GRADA

Jana Šeblová

Rozhodování v krizích

Zdravotnická etika při katastrofách, pandemiích a dalších mimořádných událostech



Jana Šeblová

Rozhodování v krizích

Zdravotnická etika při katastrofách, pandemiích a dalších mimořádných událostech

Grada Publishing

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy
Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude ***trestně stíháno****. Automatizovaná analýza textů nebo dat ve smyslu čl. 4 směrnice 2019/790/EU a použití této knihy k trénování AI jsou bez souhlasu nositele práv zakázány.*

MUDr. Mgr. Jana Šeblová, Ph.D., FESEM

ROZHODOVÁNÍ V KRIZÍCH

Zdravotnická etika při katastrofách, pandemiích a dalších mimořádných událostech

Recenze:
doc. et doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.
prof. MUDr. František Duška, Ph.D.

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2026
Cover Photo © shutterstock.com, 2026
Zdroje obrázků jsou uvedeny v textu u jednotlivých obrázků.

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, Praha 7
jako svou 10793. publikaci
Odpovědná redaktorka Mgr. Viola Těšínská
Sazba a zlom Bc. Jaroslav Kolman
Počet stran 136
1. vydání, Praha 2026
Vytiskla D.R.J. TISKÁRNA RESL, s.r.o., Náchod

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplývají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-271-6433-2 (ePub)
ISBN 978-80-271-6368-7 (pdf)
ISBN 978-80-271-5559-0 (print)

Obsah

PROLOG **7**
Mé pandemické léto, podzim, zima a další jaro 7

ÚVOD **11**

1 MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI, KATASTROFY A NEDOSTATEK ZDROJŮ **15**
1.1 Fáze mimořádných událostí a katastrof a etické souvislosti 19
1.2 Medicínské a etické zásady třídění 24

2 VYBRANÉ ETICKÉ TEORIE V KONTEXTU KATASTROF **33**
2.1 Deontologie: postup podle předem stanovených pravidel 35
2.2 Konsekvencionalismus: hodnocení podle výsledku 38
2.3 Utilitarismus: záchrana co největšího počtu zasažených s nadějí na přežití 40
2.4 Etika principů: čtyři bioetické principy 43
2.5 Etika ctností neboli etika mravní zdatnosti v kontextu katastrof ve 21. století 46
2.6 Spravedlnost a rovnost všech v přístupu ke zdrojům a koncept lidských práv 51
2.7 Komunitarismus a etiky péče 55
2.8 Etické směry v jednotlivých fázích cyklu katastrofy 60

3 PANDEMIE JAKO ETICKÁ KAZUISTIKA ROZHODOVÁNÍ PŘI EXTRÉMNÍM NEDOSTATKU ZDROJŮ **63**
3.1 Pandemie v České republice: fakta 65
3.2 Etické otázky jednotlivých fází pandemie 69
3.3 Změny etických dilemat v průběhu času 72
3.4 Mezinárodní etická doporučení 74
3.5 Doporučení vztahující se k prioritizaci pacientů dostupná v ČR ... 78

4 MORÁLNÍ TRAUMA 89

4.1 Udržení lékařů, sester a dalších zdravotníků v systému zdravotní péče 93

4.2 Resilience a posttraumatický růst jako světlo na konci tunelu 96

5 ODPOVĚDNOST SYSTÉMU ANEB ETIKA NA MEZO- A MAKROÚROVNI 98

5.1 Odpovědnost státu v oblasti veřejného zdraví 98

5.2 Spravedlnost katastrof 100

6 DISTRIBUČNÍ, ROZPOZNÁVACÍ A PROCEDURÁLNÍ SPRAVEDLNOST 104

7 ETIKA JAKO SOUČÁST KRIZOVÉ PŘIPRAVENOSTI: JAK DÁL 107

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK 112

SEZNAM LITERATURY 113

REJSTŘÍK 123

ABSTRAKT 133

ABSTRACT 134

O AUTORCE 135

PROLOG

Mé pandemické léto, podzim, zima a další jaro

Léto budiž rozvolněno! Už nás nikoho nebaví mít pandemii, tak je oficiálně zrušena. Všichni vyrážejí k moři a všichni se veselí. Na pandemickém vysvědčení stojí samé jedničky, teď přicházejí zasloužené prázdniny! Carpe diem!

