

Dimenze onkochirurgie II

Panta rei

Od zveřejnění statě "Dimenze onkochirurgie" uplynul tucet let [1]. V mezidobí dále sílí tendence ke kolektivizaci odpovědnosti, která je přidělována nějaké korporaci s následkem vzbuzení představy nejistoty individuálního úsudku a jeho zpochybňování až ke crimen laesoni maiestatis. Leč chirurg není cvičený foxteriér, byť se to o něm často tvrdí, a někdy to, bohužel, i platí. Chirurg je (má být) sebevědomý lékař, který je radikálním, ač pokorným, článkem rozhodovacího grémia. Je nezávislý a svobodný činit autentická rozhodnutí.

In medias res

Je potřeba vytrvale dbát na vyváženost dvou základních principů: všeobecně platných zásad vyjádřených ve směrnících a přesnosti individuálních zjištění u příslušné kauzy – zpravidla unikátního individua. Čím pečlivěji proniká *ošetřující lékař* (= *chirurg*) do hlubin poznání obou těchto nezaměnitelných entit, tím blíže zjišťuje, co pacient potřebuje a zejména, jak mu to poskytnout. O průniku těchto skutečností musí pestrou sešlost (ne)spolupracujících expertů přesvědčit. Aby to dokázal, musí mít příslušné informace a vládnout prostorem k jejich vyjádření.

Prvním deficitem v tomto směru bývá absence instance ošetřujícího lékaře vládnoucího substanciálními fakty, které dovede stručně a jasně předložit. Nestačí, aby více nebo méně zkušený "administrátor" nastudoval dokumentaci a kauzu nastínil. Je potřeba *znát klinické detaily*.

Druhým deficitem je jistý despekt, který občas prosakuje do indikačních rozprav: tisíciletá interna nepokládá stoletou chirurgii za partnera, ač turbulence tohoto nedorozumění je již dávněji odhalena aristokratickou elegancí sentence sira Williama Oslera: Chirurg je *lékař*, který také operuje.

V nastíněném milieu se uplatňují další vlivy: chybění interdisciplinární empatie, nadměrný akcent na řešení případu z vyhraněné pozice – interní, onkologické, chirurgické, intervenčně radiologické nebo endoskopické, či badatelské, anebo vytěsnění pacienta z rozhodovacího procesu tím, že mu je "rozhodnutí komise" naservírováno [2]. To vše hrozí přijetím povrchního rozhodnutí, které může být tím nebezpečnější, že má punc nejvyšší kvality.

K handicapům současné medicíny patří ústup od klinického kontaktu s pacientem, přeceňování technologií a standardů, které čím více si činí nárok na obecnou platnost, tím více postrádají

potenci dostát individuálním nárokům. Mějme neustále na mysli věci tak prosté jako jsou pečlivá anamnéza a pozorné fyzikální vyšetření nemocné osoby, o jejímž osudu chceme *správně* rozhodovat. Nelze se pouze soustředit na jednotlivost/i. Naopak, je potřebné integrovat všechny aspekty celku [3]. Se samozřejmým respektováním odlišných úhlů pohledu jednotlivých specialit a s využitím jejich (nesmírné!) potence, kterou doba přináší [4].

Resumé

Vytrvale budujme *interdisciplinární* profesní étos, který nepodléhá společenským, pekuniárním, mocenským ani ideologickým tlakům integrujíc vše pozitivní, co historie přinesla a současnost tvořivě rozšiřuje.

doc. MUDr. Teodor Horváth, CSc.
Chirurgická klinika LF MU a FN Brno

Literatura

- Horváth T. Dimenze onkochirurgie. Klin Onkol 2013; 26(4): 296–297.
- Steinová E. K problému vcítění. Nadační fond Edity Steinové, Praha 2013.
- Wilson EO (ed.). Consilience: The unity of knowledge. New York: Vintage Publishing 1999.
- Žaloudík J. Spravedlnost v medicíně z různých náhledů. In: Ptáček R, Bartůněk P (eds.). Spravedlnost v medicíně. Praha: Grada Publishing 2022: 137–142.