

Ladislav Špaček

# ETIKETA

pro lékaře, zdravotníky  
a pomáhající profese



Tato kniha ani žádná její část nesmí být kopírována, rozmnožována  
ani jinak šířena bez písemného souhlasu vydavatele.



Text © Ladislav Špaček, 2021

Fotografie © Luděk Šmerda, 2021

Fotografie © Canadian Medical s.r.o., 2021

© EEZY Publishing, s.r.o.

Vydalo nakladatelství EEZY Publishing, s.r.o.

Na Pankráci 1618/30, 140 00 Praha 4

[www.eezy.cz](http://www.eezy.cz)

ISBN 978-80-908101-4-3

## Jak se proměnil vztah veřejnosti ke zdravotnickému personálu

Dlouhá léta na tom nebylo zdravotnictví se svou pověstí nejlépe. Ostatně despotická sestra Ratchedová z *Přeletu nad kukaččím hnízdem* nebyla osamoceným příkladem chování k pacientům. Když jsem se svou jedenáctiletou vnučkou sledoval seriál *Vyprávěj*, uvědomil jsem si propastný rozdíl mezi poměry ve zdravotnických zařízeních před revolucí a dnes. Vnučka při dílu ze sedmdesátých let obracela oči v sloup a několikrát jsem ji musel ujišťovat, že takhle to kdysi opravdu bylo: arogantní sestra, pacienti třesoucí se obavami, co s nimi bude, oprýskané zdi, strava, která nebyla k jídlu.

Sametová revoluce vrátila lidem důstojnost. Sociologické teorie vykládají pád komunismu ve střední a východní Evropě na konci osmdesátých let jako touhu po emancipaci a obnově důstojnosti člověka. Lidi nevyhnal na náměstí hlad jako za ruské revoluce roku 1905 nebo za Velké francouzské revoluce v letech 1789–1794, vždyť při troše úsilí se dal sehnat i toaletní papír a dvakrát do roka byly banány, ale ponižování a vrchnostenský přístup k občanům: to byla hlavní příčina doutnající nespokojenosti s režimem. Platilo to pro úřady, policii, všechny služby, zdravotnictví. Návyky se nevymýtí snadno, zvyk je železná košile, a tak ještě dlouhá léta přetrvávalo přezíravé chování k pacientům. Nic na tom nezměnil fakt, že úroveň zdravotnictví byla i tehdy vysoká a získala si ve světě respekt v odborných kruzích. Pacient se v nemocnici cítil jako druhořadý občan, neměl nárok nahlížet do své zdravotnické dokumentace, a pokud ji dostal do ruky, tak v zalepené obálce, aby se nedozvěděl, co mu vlastně je.

Postupem času se i zdravotnictví začalo přizpůsobovat celkovému trendu, který se pro-sazoval ve všech sférách společnosti: zdůrazňovala se úcta k člověku, respektování jeho práv, postavení a osobnosti. Měnil se také přístup úřadů k občanům, žadatelé už nestáli ve frontách s čepicí v ruce a nehrbili se před arogantním úředníkem, policista si už

musel dávat velký pozor na dodržování zákona a ve službách začalo platit „náš zákazník – náš pán“. Dlužno ovšem přiznat, že tento přerod občana v suveréna moci nečerpal svou inspiraci z nebeské spravedlnosti, ale ze zcela přízemní komerční sféry. Ta jako první pochopila, že kdo ji živí a financuje, je zákazník, ten je zdrojem prosperity firmy. Během několika let se úplně proměnil vztah zákazník-obchod. Klient je ten, kdo přináší peníze, kvůli němu vlastně firma se všemi zaměstnanci a výrobou existuje. Pomalu se tento komerční vztah začal přenášet i do úřadů a do oblasti zdravotnictví. Tam to trvalo déle, protože úředník nebo zdravotní sestra nevidí přímý vztah mezi klientem a měsíční výplatou, což je ve službách nebo obchodě na první pohled patrné. Financování zdravotnictví není tak přímočaré jako v obchodním styku, je tady mnoho komplikací a složitých cestiček, kudy pacientovy peníze proudí k poskytovatelům zdravotní péče, avšak princip je stejný, zdrojem financí kliniky nebo ordinace je přes všechny složitosti pacient. Ještě jedna odlišnost dlouho bránila tomu, aby se vyšší standardy chování projevily ve zdravotnictví dřív než jinde: zatímco v komerční sféře se obchody perou o klienty, ve zdravotnictví jich mají tolik, že by potřebovali spíš ubrat než získávat nové. Firmy, které obchodují se službami nebo produkty musí investovat nemalé prostředky do reklamy a propagace, aby získaly odbyt, zatímco většina nemocnic má problémy opačné. Běžná nemocnice nemá o pacienty nouzi, není v roli komerčních klinik plastické chirurgie, které inzerují v časopisech a nabízejí své služby na billboardech. Když lékař přichází ráno na ambulanci, prodírá se davem čekajících, a sotva obslouží ambulantní pacienty, čeká ho lůžková část, operace... Kolikrát si povzdychne: „Stačila by polovina pacientů a stejně bych měl pořád co dělat.“

