



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání

**MS
MT**
MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

Komunikace lázeňského lékaře a pacienta

Poznatky z praxe

Editorka

RNDr. Patricie Hloušková, Ph.D.

Autoři

MUDr. Dominika Benešová

MUDr. Ladislav Špišák, CSc.

MUDr. Helena Safariková

MUDr. Vladislav Vurm

**Institut lázeňství a balneologie, v. v. i.
2022**

Manuscript Komunikace lázeňského lékaře a pacienta – Poznatky z praxe

byl zpracován v rámci projektu Smart Akcelérátor 2.0,
registrační číslo projektu
CZ.02.2.69/0.0/0.0/18_055/00 13938, který je spolufinancován
z OP Výzkum, vývoj a vzdělávání.
Objednatelem je Karlovarská agentura rozvoje podnikání, p.o.



ÚVOD (MUDr. Ladislav Špišák, CSc.)	5
1. ZÁKLADNÍ KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI LÉKAŘE V LÁZNÍCH (MUDr. Dominika Benešová)	6
2. EFEKTIVNOST KOMUNIKACE (MUDr. Dominika Benešová)	9
2.1. Dovednost srozumitelně se vyjadřovata ověřovat si porozumění	11
2.2. Dovednost klást otázky	12
2.3. Dovednost číst v projevech pacienta a porozumět jim	13
2.4. Dovednost porozumění a projevování zájmu – aktivní naslouchání	14
3. STRUKTURA ROZHOVORU (MUDr. Dominika Benešová)	15
4. PACIENT POPRVÉ V LÁZNÍCH (MUDr. Helena Safariková)	17
5. KONFLIKTY MEZI LÉKAŘI A PACIENTY (MUDr. Dominika Benešová)	20
5.1. Jak konflikt neřešit	22
5.2. Nepřesvědčujte	22
5.3. Nepoužívejte argumenty v emočně nabitě situaci	23
5.4. Netlačte pacienta do konformity	23
5.5. Vyhýbejte se emocionálnímu nátlaku	24
5.6. Neponižujte pacienta	24
6. HRANICE A JAK ODMÍTNOUT PACIENTA (MUDr. Dominika Benešová)	26
7. POJIŠTĚNCI VS. SAMOPLÁTCI V LÁZNÍCH (MUDr. Helena Safariková)	29
8. PROBLÉMOVÝ PACIENT (MUDr. Vladimír Vurm)	32
8.1. Komplikovanost vztahu lékaře a pacienta	32
8.2. Základní faktory ovlivňující rozhodování lékaře i pacienta	33
8.3. Vnější faktory ovlivňující rozhodování lékaře i pacienta	34
8.4. Další faktory ovlivňující rozhodování	35
9. ZÁVĚR (MUDr. Ladislav Špišák, CSc.)	37
SEZNAM LITERATURY	38



Lázeňská léčebně rehabilitační péče je neoddělitelnou součástí léčebně preventivní péče. Indikace a péče se řídí podle zákona č. 1/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Jedná se o následnou lůžkovou péči ve zdravotnických zařízeních, ve kterých se využívají přírodní léčivé zdroje nebo příhodné klimatické podmínky v daném místě.

Lázeňská léčebně rehabilitační péče se v ČR poskytuje v následujících formách:

1. Komplexní lázeňská péče – KLP (zdravotní pojišťovna hradí léčení, ubytování a stravování);
2. Příspěvková lázeňská péče – PLP (zdravotní pojišťovna hradí jenom léčení, pacient si doplácí ubytování a stravu);
3. Samoplátecké pobyty (pobyty plně hrazené klientem).

V předcházejících, již publikovaných Manuálech lázeňské léčebně rehabilitační péče jsme se zabývali indikacemi lázeňské léčby, praktickým prováděním jednotlivých léčebných výkonů a procedur, tvorbou a ekonomikou balneoprovozu.

Předkládaná příručka nabízí praktický přístup ke komunikaci lékaře s pacientem, neboť jejich vztah zásadně ovlivňuje úspěch lázeňské léčby. Pacient podstupující komplexní lázeňskou léčbu se v lázeňském zařízení dostává do kontaktu se zdravotnickým personálem (lékaři, zdravotními sestrami, fyzioterapeuty, nutričními terapeuty, lázeňskými, pomocným zdravotnickým personálem) a s obsluhujícím personálem (servírkami, číšníky, pokojskými, uklízečkami atd.).

Kontakt pacienta s ošetřujícím lázeňským lékařem je jeden z nejdůležitějších. S lékařem přijde pacient do styku během svého pobytu v lázních opakovaně – při vstupním vyšetření, dále při kontrolních vyšetřeních a při výstupní prohlídce. Ošetřující lékař potřebuje ovládat základní komunikační dovednosti, aby jejich výměna informací s pacientem byla maximálně efektivní. Samostatnou kapitolou je pacient, který je poprvé v lázních. Lékař si musí poradit i s problémovými pacienty a musí umět řešit konflikty s pacientem. V další kapitole je prezentováno na konkrétních situacích, jak postupovat při odmítnutí rozmanitých požadavků pacientů. V současné době se stále zvyšuje počet samoplátců, hradících si plně léčbu. Je rozdíl v přístupu lékaře k pojištěncům a k samoplátcům? Této skutečnosti se věnuje závěrečná kapitola.

Věříme, že předkládaná příručka pomůže zlepšit komunikaci mezi lékaři a pacienty a přispěje k dalšímu zvyšování kvality lázeňské rehabilitační péče v českých lázních.



1. Základní komunikační dovednosti lékaře v lázních

Komunikační dovednosti nejsou nikomu vrozené. Učíme se jim v průběhu života a jejich rozvoj souvisí s rozvojem osobnosti. Dají se trénovat i na odborných školeních. Dnes už taková školení nejsou omezena pouze na obchodníky, manažery či učitele, ale např. Česká lékařská komora je nabízí v rámci svých kurzů pro lékaře. Komunikace jako taková je podle mínění mnohých základním nástrojem pro lékařovu práci. Nestačí jen pacienta pozorovat, poslouchat, proklepávat a prohmatávat. Potřebujeme s ním především hovořit. Však si možná ještě pamatujeme, co nám říkali zkušení pedagogové na lékařských fakultách – dobrá anamnéza je víc než polovina diagnózy.

V lázních, zejména u pojištěnců, obvykle už diagnózu stanovovat nemusíme, ta bývá známa a je právě tím důvodem, který pacienta do lázní přivádí. Diagnóza byla stanovena indikujícím lékařem už před příjezdem a pacientovi buď byla lázeňská péče doporučena, nebo se pro ni rozhodl sám. U pojištěnců s kompletní dokumentací tedy většinou směřujeme dotazy jen na období mezi vystavením návrhu na lázeňskou péči a nástupem do lázní. U samoplátců se často selektivně zaměřujeme především na kontraindikace lázeňské léčby. Ovšem s každým pacientem se potřebujeme domluvit na léčebném postupu, případné změně životního stylu, dlouhodobém dodržování určitých pravidel i po návratu z lázní domů apod. Jestli se nám to podaří či ne, je otázka našich komunikačních dovedností. Navíc kvalita naší komunikace s pacienty zásadně ovlivňuje jejich prožívání, míru stresu a obav spojených s léčbou a vůbec s pobytem v lázních. Nezapomínejme, že mnozí pacienti přijedou do lázní na léčení poprvé a budou tedy vrženi do zcela nové a nezvyklé situace. To, co nám připadá samozřejmé a běžné, pro ně bude naopak neobvyklé a nestandardní. A i ti, kdo do lázní jezdí opakovaně, se mohou dostat do situací pro ně nečekaných: např. astmatik, který jezdí pravidelně každý rok, je najednou indikován k lázeňské léčbě pro bolesti zad nebo pokročilou artrózu kyčle. Pro úspěšnou léčbu nestačí pacienta jen suše a objektivně informovat, jak si mnoho lékařů myslí a podle této představy i koná. Neosobní komunikaci zaměřenou na předávání věcných informací a organizaci léčby mnoho lékařů považuje za nejlepší způsob pro sebe i pacienty. Ale bohužel tomu tak není. Ve skutečnosti snaha o neosobní přístup zvyšuje frustraci na obou stranách. A nejde jenom o to, aby byl pacient spokojen s přístupem lékaře. Záleží totiž i na tom, jak se při komunikaci s pacientem cítí lékař. Vnímá-li při ní vlastní odlidštěnost, rutinu či automatické jednání, pak je riziko jeho vyhoření větší než v opačném případě (Bednařík, Andrášiová 2020).

Lékař (a další zdravotnický personál) nemůže nikdy působit na pacienta naprosto neutrálně: v rozhovoru se vždy nějakým způsobem projevuje to, co si o druhé straně myslí či co k ní cítí. V důsledku tedy pacientovi buď svým působením prospívá, zmírňuje jeho obavy a tím ho v širším smyslu uzdravuje, nebo jej naopak svým jednáním zraňuje, jeho obavy ještě umocňuje a jeho zdraví tedy podkopává. Proto na dobře zvládnuté komunikaci velice záleží. Navíc, dnešní ekonomická realita v lázeňství je taková, že dovolit si přicházet o pacienty či klienty kvůli nezvládnuté komunikaci ze strany zdravotníků nemůže v podstatě žádné lázeňské zařízení.

Komunikace je obousměrný proces a k tomu, aby dobře fungovala v obou směrech, může lékař na své straně přispět tím, že se naučí zvládat její následující fáze (upraveno podle Bednaříka a Andrášiové, 2020):

1. Vyznat se sám v sobě a ve vlastních komunikačních projevech.
2. Umět řídit rozhovor s pacientem.
3. Umět rozpoznat signály pacienta a porozumět jim.
4. Umět vhodně reagovat na pacientovy projevy.