Moje dovolená je zrušena dva dny před odletem. Norsku se nelíbí naše stoupající čísla. Nakonec, slovo dovolená je pro zdravotníka v seznamu nežádoucích. Tak si jdu do útulku pro psa. Devítiletého seniora s duší štěněte, vysvobozeného po roce z kotce. Pes je blažený a já s ním. Kocour ho toleruje, chvílemi šikanuje. Ale pes je šťastný i s kocouří patrolou za zády. Bydlí.

Letní čísla nakažených stoupají. Ministr zdravotnictví neboli covidový ministr číslo jedna navrhuje nosit od září roušky uvnitř. Druhý den je vše jinak. Budou volby a lidé roušky nechtějí, anketa na sociálních sítích nahradí jakýkoli odborný názor. A navíc – jsme přece Češi, BEST IN COVID!

Přichází babí léto. Čísla stoupají pořád. Ve službě na urgentním příjmu mám pět pozitivních nebo suspektních pacientů. Tahám z kouzelnického klobouku jednu izolaci za druhou, v prostorách naprosto nepřizpůsobených infekčnímu provozu. Filtr na chodbě, poslední izolace je ze zákrokového sálku, monitor mi nahrazuje sestra. V kompletních OOPP[1]. Do toho řeším všechny ostatní pacienty. Osud mě nešetří. Končím službu o dvě hodiny později, než bych měla. Končím dlouhým hovorem s psychiatrickou nemocnicí. Zatím ještě kvůli pacientce, na kterou jsem neměla čas od dopoledne. I když na pohovor s psychiatrem bych se pomalu cítila také.

Procházím přes Prahu. Náplavka je plná veselí, já v ní ale chtě nechtě vidím palubu Titaniku.

Předávám službu kolegovi a referuji, kde jsou volné izolace na odděleních. (Nejsou.) Média referují o tisících nakažených denně s lehkostí a ujištěním, že o nic nejde. „Taky už chápeš, jak se cítili doktoři ve Wu-Chanu?" říkám. „Jen doufám, že nezačneme mizet," odvětí suše kolega.

To nikdo nechápe to epidemické zpoždění tří čtyř týdnů?

---

[1] OOPP – osobní ochranné pracovní pomůcky.

Je po volbách. Opatrně se začíná připouštět, že je pandemie. Že tu s námi ještě pořád zůstává. A že s ní asi bude nutné něco dělat. Covidový ministr číslo jedna musí z kola ven, na scénu přichází covidový ministr číslo dvě. Nikdo ničemu nevěří a antirouškaři v kuklách protestují v podstatě proti všemu a mydlí se navzájem i s policií.

Moje bilance zářijových covidových pacientů násobně překračuje počet, který jsem viděla nebo dokonce ošetřovala během celého jara. Pacienty začínám identifikovat na dálku, říká se tomu „first look". Bohužel často splňují kritéria „OMG patient"[2]. Na podzim se ještě divíme hodnotám saturace kyslíkem a kontrolujeme pulzní oxymetry. V zimě už nám saturace 33–50 % přijdou běžné, ale to v říjnu ještě netušíme.

Covidový ministr číslo dvě se stává rekordmanem v minimálním počtu dní strávených v úřadě (bylo jich 37). Hledá se další dobrovolník. Budou se turnusy na ministerské pozici vypisovat jako služby v nemocnici?