Přes tyto nástrahy se v posledních desetiletích začal vztah k pacientům pozvolna měnit, zdravotnický personál se učil komunikovat zdvořileji, být ohleduplnější a šetrnější k pacientům, občan získal právo na zdravotnickou dokumentaci, důkladné poučení a informace o zákrocích, jejich průběhu a důsledcích. Tato změna učinila z pacienta skutečného klienta, který je pro zdravotnický personál rovnocenným partnerem, svobodně se rozhoduje, zvažuje rizika a doporučení. Je to výhodné i pro lékaře, pacient na sebe přebírá odpovědnost za léčbu či zákrok a snímá ji z lékaře, jde koneckonců o jeho zdraví. Dříve pacient neměl možnost volby léčebného postupu, ta byla plně v rukou lékaře. Zdálo se to logické, lékař ví přece lépe, které řešení zvolit, zatímco pacient nemá žádnou kvalifikaci k tomu, aby uměl posoudit všechny možnosti. Pacient se postupně učil, že o svém zdraví si musí rozhodovat sám. Posílilo to roli prevence, už nebylo jen na lékaři, aby pacienta vytáhl z toho, na co si celý život strádal kouřením, přejídáním, leností, ale pacient se stal spoluzodpovědným za důsledek svého životního stylu.

Proměna vztahu veřejnosti ke zdravotnickému personálu byla nejvíc patrná během covidové pandemie, kdy došlo k obrovskému fyzickému i psychickému vypětí všech zdravotníků v zemi. Nemocnice i praktičtí lékaři stáli v první linii boje proti šíření infekce, v kritických obdobích si doslova sáhli na dno vlastních sil. Provoz zdravotnických zařízení byl často na hranici udržitelnosti a v pohledu veřejnosti na práci zdravotníků došlo k významné změně. Nejen ti, co prodělali covid se zkušenostmi v nemocnici nebo doma, začali oceňovat jejich maximální nasazení a osobní obětavost. Večerní děkovné potlesky obyvatel postižených měst nebo písňe sestřičkám, které skládali oblíbení zpěváci, rezonovaly celým národem. Lidé pochopili, jak tvrdá je to práce, jak málo odpočinku a peněz se dostává zdravotnickému personálu, a tváří v tvář vidině smrti vyzdvihli pracovníky ve zdravotnictví spolu s hasiči a policisty na piedestal všeobecné úcty a respektu. Byla to těžce vydobytá pozice, ale zasloužená. Završuje důležitou etapu přerodu zdravotnictví v obětavou službu veřejnosti.



Oddíl



Fotografie odborníků a klinik v I. oddíle knihy  
poskytla společnost Canadian Medical s.r.o.





# Vztah lékař–pacient

## Proměna paternalistického přístupu v partnerský

Vztah lékaře a pacienta je velmi specifický, nesrovnatelný s jinými obory. Jeho nejdůležitějším rysem je jasná dominance na straně lékaře a nepříjemná submisivita na straně pacienta. Postavení obou je dáno především význačnou vzdělanostní asymetrií (není-li pacient lékařův kolega). Lékařova dominance plyne z mnoha dalších zdrojů: sám se pohybuje v prostředí, kterému rozumí mnohem lépe než pacient (pokud ten není také lékař), je na domácí půdě, ví, jak bude vzájemný dialog probíhat a jak pravděpodobně budou probíhat vyšetření, která pacienta čekají. Rozumí terminologii, která se všude kolem ozývá, ví, k čemu jsou nástroje, které leží na stolku před ním, zná se se všemi lidmi kolem, takže domácí prostředí a znalost problematiky ho vedou k suverénnímu jednání. To lze samozřejmě na jedné straně očekávat, na druhé straně to zvyšuje pocit bezbrannosti v mysli pacienta. Lékař si málokdy uvědomí, v jaké situaci se takový člověk ocitne. Je před ním vážný úkol: musí nemocného vyšetřit, léčit, uzdravit, nic není v jeho profesi důležitější, proto si často ani nechce připouštět nějaké psychologizující úvahy o postavení pacienta. Ne všichni lékaři si uvědomují, jak úzce souvisí úspěch jejich léčby s tím, jak pacient, tedy vlastně klient, vnímá své submisivní postavení, své pocity, obavy, své sociální postavení v kontaktu s dominantním lékařem.