Fáze 1

Fáze 1 – vyznat se sám v sobě a ve vlastních komunikačních projevech: lékař, který se sám v sobě vyzná, rozumí svému chování, svým slovním i mimoslovním projevům a dokáže je využít či usměrnit tak, aby mu pacient důvěřoval a byl ochoten spolupracovat. Abychom získali pacientovu důvěru a vybudovali s ním funkční terapeutický vztah, je třeba do tohoto vztahu investovat určitou míru lidskosti. K tomu se můžeme dostat, pokud autenticky ukazujeme, co se s námi děje: že se nás něco osobně dotýká, máme s tím vlastní zkušenost (a jakou), máme pochopení pro pacientovy pocity a jiné prožitky apod.

Fáze 2

Fáze 2 – umět řídit rozhovor s pacientem: lékař potřebuje v čase, který je obvykle něčím omezený, dosáhnout svého cíle (např. odebrat anamnézu, sdělit pacientovi návrh plánu lázeňské léčby a získat jej pro spolupráci, vysvětlit průběh/účel lázeňské procedury atd.). Zároveň je žádoucí, aby během rozhovoru byl prostor pro pacientovy potřeby. Rozhovor tedy musí mít určitou jasnou strukturu, kterou si lékař stanoví předem, a přitom počítat i s časem pro pacientovy dotazy, námítky atd., které dopředu známy být nemohou. Pacient by měl mít pocit, že na něj lékař má dostatek času.

Fáze 3

Fáze 3 – umět rozpoznat signály pacienta a porozumět jim: Většina pacientových potřeb v lázních může souviset přímo s jeho nemocí. Ale nelze zapomínat i na další lidské potřeby, např. respekt, neboť jejich opomíjení může podkopat důvěru pacienta v léčení, v osobu lékaře či dalšího personálu, nebo jej dokonce od lázeňské léčby odradit. Věnovat pozornost pouze tělesným projevům nemocí a ignorovat další pacientovy potřeby se tedy nevyplácí.

Fáze 4

Fáze 4 – umět vhodně reagovat na pacientovy projevy: nestačí jen porozumět pacientovi. Je třeba to dát také najevo, aby pacient viděl a cítil, že ho chápeme. Projevy porozumění pomáhají pacientovi fyzicky i psychicky zvládat léčbu, která nemusí být vždy úplně příjemná.

Aby lékař s pacientem dospěl ke kvalitní spolupráci a dosáhl úspěchu v léčbě, nemůže se omezit pouze na jednostranné poskytování informací (ačkoli mnozí lékaři toto považují za jediný klíč k úspěchu léčby). Důležité je vytvořit s pacientem takový vztah, aby i on byl vtažen do procesu léčby a převzal za něj svůj díl odpovědnosti.

Vztah vzniká obousměrnou komunikací, kdy i pacient má možnost se ptát, sdílet nejen své myšlenky, ale i emoce, a je při tom lékařem respektován. Emoce mají zásadní vliv na to, jak pacient svou léčbu prožívá, jak se rozhoduje a jak ji zvládá. Emoční projevy bývají rozmanité – někteří pacienti o svých emocích mluví, jiní jen gestikulují nebo lze u nich pozorovat změny v tónu či intenzitě hlasu, v mimice, v poloze těla či v jiných neverbálních projevech. Díky pozorování emocí a snaze jim porozumět má lékař k dispozici další zdroj informací o pacientovi, které mu mohou v jeho práci pomoci.

Dobrý vztah nevzniká automaticky, ale je výsledkem interakce v čase podle toho, jak se k sobě zúčastněné osoby chovají. Vytváření dobrého vztahu v pomáhajících profesích popsal a rozvíjel Carl Rogers v tzv. přístupu zaměřeném na člověka (Bednařík, Andrášiová 2020). Jeho základem jsou tři vzájemně se doplňující projevy: empatie, autenticita a akceptace. Empatický lékař projevuje zájem o pacientovo prožívání a potřeby a dává mu najevo své porozumění. Autentický lékař se neschovává za masku profesionality, ale ukazuje pacientovi svou lidskou tvář – projevuje své skutečné prožívání, myšlenky a pocity, které mu mohou v dané chvíli pomoci. Akceptující lékař přijímá pacienta takového, jaký je, aniž by jej hodnotil, odsuzoval či kritizoval. Zároveň však nepodporuje destruktivní či ubližující chování pacienta.



2. Efektivnost komunikace

Pro úspěšnou komunikaci je důležité, aby na ni lékař byl připraven, aby jeho rozhovor s pacientem měl tzv. „hlavu a patu“. Lékaři v lázních zejména při příjmu mohou mít mnoho administrativy, mnoho pacientů, a tak jim často nemusí zbývat dostatek času na přípravu rozhovoru s pacientem.

Kazuistika: Z vlastní zkušenosti mohu uvést, že ze začátku své práce v lázních jsem nejčastěji pacientův chorobopis dostala do ruky buď těsně před jeho příchodem do ordinace nebo zároveň s ním. Takže jsem zákonitě o pacientovi nevěděla vůbec nic, všechno dohledávala během rozhovoru a hekticky listovala hromadou papírů sem a tam. To pochopitelně zvyšovalo můj stres a ani pacienti pravděpodobně nebyli zcela v pohodě s mým přístupem (jen se mi to nikdo neodvážil říct). Navíc jsem byla pod časovým tlakem, protože na příjmy byl nastavený určitý časový limit, který jsem ze začátku naprosto nezvládala plnit, a tím pádem se mi pacienti hromadili v čekárně, rostla jejich i moje nervozita, dělala jsem chyby a byla jsem psychicky naprosto vyčerpaná.

Zkoušela jsem třeba udělat si čas na přečtení údajů během pacientovy přítomnosti, ale to pořádně nefungovalo: pacienti mluvili, zatímco já jsem přemýšlela o něčem jiném, nesledovala jsem niť jejich hovoru, pak jsem se zeptala na něco úplně jiného, co bylo důležité pro mě, a oni zákonitě nabyli dojmu, že je vlastně vůbec neposlouchám.

Teprve časem se mi podařilo si práci lépe zorganizovat, udělat si právě čas na to, abych mohla papírové chorobopisy nově přijímaných pacientů projít ještě před jejich příjezdem a vypsát si do své elektronické dokumentace vše potřebné. Při vlastním vstupním rozhovoru jsem pak s pacientem probírala jen jeho aktuální stav či upřesňovala nejasná anamnestická data, protože podstatná anamnéza byla už v mých záznamech. Byla jsem tak mnohem klidnější a vstupní rozhovory s pacienty přestaly být pro mě noční můrou.

Příprava na rozhovor umožní lékaři kromě efektivní komunikace s pacientem také efektivní následnou práci. Pokud máme čas si dopředu přečíst, co se s pacientem dělo dříve a proč je indikován k lázeňské léčbě, jaké jsou jeho poslední laboratorní či jiné výsledky, můžeme jednak svůj vstupní rozhovor zaměřit na to, co je pro naše plánování lázeňské léčebně-rehabilitační péče důležité, a jednak opravdu navazovat s pacientem během tohoto rozhovoru vztah.

Pro efektivitu naší komunikace s pacienty jsou mimo jiné užitečné následující komunikační dovednosti, které ve své práci popsali Bednařík a Andrášiová (2020).

Rozhovor lékaře s pacientem je v principu pracovní rozhovor, a proto je dobré, aby měl jasnou strukturu a obě strany věděly, za jakým účelem se setkávají, co mohou v daném rozhovoru získat či předat. Takový rozhovor by měl být veden efektivně. Na straně lékaře je žádoucí, aby si dopředu připravil cíl a strukturu rozhovoru, byl

schopen je pacientovi jasně sdělit, držel se v průběhu svého cíle a struktury a uměl se v případě odbočení od tématu zase vrátit. Dále je vhodné průběžně shrnovat a ukončovat jednotlivá témata, pojmenovávat nová témata, na konci shrnout dosažení cíle a pojmenovat, co bylo s pacientem dohodnuto.

Přijímající lékař v lázních obvykle vidí pacienta poprvé. Nezná jeho životní příběh, netuší, co je za osobnost, jak bude reagovat na nezvyklé situace. Nezná jeho aktuální životní situaci vč. rodinného a pracovního stavu. To vše jsou faktory, které ovlivňují pacientovy reakce na lékaře a jeho otázky, informace či doporučení. Lékař to vše může poznávat a zjišťovat až během vstupního rozhovoru a vyšetření. Díky tomu, že lékař je v této situaci na domácí půdě (na rozdíl od pacienta), měl by vést rozhovor tak, aby se pacient cítil pokud možno komfortně v situaci, která je pro něj nová a nezvyklá. To prakticky znamená, že by rozhovor měl mít od začátku do konce jasnou a srozumitelnou strukturu, se kterou bude seznámen i pacient.

Lékař při prvním kontaktu obvykle sedí u stolu za počítačem. Je vhodné nejenom pacienta přivítat slovním pozdravem, ale také oslovením, představením se a podáním ruky včetně očního kontaktu. To vše totiž zvyšuje pacientův dojem, že je středem lékařova zájmu on jako člověk, nikoli jeho choroba zapsaná v počítači či na papíře. Navíc je tak nastaven i partnerský vztah mezi lékařem a pacientem. Pokud lékař zůstane za počítačem, bez očního kontaktu a podání ruky, působí to na pacienta nepříjemně směrem k rolím nadřízený – podřízený. A to není pro budoucí spolupráci výhodné nastavení.