Nemocnice – stejně jako všechny po celé zemi – expanduje tak, že jsem nikdy netušila, že by to bylo možné. Z deseti standardních lůžek je 25, pak 50 a ještě je dalších 25 je v rezervě, aby se brzy zaplnila, a navíc 10–15 intenzivních k tomu. Personál se zjevně dělí klonováním nebo pučením, protože všechny znásobené služby na nových i starých pracovištích jsou obsazené. Co na to zákoník práce, se raději neptejme. Ortopedi, chirurgové a další odbornosti se přeškolují na infekcionisty.

Sociální sítě jsou plné mouder o neexistujícím covidu a o právu na vše. Vidím v duchu zástupy svých pacientů a jejich příbuzných, jejich strach, bolest a všechny další emoce. A hlavně jejich další osudy. Na internetu sleduji už jen příběhy šťastných pejsků, kteří našli domov, a zachráněných koťátek. Na nic jiného nemám ani žaludek, ani nervy. Blíží se Vánoce.

Zděšeně přes svoje OOPP koukáme na davy vyrážející na vládou povolené předvánoční nákupy. To jako vážně? Při těch počtech nakažených, hospitalizovaných a zemřelých?

Přichází další rok. Příliv pacientů zesiluje.

Od vyčerpaných lékařů zní do médií slovo selekce. V urgentní medicíně se tomu říká triáž. Nikdo nám ale na ni nerozdal noty. Je to na nás, ve službě, v noci, nad každým jednotlivým pacientem. Jakou optimální péči zvolit s tím, co máme právě teď k dispozici. Se všemi ventilátory, HFNO[3], lůžky, sanitkami, unavenými sestrami, lékaři, záchranáři. Už týdny jedeme válečnou medicínu v soft verzi uprostřed Evropy.

---

[2] OMG (Oh My God) patient – slangový název pro pacienta, který je na první pohled v kritickém stavu.

[3] HFNO – high flow nasal oxygenation – způsob neinvazivní podpůrné ventilace.

Výročí prvního pacienta s nákazou v ČR. Přijímám do nemocnice čtyřicetiletého muže s bílými covidovými plícemi, typickým obrázkem dnešních dní. „Paní doktorko, já se bojím, mně na to minulý týden umřel kamarád," říká, když na kyslíku trochu chytí dech. Jakými slovy mám utěšovat chlapy, které obvykle nic neporazí? Večer už je na vysokoprůtokové ventilaci a druhý den na ARO.

Výročí prvního lockdownu. Jsem ve službě a resuscitujeme. Dopoledne i odpoledne. O tomhle média už psala – vloni v New Yorku. My se tomu mohli elegantně vyhnout, tehdy v létě a během podzimu. Kdyby se v podstatě všechno udělalo jinak. Během odpolední resuscitace sháníme ECMO[4], které by mohlo být jedinou šancí. Není, v širokém dalekém okolí jsou všechna plná. Už před několika týdny to bylo decentně pojmenováno „nedostatek vzácných zdrojů".

Na infekčním urgentním příjmu mám plné všechny postele. Je tu ticho, jen kyslík tiše šumí ze všech bomb a trubek, co vedou po zdi a svítí novotou. Pacienti pod maskami zápasí o svůj dech, jeden jako druhý. Strašidelné tiché panoptikum domu covidové hrůzy. V rukavicích a za štítem mydlím do počítače zprávy, příjmy, dekurzy.

Prohlížím rentgeny pacientů. Začínám podezřívat radiology, že databázi snímků tvoří systémem copy – paste. Jen každému přidělají jiné klíční kosti a jiná ramena. Z laboratoře nám posílají hodnoty D-dimerů výhradně v deseti až stonásobcích normy. Na CT se už ani neptají, proč chceme další angio[5].

Některé pacienty pouštím domů; nedusí se a lůžka nejsou. Tuším, že někteří se vrátí, a už se dusit budou. A někteří zemřou, tak jak to bylo před měsícem a před dvěma. Už nemám sílu dívat se na karty pacientů jako dřív, kdy jsem doufala v happy endy. Mně však aspoň umírají moji pacienti „papírově", já jejich listy o prohlídce mrtvého na oddělení nevypisuji.

