrojů v urgentní a intenzivní medicíně v kontextu pandemie COVID-19. *Paliativní medicína* 2020, roč. 0, č. 3, s. 11-12.

nadindividuální perspektiva při stanovování priorit s cílem minimalizovat počty odvrátitelných úmrtí; vždy však musí předcházet snaha o maximálně efektivní využití všech dostupných zdrojů. Rozhodování o léčbě obsahuje etické, právní i medicínské aspekty, avšak nemohou je provádět ani právníci, ani etici, byť jedni vymezují rámec a stanovují pravidla a druzí mohou poskytovat poradenství a podporu. Pouze týmy lékařů a sester mohou komplexně vyhodnotit rizika a benefity léčby a vyhlídky na úspěch či neúspěch terapeutických postupů, i když je toto prognózování vždy zatíženo velkou nejistotou a na konečném reálném výsledku se podílí mnoho dopředu neznámých faktorů.<sup>78</sup>

Při shodné potřebě péče má prioritu ten pacient, který má větší naději na úspěch léčby – což musí být vždy posuzováno na individuální bázi. Nikdy nesmí být poměřován život jednoho člověka oproti životu druhého člověka. Postup uplatnění jednotlivých kritérií v určité posloupnosti je v německém doporučení popsán poměrně podrobně, takže je možné se podle něj orientovat v praxi. Obsahuje i kontakty na podporu v etickém rozhodování, komunikační strategii a psychosociální podporu zdravotníků, pacientů a příbuzných. Opakovaně je zdůrazňována transparentnost a nutnost dobrého zdůvodnění medicínských i etických kritérií. Kromě toho, že uvedené postupy mohou pomoci lékařům a sestřím, mohou současně posílit důvěru veřejnosti v krizové řízení.

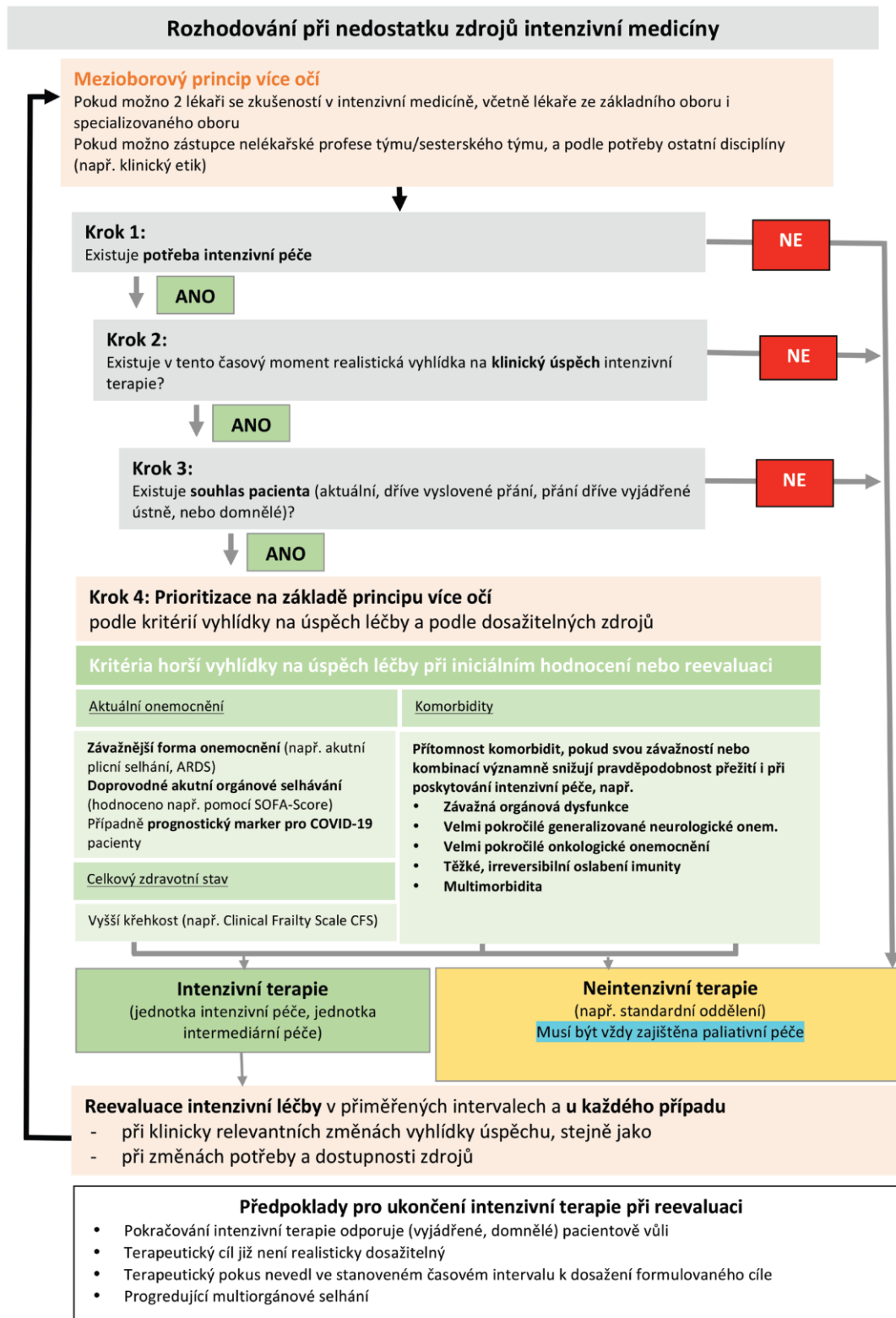
Postup při rozhodování zahrnuje následující kroky:

- Existuje potřeba intenzivní péče?
- Existuje v tomto konkrétním okamžiku realistická vyhlídka na klinický úspěch intenzivní léčby?
- Existuje souhlas pacienta nebo dříve vyslovené přání?
- Následuje prioritizace na principu více očí (2 specializovaní lékaři + zástupce sesterského týmu + další, např. klinický etik).

Poté zhodnotí tým klinické faktory týkající se aktuálního onemocnění a prognostických markerů a komorbidit. Z tohoto procesu vyplyne potřeba nebo naopak marnost intenzivní terapie nebo indikace paliativní péče.

---

<sup>78</sup> MICHALSEN, Andrej. What Corona has taught – On the allocation of scarce critical care resources during health system crises. *Paliativní medicína* 2020, roč. 0, č.1, s. 5-7.



Obr. 5: Schéma rozhodovacích postupů při nedostatku zdrojů intenzivní medicíny.  
 Zdroj: MARCKMANN et al. (překlad MATĚJEK, KOPECKÝ): Doporučení o alokaci zdrojů v intenzivní medicíně v kontextu pandemie COVID-19 – klinicko-etická doporučení. Paliativní medicína 2020;0;4 (13-19).

Druhý dokument, na kterém začala pracovat skupina českých lékařů, etiků a právníků, byl publikován 9. listopadu 2020.<sup>79</sup> Vývoj stanoviska výboru ČSARIM trval poměrně krátce, začalo se vytvářet až v době eskalace pandemie ve druhé polovině října 2020.<sup>80</sup> Stanovisko obsahovalo jako přílohu i samostatný právní rozbor situace nedostatku vzácných zdrojů v systému zdravotní péče.<sup>81</sup> Diskuze byla výhradně interní v rámci pracovní skupiny, odborná veřejnost byla seznámena se stanoviskem až v okamžiku jeho zveřejnění a veřejnost nebyla k diskusi přizvána vůbec.

Ve stanovisku je zdůrazněna nutnost řídit se při rozhodování o obsahu a rozsahu zdravotní péče zákonnými a podzákonnými normami a v souladu se zásadami autonomie, beneficence, non-maleficence, spravedlnosti a respektu k lidské důstojnosti. Jakákoliv diskriminace na základě kritérií přímo nesouvisejících s předpokládaným výsledkem je nepřípustná, stejně jako není možné porovnávat pacienty vůči sobě navzájem (např. podle věku nebo předpokládané délky dožití). Poskytování péče musí být zaměřeno na potřeby pacienta, nikoliv potřeby systému. Modifikovaný standard péče s ohledem na podmínky musí stále vycházet z pravidel vědy a současného stavu lékařského poznání („*de lege artis*“). Alokace zdrojů (= indikace intenzivní péče) se musí řídit výhradně předpokládaným klinickým výsledkem a účelností a potřebou konkrétního pacienta. Tyto obecné zásady jsou shodné jako v dokumentu německých odborných společností, avšak české doporučení pak nerozvíjí žádný konkrétnější postup rozhodovacího schématu. Jediné konkrétnější doporučení se odvolávalo na právní analýzu v příloze Stanoviska. Při shodné potřebě péče je doporučeno užití pravidla „*first come, first served*“<sup>82</sup>. Do textu samotného doporučení to bylo formulováno velmi obdobně, jen je v úvodu odstavce zdůrazněna medicínská účelnost.<sup>83</sup> V praxi to bylo částí lékařů vnímáno kontroverzně.

---

<sup>79</sup>ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ, Renata – ŠUSTEK, Petr – PRUDIL, Lukáš et. al. Stanovisko ČSARIM 13/2020 – Rozhodování u pacientů v intenzivní péči v situaci nedostatku vzácných zdrojů. *Anesteziologie a intenzivní medicína 2020*, roč. 31, č. 5, s. 249-255.

<sup>80</sup>MATĚJEK, Jaromír – KOPECKÝ, Ondřej. Rozhodování o alokaci zdrojů v urgentní a intenzivní medicíně v kontextu pandemie COVID-19.

<sup>81</sup>ŠUSTEK, Petr – HOLČAPEK, Tomáš – ŠOLC, Martin: Právní rozbor situace nedostatku vzácných zdrojů v systému zdravotní péče. *Anesteziologie a intenzivní medicína 2020*, roč. 31, č. 5, s. 252-255.

<sup>82</sup>ŠUSTEK, Petr, tamtéž: „*Za předpokladu, že zdravotní stav více pacientů je aktuálně srovnatelně závažný, péče je o tyto pacienty srovnatelně medicínsky účelná a z klinického hlediska prospěšná (nejde tedy pro žádného pacienta o péči neúčelnou a nepřiměřenou) a je možné poskytnout péči jen některým z nich, postupuje se podle pořadí, ve kterém pacienti dorazili do zdravotnického zařízení, resp. ve kterém byli již přijatí pacienti indikováni k využití vzácného zdroje, např. ventilátoru (pravidlo „first come, first served“*“.

<sup>83</sup>ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ, Renata et. al., tamtéž: „*Přijímání pacientů do péče se proto i v krizové situaci řídí medicínskou účelností, tedy odborným posouzením. Pravidlo „first come, first served“ je na základě stávajícího právního řádu výchozí podmínkou v systému poskytování zdravotních služeb pouze u pacientů se shodnou potřebou péče z hlediska aktuální závažnosti a*

Normativním prvkem je v tomto pojetí náhoda okamžiku, ve kterém potřeba intenzivní péče vznikla. V teoretické rovině a z právního pohledu je osud nepochybně nežalovatelný, avšak pro lékaře, který je ve službě konfrontován s pacienty a s jejich blízkými, je toto doporučení s odkazem na náhodu obtížně použitelné. Pacienti hledají u lékařů i naději a fatalistický přístup je v samé podstatě jejím popřením. Kromě toho ve zcela praktické rovině panovala obava, že při hrozbě vyčerpání kapacit se budou pacienti snažit dostat do nemocnic co nejdříve, aby na ně péče vůbec „zbyla“ a že by mohlo dojít k přetížení zdravotnických zařízení ještě dříve. Někteří autoři připouštějí princip „first come first served“ pro běžně poskytovanou péči, kdy se nejedná o nedostatek zdrojů, avšak pro mimořádné události ji naopak explicitně vylučují. V případě nedostatku připouštějí utilitaristické hledisko s cílem maximalizaci přínosů (záchrana více životů, více let života) při dodržení zásady stejné péče při stejných potřebách.<sup>84, 85</sup>

Sami autoři v publikované odpovědi na některé kritické ohlasy zdůrazňují, že význam stanoviska ČSARIM vidí především ve zdůraznění právního rámce a ve vymezení prostoru, ve kterém lékaři mohou prioritizaci provádět, aniž by se dopustili protiprávního jednání.<sup>86</sup> Jde tedy primárně spíše o právní vodítka než o hodnotově etická, která by byla pomocí pro zdravotníky v dilematických situacích. Doporučení zůstávají ve zcela obecné rovině.