Po seznámení nabídneme pacientovi místo k sezení. Na začátku stačí říci pár vět, aby bylo zřejmé, co pacienta čeká, např. *„Nejdříve spolu probereme, jaké máte teď obtíže, pak vás vyšetřím a nakonec vám napíšu plán lázeňské léčby.“*

Kromě toho, že my lékaři máme svůj plán, co vše chceme s pacientem probrat, má ho obvykle i pacient. Také on má snahu prostřednictvím rozhovoru něčeho dosáhnout. Co to je, není zpočátku jasné, ale je naším úkolem to z pacienta vytáhnout, pojmenovat a sladit s naším záměrem. Např. může mít pacient starosti s organizací léčby (Může o víkendu z lázní odjet? Může jej v lázních navštívit rodina? Co má dělat, když má dlouho dopředu naplánovanou kontrolu u specialisty a je právě v lázních? apod.). Nebo může mít starosti existenční (Jak je to s výplatou nemocenských dávek během lázeňského pobytu? Kdy mu skončí neschopenka? atd.). Nakonec může jít také o psychiku a emoce (Jak se vyrovnat s tím, že už nikdy nebude zdravý? – chronické choroby; Jak se zařadit zpět do normálního života, když lázeňská péče je poslední v řadě? – onkologické případy; Jak se zařadit, když je trvale nebo částečně práce neschopný? – úrazy atd.).

Výše uvedené pacientovy potřeby je výhodné aspoň z části zmapovat už při vstupním rozhovoru, abychom se mohli připravit na další rozhovor v průběhu lázeňského pobytu (typicky při průběžných kontrolách), kde se jim budeme moci věnovat. Nelze chtít vše vyřešit hned na začátku, neb na to není čas ani podmínky. Organizačním otázkám léčby, pokud je pacient vznesl, ale pozornost věnujeme co nejdříve.

Kazuistika: Jednou mi přišel do lázeňské ordinace nečekaně mladý pacient, čerstvě 19 let. Byl po ortopedické operaci kvůli vrozené vadě kyčlí a v průběhu pobytu v lázních měl už dlouho naplánovanou kontrolu na ortopedické ambulanci v pražské nemocnici, kde ho před pár měsíci operovali. Jeho matka při příjmu avizovala, že kvůli této kontrole si ona bude muset vzít v práci dovolenou, přijet z Mostu do Mariánských Lázní, syna vyzvednout, odvézt do Prahy na kontrolu a zase zpět, a jestli by to neměla vůbec zrušit a přeložit na jindy. Vyjádřila jsem pochopení pro její starosti a nabídla podporu s organizací samostatné cesty syna na kontrolu. Vysvětlila jsem jí, že díky přímému a častému vlakovému spo-

jení od nás do Prahy a dobré návaznosti městské hromadné dopravy v Praze to pacient opravdu zvládne sám. Matka se posléze zklidnila a s úlevou odjela domů. S předstihem nám pochopitelně volala, abychom ho na tu kontrolu vyslali. Poradila jsem pacientovi, jak si najít vhodný vlakový spoj, kde hledat spoje pražské MHD a kudy dojít na příslušnou kliniku. Vše zvládl bez obtíží, navíc se mu zvedlo sebevědomí, když tuto poměrně náročnou celodenní akci absolvoval sám, bez dohledu matky. Když ho matka přijela po měsíci vyzvednout, velmi nám děkovala, že jsme jí usnadnili život.

2.1. DOVEDNOST SROZUMITELNĚ SE VYJADŘOVAT A OVĚŘOVAT SI POROZUMĚNÍ

Často komunikace lékaře s pacientem drhne na tom, že každý mluví jiným jazykem. Lékaři používají odborné, často i cizojazyčné termíny (latina), pacienti naopak mluví hovorově až nespisovně. Pro správné porozumění je třeba, aby se tyto jazyky někde protnuly a došlo ke smysluplné a nezkreslené výměně informací. Někdy stačí jenom to, aby lékař přeložil výraz z latiny do češtiny: cholangitida bude nejspíš pro většinu laiků naprosto nepochopitelná, ale zánět žlučových cest už zní celkem srozumitelně. Dále je užitečné osvojit si dovednost popsat nemoci, jejich příznaky i léčbu přirozeným jazykem. Složitější biologické jevy, farmakologické procesy a podobně je dobré zjednodušovat a popisovat co nejsrozumitelněji i s využitím grafické podpory. (Jeden obrázek vydá za tisíc slov.)

Také je žádoucí vyhnout se slovům, která mohou nést náboj špatné zprávy. Klasický je případ výrazu „negativní“ – když lékař řekne, že výsledek vyšetření je negativní, někteří pacienti to vnímají jako „špatný“ či „zlý“, ačkoli v realu to znamená, že se nic nenašlo a je to vlastně dobrá zpráva!

Nakonec je třeba si ověřit u pacienta, jak porozuměl našemu sdělení, protože je obvyklé, že si něco vyloží docela jinak, než my jsme to mysleli. Lékaři dělají často chybu v tom, že vůbec během rozhovoru neověřují, jak pacienti chápou jejich sdělení a co z toho pro ně vyplývá. Někteří se sice ptají, ale na otázky „Rozuměl jste všemu? Je vám všechno jasné? Je to pro vás srozumitelné?“ dostanou obvykle automatickou odpověď „Ano“, ačkoli pacient ve skutečnosti může být poměrně zmatený, zahlcený nadbytkem informací či už polovinu stihl zapomenout. Ověřování porozumění takovým způsobem je tedy neefektivní a je třeba k němu přistupovat jinak. Možná máte pocit, že je to zbytečná práce nebo dokonce urážka intelektu pacientů, ale bylo i výzkumem prokázáno, že pacienti si po návštěvě lékaře pamatují cca 50-60 % informací a některé klíčové informace si sice pamatují, ale vůbec jim nerozumějí. Takže jak na to?

Místo uzavřených zjišťovacích otázek („Rozuměl jste všemu?“), na něž se odpovídá ANO/NE, používejte otevřené doplňující otázky, kde pacient musí odpovědět více slovy. Tak máte šanci zjistit, co z vašeho sdělení opravdu přijal a pochopil. Vyzvěte tedy pacienta, např. ať vám svými slovy řekne, co vyrozuměl o svém stavu či léčbě z vašeho hovoru. Nebo se můžete zeptat: „Můžete prosím zopakovat, jak jsme se domluvili na léčebném postupu? Záleží mi na tom, proto se chci ujistit, že mne chápete správně.“

2.2. DOVEDNOST KLÁST OTÁZKY

Otázky plní v rozhovoru lékaře s pacientem několik zásadních úloh:

1. Jejich prostřednictvím zjišťujeme informace o stavu pacienta a vytváříme si tak klinický obraz. Otázky za tímto účelem pokládáme nejčastěji ze všech a mnozí z nás se už dál nepouštějí.
2. Pomáhají nám vyjádřit zájem o pacienta jako člověka. Pokud se ptáme na pacientovy názory, emoce, myšlenky, postoje, či zkušenosti, dáváme mu tak najevo, že ho nebereme pouze jako diagnostickou jednotku či nemocný orgán, ale jako celého člověka. Tím budujeme v pacientovi důvěru a podporujeme jeho spolupráci při léčbě.
3. Dávají strukturu a směr rozhovoru, který s pacientem vedeme.

Pokládat vhodné otázky není samozřejmost, i tomu je možno se naučit. Kromě rutinních diagnostických otázek jako „Kdy se poprvé objevily tyto potíže?“ je užitečné naučit se klást i otázky, zaměřené na pacientovo prožívání, jeho fyzické i psychické obtíže spojené s nemocí. Jde tedy o to rozšířit svůj repertoár na různé typy otázek (nejen uzavřené zjišťovací, ale i otevřené doplňovací), umět je používat nejen ke zjištění důležitých diagnostických údajů, ale také k ozřejmění toho, jak pacient chápe svou situaci, i k rozproudnění dialogu. Uzavřené otázky obvykle zjišťují diagnostická či jiná data a očekáváme na ně stručnou odpověď buď typu ANO/NE nebo konkrétní fakta.

Zde uvádíme několik příkladů:

„Už jste někdy byla léčena v lázních?“ „Ne, jsem tu poprvé.“

„Kdy jste byl naposledy na kontrole?“ „Předevčírem.“

„Kolik pater vyjdete bez zadýchání?“ „Ani jedno.“

Otevřené otázky nám umožňují získat doplňující informace o fyzickém i psychickém stavu pacienta.

Povzbuzují pacienta, aby se vyjádřil volněji a širěji. Rozdíl ukážeme na příkladu bolestí zad:

Uzavřená otázka: „Jak dlouho máte bolesti?“ „Už půl roku.“

Otevřená otázka: „Povíte mi něco více o svých bolestech zad?“ „Mám je už půl roku, začalo to při stěhování do nového bytu. Zvedl jsem ...“

Otevřené otázky můžeme použít například ke zmapování širších souvislostí probíraného

tématu jako v příkladu výše nebo objasnění neurčitých vyjádření pacienta:

„Říkáte, že kvůli dušnosti už nic doma nezvládnete. Můžete to upřesnit?“ „No, třeba dřív jsem byla schopná během jednoho dne uklidit celý byt. Ted' po tom zápalu plic chvíli uklízím a hned se zadýchám. Všechno mi tak trvá strašně dlouho.“

„Vidím, že kroutíte nesouhlasně hlavou. Můžete mi říct, co se děje?“ „Nelíbí se mi, že bych měl chodit cvičit do bazénu. Vždyť neumím plavat!“

Zcela nevhodné je klást otázky, které pacienta jakýmkoli způsobem ponižují nebo zesměšňují: „To vám rodiče neřekli, že ...? To jste se ve škole neučil, že ...? To vás nenapadlo, že ...?“

Na závěr této kapitoly tedy shrneme, že uzavřené otázky nám umožňují získat potřebné údaje a vedou tak rozhovor s pacientem směrem, který určujeme my. Obvykle nepodporují diskusi, nebudují vztah ani nedávají pacientovi šanci se více projevit, zvláště pokud klademe bez přestávky jednu otázku za druhou. Otevřené otázky naproti tomu otevírají pacientovi prostor ukázat se v širším kontextu a lékař se tak může dozvědět věci, které by mu při kladení jen uzavřených otázek unikly. Co se dozvíme, závisí na tom, jak se ptáme. Proto na způsobu kladení otázek tak záleží.