Blíží se Velikonoce. Začíná se mluvit o rozvolnění. Už zase?

Další rok už popisovat nebudu. Vezměte to zase od začátku.

Duben 2021

---

[4] ECMO – extracorporeal membrane oxygenation – metoda mimotělního oběhu v případě selhání dýchání i oběhu u kritických pacientů.

[5] Slangová zkratka pro angiografické vyšetření výpočetní tomografií, v tomto kontextu CT vyšetření s kontrastní látkou při podezření na plicní embolii.

ÚVOD

Jestli v současné době panuje na něčem shoda, tak na tom, že jde o období nestabilní, zatížené velkou mírou nejistoty a hrozící krizemi v mnoha oblastech. 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 miliony 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. Války se odehrávají v naší bezprostřední blízkosti a mají potenciál eskalace do ničivého konfliktu. Několik generací v Evropě žilo po konci studené války v přesvědčení, že lidstvo je již natolik vyspělé a poučené z hrůz světových válek 20. století, že se něco podobného nemůže opakovat. Nyní zjišťujeme, že jsme se jako lidstvo poučili pravděpodobně málo.

Nedávno celý svět zasáhla po sto letech pandemie, úplně jiná, než jakou jsme čekali, zasáhla tragicky jedince, rodiny i celou společnost, která nebyla připravená na rozhodnutí, kterých hodnot si cení více – absolutní individuální svobody, ekonomické prosperity, lidského života nebo něčeho úplně jiného?

Pesimistický pohled na budoucnost by mohl vést ke strachu a beznaději. Pokud však dokážeme optiku obrátit, můžeme se na krize připravit aktivně a převzít část odpovědnosti za sebe a své blízké. Začíná se debatovat o potřebě odolné společnosti. Odolnost neboli resilience nemusí vycházet jen z reakce na hrozící nebezpečí, ale může to být i příležitost k větší soudržnosti společnosti či komunity, ohled na ostatní, aktivní přístup k řešení problémů. Na individuální rovině může jít o schopnost vyrovnat se s náročnými situacemi, které každý z nás vnímá s jinou intenzitou, danou mnoha faktory – osobností, zkušenostmi, profesním i rodinným zázemím. Zátěž a zvládnutá reakce na stres mohou v dlouhodobém horizontu posilovat sebevědomí u jedinců i celé společnosti.

„Hlavní rozdíl mezi vítězi a poraženými současného světa spočívá v tom, že poražení všude vidí jen problémy, jen rizika. Vítězové mají před sebou stejný svět, ale vidí příležitosti. Jak se tedy naučit vidět příležitost i tam, kde je objektivně mnoho rizik, to je podle mého názoru ten typ transformace, který my Evropané nejvíce potřebujeme. V komunismu šlo o to, jak překonat strach a žít v pravdě.

Věřím, že nyní jde o to, překonat strach a žít v naději." To jsou slova Ivana Krasteva, jednoho z největších současných myslitelů, v rozhovoru v roce 2026.[6]