V české studii z roku 2023, která mapovala etickou reflexi pandemie mezi zdravotníky, využilo stanovisko ČSARIM při rozhodování o péči 57,8 % lékařů. Za velkou pomoc jej považovalo 16,6 % lékařů, naopak 34,3 % jej považovalo za nevhodné pro situace, které řešili, a 7,9 % mu nerozumělo.<sup>87</sup>

Třetím dokumentem z českého prostředí je obsáhlá analýza stavu s návrhem konkrétního rozhodovacího schématu autorů z Ústavu státu a práva Akademie věd.<sup>88</sup> Tento materiál

---

*klinického prospěchu. Stejná pravidla jsou použita u již přijatých pacientů v případě využití vzácného zdroje (např. přístroje pro umělou plicní ventilaci).“*

<sup>84</sup>EZEKIEL, E. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of COVID-19, s. 2053.

<sup>85</sup>DAO, BERNARDINE – SAVULESCU, Julian – SUEN, Jacky et al. Ethical factors determining ECMO allocation during the COVID-19 pandemic. *BMC Medical Ethics* 2021, roč. 22, č. 1, s. 3-12.

<sup>86</sup>ŠUSTEK, Petr – ČERNÝ, Vladimír. Vyjádření k některým mediálním ohlasům na Stanovisko ČSARIM 13/2020 – Rozhodování u pacientů v intenzivní péči v situaci nedostatku vzácných zdrojů. *Anesteziologie a intenzivní medicína* 2021, roč. 32, č. 2, s. 119-120.

<sup>87</sup>KOPECKÝ, Ondřej – TIETZOVÁ, Ilona – BUŽGOVÁ, Radka. Etická reflexe poskytování zdravotní péče v době pandemie COVID-19. *Paliativní medicína* 2023, 4, č.1, s.3-10.

<sup>88</sup>ČERNÝ, David – DOLEŽAL, Adam – DOLEŽAL, Tomáš. *Etická a právní východiska pro tvorbu doporučení k rozhodování o alokaci vzácných zdrojů při poskytování zdravotních služeb*

byl vytvořen již v počátku pandemie na jaře 2020, později byl přepracován a doplněn. Autoři poměrně podrobně a srozumitelně shrnují etické aspekty nedostatku vzácných zdrojů a předkládají modifikaci čtyř biomedicínských principů pro jejich alokaci (viz obr. 6): princip maximalizace užitku dosažitelným prostřednictvím vzácných zdrojů, férovost, podporu těch, co pomáhají druhým a upřednostňování pacientů, kteří jsou na tom nejhůře (a potřebují intenzivní péči nejvíce).

Principy lékařské etiky	Principy etiky alokace vzácných zdrojů
Princip beneficence	Princip maximalizace užitku
Princip non-maleficence	dosažitelným prostřednictvím vzácných zdrojů
Princip férovosti	Férovost
Princip respektu k autonomii	Podpora těch, kteří pomáhají druhým
	Upřednostňování pacientů, kteří jsou na tom nejhůře

Obr. 6: Změna principů při nutnosti alokace vzácných zdrojů. (Zdroj: Černý David et. al: *Etická a právní východiska pro tvorbu doporučení k rozhodování o alokaci vzácných zdrojů při poskytování zdravotních služeb v rámci pandemie COVID-19. Ústav státu a práva AV ČR, Kabinet zdravotnického práva a bioetiky, Praha 2020.*)

Základní principy jsou v nich obsaženy – princip maximalizace užitku obsahuje principy beneficence i non-maleficence, férovost je vtělením principu spravedlnosti. Ta musí být zajištěna jak v materiálně-právní rovině, tedy jako zákaz diskriminace a ochrana důstojnosti každého člověka, tak i v rovině procedurální s transparentním a férovým

v rámci pandemie COVID-19. 2. vydání. 2020 Praha: Ústav státu a práva AV ČR, Kabinet zdravotnického práva a bioetiky.

rozhodováním. Autonomie může být omezena, ale souhlas s léčbou musí být zajištěn vždy i v extrémní situaci. Pacient má právo léčbu odmítnout, ta mu pak nesmí být poskytnuta, pokud je intenzivní péče indikována, musí s ní souhlasit. Pokud je intenzivní péče shledána jako marná, není poskytnuta, ani když ji pacient požaduje, vždy však musí být poskytnuta indikovaná péče paliativní.

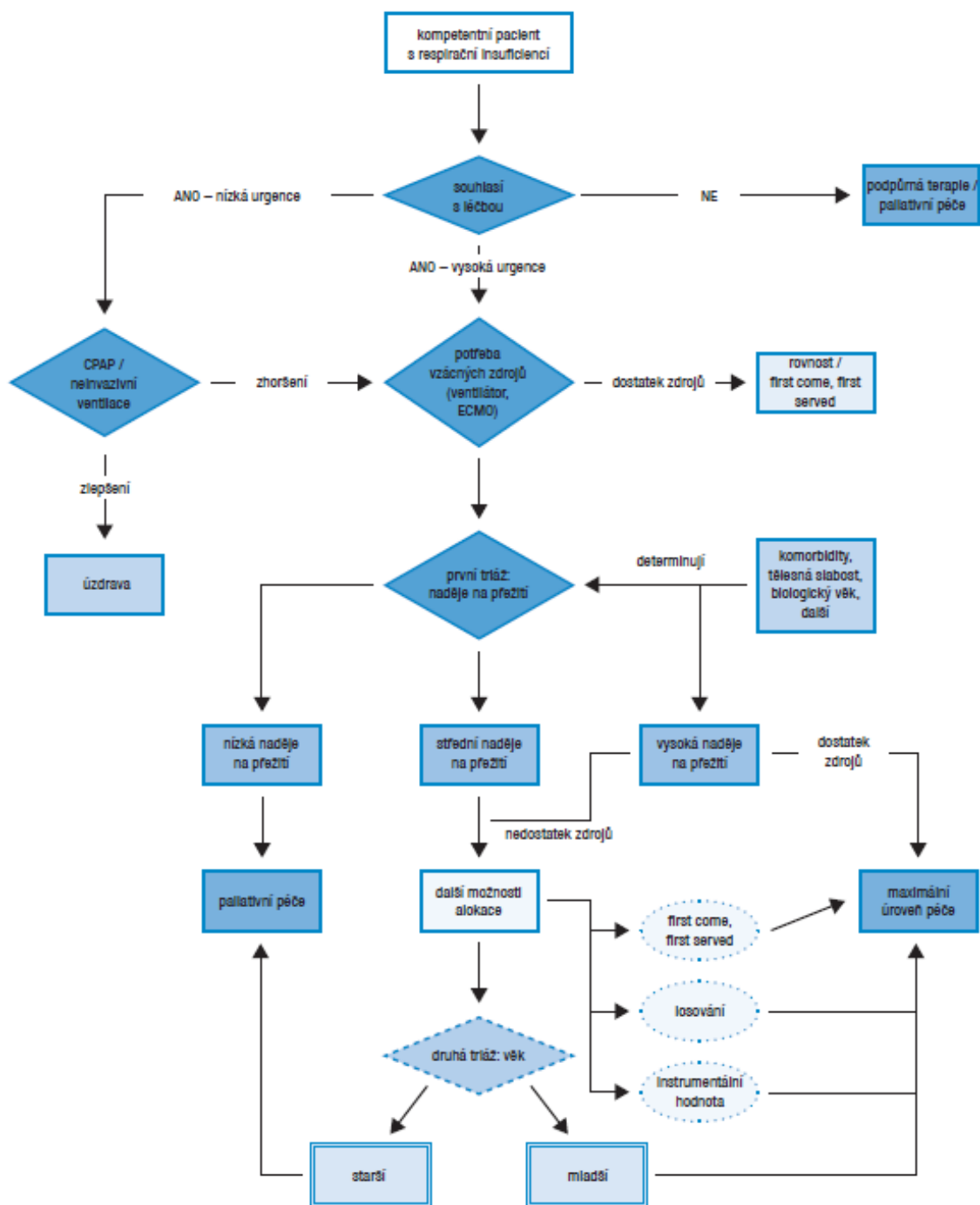
Druhé vydání obsahuje i doporučení pro alokaci vakcín proti COVID-19 podle stejných principů. Cílem vakcinace je redukce mortality a morbidit a ochrana socioekonomického welfare společnosti. Jednotlivé populační skupiny se zhodnotí podle rizika:

- nákazy,
- morbidit a mortality,
- vážných dopadů (například nedostatek pracovníků klíčových segmentů včetně zdravotnictví)
- přenosu infekce.

Na základě těchto kritérií jsou pak stanoveny prioritní skupiny pro vakcinaci.

Součástí textu je schéma postupu triáže při indikaci intenzivní péče a při nedostatku zdrojů (*viz obr.7*). V první rovině je to souhlas s léčbou, a dále zhodnocení pravděpodobnosti úspěchu na základě závažnosti aktuálního stavu, komorbidit a celkového stavu křehkosti pacienta. Při vysoké naději na úspěch je poskytnuta maximální léčba, při nízké naději paliativní a ve střední skupině je při nedostatku zdrojů nutná další prioritizace. Tím může být zhodnocení „špatnosti smrti“ pacienta vyššího a nižšího věku, kdy mladší pacient může smrtí přijít o delší dobu předpokládaného dožití. Autoři zdůrazňují, že se by se nerozhodovalo na základě věku, ale prostřednictvím věku. Při shodných vyhlídkách pacientů zhruba stejné věkové kategorie pak jako rozhodovací kritérium obhajují prvek náhody daný losováním, což bylo považováno za kontroverzní a nepoužitelné v reálné klinické praxi.





Obr. 14.7 Kompletní schéma alokace vzácných zdrojů

Obr. č. 7: Černý David: Kompletní schéma alokace vzácných zdrojů (Zdroj: Černý, David: Alokace vzácných zdrojů. In ŠEBLOVÁ Jana – MATĚJEK, Jaromír, a kol. *Etika urgentní medicíny – z pohledu každodenní praxe*. Praha: Grada Publishing a.s. 2023, s.174.

Jinak je však text poměrně přehledným vodítkem pro řešení dilematických situací a obsahuje i schéma pro tvorbu guidelines pro triáž. Jeho hlavní nevýhodou je malé povědomí o jeho existenci v odborné veřejnosti.

Shrnutí tří výše uvedených podpůrných doporučení, které byly potenciálně celostátně k dispozici, ukazuje následující tabulka (viz tab. č. 1). Liší se v některých aspektech teoretických východisek, avšak všechny se shodují na individuálním klinickém posouzení jednotlivého pacienta a zhodnocení jeho vyhlídek na úspěch léčby při zhodnocení zejména celkového stavu a funkční zdatnosti (či naopak křehkosti). Všechny též nějakou formou zmiňují utilitaristické nadindividuální hledisko maximalizace počtu odvrátitelných úmrtí (což může být uplatňováno při plánování a na systémové úrovni, nikoliv na individuálně-etické úrovni vztahu lékař-pacient). Bližší směr postupu rozhodování obsahují texty 1 a 3, v obou českých 2, 3) se objevují některé kontroverzní aspekty (princip „first come, first served“ nebo los, což každý jiným způsobem přisuzuje normativitu prvku náhody).

Tab. č. 1: Analýza dostupných dokumentů pro prioritizaci pacientů v době pandemie COVID-19 v ČR (autor: Jana Šeblová)

Dokument a autoři	Postup uplatnění kritérií	Principy	Algoritmus
<b>1. Doporučení o alokaci zdrojů v intenzivní medicíně v kontextu pandemie COVID-19</b> – německé odborné společnosti a Akademie pro etiku v medicíně	Potřeby individuálního pacienta: - Medicínská indikace - Vůle pacienta Dodatečná kritéria: - <u>Naděje na přežití</u> (vyhlídka klinického úspěchu)	Transparentnost  Princip rovnosti  Minimalizace počtu odvrátitelných úmrtí (utilitaristické nadindividuální hledisko)	ANO Aktuální zdravotní stav Vůle pacienta Komorbidity Celkový stav (vč. skóre křehkosti) Pomocné parametry (laboratorní výsledky, další skórovací systémy)
<b>2. Stanovisko výboru ČSARIM 13/2020 – Rozhodování u pacientů v intenzivní péči v situaci nedostatku vzácných zdrojů</b> – ČSARIM, Právnická fakulta UK, 1 etik	Dodržování legislativních norem Nárok na péči „de lege artis“ Nepřípustnost diskriminace Předpoklad příznivého klinického výsledku ( <u>naděje na přežití</u> )	4 biomedicínské principy (beneficence, non-maleficence, spravedlnost, autonomie)  Důstojnost  „First come, first served“	NE  <i>Zdůrazňován především právní rámec poskytování péče</i>

		Co nejvyšší přínos co největšímu počtu pacientů (utilitaristické nadindividuální hledisko)	
<b>3. Etická a právní východiska pro tvorbu doporučení k rozhodování o alokaci vzácných zdrojů při poskytování zdravotních služeb v rámci pandemie COVID-19 – Ústav státu a práva Akademie věd ČR</b>	Souhlas s léčbou Medicínská indikace Realistické vyhlídky na úspěch ( <u>naděje na přežití</u> ) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nízká</li> <li>- Střední</li> <li>- Vysoká</li> </ul>	Modifikace 4 biomedicínských principů pro situaci alokace zdrojů  Spravedlnost  Respekt k autonomii  Důstojnost	ANO  Aktuální zdravotní stav Komorbidity Celková křehkost „špatnost smrti“ z hlediska ztracených let los

Ve výše zmíněném průzkumu o etické reflexi poskytování zdravotní péče v době pandemie<sup>89</sup> mělo 37,8 % lékařů k dispozici vnitřní metodické pokyny pro rozhodování o prioritizaci péče, statisticky významně častěji na odděleních intenzivní péče a ve fakultních nemocnicích. Pokud lokální pokyny existovaly, považovali je lékaři za užitečnější než celostátní Stanovisko výboru ČSARIM – za podporu při rozhodování je považovalo 43,1 % a za částečnou pomoc 42,5 % lékařů. Interní metodické pokyny byly přínosné i pro snížení rizika vzniku morálního distresu a dalších psychologických dopadů.