2.3. DOVEDNOST ČÍST V PROJEVECH PACIENTA A POROZUMĚT JIM

Ať už pacient přijíždí do lázní poprvé nebo opakovaně, obvykle je jeho pobyt motivován zdravotními důvody. Proto se většina komunikace týká zdraví. Nicméně je třeba brát v potaz, že pacient není jen jeho nemoc, ale celý člověk se všemi dalšími lidskými potřebami. Ač se to nám lékařům může zdát zbytečné, časově náročné, možná i nemístné se jimi zabývat, není ve skutečnosti výhodné jim nevěnovat pozornost. Přehlížené potřeby pacienta pak mohou zásadně narušit proces léčby, jak ilustruje další příklad z praxe.

Kazuistika: Měla jsem v péči jednu onkologickou pacientku, která přijela na komplexní lázeňskou léčbu po operačním odstranění jedné ledviny pro nádor. Byla to poměrně mladá žena kolem 45 let, velmi aktivní, drobná podnikatelka a matka samoživitelka. Na lázeňskou léčbu přijela víceméně z donucení, jak se sama vyjádřila při přijímacím rozhovoru. Tlačila na ni jak širší rodina, tak její ošetřující i praktický lékař, aby si jela do lázní odpočinout a nabrat síly po operaci. Ale ona byla přesvědčená, že jí lázně k ničemu nebudou, bude tam jen ztrácet čas a budou jí utíkat peníze, kterých neměla nazbyt. Takže po týdnu se sebrala a odjela, aniž by dokončila naplánovaný třítydenní léčebný program. Myslím, že v tomto případě by bývala na místě větší snaha o pochopení nejen zdravotních potřeb této pacientky už ze strany lékaře, indikujícího lázeňskou péči. Skutečnost, že pacient po ukončené onkologické léčbě má nárok na 3 týdny komplexní lázeňské léčby, ještě nutně neznamená, že všichni pacienti bez rozdílu z ní budou opravdu profitovat. Zejména ti, kteří řeší existenční starosti a jejich základní životní potřeby jsou v ohrožení.

Kromě snahy pochopit a vzít v potaz další lidské potřeby našich pacientů je užitečné pozorovat i jejich neverbální projevy při komunikaci, v nichž se projevují emoce pacienta. Emoce jsou totiž s uspokojováním potřeb úzce spojené. Pokud je naplnění nějaké potřeby ohroženo, signálem ohrožení je právě emoce. Ta je následována reakcí, která usiluje o uspokojení dané potřeby nebo aspoň o zmírnění jejího ohrožení.

Změna chování (přechod z klidu do neklidu nebo naopak, změna výšky či intenzity hlasu – šepot, pláč, křik, koktání, mimické projevy atd.) signalizuje, že se uvnitř pacienta něco děje. Schopnost rozpoznat, co s pacientem děje, nám pomáhá vyznat se v jeho prožívání, a předvídat, jak by asi mohl reagovat. Podle toho pak můžeme přizpůsobovat své chování a postup dalšího rozhovoru.

Vzhledem k tomu, že my lidé jsme sociální tvorové, velmi citlivě vnímáme chování ostatních a neustále jej podvědomě i vědomě vyhodnocujeme. Pacienti proto automaticky předpokládají, že se lékaři budou umět vžít do jejich situace. Lékař, který to neumí nebo se tak nechová, může být potom považován za necitlivého, arogantního ignoranta. A to není dobrá pozice pro navazování a udržování funkčního terapeutického vztahu.

Emoční reakce nejsou žádná slabost, ale naprosto přirozená schopnost člověka reagovat na své okolí. Jejich kontrola je řízena mechanismy, které nelze vždy vědomě regulovat na požádání a právě teď. Proto je v případě pacienta zaplaveného emocemi vhodné dát mu čas na uklidnění, pomoci mu emoce zpracovat, aby neudělal nějaké nerozumné a nepromyšlené rozhodnutí (např. předčasné ukončení léčby). Emocionalita není opakem racionality. Jak uvádějí Bednařík a Andrášiová (2020): „Samotné emoce nejsou překážkou racionálního uvažování a rozhodování, jsou dokonce jeho důležitou součástí, protože pokud si uvědomujeme vlastní emoce, umíme si lépe uvědomovat vlastní potřeby, jejichž vnímání je důležité pro kvalitní rozhodnutí.“

2.4. DOVEDNOST POROZUMĚNÍ A PROJEVOVÁNÍ ZÁJMU - AKTIVNÍ NASLOUCHÁNÍ

Kladení otázek se často považuje za projev zájmu o druhého člověka. Tím, že se pacienta zeptáme, zda ho bolí záda, nepochybně projevujeme i zájem o něj. Ale pokud posloucháme dobře jeho odpověď, soustředíme se na to, co nám říká, a dáváme slovně i jinak najevo, že mu rozumíme a máme pro něj pochopení, má to ještě větší dopad na náš vztah s ním.

Porozumění a pochopení můžeme projevovat různými způsoby:

- neverbálně: pokyvováním hlavy, očním kontaktem, gesty
- verbálně:
 - o empatie: „*Naprosto vás chápu, sama jsem to zažila ...*“
 - o parafrázování: „*Říkal jste, že... Všimla jsem si, že ...*“
 - o potvrzení: „*Rozumím tomu. Toto je mi jasné. Chápu vás.*“
 - o otázky: „*Jak to myslíte? Zkuste mi to blíže vysvětlit...*“

Je dobré si uvědomit, že mnohé výroky, otázky, stížnosti či kritika skrývají pacientovy potřeby. Když pochopíme, o které jde, můžeme pak o to efektivněji komunikovat.



3. Struktura rozhovoru

Struktuře rozhovoru mezi lékařem a pacientem v lázních už jsme se částečně věnovali v předchozí kapitole. Nezáleží totiž pouze na tom, co lékař pacientovi říká, ale také v jakém pořadí o tom mluví. Důležité je do této struktury zasvětit i pacienta, protože tím podpoříme jeho spolupráci s námi. Kromě toho, pokud do struktury svého rozhovoru zařadíme i čas pro pacientovy otázky, umožníme mu tak projevit se a lépe jej poznat.

Přijímající lékař v lázních obvykle vidí pacienta poprvé. Nezná jeho životní příběh, netuší, co je za osobnost, jak bude reagovat na nezvyklé situace. Nemá ponětí o jeho aktuální životní situaci vč. rodinného a pracovního stavu. To vše jsou faktory, které ovlivňují pacientovy reakce na lékaře a jeho otázky, informace či doporučení. Lékař to vše může poznávat a zjišťovat až během vstupního rozhovoru a vyšetření. Díky tomu, že lékař je v této situaci na domácí půdě (na rozdíl od pacienta), měl by vést rozhovor tak, aby se pacient cítil pokud možno komfortně v situaci, která je pro něj nová a nezvyklá. To prakticky znamená, že by rozhovor měl mít od začátku do konce jasnou a srozumitelnou strukturu, se kterou bude seznámen i pacient.

Pro mnohé pacienty může být prostředí lázní natolik cizí, že se v něm necítí dobře, nejsou ve své kůži a chovají se jinak, než je pro ně obvyklé. To je potřeba mít na paměti zejména u cizinců, kde se navíc může projevit i jazyková bariéra. Podobně se to ovšem může vztahovat i na lázeňské lékaře, pokud pracují s cizinci a nejsou na to dobře připraveni. Předem připravená struktura rozhovoru pak lékaři i pacientovi usnadní první setkání.

Kazuistika: Když jsem začínala pracovat v lázeňském hotelu s mezinárodní klientelou, byla jsem výborně jazykově připravená – plynule jsem hovořila anglicky a rusky a velmi slušně francouzsky. Háček byl v tom, že většina mých klientů tehdy byla z Německa a já byla v němčině naprostý začátečník. Takže jsem rozhovory nějakou dobu zahajovala dotazem na znalost angličtiny či ruštiny u svých pacientů, eventuálně se omlouvala za nedostatečnou znalost němčiny. A právě pro hovory s německými pacienty jsem tehdy měla doslova sepsanou osnovu, na co všechno a jak se potřebuji zeptat, aby mi něco důležitého neuniklo. Do každého chorobopisu v počítači jsem si předem zkopírovala svou šablonu v češtině, na papíře na stole jsem měla vytištěné otázky v němčině a ty jsem postupně procházela, v duchu si je odškrtovala a do počítače psala záznamy v češtině. K tomu jsem měla ještě seznam frází, jak instruovat pacienta při vyšetření, kam ho posléze odeslat pro rozpis procedur atd. Taková struktura mi zásadně pomáhala zvládnout jazykově náročnou komunikaci a zvláště jsem ji oceňovala v případech, kdy pacienti měli tendenci se rozpovídat a já jim nerozuměla nic víc než ty základní údaje. Pochopitelně mi ze začátku naprosto unikaly různé detaily kvůli jazykové neznalosti a moje rozhovory s pacienty byly velmi strohé a neosobní. Až časem s lepší znalostí cizího jazyka jsem si mohla dovolit navazovat s pacienty i osobnější vztahy (i proto, že mnozí k nám jezdili opakovaně a pravidelně).