Koncept odolné společnosti vychází z pochopení, že velké a dlouhodobé krize nemohou zvládat jen jednotlivé profesionální složky k tomu určené, ale že připravenost na řešení krizí je odpovědností i každého z nás. I kdyby to mělo znamenat jen uvědomění si nepředvídatelnosti, toho, že není v lidských silách mít vše pod kontrolou a že někdy je nutné pozměnit plány a reagovat na to, co se děje. Možná lidstvo začne vnímat (nebo se to bude muset naučit) mimořádné události a katastrofy jako normální stav. Pro začátek si můžeme každý sám za sebe položit několik jednoduchých praktických otázek. Umím alespoň základy první pomoci? Vím, kde hledat informace? A mám představu, jakým způsobem je sehnat, pokud selžou všechny komunikační kanály? Dokážu se přizpůsobit různým podmínkám a improvizovat? Vím, kde jsou kryty nebo kde by byla evakuační centra? Mám kapacitu na pomoc druhým, třeba jako dobrovolník? Odpovědi na tyto otázky nám mohou pomoci nejen při velké krizi, ale také v běžném životě – i ten je občas plný nečekaných událostí. Pokud se alespoň trochu připravíme na předvídatelné i zatím neznámé výzvy, budeme schopní zvládnout budoucí události s menší improvizací. Pro aktéry odpovědné za krizovou připravenost, od strategické úrovně na úrovni státu až po kohokoli, kdo se podílí v jakémkoli segmentu přípravy a reakce, je povinností vytvořit taková pravidla a plány, abychom všichni dokázali zvládnout vše, co přijde. Po stránce technické, ale i lidské. I etické úvahy nezbytně patří do plánů a příprav, musí být jejich základem.

Během své profesní dráhy jsem se postupně (a prakticky) setkávala s mimořádnými událostmi a s odlišnou logikou jejich managementu. Velké dopravní nehody, požáry nebo havárie v průmyslových podnicích, povodně a další události mě naučily chápat principy a důležitost stanovování priorit, posun pohledu od jednotlivce na zasaženou komunitu a také důležitost spolupráce a koordinace různých složek a organizace na místech zásahů. Až pandemie mě přivedla k pochopení, jak důležitý je každý jednotlivec a jak důležitým faktorem je i čas. Že klíčem ke zvládnutí něčeho, co přesahuje dosavadní zkušenosti, je důvěra a pravdivá komunikace v krizi – a to se týká jak krizové komunikace představitelů státu, tak komunikace mezi zdravotníky a pacienty. Nedostatek zdrojů, z nichž nejvíce nedostatkoví byli zdravotníci a pracovníci v sociálních službách, vedl k neustálému rozhodování o způsobu a úrovni léčby. Nemocnice a záchranné služby se dostávaly do situace „třídění v tří-

[6] LINDNER, Tomáš. Jak se vyhnout nejhoršímu. Exkluzivní rozhovory: pět předních světových intelektuálů vykládá dramatické události poslední doby. *Respekt*, 2026 (16): 12–32. Ivan Krastev je mj. autorem knihy *Už je zítra? Aneb jak pandemie mění Evropu*. Český překlad vyšel v roce 2020 v edici Politea nakladatelství Univerzity Karlovy Karolinum.

dění". Pro ni však nebyly připravené žádné postupy a žádná kritéria, jak rozhodovat. Běžné a v mnoha cvičeních i ostrých zásazích natrénované postupy třídění nám najednou nebyly nic platné. Zdravotníci byli hozeni do vody a učili se v ní plavat, podle svého nejlepšího vědomí a svědomí.

Tato publikace se zabývá etickými otázkami rozhodovacích procesů a principů alokace zdrojů v podmínkách jejich extrémního nedostatku. Navazuje na knihu *Etika urgentní medicíny z pohledu každodenní praxe* z roku 2023[7] a rozvíjí specifickou oblast mimořádných událostí a katastrof do větší hloubky. Není to kniha o medicíně katastrof, některé části budou krizovým manažerům připadat velice zjednodušené a jsou určeny jen pro pochopení kontextu. Není – ani nemůže být – příspěvkem do teoretického etického diskurzu. Je snahou o pojmenování problematiky nedostatku zdrojů ve zdravotnictví a jakým způsobem o něm můžeme přemýšlet, abychom se lépe připravili na budoucí krize.

[7] ŠEBLOVÁ, Jana; MATĚJEK, Jaromír a kol. *Etika urgentní medicíny z pohledu každodenní praxe.* Praha: Grada Publishing, 2023.