Pacient přichází do prostředí, které nezná, kde už na prvním kroku na něj padne úzkost a obavy. Už sám vstup do většiny nemocnic, klinik, poliklinik nenaplní příchodzího optimismem a radostným očekáváním. K tomu ten charakteristický odér nemocničních chodeb, bílé pláště, olejové nátěry stěn, plakáty s vyobrazením lidských útroch a nemocí, vozíky s bezvládnými pacienty odváženými na zákroky či vyšetření, chmurná nálada mezi lidmi v čekárně. Nikdo nemluví, všichni se tváří vážně v očekávání věcí příštích. Pacient přemýšlí o tom, co ho čeká, jakou bolest bude muset snášet, jak dopadne jeho nemoc či úraz. Desítky minut či hodiny čekání nepřispívají ke zlepšení nálady, naopak, je víc času promítnout si v duchu zákroky, které bude muset podstoupit, až se ozve jeho jméno. Případné rozhovory v čekárně mají jediné téma: co nás potkalo, jakými

procedurami jsme si už prošli, jaká je prognóza našich nemocí. Submisivita pacienta pokračuje v ambulanci: musí se svléknout, což před cizími lidmi obvykle nedělá, musí strpět nepříjemné nebo bolestivé zákroky. Lékař mu bude detailně prohlížet tělo, případně nahlížet do jeho dutin, bude hovořit neznámou řečí se sestrou nebo s jinými lékaři. To všechno přispívá k tomu, že vztah obou stran je velmi nevyrovnaný: pacient je v ponižujícím postavení, což vnímá od prvního okamžiku, kdy vstoupil do zdravotnického zařízení. Pro nemocného je návštěva nemocnice výjimečnou a krizovou událostí jeho života a většinou mu přináší různé strasti, pro lékaře je pobyt v nemocnici každodenní pracovní záležitostí, kterou vnímá bez emocí a rutinně. Na svém pracovišti prožívá úspěchy, veselé chvíle, baví se nenuceně s kolegy, vtipkuje. Nic z toho neprožívá ve stejnou chvíli pacient.

U lékaře, který díky svému vzdělání a ceněné profesi požívá ve společnosti vysoce prestižní postavení, se předpokládá, že bude taktní, vnímavý a pozorný, že si bude uvědomovat svůj asymetrický vztah s pacientem. Ne vždy tomu tak je. Příčina tkví jednak v tom, že se soustředí na primární úkol, tedy na vyšetření nebo příslušnou léčebnou proceduru, jednak v tradici. Od nepaměti byl lékař příslušníkem elitní triády v městečku, patřili do ní pan páter, pan učitel a pan doktor. Úcta k těmto málem jediným vzdělavcům v obci byla upřímná a všeobecná. Ještě v předchozí generaci měly ženy jiné spodní prádlo na běžné nošení a jiné „k doktorovi“. Vztah lékaře k pacientům byl sice laskavý, ale přísný, autoritativní, paternalistický. Vzdělanostní rozdíl mezi panem doktorem a obyvateli městečka byl propastný a opravňoval lékaře k nesmlouvavému zacházení s pacienty. Jeho slovo bylo závazné, nepřipouštělo pochybnosti, o nějakém variantním řešení se neuvažovalo. Pacient často neznal svoji diagnózu ani výsledky vyšetření, neměl právo nahlédnout do své zdravotní dokumentace, na svobodnou volbu lékaře nikdo ani nepomyslel. Nebylo zvykem sdělovat nemocnému infaustní, nepříznivé informace, lékař tím ze sebe snímal onu těžkou odpovědnost, kterou pociťují lékaři dnes. Lékař určoval rámec komunikace, stanovil pravidla vzájemného vztahu. Pacienti to chápali, nemohli přece v medicínských věcech konkurovat panu doktorovi. Neměly informace o nemocech a jejich léčbě nebo o farmakologických přípravcích kromě všeobecných rad, jak pečovat o zdraví a krásu, v časopisech pro paní a dívky, případně nějakých doporučení lidových léčitelů.

Po dlouhá staletí byl tento stav brán jako samozřejmý a nikdo ho nezpochybňoval. Přetrval (zvláště v našich totalitních poměrech, kde byl vrchnostenský poměr k lidem běžný i na úradech, v obchodech, v autoservisech atd.) až do porevolučních let, vlast-



Pacient přichází do prostředí, které ho stresuje, a proto je na lékaři, aby ho zbavil obav.