S laskavým svolením přednosty Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny docenta MUDr. Františka Dušky, Ph. D. uvedu pro srovnání interní pokyn FN Královské Vinohrady. Jeho cílem bylo vytvořit vodítka a odstranit interindividuální variabilitu rozhodování, které se mohlo odehrávat na intuitivní úrovni a tudíž netransparentně, dále zlepšení péče o pacienty a snížení psychologického distresu lékařů.<sup>90</sup> Vytvoření algoritmu předcházelo studium dostupných dokumentů a z interního

<sup>89</sup> KOPECKÝ, O. et al. Etická reflexe poskytování zdravotní péče v době pandemie COVID-19, 2023.

<sup>90</sup> DUŠKA, František. „Aplikace principu distribuční spravedlnosti by se měla dít na úrovni nastavení pravidel („policy making“) spíše než na úrovni lékař-pacient. Předstírání dostupnosti „všeho pro všechny“ by bylo pro pacienty škodlivé, neboť by byly zdroje alokovány těm, kteří onemocní dříve a celková mortalita vlny pandemie stoupne. Navíc by se rozhodování o alokaci zdrojů přesunula plně na bedra lékařů v první linii se všemi důsledky včetně právních a psychologických.“ Zdroj: Krizová triage pro hrozícím zahlcením kapacit intenzivní péče. Interní komunikace v rámci nemocnice, poskytnuto autorem.

pilotního průzkumu mezi lékaři. Bylo vytvořeno 9 modelových kazuistik a lékaři interních oborů a anesteziologové (78 účastníků průzkumu) vybírali ze tří možností: plná léčba (včetně intubace a resuscitační péče), zastropování péče (intenzivní péče bez intubace a multiorgánové podpory, avšak s neinvazivní ventilací nebo vysokoprůtokovou nosní ventilací) nebo péče na standardním oddělení zaměřenou na kontrolu symptomů. Ze statistické analýzy vyplynulo, že klíčovým faktorem rozhodování nebyl věk, ale funkční stav v předchorobí (schopnost fyzické aktivity, sebeobsluhy, chůze, potřeby podpory druhých osob apod). Mezi internisty a anesteziology se nelišila zvolená léčebná kategorie ve smyslu větší nebo nižší invazivity léčby, avšak internisté dávali větší prognostický význam komorbiditám oproti věku, zatímco anesteziologové si byli méně jistí v hodnocení prognózy starších pacientů – toto souvisí se specifickým charakterem rutinní práce obou odborností, kdy internisté běžně dlouhodobě pečují o polymorbidní geriatrické pacienty na svých odděleních. Výsledkem celého procesu byl rozhodovací algoritmus pro pacienty s potřebou intenzivní péče (viz příloha č. 3) a dokument „*Krizová triage při hrozícím zahlcení kapacit intenzivní péče*“ pro použití v klinické situaci i pro lékaře, kteří běžně nepracují s tříděním a stanovováním priorit.

Pro praxi by byla vhodná existence obecného konsensuálního doporučení odborných autorit, nejen medicínských, umožňující následné rozpracování. Doporučení by mělo obsahovat základní principy, na kterých je většinová shoda, a také hierarchii kritérií, od nichž by se odvíjelo rozhodování. V jednotlivých zařízeních by pak vedoucí pracovníci měli vodítko pro vytvoření konkrétnějších algoritmů podle charakteru a zaměření pracoviště a podle oboru. Tím by byl splněn základní požadavek, po němž volají etici, krizoví manažeři i samotní zdravotníci, a to, že tíže rozhodování v extrémních podmínkách nedostatku zdrojů nesmí být ponechána na bedrech jednotlivých lékařů či sester. Bez vodítek se do výstupů i při nejlepší vůli a snaze pomoci jednotlivým pacientům promítají různé přístupy, hodnoty i neuvědomovaná kritéria a postup je nahodilý, pro veřejnost může být i matoucí.

### 3.4. Dopady na zdravotníky a pojem morálního traumatu

*„Myslela sis, že padneš jako hrdina, a přitom jednou zemřeš jako neznámý voják... Už je to dlouhé.“*

*„Je šílené sledovat umírání lidí mnohdy mladých, v takhle extrémním počtu, a stát nad nimi bez možnosti jim pomoci. Je šílené sledovat, jak tomu, co se opravdu děje, spousta lidí venku nevěří.“*

*„Pocit izolace, pocit selhání, obavy z budoucnosti.“<sup>91</sup>*

Morální trauma vzniká, pokud se jednatel nemůže chovat v souladu se svými etickými zásadami a hodnotami, nemůže provést to, co považuje za správné nebo v tom selže. Má pak pocit, že neudělal dost proti utrpení, jehož byl svědkem, může mít pocity studu a viny – tento druh viny se označuje jako „vina bez pochybení“. Morální trauma, někdy označované i jinými synonymy (stres svědomí, morální distress, etické/existenciální utrpení) je vyvoláno událostmi mimo kontrolu jedince. Pojem se objevil v literatuře v 90. letech 20. století v souvislosti s válkami, později se začal objevovat i v kontextu zdravotnictví. Prioritizace pacientů v některých fázích pandemie chtě nechtě byla o tom, kdo bude mít šanci přežít.<sup>92</sup> Dopady morálního distressu mohou připomínat příznaky syndromu vyhoření, hlavně v emocionálním stažení a v odosobnění pacientů, pokud expozice bolesti druhých přesáhne určitou mez – je to nevědomý mechanismus obrany vlastní psychiky. Vyústí to v rutinní poskytování péče bez osobní angažovanosti.<sup>93</sup> Ostatně evropská studie zdravotníků urgentní medicíny z roku 2022 ukázala dvojnásobné až trojnásobné zvýšení výskytu syndromu vyhoření oproti předpandemickému období. Průzkumu se účastnilo téměř 2000 profesionálů z 89 zemí, 62 % vykazovalo příznaky vyhoření, více mladí a více ženy. Varovné však bylo, že z této skupiny jich 90 % uvažovalo o odchodu ze zdravotnictví.<sup>94</sup>

V ČR se mírou morálního distressu zabývala studie z prostředí intenzivní péče. Více než polovina poskytovatelů (58,2 %) měla příznaky morálního distressu. Mezi jeho zdroje patřilo málo času na pacienty, nekonzistence názorů na hodnocení pacientů a nedostatečná komunikace s rodinami pacientů i uvnitř zdravotnického týmu. Pokud byla

---

<sup>91</sup>Z anonymních volných odpovědí dotazníku z mezinárodní studie HEROES-CZ z období sběru dat od 24. 2. 2021 do 30. 4. 2021. [https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2022/07/HEROES\\_3.pdf](https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2022/07/HEROES_3.pdf)

<sup>92</sup>ČARTOLOVNI, Anto – STOLT, Minna – SCOTT, Anne – SUHONEN, Riita. Moral injury in healthcare professionals: A scoping review. *Nursing Ethics* 2021, roč. 258, č. 5, s. 590-602.

<sup>93</sup>LEDOUX, Kathleen. Understanding compassion fatigue: understanding compassion. *Journal of advanced nursing* 2015, roč. 71, č. 9, s. 2041-2050.

<sup>94</sup>PETRINO, Roberta – GARCIA-CASTRILLO, Luis – YILMAZ, Basak. Burnout in emergency medicine professionals after 2 years of the COVID-19 pandemic: a threat to the healthcare system? *European Journal of Emergency Medicine* 2022, roč. 29, č. 4, s. 279-284.

poskytována péče s nižším než obvyklým standardem, zvyšovalo to téměř 2x riziko morálního distresu.<sup>95</sup> I další studie dopadů pandemie na psychické zdraví zdravotníků HEROES-CZ, součást dlouhodobé longitudinální světové studie<sup>96</sup>, potvrdila významné psychologické dopady. Míra depresivity u českých zdravotníků se mezi lety 2020 a 2021 zdvojnásobila, asi třetina měla příznaky posttraumatické stresové poruchy, 14 % zažívalo pocity viny. Mezi stresory, které zvyšovaly riziko deprese, patřily zkušenosti s umíráním pacientů na COVID-19, nutnost třídění a zážitek stigmatizace nebo násilí. Zdravotníci s psychickými problémy 2x častěji zvažovali odchod ze zdravotnictví.<sup>97</sup>

Pandemie nasvítla jako reflektor nedostatek kvalifikovaných zdravotníků v mnoha oblastech světa, ČR nevyjímaje. Sami zdravotníci jsou v krizi vzácným zdrojem, psychologické dopady tedy nejsou pouze jejich osobním problémem. Jejich případné odchody ze zdravotnictví nebo i změna v rámci zdravotnického sektoru na pozice, kde nebudou muset čelit náročným dilematům může významně ohrozit krizovou připravenost na další události. Je tedy nezbytné věnovat pozornost samotným zdravotníkům a vnímat je i jako jeden z prvků krizové připravenosti. Kromě různých opatření spíše manažerského typu (systém psychosociální podpory, míra zátěže včetně redukce přesčasové práce apod.) by bylo potřeba snížit i potenciální distres vyvolaný nejasnými kritérii prioritizace při nedostatku zdrojů. Neboť: „*Vývoj doporučení pro prioritizaci by měl zajistit, že jednotliví lékaři nebudou čelit hrozivému úkolu improvizovaných rozhodnutí o tom, koho léčit, a nebudou na tento úkol každý sám. Přenesení takové zátěže na jednotlivé lékaře může znamenat akutní i doživotní psychologické břemeno.*“<sup>98</sup> Jak uvádí i etik David Černý, jsou lékaři morálně odpovědní za své volby, které jsou skutečně o životě a smrti. Proto by tyto volby měly být racionálně odůvodněné a vycházet ze srozumitelných principů, pak je přijmou i pacienti a celá společnost, navzdory jejich tragickému charakteru.<sup>99</sup>

---

<sup>95</sup>PROKOPOVÁ, Tereza – HUDEC, Jan – VRBICA, Kamil *et al.* Palliative care practice and moral distress during COVID-19 pandemic (PEOPLE-C19 study): a national, cross-sectional study in intensive care units in the Czech Republic. *BMC Critical Care* 2022, roč. 26, č. článku 221. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04066-1>

<sup>96</sup>The Covid-19 Health care WorkerS (HEROES) Study (HEROES), <https://classic.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04352634>

<sup>97</sup>ČERMÁKOVÁ, Pavla – FRYČOVÁ, Barbora, NOVÁK, David *et al.* Depression in healthcare workers during COVID-19 pandemic: results from Czech arm of HEROES Study. *Scientific Reports* 2023, roč. 13, č. článku 12430, <https://doi.org/10.1038/s41598-023-39735-w>

<sup>98</sup>EZEKIEL, E. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of COVID-19, s. 2054.

<sup>99</sup>ČERNÝ, D. *et al.* *Etická a právní východiska pro tvorbu doporučení k rozhodování o alokaci vzácných zdrojů při poskytování zdravotních služeb v rámci pandemie COVID-19*. 2. vydání. 2020, s. 8.