1 MIMOŘÁDNÉ UDÁLOSTI, KATASTROFY A NEDOSTATEK ZDROJŮ

Teoretici mimořádných událostí pracují s různými termíny a neexistuje jasná linie mezi mimořádnou událostí a katastrofou co do počtů obětí a zasažených, ekonomických následků, rozsahu a povahy zničení infrastruktury či doby trvání. Ve zdrojích věnovaných medicíně katastrof i v médiích můžeme narazit na různé pojmy: kritická událost, mimořádná událost, hromadné neštěstí, hromadné postižení osob, katastrofa. V české krizové legislativě nacházíme pojmy „mimořádná událost" a „krizová situace".[8]

Mimořádná událost je podle zákona o integrovaném záchranném systému (IZS) definována jako „*škodlivé působení sil a jevů vyvolaných činností člověka, přírodními vlivy, a také havárie, které ohrožují život, zdraví, majetek nebo životní prostředí a vyžadují provedení záchranných a likvidačních prací*". Krizová situace je podle zákona o krizovém řízení definována jako „*mimořádná událost podle zákona o IZS, významné narušení poskytování základní služby podle zákona o kritické infrastruktuře nebo jiné nebezpečí, při nichž je vyhlášen stav nebezpečí, nouzový stav nebo stav ohrožení státu (dále jen ‚krizový stav')*". Mimořádná událost je zvládnutelná složkami IZS, zatímco při krizové situaci jsou jejím důsledkem větší dopady na společnost a infrastrukturu a je potřeba zapojit i další složky státu, regionální a místní samosprávy a často i občanský sektor, například dobrovolníky z různých organizací.

V anglické terminologii „*mass casualty incident*" odpovídá mimořádné události a pro krizovou situaci dle českého zákona nacházíme pojem „*disaster*" – katastrofa.[9]

Není taxativně stanoveno, od jakého 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

[8] ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení a o změně některých zákonů (krizový zákon), ve znění pozdějších předpisů.

[9] V dalším textu je termín katastrofa používán pro události velkého rozsahu pro jeho obecnou srozumitelnost a v souladu s původními zdroji v anglickém jazyce.

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.[10, 11]

Jiný způsob dělení zohledňuje komplexnost události, a pak můžeme rozlišovat kritické události simplexní, komplexní a rozsahu globální katastrofy. Simplexní (prosté) katastrofy jsou časově, plošně i počtem obětí omezené, není zasažena infrastruktura a po počátečním přetížení zasahujících složek se situace rychle vrací 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 v roce 2005, zemětřesení na Haiti v roce 2010, použití nervově paralytického jedu sarinu ve válce v Sýrii, výbuch v přístavu v Bejrútu roku 2020, zemětřesení v Turecku a Sýrii roku 2023 a ve Venezuele roku 2026). 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.[12] Na zvládání komplexních a katastrofických mimořádných událostí se nepodílejí jen zdravotníci, policisté a hasiči. Na řešení se musí podílet mnoho odborností i mimo složky IZS, zdravotnictví a sociálních služeb: přírodovědci, chemici, ekonomové, statistici, matematikové, sociologové, psychologové, demografové, IT specialisté, politologové a mnozí další. Po zkušenostech z let 2020–2023 se ukazuje, že by byla potřebná i účast odborníků na mediální komunikaci a etiků. Úlohou nejvyšších státních autorit je koordinace pohledů jednotlivých odborností, a hlavně politické rozhodnutí o strategii řešení. Nedílnou součástí strategie na vládní úrovni je krizová komunikace – musí být srozumitelná, jednoznačná, pravdivá, reagující na vývoj situace a měla by informovat o nebezpečích, ale ponechávat naději.

Když se ohlédneme za pandemií COVID-19, krizové řízení se nutně muselo posunout na zcela jinou úroveň, než na jaké se odehrávaly reakce na „běžné" mimořádné události, se kterými jsme postupně získávali zkušenosti.

---

[10] DYMÁK, Vladimír. Klasifikace katastrof a hromadných neštěstí. In: ŠTĚTINA, Jiří a kol. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém*. Praha: Grada Publishing, 2014.