ně až do počátku nového tisíciletí. Pak se začala společnost proměňovat. Zvyšovalo se povědomí o lidských a občanských právech, lidé si začali uvědomovat svou důstojnost, nezadatelnost svých práv při jednání se státní administrativou i své postavení zákazníka ve styku s komerční sférou, emancipační snahy žen změnily poměr mužů a žen v top managementu firem a úřadů, dokonce i v armádě. Zvyšovala se vzdělanost, síť vysokých škol se ve srovnání s počátkem devadesátých let rozšířila několikanásobně. Měnila se sociální struktura společnosti. Postupně se rozpadala třígenerační rodina, pro kterou byla vzájemná péče všech členů ve vertikální úrovni samozřejmostí, a byla nahrazována sociálními službami, které suplovaly dřívější domácí péči o staré a nemocné. Fenomén stáří se stal psychiatrickým tématem: zvyšoval se výskyt demence, Alzheimerovy choroby, syndromu opuštěnosti, samoty a izolace. Tradiční hodnoty byly na ústupu a byly nahrazovány modernistickými konstrukty, kterým starší generace nerozuměly, kontakty mezi lidmi začaly substituovat sociální sítě, přemíra informací útočila na ty, kteří je nedokázali filtrovat a zpracovat. Objevily se nové typy závislostí, kromě těch tradičních – alkoholismu a tabakismu – pronikly do společnosti drogové závislosti, gamblerství, patologické počítačové hráčství. Společnost zhrubla nejen ve vyjadřování (v médiích

a ve veřejném prostoru), ale i v rostoucí agresivitě a násilí, což mělo za následek ztrátu pocitu bezpečí pro dospělé i děti. Objevily se nové hrozby jako AIDS nebo mutace koronaviru, které stresují celou společnost doslova v planetárním měřítku.

O průlom do všech sfér života se postaral internet. Všechny informace, dříve ukryté v učených knihách, byly najednou dostupné všem bez rozdílu věku, pohlaví, profese. I laik se mohl kvalifikovaně poučit o své nemoci, diskutovat o ní s lékaři i dalšími nemocnými na specializovaných portálech a pak přijít do ordinace s jasným názorem na diagnózu a léčebný postup. Ukázalo se, že tradiční paternalistický přístup je nadále neudržitelný a je odsouzen k zániku. Pacient se stával partnerem lékaře. Byl si vědom svých práv, své svobody volby lékaře i alternativního léčebného postupu, občas dokonce poradil lékaři, který lék – jak si přečetl na internetu – je pro něj nejvhodnější. Už nebyl závislý na jediném lékaři, neboť pokroky v medicíně vedly k týmové a mezioborové spolupráci, takže během vyšetření často prošel různými pracovišti, kde komunikoval s několika specialisty. Závislost na jediném lékaři, který rozhodoval o léčbě, se oslabovala. Prestiž lékaře v očích pacienta dostala bezděčně trhliny i v důsledku revoluce v přístrojovém a laboratorním vybavení. Lékař má dnes více exaktních podkladů pro svůj postup, a zatímco před sto lety byl hlavním zdrojem jeho informací rozhovor s pacientem, čímž se zároveň zvyšovala jeho autorita v pacientových očích, dnes se vzájemná komunikace omezuje na nejmenší možnou míru, protože vše podstatné se lékař dozví z laboratorních a přístrojových vyšetření. Jestliže měl dříve pacient oprávněný pocit, že jeho sdělení jsou pro lékaře důležitá, dnes místo toho s respektem naslouchá výčtu laboratorních hodnot, které vypovídají o jeho zdravotním stavu.

Partnerský vztah je posilován i zvyšujícím se počtem situací, kdy lékař musí chtít nechtě nechat na pacientovi zásadní rozhodnutí. Musí pacientovi nabídnout všechna řešení, která připadají v úvahu, a ten se pak sám rozhodne. Formálně to posiluje pozici pacienta, ale obě strany vědí, že jeho rozhodnutí bude do značné míry záviset na tom, jak mu lékař jednotlivé varianty řešení představí.

Změnila se celá ideologie medicíny. Dříve stála na zásadách veřejného zdraví, dnes preferuje individuální zdraví (základní zákon z roku 1966 se nazýval Zákon o péči o zdraví lidu), dříve šlo o práva společnosti, dnes jde o individuální práva shrnutá v pojmu lidská a občanská práva, dříve byly silným motivem v práci lékaře nařízení, vyhlášky, opatření, dnes je to především péče na základě žádosti a vůle pacienta, dříve byla za samozřejmou považována povinnost pacienta žít, dnes má právo na důstojné prožití závěru života, v některých zemích již byla legalizována eutanazie, dříve o pacienty pečovala státní sociální soustava, dnes mohou volit mezi různými službami, většinou placenými a provozovanými nestátními organizacemi, dříve se potlačovala nemoc,

dnes je imperativem lékaře potlačovat bolest a klást důraz na kvalitu života, dříve bylo cílem vymýcení chorob, dnes víme, že je nutná určitá forma koexistence s chorobami, které nelze eradikovat, to znamená úplně vymýtit včetně jejich původce.