V předchozí kapitole už jsem se zmínila, jak významný je první kontakt lázeňského lékaře s pacientem a jak se na něj připravit. Pacienta pak uvedeme do situace tím, že mu sdělíme, co je cílem našeho setkání. To mu umožní se zorientovat a zmírní to jeho napětí, protože bude tušit, co může čekat. Např. při kontrolní návštěvě během lázeňského pobytu: „Dnes jsem vás pozvala, abyste mi řekla, jak zvládáte léčebný program a jestli ho případně mám upravit. Také vám změřím tlak a poslechnu si srdce / plíce / zkontroluji hybnost kyčle atd. Dále s vámi chci probrat vaše stravovací / pohybové / pracovní návyky, protože si myslím, že ovlivňují váš zdravotní stav.“

Užitečné je vysvětlit pacientovi, co od nás může očekávat, a také co očekáváme my od něj: „Můžu vám navrhnout změnu vašeho životního stylu, která by prospěla vašemu zdraví. Nejdřív ale potřebuju od vás otevřeně slyšet, jak na tom jste. Co vás trápí, s čím si nevíte rady, co už jste vyzkoušela...“

Pokud se v rozhovoru odchýlíme od původního záměru či tématu, je potřeba se vrátit zpět. I to je však dobré pojmenovat a uzavřít: „Probrali jsme vaše rodinné starosti a je zřejmé, že to na váš zdravotní stav má velký dopad. Teď se vrátíme k tomu, jaké možnosti léčby máme tady v lázních a co vás čeká po návratu z lázní domů z hlediska další lékařské péče.“ Takové shrnutí pomáhá pacientovi udržet pozornost a umožňuje mu lépe si pamatovat předávané informace.

Na závěr rozhovoru je nezbytné shrnout další postup, aby pacient věděl, co ho dále čeká, kam má kdy jít, co dělat nebo čeho se vyvarovat. Zejména důležité je to při propouštění pacienta po ukončení lázeňské léčby. Vysvětlení ohledně následné léčby, žádoucích změn životního stylu nebo dalších doporučení nestačí podat pouze ústně. Jak už jsem uvedla dříve, pacienti si pamatují jen část informací, které jim předáváme. Ideální je proto dát pacientovi vytištěnou propouštěcí zprávu přímo do ruky s instrukcí, komu a kdy ji předat.



4. Pacient poprvé v lázních

Někteří pacienti, ač jsou poprvé v lázních, mají velké zkušenosti s návštěvami lékaře, jsou zvyklí odpovídat na anamnestické dotazy. Setkáváme se však také s pacienty, např. po nečekaných operačních zákrocích, kteří kromě nemocnice jsou ve zdravotnickém zařízení po velmi dlouhé době („já k doktorům nechodím“). Tady je na místě důkladně klást cílené anamnestické dotazy, mnohdy důležitý údaj považuje pacient za nepodstatný, události byly již dávno, někdy je i chtějí zatajit. Setkáváme se často i s negativní odpovědí na konkrétní dotaz:

Lékař: *“Měl jste nějaké onkologické onemocnění?”*

Pacient: *“Ne.”*

Lékař: *“A ta jizva na zádech?”*

Pacient: *“To bylo jenom nějaké znaménko, po deseti letech už mě přestali sledovat.”*

Pacienti obvykle sami neuvádějí např. kovy v těle, kardiostimulátory, někdy opomenou upozornit i na onkologické onemocnění dávno proběhlé, nevzpomenou si, protože teď je v popředí zájmu nynější onemocnění, pro které přijeli. Tyto důležité informace jsou pro nás zásadní při indikaci procedur, kdy je kontraindikována elektroléčba, magnetoterapie, ultrazvuk atd.

Důležitá je důkladná farmakologická anamnéza, např. pokud pacient užívá betablokátory, je kontraindikována magnetoterapie apod. Naopak dobře nastavená antikoagulační nebo antiagregační léčba nemusí být kontraindikací plynových injekcí, jenom je potřeba upozornit, že po aplikaci může vpich více krváčet.

Pokud zaznamenáte, že pacient nedoslýchá, napište upozornění do lázeňského průkazu. Takový pacient nemusí vždy reagovat na mluvené slovo a leckdy budí dojem, že si dělá, co chce a ne to, co požaduje personál. Nebezpečné by to mohlo být i např. při nastavení intenzity proudů, kdy se dotazujeme, jak pacient cítí aplikaci.

Lázeňský lékař má možná trochu více času na pacienta než lékaři v odborných ambulancích. Je prostor na důkladné pohovoření o onemocnění, často slýchám – „jste první, kdo mi to tak vysvětlil“. Např. operatér, který špičkově provedl zákrok, už nemá tolik času, aby vedl s pacientem další dlouhé hovory. Lázeňský lékař tím, že může s pacientem v ideálním případě déle hovořit, zjistí, jak je pacient i psychicky komponován, probrat i jeho pocity, obavy z toho, jak vydrží pobyt po předepsanou dobu, co když bude trpět nespavostí, stesk po domově, obavy z recidivy apod.

Zmínit bychom měli i fakt, že pacient si většinou nemůže vybírat spolubydlícího, je potřeba ohleduplnost a tolerance. Je zbytečné a nepříjemné trávit čas určený ke zlepšení zdravotního stavu a celkové psychické i fyzické regeneraci zbytečnými nespáry pro malichernosti. Je dobré informovat pacienta, že ač má předepsanou kontrolu až za týden, při obtížích se může na lékaře obrátit i mimo tento termín. V lázeňských zařízeních, kde probíhá péče s úhradou zdravotními pojišťovnami, je nepřetržitá služba zdravotního personálu (zdravotní sestra, lékař). Ze zkušenosti doporučuji vyšetřit EKG při příjmu u indikovaných pacientů, pro srovnání a zhodnocení dynamiky. Bývá sice součástí návrhu na lázeňskou péči, ale někdy bývá staršího data a při případných kardiálních obtížích

se potom těžko hodnotí stáří eventuální léze. Dále je dobré upozornit pacienta, co vše ještě bude možné sledovat a korigovat, pokud bude potřeba (INR, glykemie atd.), i když je v lázních třeba z důvodu pohybových obtíží.

Zvláštní opatrnosti v komunikaci zasluhují pacienti po onkologických onemocněních, zejména po ztrátových zákrocích (např. ablaci prsů). Tady je potřeba vzít v úvahu i stud na procedurách, koupelích a v bazénu. Je důležité, aby se pacient cítil komfortně, ujistit ho, že ho nikdo nebude divně okukovat. Pokud by ten pocit např. žena po ablaci měla mít, lze doporučit vanové koupele v plavkách apod. Při omezené hybnosti nosných kloubů rozptýlíme obavy z vanových koupelí – „*jak vylezu, aby mě nemuseli tahat tři?*“ – máme možnost zvedáku. U pacientů se stomiemi dnes již většinou nejsou velká omezení při preskripci procedur, a to díky širokému spektru stomických pomůcek. I o tom je důležité s pacientem, který má třeba nově založenou stomii a je poprvé vystaven možnosti vodních a jiných procedur, pohovořit.

V případě lázeňské léčby hrazené z veřejného zdravotního pojištění je pobyt předepsaný v určité délce. Pokud by ale nastal závažný zdravotní nebo osobní důvod, lze pobyt zkrátit. V případě špatné adaptace na nové prostředí připomeneme možnosti výletů ve volném čase, návštěvy rodiny, kdy může být čas společně strávený intenzivněji než doma. V určitých indikovaných případech je naopak možné na základě Indikačního seznamu navrhnout prodloužení pobytu. V tomto případě je potřeba požádat o schválení revizního lékaře příslušné pojišťovny.

Mysleme na to, že některé pacientky absolvují masáž nebo jinou proceduru poprvé v životě. Proto je na místě dotaz, zda jim nevadí, že proceduru bude případně provádět muž. I když pacienti tyto informace dostávají s rozpisem procedur, je dobré jim připomenout, že na procedury se nesmí nosit mobilní telefony a nedoporučují se ani cennosti. Nejednou jsem řešila situaci, kdy pacient zmeškal proceduru, protože byl vykázan se svým mobilním telefonem z balnea, jelikož o zákazu nevěděl, dozvěděl se až z piktogramu na dveřích balnea, a už se nechtěl vracet, aby se neopozdil. Vzniká tak nepříjemná situace, která zbytečně kazí první pobyt pacienta v lázních.

Velmi důležitá je edukace pacienta. A to jednak co se týká stravovacích a osobních návyků, které si pacient v lázních osvojí a měl by je v rámci možností aplikovat v domácím prostředí, a jednak speciální edukace k danému zdravotnímu stavu. Důležitá je edukace o příčině onemocnění (pokud ji známe), čeho se vyvarovat, prevence recidivy. Vcelku zásadní je např. u nespecifických střevních zánětů (M.Crohn, ulcerózní kolitida) poukazovat na faktory, které významně mění průběh onemocnění – psychická a těžká fyzická zátěž, infekční onemocnění.

Kazuistika: Do lázní v Karlových Varech jezdily každoročně dvě pacientky – sestry, jednovaječná dvojčata s Crohnovou nemocí. Obě v počátcích onemocnění měly maximálně 3-4 stolice denně, bez příměsí krve. V dalším průběhu první sestry, která žila spokojeným životem v dobře funkčním partnerském vztahu, se po dobu osmi let, kdy jsem ji měla možnost sledovat, udržela v remisi, ve stejném zdravotním stavu. Druhá sestra, která se od první lázeňské léčby dlouze a obtížně rozváděla, skončila dle sdělení první sestry s třiceti krvavými stolicemi za den a s těžkými polyartralgiami v opakovaných hospitalizacích.