## **4. Jak dál v oblasti rozhodování zdravotníků při nedostatku zdrojů v případech mimořádných událostí a katastrof**

### **4.1. Jak pracovat s etickými aspekty v oblasti krizové připravenosti?**

Je některý z hlavních směrů uvedených ve druhé kapitole bezesbytku aplikovatelný na řešení katastrof? Vzhledem k tomu, že u katastrof jde o mimořádně komplexní události, které se dotýkají celé společnosti a na jejichž řešení se musí podílet mnoho oborů, přičemž úkoly jednotlivých aktérů se diametrálně liší, to považuji za nemožné. I při přímé odezvě na simplexní mimořádnou událost se pohybujeme na úrovni strategické (strukturální opatření a nastavení systému), operační (postupy jednotlivých složek odezvy) a taktické (přímo v místě). Pro riziko – či spíše jistotu – vzniku budoucích katastrof bychom se všichni měli zabývat morální reflexí událostí již proběhlých, a skrze ni se shodnout na základních hodnotách i pro etické aspekty. A nesmíme zapomínat ani na individuální vztah zdravotník-pacient, protože i při zasažení celé populace je tato jedinečná mezilidská interakce základem pro záchranu a léčbu zasažených.

Při plánování a prevenci se na makroetické úrovni nesporně může uplatňovat konsekvencialistický/utilitaristický přístup, avšak doplněný o důraz na spravedlnost a dodržování důstojnosti a lidských práv. Vytvoření podmínek pro zajištění základního práva na ochranu života a zdraví za všech okolností je úkolem a odpovědností státu. Spravedlnost musí vycházet z principu co možná největšího vyrovnávání nespravedlivých nerovností a tím zajistit upřednostnění zranitelných skupin. Konsekvencialismus se používá při vytváření schémat třídění, cílem je zajistit maximum péče s omezenými prostředky. Péče je směřována na nejzávažněji zasažené, ale zachráníitelné. Zdravotníci by jej však ve vztahu ke konkrétním pacientům neměli uplatňovat. Při dlouhotrvající katastrofě, jakou pandemie byla, by tento přístup mohl vést k odosobnění pacientů díky bezmyšlenkovité aplikaci určitých parametrů bez ohledu na kontext, hlavně ke ztrátě empatie, tak potřebné právě v kritických okamžicích. Nehledě na to, že na konečné důsledky v komplexitě všech dějů a aspektů nelze ani při největší snaze dohlédnout, jak nám proběhnuvší pandemie názorně předvedla.

Deontologie má své místo v dodržování pravidel například při zásahu při hromadné dopravní nehodě, v dodržování etických kodexů či závazků vůči pacientům. Stejně jako

konsekvencionalismus obsahuje riziko špatné cesty k dobrému (či domněle dobrému) cíli, deontologie závisí na kvalitě normy, která se má dodržovat. I ve standardních podmínkách existuje shoda na tzv. „výhradě svědomí“. Pokud má lékař za to, že nějaký postup či předpis narušuje lékařskou etiku nebo ohrožuje základní lidská práva, může tuto výhradu uplatnit. Každý by si však měl být vědom, že při uplatnění této výjimky musí skutečně jít o zásadní rozpor mezi povinnostmi dodržovat zákonné a odborné normy na jedné a závažným etickým důsledkem na druhé straně, a současně musí platit, že dilema nelze vyřešit ve shodě s nimi. Co však musí být z deontologie dodrženo vždy, je Kantův kategorický imperativ ve své druhé formulaci: „*Jednej vždy tak, abys používal lidství jak ve své osobě, tak v osobě každého druhého vždy zároveň jako účel a nikdy pouze jako prostředek*“. K tomu není potřeba mít hluboké etické či filozofické znalosti, stačí respektovat každého pacienta a přijímat jej jako člověka, a to i v extrémních situacích. Z respektu vyrůstá nejen empatie, ale i sebeúcta, každý si zachová i svoje lidství navzdory hrozivým podmínkám.

Biomedicínské principy, jakkoliv jsou obecně známé, mohou při mimořádných událostech dilemata spíše vyvolávat, než aby nabízely řešení. Autonomie, v „normálních“ časech dnes akcentovaná, ustupuje nutně do pozadí, naopak je nutné úzkostlivě dbát na zajištění spravedlivých šancí. Zůstávají ony dva hippokratovské – non-maleficence, platná vždy, a beneficence ve smyslu nejlepší možné péče vzhledem k podmínkám. Černý a kol. přicházejí s modifikací principů pro katastrofy (princip maximalizace užítka dosažitelného prostřednictvím jejich alokace, férovost, podporu těch, co pomáhají druhým a upřednostňování pacientů, kteří jsou na tom nejhůře a potřebují intenzivní péči nejvíce),<sup>100</sup> avšak tento koncept není ani obecně znám ani přijímán a je spíše kombinací utilitarismu, konceptu principů a důrazu na spravedlnost ve smyslu férovosti. V každém případě by byla potřeba podrobnější debata a odůvodnění tohoto významového posunu.

V individuální rovině vztahu zdravotník-pacient je dle mého názoru velmi důležité jednání, které můžeme popisovat či hodnotit z teoretického základu etiky ctností, přičemž se autoři z oblasti etiky katastrof shodují, že důležité jsou spíše „neheroické“ oproti „heroickým“: empatické vztahování k druhým, čestnost a zásadovost, svědomitost, uměřenost, rozvaha ve smyslu antické praktické moudrosti, a zejména schopnost hodnocení kontextu. Jako určité vrozené charakterové dispozice je ctnosti možné rozvíjet, nejsou jednou provždy daným rysem. V situacích, pro které nemáme předpřipravené

---

<sup>100</sup> ČERNÝ, D. et al. *Etická a právní východiska pro tvorbu doporučení k rozhodování o alokaci vzácných zdrojů při poskytování zdravotních služeb v rámci pandemie COVID-19*. 2. vydání. 2020, s. 8.



postupy, může být osobnost zdravotníka tím rozhodujícím činitelem, jak bude okamžik zvládnut, zda dobře a ku prospěchu pacienta, nebo se závažnými negativními důsledky. K určité odolnosti, ať již ji budeme chápat ve smyslu psychologickém či morálním, patří i akceptovat prvek náhody a nezaviněného neštěstí a spíše se soustředit na aktivní přístup zaměřený na budoucnost než na tragédii samotnou. Tím, že je etika ctností zaměřená na jednajícího člověka, a ne na teoretické konstrukty, které mohou být obtížně přijímané, má potenciál využití v praxi. Bylo by potřeba jediné: aby se zdravotníky jako na lidské bytosti zaměřily i managementy zdravotnických zařízení a celý systém zdravotnictví a zajistily podmínky k jejich rozvoji, nikoliv k jejich vyhoření a morálnímu traumatu.

Inspirací ve 21. století mohou být i principy etiky péče, vycházející z feminismu. I ty se zaměřují na jednotlivce a vztahy. Berou do úvahy nejen znalosti a racionální přístupy, ale i zkušenosti, intuici a emoce, které při katastrofách hrají velkou roli. V centru etiky péče stojí jednatel, ale je důležité i komplexní zhodnocení kontextuálních otázek.

## **4.2. Praktické kroky pro stanovení pravidel pro rozhodování při nedostatku zdrojů**

5. 5. 2023 vyhlásila WHO ukončení pandemie COVID-19. Byl by tedy nyní ideální čas pro reflexi a zpětnou vazbu – po odborné i etické stránce. Ne proto, abychom pranýřovali viníky, ale abychom to příště uměli lépe a s menším stresem. Diskuze, jak se všichni autoři shodují, musí být inkluzivní, tedy s přístupem všech, kterých se to týká – tedy veřejná. Ve veřejném prostoru se přece jen více než dříve mluví o paliativní péči a o umírání. Otevírá se tím téma lidské smrtelnosti, které bylo dlouhá léta tabu, a zvyšuje se pochopení, intenzivní péče má alternativu. Medicína umí mnohé, ale má své limity, stejně jako lidský život. Lékaři musí mít odvalu a ochotu mluvit s pacienty a jejich blízkými otevřeně, ale nesmí je nechat bez pomoci v okamžicích, kdy medicína dosáhla svých hranic.

Lékaři-paliatři mohou ostatním oborům nabídnout své znalosti k možnému vzdělávání a poradenství jak v prognózování, tak v komunikaci, protože právě oni umí nejlépe ze všech odborností pravdivě hovořit o smrti a umírání se svými pacienty i jejich blízkými a zároveň jim nabídnout naději. Umí dodat nejtěžším chvílím v životech rodin spirituální rozměr a lidskost. Právě možnosti porady buď etika nebo paliatra pro podporu

v náročných rozhodováních lékařům během pandemie citelně chyběly<sup>101</sup> a etické poradenství je v ČR zatím jen ve fázi příprav, etické komise jsou orientovány na zcela jiné aktivity.

Další oblastí je vzdělávání – pre- i postgraduální vzdělávání lékařů i ostatních zdravotníků i vzdělávání veřejnosti. Výuka lékařské etiky na lékařských fakultách je sice zařazena, ale převážně ve formě teoretické výuky, navíc je často soustředěna na tradiční etická témata, jako jsou euthanasie, ukončení těhotenství, problematika reprodukční medicíny, transplantace, případně vývoj genových technologií a další. Medici (s výjimkou studentů vojenské fakulty) nejsou seznámeni se zásadami třídění při mimořádných událostech, neznají ani principy práce na urgentním příjmu, kde se třídění v běžném provozu uplatňuje v každodenním provozu. Řešením není vzdělávat studenty zdravotnických oborů a budoucí lékaře v teoretických směrech etiky nebo je nutit studovat do hloubky filozofii, ale spíše s nimi diskutovat o tom, že v medicíně se budou setkávat s nejednoznačnými situacemi. Nabízejí se prakticky zaměřené workshopy s diskuzí o postupech v modelových situacích, které umožní debatu s ostatními i uvědomění si vlastních hodnot.

Praktický přístup k rozhodování nabízí klinická etika, kdy lékař postupně hodnotí jednotlivé roviny, relevantní pro etickou rozvahu. Tyto roviny jsou medicínské indikace, preference pacienta, kvalita života a kontextuální. Výhodou je též to, že většinu otázek a aspektů lékař/ka hodnotí vždy u každého pacienta a zčásti automaticky, takže je snazší si tento systematický přístup osvojit. Vychází z medicínského přemýšlení i z každodenní rutiny.<sup>102</sup> Podobně prakticky je zaměřena webová stránka „Moral Balance – Practical Ethical Decisions at the Bedside“, zaměřená především na problémy vznikající v oblasti intenzivní péče. Nalezneme zde jen nezbytný stručný teoretický rámeček; v praktických příkladech nabízí v podstatě totožný přístup jako klinická etika. Základem je systematické vyhodnocení medicínských faktů, shrnutí situace a následuje analýza podle čtyř principů: autonomie, zatížení (koho a čím, tedy i např. zohlednění příbuzných), profit (pro koho a jaký), spravedlnost a alokace zdrojů. Autoři sami zdůrazňují, že uvedené příklady nejsou návodem k jednání, ale nástrojem k objektivizaci konkrétní situace, k vyvážení protichůdných požadavků a metod, ale i ke správné dokumentaci výsledného rozhodnutí.

---

<sup>101</sup>KOPECKÝ, O. et al. Etická reflexe poskytování zdravotní péče v době pandemie COVID-19. 2023.

<sup>102</sup>JONSEN, Albert – SIEGLER, Mark – WINSLADE, William. *Klinická etika – praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*. Praha: Triton, 2019.

Přístup je vhodný pro klinickou rozvahu a vodítko pro rozhodování, tak i pro komunikaci a pro řešení konfliktů.<sup>103, 104</sup> Všechny metody jsou aplikovatelné i na rozhodování při nedostatku zdrojů, na osvojení si zvažování prospěchu a rizika, na přemýšlení o tom, co je pro konkrétního pacienta opravdu dobré v kontextu jeho jedinečného životního příběhu. K ujasnění postojů a možností přispívá i formální i neformální sdílení na kolegiální úrovni – na konferencích, v publikacích, ale i v lékařských pokojích po náročné službě. Vše vyžaduje odvahu – v otázkách a pochybách se ukazuje zranitelnost, ale na druhé straně i lidskost. Umožní to pak i upřímnější komunikaci s pacienty a jejich blízkými. Sdílení na kolegiální úrovni se dá vnímat i jako příprava na sdílené rozhodování s pacienty.

Odborné lékařské organizace a bioetici by měli začít pracovat na doporučeních použitelných pro katastrofách – nikoliv rozpracovaných do podrobností, ale na návrhu principů, na jejichž půdorysu by se rozhodovací procesy mohly odehrávat. Tato doporučení by pak měla být předložena veřejnosti.

## Závěr

Mimořádné události a katastrofy přinášejí mnohá etická dilemata, jedno z nejzásadnějších se týká spravedlivé distribuce nedostatkových zdrojů. Ve své práci jsem se věnovala otázce, jakými principy by se mělo řídit rozhodování zdravotníků o alokaci zdrojů, pokud nastane jejich nedostatek. Jako referenční událost jsem si zvolila pandemii COVID-19 a zkoumala jsem, zda měli zdravotníci nějaká doporučení pro prioritizaci pacientů.