Změnilo se pojetí některých chorob. Dřívější termíny „sexuální deviace“, „perverz“e“, „aberrace“ dnes nahradil termín „parafilie“, sexuální deviant je parafilik. I veřejnost a média již přijaly výraz gay namísto dřívějšího sice korektního, ale komunitou LGBT odmítaného výrazu homosexuál, o expresivních a vulgárních variantách nemluvě. Závislý na návykových látkách už není feťák, sociální fobik už není trémista.

Jak už jsem se zmínil, nejdůležitější proměnou prošel vztah lékaře a pacienta. Dřívější paternalistický vztah znamenal, že lékař byl vládcem nad zdravím pacienta, o jeho rozhodnutích se nediskutovalo, pacient se podrobil odbornému posudku bez výhrad. Jejich vztah byl podobný vztahu rodiče a dítěte. Pacient neměl možnost poučit se o své nemoci jinak než z rozhovoru se svým lékařem, jiné zdroje mu byly nedostupné. Nešlo jen o propastný rozdíl ve vzdělání a odbornosti, lékař byl navíc chápán jako obecně moudrá osobnost, k jaké se lidé utíkají o radu i v životních krizích. Pacient býval, až na výjimky, v péči jediného lékaře, často rodinného, někdy po celý svůj život. Pan



Dnes je vztah lékaře a pacienta více partnerský, lékař radí a doporučuje, pacient se rozhoduje.



Vhodně zvolené barvy mohou zmírnit pacientovy nepříjemné pocity.



doktor byl u smrti jeho rodičů, rodil jeho děti, a tak se vytvářelo pouto plné úcty. Lékař v městečku neměl pracovní dobu, vyjížděl na návštěvy, kdykoli ho někdo potřeboval. Dlužno dodat, že lékaři plnili tuto nejen odbornou, ale i společenskou roli velmi úspěšně ku prospěchu pacientů i veřejnosti. Dlouhodobě se tak pěstovalo hodnocení lékařů jako elity společnosti, což na druhé straně přispívalo k jejich pocitu větší odpovědnosti za osud pacientů, ba i za život v městečku.

Pacienti pociťovali vůči panu doktorovi bezmeznou úctu a oddanost. O slovech lékaře se nepochybovalo. Tento stav jim vyhovoval; jakmile se ocitli v péči pana doktora, odevzdali se cele do jeho kompetence, zdravotní i právní, neboť nemuseli nic řešit, spolupodílet se na obtížném rozhodování, nést následky. I dnes by se leckterý pacient rád vrátil do idylické doby, kdy nemusel řešit zásadní rozhodnutí o variantách léčby. Pro někoho je stresující už jen výčet komplikací v textu informovaného souhlasu, výklad lékaře o důsledcích té či oné volby, záplava hrůzostrašných informací na internetu. Jak blažené byly ty časy, kdy lékař vše rozhodl a pacienta nezatěžoval odpovědností!

Dnes je vztah založen na autonomii pacienta, na rovnoprávnosti a vzájemné dohodě. Pacient potřebuje lékaře, jeho erudici a zázemí, a lékař potřebuje souhlas a spolupráci



Pacient má právo na kvalitně provedený výkon, příjemné prostředí a na všechny informace.



pacienta. Lékař se tak stává poradcem, který nabízí řešení s odborným komentářem, a pacient je suverén vlastní volby. Ještě silnější stimul k vyrovnaní vztahu přišel se změnou systému financování zdravotnictví. Pacient dříve netušil, jak je jeho péče financována, ani lékaře to nemuselo zajímat. Jakmile se zdravotnická zařízení stala samostatnými ekonomickými subjekty, jejichž šéf musel hlídat rozpočtovou bilanci, pacient se stal klientem, tedy zdrojem příjmů. Začalo být důležité, kolik pacientů lékař má, v jaké věkové kategorii, jaké výkony provedl. U některých oborů (např. stomatologie, plastické chirurgie, korektivní dermatologie nebo žilní chirurgie v soukromých klinikách) je pacient skutečný zákazník a lékař je „dodavatel služby“, který poskytuje servis. Zde se mohou karty obrátit: autonomie lékaře je nižší než autonomie pacienta, přímá platba jejich vztah zřetelně definuje. Přestože ekonomické vztahy postavily pacienta do pozice toho, „kdo platí“, není možné postavit pojmy „pacient“ a „klient“ naroveň. Klient, zákazník, si službu objednává a pak za ni zaplatí. Pacient si operaci srdce neobjednává z vlastní vůle, dostává ji v rámci péče, která je hrazena ze solidárního pojištění nařízeného státem. Právo na lékařskou péči je jedním z občanských práv, která vyspělé země považují za samozřejmá, a proto je upraveno zákony.