Nezbytná je edukace u diabetu, zejména v počátcích onemocnění, poučení o nutnosti dodržování diety, správné životosprávy včetně dostatečné fyzické aktivity, užívání předepsané medikace. A to z toho důvodu, že pacienti ještě zpravidla nemají obtíže, nic je nebolí, pokud jsou glykemie stabilizované dobře nastavenou léčbou, „*vlastně cukrovku ani nemají, jenom berou prášky, a teď, když už je to dobré, tak je ani brát nebudou*“, jak často říkají.

Neopomíjíme edukaci u pohybových obtíží – režim vertebropata, artropata, je vhodné pohovořit i o pracovním prostředí.

Zásadní je edukace u tzv. překládových pacientů (překlad k lázeňské léčbě z operačního nebo rehabilitačního oddělení, probíhá zpravidla nejdříve jeden týden od operace).

Zejména u totální endoprotézy kyčle (TEP), kde při neopatrné manipulaci může dojít k nestabilitě endoprotézy, je důkladná edukace nezbytná: Zakázané pohyby v operovaném kyčelním kloubu – zevní rotace, abdukce, flexe nad 90 °.

Nedoporučuje se 2–3 měsíce od operace – řídit automobil, sed v hlubokém měkkém křesle, dávat nohu přes nohu, přetáčet se na lůžku bez tužšího polštářku mezi kolena, dělat dřepy, předklánět se, ohýbat se, nosit těžší břemena než 5 kg, doskakovat na operovanou končetinu, hrát fotbal, hokej, sjezdové lyžování, jízda na koni apod.

Doporučení mimo řízenou rehabilitaci – pořídit si měkkou obuv s elastickou podrážkou s podpatkem do 3 cm, chůze bez plné zátěže operované končetiny většinou 6 týdnů po operaci, pokud operátor neurčí jinak, nebo do první kontroly ortopedem, který určí další zátěž, polohování na bok na zdravou stranu s tužším polštářkem mezi kolena, nevytáčet končetinu do zevní rotace, udržovat tělesnou hmotnost, opatrnost na teplotní změny – někdy může dojít po operaci přechodně ke ztrátě citlivosti.

Doporučené sporty – jízda na kole, plavání (kraulové nohy), nordic walking, pravidelné opakování cviků, které si pacient osvojil během rehabilitace za hospitalizace a následně v lázních, cvičit cviky 3x denně.

Pokud je v daných lázních zařazena pitná kúra, je nutná podrobná instruktáž – v daný čas, jaký pramen, množství. Uvedu na příkladu karlovarských pramenů: 3x denně 30/45/60 minut před jídlem (většinou v závislosti na pH žaludeční šťávy a na poruše vyprazdňování), konkrétní pramen: pokud kromě základního onemocnění ještě pacient trpí zácpou – pramen chladnější (Sadový, Hadí), pokud naopak průjemy – Vřídlo A 72 °C nebo kterýkoliv pramen o teplotě vyšší než 60 °C. Množství je velmi důležité – prameny zvyšují krevní tlak a jsou kardiovaskulárně zatěžující. Proto je u kardiaků a hypertoniků nutno snížit dávku před jedním jídlem z obvyklých 300–400 ml na 100–150 ml.

Všechno v životě je někdy poprvé. Pacient poprvé v lázních může být leckdy velmi křehká nádoba, a proto je potřeba s ním zacházet opatrně.



5. Konflikty mezi lékaři a pacienty

Každý člověk je jiný, vyrostl a žije v jiných podmínkách, má jiné zkušenosti a tedy jinou perspektivu, a proto se čas od času lidé se svým pohledem na svět a svými názory dostávají do střetů. Tutéž situaci vidí každý odjinud, jde mu o jiné hodnoty či potřeby, které mohou být i ve velkém rozporu. To však neznamená, že máme bojovat za svou pravdu. Mnohem účelnější než přesvědčovat druhou stranu o své pravdě, je snažit se druhé straně porozumět – zjistit, o co jde jí, jakou potřebu chce uspokojit či na jaké hodnotě jí záleží. A i když mohou naše zájmy být nadále v rozporu, jakmile si uvědomíme, o co každé straně jde, můžeme snáze hledat řešení, které obě strany uspokojí. Dá to sice práci a zabere to čas, ale vyplatí se to. Pacient pak totiž získá zkušenost, že ho bereme vážně a respektujeme ho, což je pro další spolupráci velká deviza.

Jak vlastně konflikt vzniká? Je vícero možných situací, kdy se lékař a pacient v lázních mohou dostat do konfliktu.

1. Pacient má nějakou potřebu, jejíž naplnění je závislé na lékaři, a ten si toho buď nevšímá, nesouhlasí s tím nebo to popírá. Např. pacient je přesvědčen, že kvůli kašli a zahlenění by měl hned dostat antibiotikum, lékař to nepovažuje v danou chvíli za vhodné a odmítá mu recept na požadovaný lék vystavit.
2. Lékař má nějakou potřebu a pacient s lékařem nespolupracuje podle lékařových představ. Např. lékař potřebuje stručně a efektivně ukončit rozhovor, zatímco pacient chce ještě rozebírat své pracovní znevýhodnění kvůli nemoci a rozhovor tak prodlužuje.
3. Obě strany mají potřeby, které se jeví jako protichůdné či neslučitelné. Např. lékař chce léčit, zatímco pacient se cítí zdravý a léčbu odmítá.

Konflikt může vzniknout i tehdy, když lékař sice má zájem o potřeby pacienta, ale pod tlakem jiných potřeb (svých nebo pacientových) je nepovažuje za důležité nebo je vůbec nevnímá. I kdyby byl iniciátorem konfliktu pacient, o konstruktivní zvládnutí konfliktu by se měl snažit především lékař. Jednak proto, že je na domácí půdě, jednak proto, že na začátku konfliktu není ve stresu ani pod vlivem emocí jako pacient. Může tedy snáze postupovat racionálně, zatímco pacient během konfliktu zareaguje jedním ze tří evolučně starých a osvědčených způsobů: útokem, útekem nebo ztuhnutím. Ani jeden z těchto tří způsobů ale nevede k racionálnímu či konstruktivnímu řešení problémové situace čili je výhodnější to ovlivňovat směrem, který není destruktivní. Ke konstruktivnímu řešení konfliktu je dobré osvojit si následující postoje a dovednosti:

- připustit, že konflikty k životu zákonitě patří, nebát se jich a nesnažit se jim tedy vyhýbat;
- konflikt je prostředkem k dosažení lepšího stavu, než je ten stávající – když nám něco nevyhovuje, není dobré v tom setrávat;
- co možná nejpresněji pojmenovat podstatu konfliktu – přesné pojmenování usnadňuje nalezení nejvhodnějšího řešení;
- ptát se na potřeby pacienta – tak zjistíme, co vyvolává jeho nesouhlas či odpor;
- ujasnit si, zda existuje v danou chvíli společný zájem pacienta a lékaře (zlepšení zdravotního stavu, obnova nějaké schopnosti, udržení funkčního stavu atd.);

- dávat najevo respekt vůči pacientovi – nepovyšovat se nad něj, protože je laik, nebo naopak se neponižovat, protože „náš zákazník – náš pán“;
- hledat řešení, které uspokojí obě strany;
- snažit se nepodlehnout zcela emocím.

Prakticky to znamená, že budeme hledat odpovědi na následující otázky:

- a. Co pacient potřebuje? O co mu jde? Co právě prožívá a čím se chce zabývat?
- b. Jak dát pacientovi najevo, že jeho potřebám rozumíme?
- c. Jak doručit pacientovi, že my lékaři máme také své potřeby?
- d. Jak sladíme svoje a pacientovy potřeby?

V každém z výše uvedených kroků se uplatní různé komunikační dovednosti, kterým se budeme věnovat dále.

Ad a) Jak zjistit potřeby pacienta?

Už bylo uvedeno v kapitole o efektivní komunikaci, je užitečné sledovat neverbální projevy pacienta. Díky nim totiž můžeme do určité míry rozpoznat, co pacient právě prožívá (např. pláče, zvyšuje hlas, rudne, živě gestikuluje atd.). Samozřejmě to nestačí k tomu, abychom zcela porozuměli, o co jde. Proto je třeba dále klást otázky i rovnou k věci („Povíte mi, proč pláčete? Co pro vás teď můžu udělat? Co ode mne potřebujete?“). Ověřujte si, jestli jste dobře rozuměli („Rozuměla jsem vám dobře, že už nechcete další plynové injekce?“). V pacientových výpovědích hledejte důvody jeho konfliktního chování a snažte se jim porozumět. Např. pacient říká: „Nemůžete mne přece hned poslat domů, vždyť jsem sotva přijel a mám se léčit tady!“ (Při vstupním vyšetření se zjistila akutní kontraindikace lázeňské léčby, pacient se cítí ohrožen na zdraví.)

Ad b) Jak dáme pacientovi najevo, že jeho potřebám rozumíme?

K tomu využijeme aktivní naslouchání – nejde jen o soustředěné naslouchání pacientovi, ale též o srozumitelné projevy porozumění slovy i mimoslovně, aby pacient slyšel a viděl, že lékař jeho potřebám rozumí a respektuje je. To může v konfliktní situaci pomoci ke konstruktivnímu řešení.

Příklad: Patientka trvá na tom, že z lázní pojede domů sama, ačkoli ji na léčení přivezla rodina a její stav se nezlepšil tak výrazně, aby cestu vlakem s velkým kufrem opravdu sama zvládla. „Paní B., opakovaně mne ujišťujete, že cestu vlakem zvládnete sama. Chápu, že se po lázeňském pobytu cítíte lépe, a jsem ráda, že vám lázně pomohly a více si věříte.“

Ad c) Jak seznámit pacienta se svými potřebami?