V teoretické části práce jsem se zaměřila na obecný rozbor přínosů a rizik jednotlivých etických směrů. Při zohlednění principu rovnosti, spravedlivosti, nediskriminování a důstojnosti je jeden z nejpoužívanějších směrů utilitarismus, zejména při plánování na makroetické rovině. Deontologie má též svůj velký význam pro nezbytnost pohybovat se nejen v zákonném rámci, ale řídit se i mravními principy a povinnostmi, přesto se mohou vyskytnout při katastrofě situace, kdy může být deontologický přístup zavádějící. Biomedicínské principy se dostávají do konfliktu i za běžných podmínek poskytování

---

<sup>103</sup>HARVEY, Dan – GARDINER Dale. Moral Balance – Practical Ethical Decisions at the Bedside. <http://www.moralbalance.org/> (2018) [2023-8-8]

<sup>104</sup>HARVEY, Dan – GARDINER Dale. MORAL balance' decision-making in critical care. BJA Education 2019, oč. 19, č. 3, s. 68-73.

zdravotní péče, v mimořádných podmínkách je nutně snížen důraz na autonomii, která jinak dnes dominuje, a naopak vyvstává nutnost zajištění spravedlivé distribuce zdrojů. Narůstá význam etiky ctností a osobní integrity poskytovatelů zdravotní péče, protože mohou být v nestandardních situacích morálním kompasem a pomáhají orientovat se v tom, co je správné. Nelze tedy tvrdit, že je možné na komplexní a do jisté míry nepředvídatelný děj aplikovat jeden vybraný etický směr. Naopak je nutné si uvědomit jednotlivé roviny krizové přípravy a následně i odezvy, definovat problémy a vědět, co je cíl v každé z rovin a ve všech organizacích, jak ho dosáhnout, jak zajistit spravedlnost, rovnost v přístupu ke zdrojům a důstojnost všech zasažených, ale i zasahujících.

V praktické části jsem se zaměřila na analýzu tří dostupných doporučení pro alokaci zdrojů při jejich nedostatku. Pracovala jsem s překladem textu německých odborných společností a Akademie pro etiku v medicíně, s doporučením České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny a s textem autorů z Ústavu státu a práva Akademie věd ČR. Všechny tři se shodovaly na důležitosti posouzení naděje na přežití (medicínská rozvaha), ale poněkud se lišily v základním odůvodnění. Nadindividuální utilitaristické hledisko bylo akcentováno v textech z medicínského prostředí, zatímco etici z Ústavu státu a práva pracovali s modifikací čtyř základních biomedicínských principů pro situaci alokace zdrojů. V německém dokumentu byly obsaženy i algoritmy pro rozhodování (ve smyslu jaká kritéria v kterém okamžiku hodnotit); stanovisko ČSARIM, pro lékaře nejdostupnější a nejvíce rozšířené, se zabývalo pouze obecnou rovinou a zdůrazňovalo právní rámec. Všechny dokumenty se shodovaly, že konkrétní postup u každého pacienta musí být posuzován individuálně, nikdy nesmí být srovnáván jeden pacient s druhým.

Na základě závěrů této práce považuji za důležité zaměřit se na následující oblasti:

1. Do plánování a krizové připravenosti je třeba zařadit i etické hledisko a vytvořit doporučení pro zásady alokace vzácných zdrojů. Toto se týká všech, kteří vytvářejí krizové plány: vedení jednotlivých rezortů jakožto autoři krizové legislativy, vedoucí manažeři složek IZS, kteří rozpracovávají krizové a traumatologické plány, představitelé samosprávy v regionech i krizoví manažeři zdravotnických zařízení. Všechny plány musí do sebe zapadat a na sebe v logické hierarchii navazovat.
2. Zvýšit povědomí o oborové etice prostřednictvím pre- i postgraduálního a celoživotního vzdělávání, a to zejména na praktické schopnosti řešení etických dilemat formou seminářů, workshopů či využitím kazuistik. Tuto oblast by měli

zajišťovat učitelé zdravotnických i lékařských fakult, zdravotníci, kteří ve své klinické praxi nejčastěji dilematům čelí, a též bioetici, jejichž hlas a expertíza může korigovat zdravotnický pohled.

3. Větší pozornost je potřeba věnovat komunikačním dovednostem zdravotníků, jejich schopnosti otevřené komunikace a osvojením si zásad sdíleného rozhodování. Mnohá zdravotnická zařízení již zajišťují pro své zaměstnance praktické nácviky a existují i kurzy sdělování špatných zpráv – Centrum paliativní péče má nabídku zacílenou na různé profesní skupiny, včetně zdravotnických záchranářů. Pro krizovou připravenost jsou však potřeba i specifické dovednosti v důvěryhodné a srozumitelné komunikaci rizika směrem k veřejnosti, což se týká zejména manažerů a velitelů jednotlivých zařízení a zasahujících složek. Zásady mediálního managementu a prostředky komunikace s veřejností by měly být stanoveny i v krizových plánech zdravotnických složek.
4. Bylo by vhodné zajistit možnost etických konzultací ať již v nemocnicích, nebo při vzniku komplexní katastrofy i formou telefonické linky, kde by byla možnost probrat problematiku situace, které snesou odkladu; zde by mohly pomoci i odborné společnosti. K prevenci nedostatku personálních zdrojů patří i psychosociální podpora zdravotníků.

Jakkoliv bychom všichni chtěli na celou pandemii zapomenout a nepřipomínat si období prázdných ulic a křížů na dlažbě Staroměstského náměstí, bylo by chybou vynechat ohlédnutí zpět a tím i šanci připravit se na budoucí krize. Mnohdy se v různých kontextech říká, že není otázkou „*zda, ale kdy*“. Pro katastrofy to platí stoprocentně: klimatické změny již nyní významně zvyšují počty regionálních mimořádných událostí a záplavy, povodně, sesuvy půdy, orkány, tornáda či požáry se stávají každodenní náplní zpráv. Vlny veder mají desetitisícové počty obětí, zejména mezi starší a nemocnou populací. Změna podmínek pro zemědělství a nedostatek vody vyhánějí z domovů milióny lidí hlavně v nejchudších státech světa, další utíkají před válečnými a etnickými konflikty. Důsledkem jsou již nyní migrační vlny a humanitární krize na hranicích bohatých regionů a očekává se, že migrace se v nejbližších desetiletích ještě znásobí. Pesimistický pohled by mohl vést ke strachu a beznaději. Pokud však dokážeme optiku obrátit, můžeme se připravit na krize aktivně a převzít část odpovědnosti za sebe a své blízké. Umím alespoň základy první pomoci? Víím, kde hledat informace? A mám představu, jakým způsobem je sehnat, pokud selžou všechny komunikační kanály? Umím

se přizpůsobit různým podmínkám a improvizovat? Víím, kde jsou kryty nebo kde by byla evakuační centra? Mám kapacitu na pomoc druhým, třeba jako dobrovolník?

Možná začne lidstvo vnímat mimořádné události a katastrofy jako normální stav. Připravujme se tedy na předvídatelné i zatím neznámé výzvy, abychom byli schopní budoucí události zvládnout s menší improvizací a větší profesionální jistotou podporovanou jasně danými pravidly.

## Seznam obrázků

Obr. 1, str. 16: cyklus fází katastrofy, zdroj: United Nations International Telecommunication Union, ICTs Disaster Management. <https://www.itu.int/en/ITU-D/Emergency-Telecommunications/Pages/ICTs-4-DM.aspx>

Obr. 2, str. 22: Algoritmus třídícího systému START, zdroj: GŘ HZS ČR: Bojový řád jednotek požární ochrany – taktické postupy zásahu: Třídění velkého počtu raněných metodou START.

Obr. 3, str. 51: Denní počty případů a počty úmrtí během pandemie COVID-19 v ČR, zdroj: John Hopkins University Coronavirus Resource Center: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

Obr. 4, str. 52 – predikce vývoje potřeby nemocničních lůžek ke konci října 2020, zdroj: MZ ČR a ÚZIS.

Obr. 5, str. 60: Schéma rozhodovacích postupů při nedostatku zdrojů intenzivní medicíny. Zdroj: MARCKMANN et al. (překlad MATĚJEK, KOPECKÝ): Doporučení o alokaci zdrojů v intenzivní medicíně v kontextu pandemie COVID-19 – klinicko-etická doporučení. Paliativní medicína 2020;0;4 (13-19).

Obr. 6, str. 63: Změna principů při nutnosti alokace vzácných zdrojů. (Zdroj: Černý David et. al: Etická a právní východiska pro tvorbu doporučení k rozhodování o alokaci vzácných zdrojů při poskytování zdravotních služeb v rámci pandemie COVID-19. Ústav státu a práva AV ČR, Kabinet zdravotnického práva a bioetiky, Praha 2020.)

Obr. č. 7, str. 65: Černý David: Kompletní schéma alokace vzácných zdrojů (Zdroj: Černý, David: Alokace vzácných zdrojů. In ŠEBLOVÁ Jana – MATĚJEK, Jaromír, a kol. Etika urgentní medicíny – z pohledu každodenní praxe. Praha: Grada Publishing a.s. 2023, s.174.

## Seznam použitých zkratek

AČR – Armáda ČR

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome

COVID-19 – coronavirus disease 2019

ČLK – Česká lékařská komora

ČSARIM – Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny

ČVUT – České vysoké učení technické

DALYs – Disability Adjusted Life Years

HDP – hrubý domácí produkt

HIV – human imunodeficiency virus

HPO – hromadné postižení osob

HZS – Hasičský záchranný sbor

IZS – Integrovaný záchranný systém

JIP – jednotka intenzivní péče

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

OOP – osobní ochranné pomůcky

OSN – Organizace spojených národů

P1 (2, 3, 4) – priorita 1 (2, 3, 4)

PČR – Policie České republiky

QALYs – quality adjusted life years

SARS-CoV-2 – severe acute respiratory syndrome coronavirus 2

START – Simple Triage and Rapid Treatment (anglicky)

START – Snadné třídění a rychlá terapie (česky)

UP – urgentní příjem

USAR – Urban Search and Rescue

WHO – World Health Organization

ZZS – Zdravotnická záchranná služba



## Seznam literatury

BAHN, Kate, COHEN, Jennifer, van der MEULEN RODGERS Yana. "A feminist perspective on COVID-19 and the value of care work globally." *Gender, Work & Organization* 27, 5 (2020): s. 695-699.

BARILAN, Michael Y.: Triage in Disaster Medicine: Ethical Strategies in Various Scenarios. In O'MATHÚNA, Dónal – GORDIJN, Bert – CLARKE, Mike: *Disaster Bioethics: Normative Issues When Nothing is Normal*. London, UK: Springer, 2014, s. 52-54.

BEAUCHAMP, Tom – CHILDRESS, James. *Principles of Biomedical Ethics*. Eight Edition. New York, USA, 2019.

BRANICKI, Layla Jayne. "COVID-19, ethics of care and feminist crisis management." *Gender, Work & Organization* 27.5 (2020): s. 872-883.

BREČKA, Tibor: Konsekvencialismus, deontologismus a lékařská etika. *Praktický lékař* 2016, roč. 96, č. 1, s. 25-27.

ČARTOLOVNI, Anto – STOLT, Minna – SCOTT, Anne – SUHONEN, Riita. Moral injury in healthcare professionals: A scoping review. *Nursing Ethics* 2021, roč. 258, č. 5, s. 590-602.

ČERMÁKOVÁ, Pavla – FRYČOVÁ, Barbora, NOVÁK, David *et al.* Depression in healthcare workers during COVID-19 pandemic: results from Czech arm of HEROES Study. *Scientific Reports* 2023, roč. 13, č. článku 12430, <https://doi.org/10.1038/s41598-023-39735-w>

ČERNÁ PAŘÍZKOVÁ, Renata – ŠUSTEK, Petr – PRUDIL, Lukáš *et al.* Stanovisko ČSARIM 13/2020 – Rozhodování u pacientů v intenzivní péči v situaci nedostatku vzácných zdrojů. *Anesteziologie a intenzivní medicína* 2020, roč. 31, č. 5, s. 249-255.

ČERNÝ, David – DOLEŽAL, Adam – DOLEŽAL, Tomáš. *Etická a právní východiska pro tvorbu doporučení k rozhodování o alokaci vzácných zdrojů při poskytování zdravotních služeb v rámci pandemie COVID-19*. 2. vydání. 2020 Praha: Ústav státu a práva AV ČR, Kabinet zdravotnického práva a bioetiky.