Ideální je samozřejmě vztah vzájemného respektu, rovnosti a kooperace, kdy lékař ukazuje cesty a poučený pacient vybírá. Takový partnerský model nemá dlouhou tradici, praktikuje se pouhých několik desetiletí. Stále ještě naráží jak na nepřipravenost pacientů převzít odpovědnost za své rozhodnutí, tak na přežívající paternalistické pojetí práce s pacientem v myslích lékařů starší generace. Prvním krokem v kooperaci obou stran je informovaný souhlas. Dalším krokem je uvědomění si práv, kterými pacient disponuje. Má právo na důkladné poučení, má právo se ptát. Má právo na kvalitně provedený výkon, na důstojné podmínky při hospitalizaci, na soukromí, na tišení bolesti.

V přechodu od paternalistického k partnerskému vztahu sehrály důležitou roli etické kodexy, které u nás byly přijímány a uváděny v život v porevoluční epoše. V roce 1992 byl vydán první z nich, kodex Práva pacientů ČR, nejdůležitější byla mezinárodní smlouva Úmluva o lidských právech a biomedicíně, ratifikovaná parlamentem v roce 2001. V kapitole III. článku 10 této Úmluvy je poprvé zakotveno právo pacienta na veškeré informace o jeho zdravotním stavu: *„Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním vztahu. Nicméně přání každého nebyť takto informován je nutné respektovat.“* Úmluva je právně závazná a stojí nad vnitřními zákony země, proto je tato formulace tak významná. Její přijetí Radou Evropy ve španělském Oviedu v roce 1997 si vynutil integrační proces evropských států, poté co státy střední

a východní Evropy nastoupily cestu k transformaci v demokracie evropského typu. Bylo nutné zajistit, aby každý občan kteréhokoli evropského státu měl stejná práva ve všech zemích budoucí jednotné Evropy. Nešlo jen o turisty, ale i o zaměstnance, ba i o lékaře, kteří mohou pracovat v kterékoli evropské zemi.

Úmluva o biomedicině poprvé definuje pacienta jako suveréna ve věci informací o zdravotním stavu; už to není lékař, ale je to občan, kdo rozhoduje, které informace mu lékař má sdělit a které ne. Stejně tak je lékař omezen ve své práci souhlasem či nesouhlasem pacienta. Pokud pacient neposkytne souhlas s úkonem, lékař ho nemůže provést (až na výjimky, kdy pacient nemůže vyjádřit svou vůli).

Navzdory významným pokrokům v emancipaci pacienta vůči lékaři v posledních desetiletích zůstává princip dominance lékaře a submisivity pacienta stále platný. Lékař bude vždy dominantním členem této diády. Je proto na lékaři či sestře, aby se snažili citlivým a vnímavým přístupem zbavit pacienta těch pocitů, které vyvolávají úzkost a strach. Pacient, který je ochromen úzkostí, přestává spolupracovat, a to je pro léčebný postup vážný hendikep. Lékař potřebuje získat pacientovu důvěru, aby jeho léčba byla efektivní a úspěšná. Ještě důležitější roli v navázání kontaktu s pacientem má sestra. Ta je „frontman“ ordinace nebo nemocnice. Přichází jako první do styku s pacientem a je to ona, která o něj pečuje celou dobu pobytu ve zdravotnickém zařízení. Stále platí, že když se člen rodiny vrátí z nemocnice, všichni se ho ptají, jaké bylo jídlo a jestli tam byly hodné sestřičky.

## Informovaný souhlas

Za důležitý instrument spolupráce s pacientem se dnes považuje takzvaný informovaný souhlas. Nejde o žádnou převratnou novinku, už za první republiky stvrzoval pacient souhlas s rizikovou operací svým podpisem na formuláři, který obsahoval i možné komplikace výkonu. Šlo o formu pozitivního reverzu; když se pacient nehodlal podrobit indikovanému zákroku, podepisoval negativní reverz. Tlak na komplexnější informování pacientů včetně výčtu rizik, která může zákrok přinést, stále sílil, i když zatím jen v západní Evropě. Teprve devadesátá léta otevřela toto téma naplno i v Evropě střední a východní. Po formulaci uvedené v prvním českém etickém kodexu Práva pacientů z roku 1992, že *„pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí“*, byla následně v roce 1997 na základě mezinárodní Úmluvy o lidských právech a biomedicině (u nás ratifikované roku 2001) pacientova práva formulována takto: *„Žádný zásah do sféry zdraví nesmí být proveden bez potřebného*



Informovaný souhlas neznamená jen podpis formuláře, ale rozhovor s pacientem.