[11] KAVAN, Štěpán. Typologie a teorie krizových situací. In: ŠÍN, Robin; et al. *Medicína katastrof.* Praha: Galén, 2017.

[12] REGA, Paul. The Ethics of Disasters. In: MARCO, Catherine; SCHEARS, Raquel. *Ethical Dilemmas in Emergency Medicine.* New York: Cambridge University Press, 2015.

Při pandemii 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 ani 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, uzavřením hranic mezi státy, později i zákazem cest mezi okresy. Lockdowny zasáhly do každodenního života zásadním způsobem, dopady pociťují některé skupiny obyvatel dodnes. Uzavření ekonomiky mělo dopad na pokles výroby a mnoha firmám a živnostníkům stát omezil či zakázal podnikání, na kterém byli ekonomicky závislí. 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 prostředků, lůžek, ventilátorů, 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 nízkým a středním hrubým domácím produktem (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. A v okamžiku, kdy se zdravotnictví i celá společnost vzpamatovávaly ze zkušeností pandemických let, byla Ukrajina napadena Ruskem a Evropa čelila válce na svém území a migrační vlně. Kumulace tak zásadních událostí nutně vede k pocitu ztráty životních jistot a k obavám z budoucnosti. Přesto bychom jako společnost měli být schopni se ohlédnout zpět a podívat se, co můžeme příště – ať již příště přijde cokoli – udělat lépe. A etika do příprav zcela jistě patří. Čím komplexnější katastrofa, tím podstatnější etický základ je.

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 událostí se při třídění musí brát v úvahu i nepřímé dopady katastrofy a vynořuje se též etická otázka povinnosti zasahujících – těm může hrozit dosud neznámé nebezpečí. U katastrofických událostí se etika posouvá až na úroveň celé populace. Mohou být omezeny 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 na vývoj situace,
- zatížená zodpovědností – ti, kdo rozhodují, musejí za tato rozhodnutí nést zodpovědnost.[13]

Pokud nejsou s těmito koncepty, a obecně s principy reakce na katastrofy, seznámeni a ztotožněni 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.

V České republice pronikala problematika řešení mimořádných událostí v posledních třiceti letech do legislativy, vzdělávání a praxe různých institucí. Impulzem pro systematičtější 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 nemusejí 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, ale i směrem k obyvatelům nebo k samosprávě. Také nebylo stanoveno, kdo bude pomoc zajišťovat finančně.[14] Vznik tzv. krizových zákonů (zejména zákon č. 239/2000 Sb., o integrovaném záchranném systému, a zákon č. 240/2000 Sb., o krizovém řízení) definoval základní složky IZS, což je Policie České republiky (PČR), Hasičský záchranný sbor (HZS) a Zdravotnická záchranná služba (ZZS). Soustava krizové legislativy je však mnohem rozsáhlejší, jen na úrovni zákonů obsahuje 15 dalších zákonů, na které navazují nařízení vlády a prováděcí vyhlášky.[15]

Díky legislativě, organizaci, vzdělávání a společným nácvikům se připravenost profesionálů těchto složek od nultých let 21. století významně zlepšila. Záplavy, povodně, hromadné otravy metanolem, orkán, tornádo, lesní požáry

[13] REGA, Paul. The Ethics of Disasters. In: MARCO, Catherine; SCHEARS, Raquel. *Ethical Dilemmas in Emergency Medicine.* New York: Cambridge University Press, 2015.