ČESKÁ LÉKAŘSKÁ KOMORA: Stavovský předpis č. 10 – Etický kodex České lékařské komory. (24. 11. 2019) [2023-5-8]  
[https://www.lkcr.cz/doc/cms\\_library/13-sp-c-10-eticky-kodex-clk-101313.pdf](https://www.lkcr.cz/doc/cms_library/13-sp-c-10-eticky-kodex-clk-101313.pdf)

ČESKÁ SPOLEČNOST ANESTEZIOLOGIE, RESUSCITACE A INTENZIVNÍ MEDICÍNY  
ČLS JEP: *Stanovisko k současné situaci poskytování zdravotní péče*. (31. 10. 2020) [2023-7-20]  
[https://www.csarim.cz/getmedia/5212fcd7-e937-4333-8666-f5316d87ebaf/2020\\_pp\\_13-krajni\\_nouze\\_cerny\\_311020.pdf.aspx](https://www.csarim.cz/getmedia/5212fcd7-e937-4333-8666-f5316d87ebaf/2020_pp_13-krajni_nouze_cerny_311020.pdf.aspx)

ČESKÁ SPOLEČNOST ANESTEZIOLOGIE, RESUSCITACE A INTENZIVNÍ MEDICÍNY  
ČLS JEP: *Stanovisko výboru 12/2020 – Rozhodovací procesy u pacientů s COVID-19 referovaných na pracoviště intenzivní péče*. (13. 10. 2020) [2023-7-20]  
[https://www.csarim.cz/getmedia/0254a4a0-4c22-479a-b9d6-b4b932328063/2020\\_pp\\_12\\_csarim\\_csim\\_covid\\_eold\\_update\\_final\\_131020-1.pdf.aspx](https://www.csarim.cz/getmedia/0254a4a0-4c22-479a-b9d6-b4b932328063/2020_pp_12_csarim_csim_covid_eold_update_final_131020-1.pdf.aspx)

ČESKÁ SPOLEČNOST ANESTEZIOLOGIE, RESUSCITACE A INTENZIVNÍ MEDICÍNY  
ČLS JEP: *Stanovisko výboru 14/2021: Aktuální stav dostupnosti a poskytování intenzivní péče*

v rámci pandemie onemocnění COVID-19. (11. 1. 2021) [2023-7-20]

[https://www.csarim.cz/getmedia/01a63402-24d0-43b4-855a-468de31a06cb/2021\\_PP\\_14\\_CSARIM\\_stav\\_kapacit\\_final\\_110121\\_2\\_bez\\_priloha.pdf.aspx](https://www.csarim.cz/getmedia/01a63402-24d0-43b4-855a-468de31a06cb/2021_PP_14_CSARIM_stav_kapacit_final_110121_2_bez_priloha.pdf.aspx)

DAO, BERNARDINE – SAVULESCU, Julian – SUEN, Jacky et al. Ethical factors determining ECMO allocation during the COVID-19 pandemic. *BMC Medical Ethics* 2021, roč. 22, č. 1, s. 3-12.

DAWOOD, Fatimah, IULIANO, Danielle, REED, Carrie et. al. Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study. *The Lancet Infectious Diseases*, 12 (9): s. 687-695.

DeSIMONE, Daniel: *COVID-19 infections by race: What's behind the health disparities?* Mayo Clinic (6. 10. 2022) [2023-05-26] <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/coronavirus/expert-answers/coronavirus-infection-by-race/faq-20488802>

DYMÁK, Vladimír. Klasifikace katastrof a hromadných neštěstí. In ŠTĚTINA, Jiří a kol. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014, s. 46-62.

DYMÁK, Vladimír. Struktura krizových plánů. In ŠTĚTINA, Jiří a kol. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014, s. 132-141.

EZEKIEL, Emanuel – PERSAD, Govind – UPSHUR, Ross et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of COVID-19. *The New England Journal of Medicine* 2020, roč. 382, č. 21, s. 2049-2055.

GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ HASIČSKÉHO ZÁCHRANNÉHO SBORU ČR: Dokumentace IZS – Typové činnosti. <https://www.hzscr.cz/clanek/dokumentace-izs-587832.aspx?q=Y2hudW09MQ%3d%3d> [2023-3-25]

GENERÁLNÍ ŘEDITELSTVÍ HASIČSKÉHO ZÁCHRANNÉHO SBORU ČR: Bojový řád jednotek požární ochrany – taktické postupy zásahu: Třídění velkého počtu raněných metodou START. (30. 11. 2017) [2023-3-27]  
[file:///C:/Users/seblo/Downloads/5\\_S\\_S\\_ML11\\_R\\_Hromadna\\_nestesti\\_-\\_trideni\\_ranenyh-1.pdf](file:///C:/Users/seblo/Downloads/5_S_S_ML11_R_Hromadna_nestesti_-_trideni_ranenyh-1.pdf)

HARVEY, Dan – GARDINER Dale. Moral Balance – Practical Ethical Decisions at the Bedside. <http://www.moralbalance.org/> (2018) [2023-8-8]

HARVEY, Dan – GARDINER Dále. MORAL balance' decision-making in critical care. *BJA Education* 2019, oč. 19, č. 3, s. 68-73.

[HILL, James: Soudný utilitarismus Johna Stuarta Milla. In ČAPEK, Jakub et. al.: \*Přístupy k etice II\*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, 2015, s. 177-197.](#)

HOKOVSKÁ, Renata – SCHWARZ, Zdeněk – POKORNÁ, Milana – RYBA, Alan. Činnost ZZS HMP – ÚSZS při cvičení Podzim 2005. *Urgentní medicína* 2005, roč. 8, č.4, s. 7-11.

IRIZAR, Patricia, PAN, Daniel, KAPADIA, Dharmi et al: Ethnic inequalities in COVID-19 infection, hospitalization, intensive care admission and death: a global systematic review and meta-analysis of over 200 million study participants. *eClinicalMedicine – The LANCET Discovery Science*. 2023, roč. 57, 101877 (6.3. 2023) [2023-05-26]  
[https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370\(23\)00054-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/eclinm/article/PIIS2589-5370(23)00054-8/fulltext)

- JEFFREY, David Ian. Relational ethical approaches to the COVID-19 pandemic. *Journal of Medical Ethics* roč. 46 č.8 (2020): s. 495-498.
- JONSEN, Albert – SIEGLER, Mark – WINSLADE, William. *Klinická etika – praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně*. Praha: Triton, 2019.
- KAVAN, Štěpán. Typologie a teorie krizových situací. In ŠÍN, Robin et al.: *Medicína katastrof*. Praha: Galén, 2017. s. 19-35.
- KOPECKÝ, Ondřej – TIETZOVÁ, Ilona – BUŽGOVÁ, Radka. Etická reflexe poskytování zdravotní péče v době pandemie COVID-19. *Paliativní medicína* 2023, 4, č.1, s.3-10.
- KUŘE, Josef. *Prospektivní bioetika – Studie ke konceptu etiky biomedicínských technologií*. Praha: Nakladatelství Filosofia, 2020, s. 260-276.
- LEDOUX, Kathleen. Understanding compassion fatigue: understanding compassion. *Journal of advanced nursing* 2015, roč. 71, č. 9, s. 2041-2050.
- LOPEZ Leo, HART Luis H., KATZ Mitchell H. Racial and Ethnic Health Disparities Related to COVID-19. *JAMA*. 2021;325(8): s.719–720.
- LÖFQUIST, Lars: Virtue Ethics and Disasters. In O'MATHÚNA, Dónal – DRANSEIKA, Vilius – GORDIJN, Bert (Eds.). *Disasters: Core Concepts and Ethical Theories*. Cham, Switzerland: Springer Open, 2018.
- MARCKMANN, Georg et al. (překlad MATĚJEK, KOPECKÝ): Doporučení o alokaci zdrojů v intenzivní medicíně v kontextu pandemie COVID-19 – klinicko-etická doporučení. *Paliativní medicína* 2020;0;4 (13-19).
- MATĚJEK, Jaromír – KOPECKÝ, Ondřej. Rozhodování o alokaci zdrojů v urgentní a intenzivní medicíně v kontextu pandemie COVID-19. *Paliativní medicína* 2020, roč. 0, č. 3, s. 11-12.
- MICHALSEN, Andrej. What Corona has taught – On the allocation of scarce critical care resources during health system crises. *Paliativní medicína* 2020, roč. 0, č.1, s. 5-7.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Pandemický plán České republiky*. (18. 10. 2011) [2023-3-20] <https://www.mzcr.cz/pandemicky-plan-ceske-republiky/>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Věstník 2015: Centra vysoce specializované traumatologické péče a Centra vysoce specializované péče o pacienty s popáleninami*. (13. 10. 2015) [2023-3-20] [https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2021/05/Vestnik-MZ-CR-15-2015\\_full.pdf](https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2021/05/Vestnik-MZ-CR-15-2015_full.pdf)
- O'MATHÚNA, Dónal – GORDIJN, Bert – CLARKE, Mike: *Disaster Bioethics: Normative Issues When Nothing is Normal*. London, UK: Springer, 2014.
- O'MATHÚNA, Dónal – DRANSEIKA, Vilius – GORDIJN, Bert (Eds.). *Disasters: Core Concepts and Ethical Theories*. Cham, Switzerland: Springer Open, 2018.
- PETRINO, Roberta; GARCIA-CASTRILLO, Luis; YILMAZ, Basak. Burnout in emergency medicine professionals after 2 years of the COVID-19 pandemic: a threat to the healthcare system?. *European Journal of Emergency Medicine* 2022, roč. 29, č. 4, s. 279-284.
- PESIK, Nicki – KEIM, Mark – ISERSON, Kenneth. Terrorism and the ethics of emergency medical care. *Annals of Emergency Medicine* 2001, roč. 37, č. 6, s. 642-646.

PROKOPOVÁ, Tereza – HUDEC, Jan – VRBICA, Kamil *et al.* Palliative care practice and moral distress during COVID-19 pandemic (PEOPLE-C19 study): a national, cross-sectional study in intensive care units in the Czech Republic. *BMC Critical Care* 2022, roč. 26, č. článku 221. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04066-1>

RAKÍČ, Vojin: Disaster Consequentialism. In O'MATHÚNA, Dónal – DRANSEIKA, Vilius – GORDIJN, Bert (Eds.). *Disasters: Core Concepts and Ethical Theories*. Cham, Switzerland: Springer Open, 2018.

REGA, Paul. The Ethics of Disasters. In MARCO, Catherine – SCHEARS, Raquel. *Ethical Dilemmas in Emergency Medicine*. New York: Cambridge University Press, 2015, s. 249-265.

SABBE, Marc. Ethical essentials for emergency medical disaster responders. *Přednáška na EUSEM Congress 27. – 31. 10. 2021*, Lisabon 29. 10. 2021.

[SIROVÁTKA, Jakub: Bezpodmínečně platný mravní zákon: etika Imanuela Kanta. In ČAPEK, Jakub et al.: \*Přístupy k etice II\*. Praha: Filosofia, 2015, s. 77-93.](#)

SPOLEČNOST URGENTNÍ MEDIÍCNY A MEDICÍNY KATASTOF ČLS JEP, ČESKÁ SPOLEČNOST ANESTEZIOLOGIE, RESUSCITACE A INTENZIVNÍ MEDICÍNY ČLS JEP, ČESKÁ SPOLEČNOST INTENZIVNÍ MEDICÍNY: *Příjem a třídění pacientů se suspektním nebo potvrzeným COVID-19*. (6. 4. 2020) [2023-07-22] [https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2020/06/07\\_DP\\_SUMMK\\_CSARIM\\_CSIM\\_Prijem-a-triage-pacienta-s-COVID-19-na-UP\\_verze\\_060420\\_final.pdf](https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2020/06/07_DP_SUMMK_CSARIM_CSIM_Prijem-a-triage-pacienta-s-COVID-19-na-UP_verze_060420_final.pdf)

SPOLEČNOST URGENTNÍ MEDIÍCNY A MEDICÍNY KATASTOF ČLS JEP. *Návrh jednotné metodiky pro přednemocniční nedokladnou péči během pandemie COVID-19 (SARS-CoV-2)*. (18. 11. 2020) [2023-07-22] [https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2020/11/Metodicky%CC%81-postup-v-PNP-podzim-2020\\_v\\_18112020a.pdf](https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2020/11/Metodicky%CC%81-postup-v-PNP-podzim-2020_v_18112020a.pdf)

SPOLEČNOST URGENTNÍ MEDIÍCNY A MEDICÍNY KATASTOF ČLS JEP. *Kritéria a podmínky pro ponechání pacienta s příznaky nemoci COVID-19 v ambulantní péči*. (7. 3. 2021) [2023-07-22] [https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2021/03/01-DP-COVID-Kriteria\\_amb\\_pece\\_update\\_07032021.pdf](https://urgmed.cz/wp-content/uploads/2021/03/01-DP-COVID-Kriteria_amb_pece_update_07032021.pdf)

ŠEBLOVÁ, Dominika: Všudypřítomnost nerovností v poskytování zdravotní péče. In: In ŠEBLOVÁ Jana – MATĚJJEK, Jaromír, a kol. *Etika urgentní medicíny – z pohledu každodenní praxe*. Praha: Grada Publishing a.s. 2023, s.130-138.