*informování osoby, která jej podstupuje, a bez jejího souhlasu. Informace poskytnuté dané osobě se musí týkat jak účelu a charakteru zásahu, tak i jeho důsledků a s ním spojených rizik.“*

Ovšem ani po přijetí Úmluvy o biomedicině nebylo jasné, jak má informovaný souhlas vypadat a co má obsahovat. Teprve o pět let později vyšla vyhláška, která specifikovala náležitosti informovaného souhlasu.

Z pohledu pacienta je několikastránkový materiál plný lékařských termínů depresivním čtením. Profesor Pavel Pafko popisuje případ pacientky, která projevila obavy před CT vyšetřením. Dočetla se totiž, že přístrojem se provedou příčné řezy tělem...

Pacient je nejprve lékařem informován ústně, společně proberou postup zákroku, lékař se snaží pacienta uklidnit a přesvědčit ho, že očekávaný zákrok bude v jeho prospěch a pomůže mu. Pak mu předloží svazek papírů, ze kterých vyjde najevo, že pacienta čeká celá řada rizik, od banálních až po smrtelná. Pacient je už vystrašen tím, co ho čeká, má bolesti, je sám v nehostinném prostředí nemocnice, a teď se dozvídá, že je značná pravděpodobnost, že nastanou ty či ony komplikace. Pacient se právem obává nejhoršího, děsí ho, co všechno mu informovaný souhlas predestinuje, netuší, že jsou to jen teoreticky možné komplikace.

Informovaný souhlas má dvojí smysl a účel: jednak informovat pacienta o možných rizikách, jednak ochránit lékaře před případnými forenzními důsledky. Čím podrobnější je výčet rizik, tím větší může vzbuzovat podezření, že slouží lékaři jako krytí před případnou soudní dohrou. Dnes není neobvyklé to, co by ještě před pár desítkami let nikoho ani nenapadlo. Ani ten nejlepší lékař nemůže v některých případech zabránit tomu, aby choroba nevíťezila a léčba byla neúspěšná. Stane se, že pacient nebo jeho rodina se nechťejí smířit s převahou přírody nad člověkem a vydají se cestou právní bitvy. Hlavním argumentem obhájců lékaře je pak informovaný souhlas, z něhož vyplývá, že pacient byl o všech důsledcích zákroku podrobně informován, a přesto se rozhodl ho podstoupit.

Většina lékařů se domnívá, že ve výčtu rizik by se měla objevit jen ta nejpodstatnější, avšak právníci, kteří sepisují dokumenty, které by mohly sloužit k eventuálním forenzním účelům, preferují obsáhlý výčet všech myslitelných komplikací (podobným způsobem se farmaceutické firmy kryjí před možnými žalobami dlouhým seznamem nežádoucích účinků léku). Přitom zkušený lékař ví, že ani sebedešší seznam rizik nemůže vyčerpávat veškeré možnosti komplikací.

Jestliže přijmeme jako podmínku adherentního přístupu pacienta k léčbě důvěru v lékaře, měli bychom zapomenout na formální podpis informovaného souhlasu kvůli potenciálnímu riziku soudního sporu. U nás asi těžko dosáhneme americké normy délky rozhovoru s pacientem a jeho rodinou, která je 30 až 40 minut, ale alespoň patnáct minut by si měl lékař vyšetřit pro konzultaci, během níž pacientovi vysvětlí srozumitelnými slovy (v korelaci se vzděláním pacienta) podstatu zákroku, jeho alternativy a nejzávažnější rizika. Je to povinnost nejen zákonná, ale vyžadují si to i dobré mravy.

## Úspěch přinese komunikace a etiketa

Pokud jsme nepropadli stereotypní rutině, často se zamýšlíme nad efektivitou svého počínání. To platí o všech oborech lidské činnosti, medicínu nevyjímaje. Obvykle nás trápí pocit, jestli děláme všechno dobře, co bychom mohli dělat lépe, aby naše práce měla hlubší smysl. Jak pracovat s pacientem, aby se ztotožnil s naším úsilím a efektivně spolupracoval na léčebném programu? Klíč k úspěchu spočívá v komunikaci, ve způsobu, jakým s pacientem hovoříme a jak nás vnímá.

V úvodu jsme si už vysvětlili, že etiketa a komunikační dovednosti ve zdravotnictví mají značné zpoždění za komerční sférou (ostatně podobné to je s etiketou ve veřejné správě): byznys a podnikání jsou na klientovi bytostně závislé, a proto se s etablováním tržní ekonomiky okamžitě přizpůsobily principu „náš zákazník – náš pán“. Jak malé firmy, tak gigantické nadnárodní korporace si vypracovaly promyšlenou taktiku, jak

zacházet s klientem, aby jejich byznys byl úspěšný. Součástí obchodu se stala zdvořilost vůči zákazníkovi, pozornost věnovaná jeho potřebám, empatie, která napoví, po čem klient touží, čeho se obává, která nabídka ho potěší. Odtud mohou čerpat inspiraci další segmenty veřejného života, například zdravotnictví.