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

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

a větší průmyslové a dopravní havárie dokáže IZS poměrně účinně zvládnout. Profesionální přístup k řešení mimořádných událostí je nutností, v případě dlouhodobých katastrof velkého rozsahu musí systém v počátku řešit nejvíce ohrožené a současně nejzranitelnější. Ti, kdo mají schopnosti a potenciál si základní potřeby (bezpečí, jídlo, střechu nad hlavou) zajistit sami nebo s pomocí svých blízkých, uvolní tak kapacity pro pomoc těm, kdo mají méně sil a prostředků. 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. Zasažená komunita bývá zejména v počátku velmi soudržná a při velkých a medializovaných mimořádných událostech je významná i humanitární podpora ze strany neziskových organizací a občanské společnosti. Jenže život se vrací do běžných kolejí, pozornost médií opadá, na mimořádnou událost zapomínají všichni, kdo nemají zničené domy, zdraví i nervy, a k úzdravě zasažené společnosti mnohdy vede ještě dlouhá cesta, na které se dá udělat mnoho chyb.

1.1 Fáze mimořádných událostí a katastrof a etické souvislosti

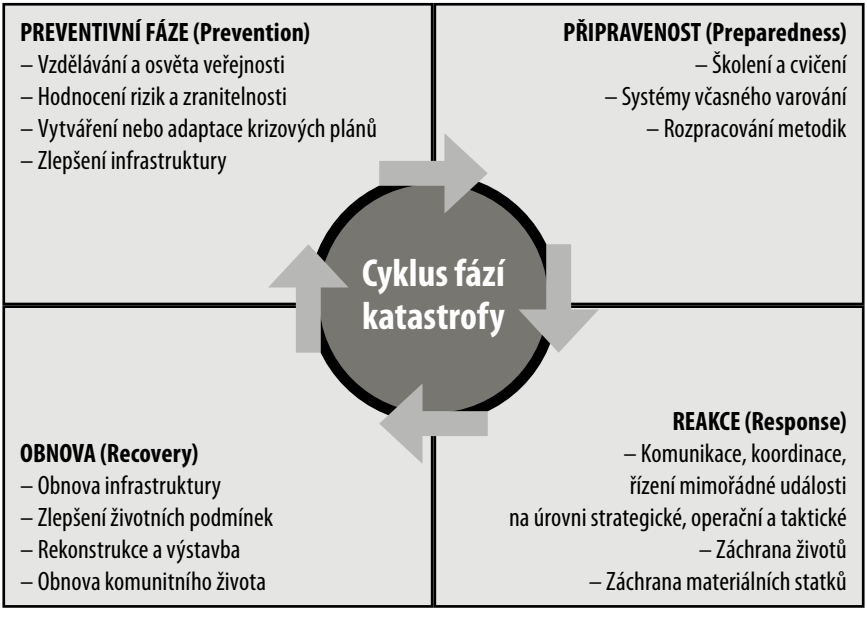
V okamžiku vzniku mimořádné události se spouští okamžitá reakce, nastává fáze odezvy. Na místě události do příjezdu záchranných složek probíhá záchrana a první pomoc poskytovaná buď nezraněnými zasaženými, či nezasaženými lidmi. Tato fáze trvá v řádu minut, v odlehlých oblastech nebo v zemích bez funkčního 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 v nemocnicích. Ty jsou informovány okamžitě se vznikem události, vyhlašují traumatologický plán a připravují se na příjem většího počtu raněných. Čas do příjezdu prvních zasažených je v řádu minut v městských aglomeracích, v odlehlejších lokalitách až do desítek minut, 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.[16]

[16] 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, 2014.

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 musejí střídat, aby byl zajištěn alespoň minimální odpočinek, musejí mít nějaké zázemí, byť provizorní. 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.

Postkatastrofické období by mělo vést k analýze všech fází zvládání mimořádné události a k zapracování zkušeností do aktualizovaných plánů krizové připravenosti, a to na všech úrovních. Tím se uzavírá cyklus krizového plánování, složený z:

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



Obr. 1 Cyklus fází katastrofy (volně podle: United Nations International Telecommunication Union, ICT's Disaster Management. https://www.itu.int/en/ITU-D/Emergency-Telecommunications/Pages/ICTs-4-DM.aspx)

Konec ukázky