ŠEBLOVÁ, Jana – HLAVÁČKOVÁ, Dana – UHLÍŘ, Marek – DIZON, Jose. Cvičení Podzim 2005 – Kralupy nad Vltavou. *Urgentní medicína* 2005, roč. 8, č. 4, s. 11-15.

ŠEBLOVÁ, Jana. Anketa o třídění při mimořádných událostech. *Urgentní medicína* 2005, roč. 8, č. 4, Supplementum, s.1-4.

ŠEBLOVÁ, Jana – PROCHÁZKA, Miroslav – ANTOŠ, Karel – ŠEBLOVÁ, Dominika. Přístup veřejnosti k otázkám třídění – výsledky pilotní dotazníkové studie 2009. *Urgentní medicína* 2009, roč. 12, č. 4, s. 21-24.

ŠEBLOVÁ, Jana – PROCHÁZKA, Miroslav – ANTOŠ, Karel – ŠEBLOVÁ, Dominika. *Názory veřejnosti na princip třídění při mimořádných událostech – dotazníková studie 2010*. Sborník příspěvků 9. ročníku Medicína katastrof – zkušenosti, příprava, praxe. Hradec Králové: Zdravotní a sociální akademie, 2012.

ŠEBLOVÁ, Jana. Mimořádné události, katastrofy a etika. In ŠEBLOVÁ Jana – MATĚJEK, Jaromír, a kol. *Etika urgentní medicíny – z pohledu každodenní praxe*. Praha: Grada Publishing a.s. 2023, s. 155-160.

ŠPINKA Štěpán et al. *Přístupy k etice I*. Praha: Filosofia, 2014.

ŠTĚTINA, Jiří. Třídění raněných a postižených při hromadných neštěstích a katastrofách – TRIAGE. In ŠTĚTINA, Jiří a kol. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014, s. 388.

ŠTĚTINA, Jiří a kol. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014.

ŠUSTEK, Petr – HOLČAPEK, Tomáš – ŠOLC, Martin: Právní rozbor situace nedostatku vzácných zdrojů v systému zdravotní péče. *Anesteziologie a intenzivní medicína 2020*, roč. 31, č. 5, s. 252-255.

ŠUSTEK, Petr – ČERNÝ, Vladimír. Vyjádření k některým mediálním ohlasům na Stanovisko ČSARIM 13/2020 – Rozhodování u pacientů v intenzivní péči v situaci nedostatku vzácných zdrojů. *Anesteziologie a intenzivní medicína 2021*, roč. 32, č. 2, s. 119-120.

TEN HAVE, HENK: Macro-triage in Disaster Planning. In: O'MATHÚNA, Dónal – GORDIJN, Bert – CLARKE, Mike: *Disaster Bioethics: Normative Issues When Nothing is Normal*. London, UK: Springer, 2014, p. 13-32.

VÁCHA, Marek – KÖNIGOVÁ, Radana – MAUER, Miloš. *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál, 2012, s. 55-59, s. 279-288.

VAVERA, František. Legislativa krizové připravenosti. In ŠTĚTINA, Jiří a kol. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2014.

VODRÁŽKA, Prokop. *Za slova o selekci pacientů jsem od vedení dostal kartáč. Je ale moje povinnost se ozvat, říká primář ze Sokolova*. (11. 2. 2021) [2023-7-20] <https://denikn.cz/560173/>

VOICE, PAUL. Disasters and Communitarianism. In O'MATHÚNA, Dónal – DRANSEIKA, Vilius – GORDIJN, Bert (Eds.). *Disasters: Core Concepts and Ethical Theories*. Cham, Switzerland: Springer Open, 2018, s. 189-202.

VRTIŠKOVÁ NEJEZCHLEBOVÁ, Lenka. *Jsmo velmi blízko bodu, kdy budeme určovat priority. "Šéf ARO otevřeně vysvětluje, jak se dělá triáž pacientů s covidem*. (11. 2. 2021) [2023-7-20] <https://denikn.cz/566430/>

VRTIŠKOVÁ NEJEZCHLEBOVÁ, Lenka. *Los o ventilátor je férové řešení. Ministerstvo nechalo lékaře napospas v odporné situaci, říká bioetik*. (3. 3. 2021) [2023-7-20] <https://denikn.cz/573767/>

ZACK, Naomi. *Ethics for Disaster*. Plymouth, UK: Rowman and Littlefield Publishers, Inc., 2011.

## Přílohy

### Příloha č. 1 – Anketa o třídění časopisu Urgentní medicína 2005

**Víte o tom, že lékaři při hromadných neštěstích a katastrofách raněné třídí do kategorií podle závažnosti? Jinými slovy – všichni nemají stejnou šanci, přednostně se ošetřují závažně poranění, ale se šancí přežít.**

*To, že jsou ranění při hromadných neštěstích třídění do kategorií podle závažnosti, vím. Vybavuji si starý televizní seriál Sanitka, kde tak lékaři postupovali při zřícení letadla v Suchdole. Při jeho sledování mi to připadalo zcela logické a normální.*

*Jana Fantová, profesorka osmiletého gymnázia*

*Věděla jsem, že se třídí do kategorií. Ale myslela jsem, že se nejdříve ošetřují ta nejzávažnější zranění, pak méně závažná, a nakonec nejméně závažná.*

*Helena Hadačová, studentka oktávy osmiletého gymnázia*

*Ano, o třídění pacientů při hromadných neštěstí a nedostatku zdravotnického personálu vím, poprvé jsem se s tímto faktem setkal při kurzu první pomoci u ČČK*

*Radomír Hejl, student oktávy osmiletého gymnázia*

*Ne, ale tušil jsem to.*

*Kryštof Procházka, student*

*Nevěděla jsem to, ale tušila, že nějaká kritéria asi budou.*

*RNDr. Jana Motyková, Centrum pro studium vysokého školství, Národní centrum distančního vzdělávání*

*O třídění do několika kategorií vím. Poranění dostanou po vyšetření na krk štítky, na kterých jsou napsány výsledky vyšetření (tlak, puls, viditelná zranění...) a celkově jsou označeni barvou (myslím, že černí jsou mrtví, červení těžce zranění a zelení lehce zranění).*

*Nina Šeblová, studentka VOŠ publicistiky*

*Ano, vím o tom, že je to nezbytně nutné. (Ale dřív, než jsem se oblastí psychologie krizí a neštěstí začal profesně zabývat, jsem o tom neměl konkrétní představu). Domnívám se, že triage klade vysoké nároky na lékaře – a to zejména při velmi rozsáhlých neštěstích, s velkým počtem zraněných. V akutní fázi, se lékař musí rozhodovat v časové tísně a s omezenými nebo improvizovanými technickými a personálními možnostmi. Situace triage může vyvolávat vysoký pozásahový stres, proto po takové situaci považují dekontaminaci stresu (psychologickými prostředky) u lékařů za velice žádoucí. Použití technik, které redukuje extrémní stres, kterému byli lékaři vystaveni, považují za prevenci možných budoucích obtíží (včetně profesního vyhoření). Domnívám se, že je úkolem zaměstnavatele tuto prevenci zajistit.*

*PhDr. Štěpán Vymětal, psycholog MV ČR*

## **Co si o tomto faktu myslíte a jaké to ve Vás osobně vyvolává pocity?**

*Lékaři se dostávají do emocionálně složitě a těžké situace. Mně osobně je to velmi nepříjemné, ačkoli to chápu jako logické a správné řešení situace.*

*Alena Večeřová –Procházková, lékařka, obor psychiatrie*

*Jediné, co vím, je, že bych nechtěla být v kůži záchranáře, který čelí zodpovědnosti správného a rychlého třídění za často nepřehledných podmínek. Úzkost cítím za ně, jinak ne. V pozici umírajícího bych chtěla, aby byl někdo se mnou – ale od záchranáře to neočekávám.*

*Bohumila Baštecká, psychologka, terénní krizová práce*

*Žádné pocity, pouze pocit zodpovědnosti, je to dril, takto se to musí udělat.*

*Dobroslava Jandová, lékařka*

*Rozum mi napovídá, že asi jinak postupovat nelze. Dovedu si představit, že je nutné ošetřit nejdříve ty, kteří mají šanci přežít. Zároveň si ale v duchu kladu otázku, zda mohou lékaři ve chvatu a možná i chaosu, který na takovém místě vládne, odpovědně posoudit, kdo má šanci přežít, jestli nemohou něco přehlédnout nebo ne úplně správně diagnostikovat. Tato situace ve mne vyvolává velmi smíšené pocity, v kůži lékařů bych být opravdu nechtěla.*

*Jana Fantová, profesorka osmiletého gymnázia*

*Toto třídění mi přijde logické. Lidé nikdy nebudou mít stejnou šanci, to je přirozená věc. Možná to zní tvrdě, ale lepší řešení asi zatím není.*

*Helena Hadačová, studentka oktávy osmiletého gymnázia*

*Myslím si, že každý, který kdy prošel kurzem první pomoci, ve kterém se o třídění pacientů také mluví se na tento fakt bude dívat jinak než běžný laik. Vzpomínám si, že když někdy v srpnu nebo září došlo v Pardubicích k autonehodě, při které bylo zraněno tuším 6 lidí, v médiích se o tom mluvilo jako o selhání lékaře, který měl na místě předčasně ukončit resuscitaci – osobně si spíš myslím, že právě zde se jednalo o “třídění raněných”, kdy na jednoho lékaře a záchranáře bylo 6 raněných, lékař se tedy raději věnoval ostatním raněným s šancí na přežití. Když jsem si pak pročítal různé diskuse laiků, většina lidí takto neuvažovala a spíše nadávali na lékaře. Třídění raněných tedy ve mně vyvolává „kladné“ pocity – je to běžná součást urgentní medicíny, jinak se to však může jevit lidem bez znalosti první pomoci.*

*Radomír Hejl, student oktávy osmiletého gymnázia*

*Přednostně by se měli ošetřit ti, kteří mají šanci přežít, takže s tím souhlasím.*

*Kryštof Procházka, student*

*Vzhledem k tomu, že s tímto faktem žijí poměrně dlouho, přijímám ho jako fakt a rozumím tomu. Chápu to.*

*PhDr. Jana Malíková, psychologka MV ČR*

*Předpokládám, že je potřeba nějakých pravidel, ale je otázka, zda jsou ve vypjaté situaci (hromadná neštěstí, katastrofy...) vždy dostatečně fundovaně posouzena. Tedy je-li na místě vždy DOSTATEČNĚ ZKUŠENÝ a FUNDOVANÝ záchranář, který pacientův stav opravdu spolehlivě posoudí.*

*RNDr. Jana Motyková, Centrum pro studium vysokého školství, Národní centrum  
distančního vzdělávání*

*Toto třídění usnadňuje orientaci záchranářům a lékařům a podle něj se poté přistupuje k samotné první pomoci a případnému odvozu do nemocnice, který následuje. Myslím, že je to velmi praktické a účinné. Avšak pro lidi – pacienty, kteří se v této těžké situaci ocitli je někdy těžké pochopit, že někdo jiný má při léčení přednost, když on má pocit, že právě jemu by měla být věnována péče hned teď. Lékaři však vědí lépe, kdo je opravdu ohrožen na životě a kdo utrpěl jen lehčí nebo ne tak závažná zranění. Toto by se myslím dalo vyřešit například týmem psychologů, kteří by na místě neštěstí byli přítomni a uklidňovali poraněné – lékaři a záchranáři všechnu tuto práci nemohou stihnout.  
Nina Šeblová, studentka VOŠ publicistiky*

*Role zdravotníka: standardní a logický postup, vychází z mnoha let praxe – ne vždy se však uplatňuje. Avšak tento fakt ve mně vyvolává stísněné pocity, hodně záleží na situaci a okolnostech. Jako např. zranění nejbližších, čas, roční doba (zima-léto), rozsah a místo hromadného neštěstí či mimořádné události. V noci, v zimě 0 °C, na okresní silnici, sněží – to musí být děs.*

*Bc. Vendula Pírková, vrchní sestra*

*Zodpovědnost těch, kteří rozhodují je jistě veliká, jsem ráda, že být zdravotník, nemusím být v jejich kůži. Ale určitý postup třídění je nutný, alokace zdrojů také, a proto si myslím, že tento způsob je správný.*