Empirické pravidlo říká, že ze šedesáti procent je náš životní úspěch založen na tom, jaké lidi známe, odborně řečeno na networkingu, tedy síti vazeb, známostí, kontaktů, které nás všechny obklopují. Čím je tato síť hustší, tím větší možnosti v životě máme. Ocitneme-li se na životní křižovatce, kdy přemýšlíme, kudy dál v životě, požádáme o pomoc kamaráda nebo známého, nebo naopak někdo z okruhu našich známých může sám přijít s nabídkou a my v ní vytušíme svoji příležitost. Tuto síť mezilidských vztahů si nevědomky pěstujeme od školních let, obklopuje nás celý život a samozřejmě se proměňuje, tak jak se mění prostředí našeho života. Někteří členové z komunity vypadávají a mizí v minulosti, jiní přicházejí, jsou v ní i takoví, s nimiž prožíváme celý svůj život. V této síti máme kamarády ze základní školy, ze střední a vysoké, bývalé kolegy z práce, současné kolegy, kamarády ze sportovního klubu, přátele i přátele našich přátel.

V poslední době k osobním kontaktům přibývají sociální sítě, třeba Facebook nebo Twitter. Na těchto platformách si vytváříme velkou síť „přátel“, kteří jsou sice virtuální (naprostou většinu z nich jsme nikdy neviděli a nedali jsme si spolu skleničku), ale mohou sehrát roli networkingu, dokonce v mnohem větším měřítku, než jsme v klasickém osobním kontaktu zvyklí. Z facebookového profilu načerpáme o členech komunity spoustu informací, známe většinou jejich životopisy, záliby, koníčky, názory. V případě potřeby, když třeba hledáme lepší uplatnění, se na ně můžeme obrátit. Často ani nic nehledáme, ale objeví se nabídka a my ji pochopíme jako životní výzvu.

Dalších třicet procent životního úspěchu spočívá v tom, jaký dojem dokážeme vzbudit, a jen deset procent závisí na tom, jací odborníci skutečně jsme. To je klíčové zjištění, u kterého se musíme zastavit. Na první pohled tato čísla vypadají jako nesmysl. Je to paradoxní zjištění, jaké jen obtížně bereme na vědomí, zvláště v případě lékařů. Cože, moje odbornost je pro pacienta méně než dojem, jakým na něj působím? Moje atestace, stáže a kongresy pro něj nic neznamenají? Ano, z pohledu pacienta neznamenají prakticky nic, a to proto, že pacient nemá možnost poznat, jací odborníci skutečně jsme, nemá k tomu totiž kvalifikaci.

Jak důležitý je jeho „dojem“? Je rozhodující pro utváření vztahu lékař–pacient. Jiný zdroj informace o lékaři pacient nemá než právě dojem. Copak je schopen rozpoznat, jaký je pan doktor odborník? Ví, kolik má atestací, jak prospíval na fakultě, četl jeho články v odborném tisku? Je schopný posoudit, jestli stanovil diagnózu správně a zda

vybral ty nejlepší léky? Kdepak. Pokud pacient není absolventem lékařské fakulty, nemůže hodnotit lékařovu kvalifikaci, a jestliže tak činí, pak jen na základě dojmu, jakým na něj lékař působí. Copak může posoudit, zda pan doktor postupoval při vyšetření „lege artis“? Může pochybovat o tom, zda chirurg vedl řez správně? Může ohodnotit medikaci, kterou lékař stanovil? Doplňující vyšetření? Podle čeho tedy nabude pacient přesvědčení, že je u dobrého doktora? Podle svého dojmu vyvolaného lékařovou vstřícností a empatií.



Pacient posuzuje kliniku i lékaře především podle dojmu, jakým na něj působí.

Babička přichází ke svému panu doktorovi a ten ji vítá: „Tak co ta záda, babičko, ještě to bolí? Pojdte dál, podíváme se na to. A jak se letos urodilo? A co dědeček, ještě ho trápí ta noha?“ Ve vedlejší ordinaci sedí jiný pan doktor, takový trochu neruda, který si vystačí s lakonickým: „Další, prosím.“ Babičky se nezeptá, jak se urodilo, na dědečka si taky nevzpomene. Chybí mu empatie, úsměv a laskavost v očích. K němu by babička nikdy nešla, a přitom tento pan doktor má vyšší kvalifikaci než ten první, má dvě atestace oproti kolegovi, který má zatím jednu, napsal víc článků do odborného tisku, zúčastnil se většího počtu kongresů a odborných seminářů... Přesto bude babička „svého“ pana doktora chválit jako nejlepšího lékaře na světě a za nic by ho nevyměnila za jeho kvalifikovanějšího kolegu.