Pro efektivní spolupráci je třeba, aby i pacient rozuměl potřebám lékaře (ať už profesním nebo lidským). Když pacient rozumí, co jeho lékař potřebuje, snadněji mu vyjde vstříc a lépe spolupracuje.

- Pojmenujte svoje potřeby přímo: „Chápu, že byste se chtěla poradit ohledně změny zaměstnání vzhledem k vývoji své choroby, ale právě mi volali, že někdo v hale našeho hotelu utrpěl úraz a já tam musím jít. Můžete se za mnou stavít po obědě, pak budu mít na vás dost času.“ Nebo: „Vím, že jsme si na dnešek domluvili termín kontroly, ale právě jsem dostala zprávu, že moje dítě srazilo auto a musím jet za ním do nemocnice. Nezlobte se, ale sestra vám najde náhradní termín. Domluvte se prosím s ní vedle na ošetřovně.“

- Vyjádřete svůj dobrý úmysl: „Když se vám snažím rozmluvit cestu vlakem bez doprovodu, dělám to proto, abych vás nevystavila riziku, že opět někde upadnete a něco si zlomíte.“
- Poukažte na společný zájem s pacientem: „Myslím, že nám oběma záleží na tom, abyste se po lázních mohl co nejdříve vrátit opět do práce. Protože máte jinou představu než já, jak by to šlo udělat, navrhuji, abyste to do termínu příští kontroly probral s manželkou i se svým nadřízeným. Pak se znovu sejdem a domluvíme se, jak dál. Co říkáte?“

Ad d) Jak sledit naše a pacientovy potřeby?

Nemusíme nutně souhlasit s pacientovými názory nebo prožívat věci stejně jako on, ale tím, že je chápeme a respektujeme, můžeme udržet rozhovor v nebojovém naladění. Při hledání oboustranně uspokojivých řešení pak kromě pojmenování svého pohledu na věc a shrnutí pacientových potřeb hledáme, co bychom mohli udělat pro pacienta my. Čili se ptáme nebo navrhuje.

Příklad: „Co mohu udělat pro to, aby se zmírnily vaše obavy z dalšího zhoršování vašeho stavu?“ nebo „Můžeme si promluvit o vašich starostech? Třeba se vám některé věci vyjasní a uleví se vám.“

5.1. JAK KONFLIKT NEŘEŠIT

Někdy se pacient rozhoduje jinak, než nám lékařům z hlediska léčby připadá prospěšné, jindy zastává názor, se kterým nesouhlasíme. Často se v takových situacích snažíme pacienta přimět, aby svůj názor či rozhodnutí změnil dle našich představ. Používáme k tomu obvykle různé formy nátlaku. Nátlak ještě někdy doprovází hněv, že pacient nespolupracuje, ačkoli lékař mu chce pomoci. Zlost či hněv jsou sice přirozené reakce, ale pokud je obrátíme proti pacientovi, nejspíše jeho odpor ještě zvětšíme nebo naopak dojde k rezignaci, stažení a uzavření se pacienta. Takové podvolení se nátlaku ze strany lékaře ovšem nemusí znamenat, že pacient s lékařem souhlasí, spíše jej nechce dále dráždit. Jeho ochota spolupracovat se tedy nezvýšila, spíše se pacient posunul do trpné role. Co tedy nedělat, když dojde ke konfliktu?

5.2. NEPŘESVĚDČUJTE

Cílem přesvědčování je dosáhnout toho, aby pacient uznal svůj omyl nebo nesprávné rozhodnutí a místo toho souhlasil s lékařem a přijal jeho názor za svůj. Jenže v konfrontaci dvou odlišných názorů, kde schází ochota ke změně, přesvědčování vede naopak k upevnění původních názorů obou stran, jakkoli mylné či iracionální jsou. Čím déle přesvědčování trvá, tím pevněji si stojíme za svou „pravdou“ a tím méně jsme ochotni přijmout přesvědčení, proti kterému jsme bojovali. Vždyť už jsme do své „pravdy“ investovali tolik energie! Nezahodíme přece svou snahu jen tak. To platí samozřejmě pro obě strany – lékaře i pacienta.

5.3. NEPOUŽÍVEJTE ARGUMENTY V EMOČNĚ NABITÉ SITUACI

Argumenty používáme na podporu pravdivosti svého tvrzení s cílem přesvědčit druhého racionálně o svém názoru. Snažíme se pomocí faktů (i z výzkumu), příkladu jiných pacientů apod. předložit takový důkaz, který druhá strana musí uznat a přistoupit tedy na platnost našeho názoru. Toho lze ovšem dosáhnout pouze při oboustranně racionálním jednání. Pokud je jedna strana konfliktu v emocích, rozum se dostává mimo hru, místo toho se aktivují jiné mechanismy (zejména bojové či obranné) a ty nedovolují racionální argumenty pořádně vnímat, natož je zpracovat a adekvátně na ně reagovat. Argumentace v takové chvíli jenom eskaluje konflikt, kdy se posléze do emocí dostanou obě strany a situace je neřešitelná, jak uvidíte na následujícím případu.

Kazuistika: Tentokrát popíšu případ, kde se mi nepodařilo dosáhnout uspokojivého řešení, ale aspoň můžete vidět, kudy cesta nevede. Dostala jsem se do konfliktu se zahraniční pacientkou – samoplátkyní kvůli jedné proceduře, kterou jsem jí předepsala v dobré víře, že jí prospěje. Šlo o parafínové zábaly na ruce. Při vstupním pohovoru a prohlídce jsem se jako všech i této paní ptala, jestli je na něco alergická. Odpověď byla záporná. Sestavila jsem tedy plán lázeňské léčby odpovídající dle mých zkušeností jejímu potřebám, s plánem ji seznámila (včetně parafínových zábalů), paní souhlasila a odešla si vyzvednout rozpis procedur na spa recepci. Asi za hodinu a půl vtrhla do mé ordinace a osočila mne, že jí chci ublížit, protože jsem jí předepsala parafínové zábaly, ačkoli mi jasně řekla, že ona je na parafín alergická. Nejdříve jsem se snažila ji uklidnit a šla jsem zkontrolovat svou vstupní dokumentaci, abych se přesvědčila, jestli jsem něco nepřehlédla. Vzhledem k tomu, že jsem týž den přijímala mnoho dalších pacientů, byla tu určitá možnost, že jsem udělala chybu. Ale v dokumentaci záznam o žádné alergii nebyl. Takže jsem pacientce sdělila, že na své straně chybu nevidím, protože mi o žádné alergii při vstupním rozhovoru neřekla. Ona na mne začala křičet, že jsem neschopná doktorka a že o alergii mluvila, a byla na mne velmi hrubá. Velmi nevybíravým způsobem se dožadovala změny v léčebném plánu, takže jsem se neudržela a z ordinace jsem ji po silné hádce vyvedla ven. Pacientka se šla dožadovat změny plánu na spa recepci, odkud mi volali, že nadává i jim. Zrušila jsem jí pochopitelně ten parafín, ale naprosto jsem odmítla s ní dál komunikovat v tomto módu. Pacientka si šla na mne stěžovat až k ředitelce lázeňského domu, ta mi pak volala a žádala mne, abych se pacientce omluvila za svou chybu a napravila léčebný plán. Vzhledem k tomu, jak uražená a dotčená jsem se cítila útokem pacientky na svou profesní čest, jsem to odmítla. Náhradu procedury pak za mne provedla hlavní lékařka, která nebyla ve sporu osobně zaujatá. Vzpomínám si, že i několik pracovníků balneoprovozu si později stěžovalo, že se k nim tato paní chovala nevybíravě. Po pravdě do dneška nevím, čím se ta pacientka cítila tehdy tak ohrožená, protože parafín byl podle mne jen zástupný problém.

5.4. NETLAČTE PACIENTA DO KONFORMITY

Během evoluce lidského rodu došlo k vytvoření velmi silného mechanismu, který udržuje pospolitost lidské skupiny a zajišťuje tak její přežití. Objevují se u nás pocity, které nám dávají najevo, zda jsme nebo nejsme v souladu s ostatními. Sounáležitost, pocity viny a strachu nás ovlivňují tak, abychom do skupiny zapadli a nevyčnívali, protože jinak ji můžeme ohrozit. Proto se snažíme chovat konformně, jak se od nás očekává, jak to odpovídá psaným i nepsaným pravidlům. My lékaři občas apelujeme na své pacienty právě tak, abychom této konformity dosáhli: „Každý rozumný člověk musí uznat, že takové jednání ohrožuje vaše zdraví. Všichni moji kolegové by vám řekli totéž. Všichni naši pacienti ... Takhle to v lázních funguje odjakživa ... Procedura, kterou odmítáte, patří ke standardní lázeňské

péči, kterou hradí zdravotní pojišťovna.“

Pacient je ale individualita, která specificky prožívá svou nemoc, a potřebuje proto porozumění a uznání své jedinečné situace. Tlak na konformitu s ostatními tedy může vnímat jako zlehčování svého stavu, případně se u něj může objevit pocit méněcennosti či selhání, že nezvládá něco standardního (např. má strach z plynových injekcí nebo se bojí vody a nechce cvičit v bazénu). Konflikt se tím ještě prohlubuje a pocit ohrožení narůstá.