*Bc. Jana Růžičková, staniční sestra JIP kardiologické kliniky*

*Beru to jako nutnost, "život je tvrdý".*

*Ing. Libor ŠALANDA, pilot*

*Nechtěl bych být v roli lékaře v takové situaci. Nejhorší by byly asi vzpomínky na umírající, kterým nešlo pomoci, zejména děti. Pocit bezmoci. Pocit že život není spravedlivý. Ztráta iluzí o moci lékaře. Uvítal bych přítomnost duchovního u umírajících.*

*PhDr. Štěpán Vymětal, psycholog MV ČR*

*Z jedné strany pohledu je samozřejmé, že se lékaři budou zabývat pacienty, kteří mají šanci přežít. Vzhledem k velkému množství zraněných a malému počtu lékařů, by mělo co nejvíce lidí dostat šanci přežít. Z druhé strany samozřejmě záleží též na kvalitě, profesionalitě a etice lékaře, posuzování bylo skutečně profesionální (Jak se zachová lékař, který zde bude mít své blízké?).*

*Stanislav Procházka - starosta MČ Praha – Řeporyje*

*RNDr. Jaroslava Zusková – tajemnice ÚMČ Řeporyje*

**Jak byste reagoval, kdybyste se se svými blízkými ocitl v situaci s hromadným výskytem postižených a postup třídění by byl uplatňován i na členy Vaší rodiny?**

*Pokud bych sama byla méně zraněná než moji příbuzní, našla bych je atd. snažila bych se udělat všechno pro to, abych o své rodině alespoň věděla, aby moje rodina byla*



*ošetřená, nebo bych se snažila pro ně maximum udělat sama, teprve pak bych se věnovala cizím lidem. Zasahujícím zdravotníkům bych se snažila jejich práci nekomplikovat. Případný transport na další pracoviště by samozřejmě proběhl podle závažnosti poranění.*

*Alena Večeřová-Procházková, lékařka, obor psychiatrie*

*Je to pro mě podobná situace, jako když člen rodiny zemře po nemoci a člověk přemítá, co by bylo, kdyby – se na to přišlo dříve, lékaři dali víc na přání nemocného, se víc vědělo o podstatě onoho onemocnění. A pak mu dojde, že lidi umírají a že to, co nese jako lékařskou křivdu, jsou spíš věci chování, vztahu a komunikace obecně. Že je nakonec strašně vděčný lékařce, která o zemřelém dobře promluvila. Když poslouchám lidi (= oběti přímé), kteří byli v situaci třídění, myslím, že věc prožívají podobně – v hlavě jim posleze zůstane projevený zájem, nasazení atp. a třeba i myšlenka, že lepší smrt než život s trvalým postižením a že se nedá nic dělat. Horší je, že nemáme zatím poskytovanou péči o umírající, ačkoli – pokud se nepletu – je už v Ženevských protokolech z 1947.*

*Bohumila Baštecká, psychologka, terénní krizová práce*

*Nejprve bych se věnovala své rodině, ale i v rámci rodiny bych ošetřovala toho, kde by to ještě mělo smysl, pak bych se věnovala ostatním. Jako lékařka bych asi dodržela předepsaný postup.*

*Dobroslava Jandová, lékařka*

*Jak bych reagovala, si jen těžko dovedu představit. Asi bych v počátečním šoku odmítala uvěřit, že moji blízcí nemají šanci přežít, poté bych se možná zcela sobecky snažila všemi možnými prostředky donutit některého lékaře, aby se věnoval přednostně mým příbuzným. Nejspíš bych se tak chovala až do chvíle, než by mě z místa někdo násilím odvedl.*

*Jana Fantová, profesorka osmiletého gymnázia*

*Nedokážu posoudit, protože jsem to nezažila a člověk nikdy neví, jak bude jednat. Ale myslím si, že bych se nejdřív ze všech věnovala členům mé rodiny. A nevím, jestli je to správné nebo ne – má lékař za každé situace jednat ve jménu svého povolání nebo má také právo si v této situaci vybrat (tzn. ošetřit nejprve členy své rodiny)?*

*Helena Hadačová, studentka oktávy osmiletého gymnázia*

*Opravdu nevím, jak bych reagoval, osobně si myslím, že by člověk šel pomáhat spíš svým blízkým než se řídit pravidly pro třídění raněných.*

*Radomír Hejl, student oktávy osmiletého gymnázia*

*Snažil bych se udělat všechno pro to, aby moje rodina byla ošetřená přednostně, v tuhle chvíli bych se choval jako sobec.*

*Kryštof Procházka, 15 let, student*

*Počítám s tím, že by to tak prostě bylo. Teď od stolu řeknu racionálně, že to CHÁPU, ale v té situaci bych to pravděpodobně chtěla změnit a kdybych tušila, že mi někdo umírá, snažila bych se, aby se mu pomoci dostalo.*

*PhDr. Jana Malíková, psychologka MV ČR*

*Byla bych v šoku a svoji reakci nedovedu odhadnout a jakýmkoliv spekulacím, co by bylo kdyby... se raději vyhnu. Nechci na to ani myslet.*

*RNDr. Jana Motyková, Centrum pro studium vysokého školství, Národní centrum  
distančního vzdělávání*

*Tato otázka je zapeklitá, protože jsem se naštěstí do takovéto situace nedostala. Mohu nyní tvrdit, že bych souhlasila s postupem lékařů, kteří vědí, co dělají a panice a strachu o mé blízké bych se vyvarovala a byla bych klidná. Konkrétní vypjaté emoce jsou však silnější, ale snažila bych se to pochopit.*

*Nina Šeblová, studentka VOŠ publicistiky*

*Dle mého názoru se jedná o silnou stresující situaci, při které bych se, v případě neúspěchu, jen velmi těžce smířovala s postupem záchranářů. Stejně rozpory bych cítila v případě dětí. Myslím, že by zde byla dost významná pozice psychologa, samozřejmě až po zásahu.*

*Bc. Vendula Pírková, vrchní sestra*

*Nevím, zda bych dokázala jednat racionálně, v případě těch nejbližších by mi tento způsob milý asi nebyl. Vše by záleželo na tom, jak by to dokázali zdravotníci zorganizovat.*

*Bc. Jana Růžičková, staniční sestra JIP kardiochirurgické kliniky*

*Teď si říkám, že bych respektoval uvedenou zásadu a asi bych se snažil alespoň nějak pomoci těm "vyřazeným". Nicméně dobře vím, že v těchto mimořádných situacích se lidé často chovají zcela jinak, než by i sami od sebe očekávali, takže požadovaná stručná odpověď vlastně je - "těžko říci".*

*Ing. Libor ŠALANDA, pilot*

*Velmi by se mi ulevilo. Otázka směřuje sice jasně k odpovědím typu „měl bych z toho divný pocit, že lidé, kteří ještě žijí, dostanou černou“, ale pro mě je noční můrou přesně opačná situace: přijede posádka, která třídit nebude a začne se zraněnými zabývat bez ohledu na priority. To je přece daleko horší! Přesně to ukázalo cvičení v Kralupech, kdy se u vlaku netřídilo – a kdo se dostal k ošetření nejdříve? Lehce zranění a nezranění. Naopak lidé s masivním krvácením a vnitřními poraněními leželi na nástupišti ještě dvě hodiny po výbuchu, prostě proto, že se neozvali. Možná existují lidé, kteří považují START za etické téma k hlubokomyslným úvahám. Britský zdravotnický ekonom Maynard řekl v osmdesátých letech, že „neefektivní znamená neetické“ a přestože tím myslel hlavně na peníze, platí to i pro rozhodování u hromadného neštěstí. Třídění znamená maximálně efektivní využití sil, jakýkoliv ostatní postup je proto neetický.*

*Bc. Marek Uhlíř, Ministerstvo zdravotnictví ČR*

*Dramaticky a instinktivně. Pravděpodobně bych se aktivně domáhal, aby byli přednostně ošetřeni mí nejbližší. (Pakliže bych jim sám neposkytoval první pomoc). Reakce své psychiky v takové situaci však nedokáži odhadnout, protože podobnou zkušenost nemám. Asi bych měl na lékaře vztek, že nezachraňují mé blízké, nebo pocit, že pro ně neudělali maximum.*

*PhDr. Štěpán Vymětal, psycholog MV ČR*

## Příloha č. 2 – Dotazník pilotní studie „Názory veřejnosti na třídění“ z roku 2009

V současné době se snažíme zmapovat rozdílný pohled na některé etické otázky urgentní medicíny a medicíny katastrof v různých skupinách obyvatel. Vaše názory na tuto problematiku jsou pro nás velmi přínosné, a proto Vás prosíme o vyplnění následujícího krátkého dotazníku.

1) Víte o tom, že zdravotníci při hromadných neštěstích a katastrofách raněné třídí do kategorií podle závažnosti? Jinými slovy – všichni nemají stejnou šanci, přednostně se ošetřují závažná poranění, ale se šancí přežít.

- Ano.
- Ne.
- Nevím, ale předpokládám/a jsem nějaká kritéria.
- Myslel/a jsem že přednost mají děti, ženy případně starší lidé.

2) Co si o tomto faktu myslíte?

- Chápu, a plně se s tím ztotožňuji.
- Chápu, ale je mi to nepříjemné.
- Nesouhlasím s tím.
- Jiný postoj – jaký?.....

3) Jaké to ve Vás osobně vyvolává pocity?

- Žádné
- Cítím obavy z možného pochybení při třídění
- Vnímám to jako psychicky velmi náročný úkol pro třídící pracovníky
- Představa třídění ve mně vyvolává úzkost
- Jiné – jaké?.....

4) Jak byste reagoval/a, kdybyste se ocitl se svými blízkými v situaci s hromadným výskytem postižených a postup třídění by byl uplatňován i na členy Vaší rodiny?

- Nevím, nedokáži si to představit.
- Plně bych akceptoval/a systém třídění a ošetření.
- Snažil/a bych se upoutat pozornost třídících, ale akceptoval/a bych jejich rozhodnutí.
- Snažil/a bych se svým blízkým zajistit prioritní ošetření všemi způsoby.

5) Věk:

- Méně než 20
- 21-30
- 31-40
- Více než 41

6) Pohlaví:

- Muž
- Žena

7 a) Pracující v oboru:

- Zdravotnictví
- Ostatní složky IZS (HZS, PČR)
- Armáda
- Jiné

7 b) Studující:

- Lékařská/zdravotnická fakulta
- Jiný typ školy

8) Náboženské vyznání:

- Křesťanské
- Islám
- Hinduismus
- Judaismus
- Buddhismus
- Jiné
- Bez vyznání

## Příloha č. 3 – Interní rozhodovací algoritmus FNKV z roku 2020

### Pacient s potřebou intenzivní péče – interní rozhodovací algoritmus FNKV:

1. Jde o situace u pacienta *in extremis*, kdy nejsou známy žádné nebo jen minimální informace?
  - 1.1.ANO:
    - 1.1.1. Existuje realistická vyhlídka na klinický úspěch intenzivní terapie?
      - 1.1.1.1.Ne: L1 jako strop péče, nebo paliativní péče
      - 1.1.1.2.Ano: Jsou evidentní známky velmi špatného funkčního stavu (např. pokročilá kachexie, pacient s kontrakturami v plenách)?
        - 1.1.1.2.1. ANO: L1 jako strop péče, nebo paliativní péče
        - 1.1.1.2.2. NE: Plná léčba vč. intubace, přehodnot' později s více informacemi
    - 1.2.NE: Pokud se jedná o dítě či těhotnou ženu, vždy přijmi. O ostatních shromáždí data o funkčním stavu v předchorobí a komorbiditách
      - 1.2.1. Má pacient mentální kapacitu o sobě rozhodovat?
        - 1.2.1.1.Ano – rozhovor s pacientem
        - 1.2.1.2.Ne – rozhovor s rodinou o hodnotách a postojích pacienta, pokud to lze
      - 1.2.2. Máš na základě výše uvedeného informace o tom, že pacient nechce intenzivní péči postupovat nebo že nelze předpokládat jeho souhlas?
        - 1.2.2.1.Ano: Limitace péče dle přání pacienta
        - 1.2.2.2.Ne: PODLE SKÓRE STANOV PRIORITU PACIENTA

Není-li údaj znám, dej 0 bodů. Vyšší skóre znamená nižší pravděpodobnost klinického úspěchu v případě eskalace péče. Slouží jako podklad k transparentnímu a spravedlivému porovnávání pacientů kompetujících o nedostatkové zdroje. Bodové skóre hraniční pro přijetí/nepřijetí se může měnit v závislosti na měnící se dostupnosti zdrojů. Dokud bude zdrojů dostatek, lze dokument používat i jako podklad pro „best interest“ decision.