5.5. VYHÝBEJTE SE EMOCIONÁLNÍMU NÁTŁAKU

Vyvolávání pocitu viny či studu je způsob nátlaku přes emoce: *„Uklidněte se. Co si o vás budou myslet ostatní, když se tady takhle nevhodně chováte?“* *„Ovládejte se trochu, chováte se jako dítě!“*

Další možnost nátlaku používá strach a vyhrožování: *„Jestli se chcete uzdravit, tak musíte dělat, co vám říkám! Když odmítáte mé rady, tak já se taky nemusím dál snažit.“*

Tyto způsoby nátlaku jsou velmi zraňující a poškozují dobré vztahy mezi lékaři a pacienty. Proto je vhodnější mluvit o tom, co od pacientů potřebujeme my, a dávat najevo pochopení pro jejich situaci: *„Chápu, že vás plynové injekce bolí a jsou nepříjemné. Na odstranění / zmírnění vašich obtíží ale žádnou účinnější proceduru nemáme. (ev. Zkusím najít jiný způsob, jak vám ulevit od vašich potíží.)“* *„Cením si toho, že si dovolíte vyjádřit svůj názor, i když se mnou nesouhlasíte. Ráda bych věděla, proč odmítáte můj návrh léčebného postupu. Když tomu budu rozumět, můžu pak hledat jiné možnosti léčení, které by pro nás obě byly přijatelné.“*

5.6. NEPONIŽUJTE PACIENTA

Troufnu si tvrdit, že my lékaři obecně máme tendenci chovat se tak, že víme, co je pro naše pacienty dobré, ev. nejlepší. Studovali jsme přece dlouhé roky, průběžně se vzděláváme, máme léta zkušeností, tak přece víme. Zato pacientům všechny ty poznatky a zkušenosti scházejí a „vědět“ tedy nemohou. Přestože jsou v medicíně laici, nemůžeme je považovat za méněcenné a povyšovat se nad ně. Mají totiž zcela jiné zkušenosti a poznatky, které pro změnu scházejí nám a nejsou o nic méně cenné či platné než ty naše. Jejich hodnoty a postoje se mohou od našich zásadně lišit, ale to neznamena, že jsou horší či mylné. Jsou prostě jiné a to musíme brát jako fakt. Neznáme spoustu souvislostí, které při jejich rozhodování a jednání hrají roli, a nemůžeme si tedy osobovat právo chovat se jako vševědoucí a rozhodovat, co je pro ně dobré či správné.

Snižovat hodnotu druhého v konfliktu je osvědčený způsob, jak přilít olej do ohně. Proto doporučuji se zdržet jakýchkoli prohlášení typu: *„O tom, jaké procedury jsou pro vás dobré, tady rozhoduji pouze já! Vaše námítky mne nezajímají, za léčebný proces nesu výhradní odpovědnost já jako lékař. To, že jste v lázních už po x-té, neznamena, že tomu rozumíte líp než já. Co jste vystudoval za školu, že mi tady říkáte, jak vás mám léčit?“*

Na druhou stranu je výhodné využít zkušeností pacientů s předchozí léčbou, ať už v lázních nebo jinde, protože pokud netrpíme stejnou chorobou jako oni a nemáme s ní obdobné zkušenosti na vlastním těle, těžko se můžeme do jejich pocitů vžít. Pak můžeme požadavky pacientů na určité procedury vzít jako vodítko, které nám usnadní

cestu, zvláště pokud je vidíme poprvé nebo jsme v časové tísní. Ocenění návrhů pacientů, uznání jejich zkušeností, respekt k jejich pohledu na léčbu nám otevře dveře k efektivnější spolupráci a lepším výsledkům naší práce. Můžeme tedy říci např.: *„Vidím, že už máte jisté zkušenosti s našimi procedurami. Povězte mi, co vám nejlépe prospívá. Zvážím to při sestavování vašeho léčebného plánu.“* *„Slyším, že magnetoterapie vám při ambulantní rehabilitaci nedělala dobře. Sice jsem měla v úmyslu ji zařadit do vašeho plánu, protože s ní u podobných případů mám dobré zkušenosti, ale předepíšu vám tedy místo ní něco jiného.“*

Možná si myslíte, že používat nátlak je v pořádku a funguje vám to. Z krátkodobého hlediska to tak může vypadat – nátlak jako nejkratší a nejrychlejší cesta k cíli. Ale pacientova spolupráce pod nátlakem nevychází z jeho přesvědčení a ochoty spolupracovat ani z bezmezného důvěry v lékaře a jeho autoritu. V takové situaci pacient spolupracuje především proto, že je na lékaři a zdravotnickém systému závislý.

Pokud stojíme o to, aby naši pacienti nesli odpovědnost za své zdraví, aby s námi spolupracovali, protože jim to dává smysl, respektují nás a my je, pak nátlak nemá v našem repertoáru co dělat. Nátlakem (z kterékoli strany) se vztah mezi lékařem a pacientem ničí, přicházíme o důvěru, rovnocennost a ochotu ke spolupráci, místo toho přichází nedůvěra, strach, méněcennost, rezignace a neochota.



6. Hranice a jak odmítnout pacienta

Hranice našich možností či sil (ať už fyzických nebo psychických) nezná nikdo jiný než my sami. Proto je důležité, abychom si je také sami hlídali a nedovolili sobě ani jiným, aby je překračoval. Pokud se pohybujeme uvnitř svých hranic, pak se cítíme vyrovnaní, spokojení, naše činnost nám obvykle dává smysl. Jakmile svou hranici překročíme, dostáváme se do nerovnováhy a musíme sáhnout do nějakých rezerv, abychom aspoň trochu rovnováhy měli. Naše rezervy ale nejsou nekonečné a musíme je občas doplnit, podobně jako plníme palivovou nádrž svého vozu. Když to neděláme a nestaráme se o své potřeby a doplňování rezerv, hrozí nám syndrom vyhoření.

Jeden ze způsobů, jak si své hranice ochránit a mít prostor pro naplňování vlastních potřeb, je naučit se říkat ne. Tuto dovednost podle mých zkušeností mnoho zdravotníků (nejen lékařů) postrádá. Nepochybně to souvisí s tím, že prvotním cílem naší práce je lidem pomáhat a k tomu odmítnutí jaksí nepatří. Jak bychom potom vypadali? Jako druhý důvod vidím ještě skutečnost, která souvisí s existencí samoplátců v lázních. K nim se obvykle přistupuje jako ke klientům, kterým je třeba vyhovět (téměř za každou cenu), aby nebyli nespokojení a nešířili svou nespokojenost mezi další klienty (ať už stávající nebo potenciální). Neboť jejich platby za lázeňskou léčbu a pobyt bývají významným (ne-li převažujícím či dokonce jediným) zdrojem příjmů mnoha lázeňských zařízení.

Přes veškerou naši snahu pomáhat a vyhovět se občas při komunikaci s pacientem dostaneme do situace, kdy to z různých důvodů nemůžeme udělat, a musíme jeho dotazy, nároky, přání apod. odmítnout. Není to vždy snadné ani příjemné, zejména tehdy, pokud cítíme ze strany pacienta naléhavost nebo oprávněnost požadavku, který je ale zcela v rozporu s našimi aktuálními potřebami nebo možnostmi. Pak je velmi pravděpodobné, že dojde ke konfliktu.

Abychom odmítnutí (nejen) pacienta zvládli co nejlépe, je dobré uvědomit si, že pokud někomu či něčemu stavíme hranici a říkáme NE, zároveň tím na druhé straně říkáme ANO sobě a svým potřebám. Tím, že se postavíme za své potřeby (odpočinek, jídlo, čas s rodinou aj.), se staráme nejen o sebe, ale potažmo i o své pacienty – nenajedený, nevyspalý, vystresovaný lékař není dobrým lékařem pro své pacienty. Zároveň tím předcházíme vyhoření z práce s lidmi, která je opravdu psychicky náročná. Když své hranice nehlídáme, dovolíme sobě nebo jiným, aby je překračovali, pak se vyčerpáváme. A ke stresu z přetížení či vyčerpání se přidává ještě hněv – jednak na sebe samotné, že jsme podlehli nátlaku, jednak na druhé, že nás zneužívají. Takové pocity k vyhoření přispívají vydatnou měrou.

V kapitole o konfliktech jsem psala o nutnosti seznámit pacienta s našimi potřebami. Pokud to uděláme, pacient bude lépe rozumět naší motivaci k odmítnutí a nebude se cítit přehlížený, zanedbávaný, uražený apod.

Příklad 1: Pacient se dožaduje konzultace v době pauzy lékaře na oběd. Ten se právě chystá odejít na oběd a s pacientem se potká ve dveřích ordinace. Pokud nejde o opravdu akutní stav, což můžeme zjistit stručným dotazem a zběžným pohledem, je namísto postavit hranici a uchránit si svůj čas na pauzu. Pokud to totiž neuděláme teď a pacienta přijmeme, zpozdíme se pochopitelně s obědem a budeme nejspíš ve stresu po celou tu dobu – že nemáme dost času se v klidu najíst, že už nám před ordinací bude čekat někdo další a celý náš program se zdrží, změní či rozhází. Pacienti pozvaní na poobědové termíny budou možná naštvaní, že jsme je nechali čekat. Takže

snaha vyhovět na svůj úkor jednomu pacientovi se nám v celkovém součtu podstatně prodraží a nespokojených bude ještě více lidí než (možná) původní jeden pacient, kterého jsme odmítli přijmout místo oběda.

Rozhovor v takové situaci by mohl probíhat následovně:

Pacientka: „Paní doktorko, já s vámi potřebuju mluvit o ukončení neschopenky, než odjedu domů.“

Lékařka: „Dobře, paní V., probereme to, až se vrátím z oběda.“

Pacientka: „Ale já po obědě odjíždím!“

Lékařka: „V kolik hodin odjíždíte?“

Pacientka: „V půl druhé.“

Lékařka: „To stihneme v klidu, nebojte se. Já jsem za půl hodiny z oběda zpátky. Můžete se mezitím také naobědvat. Potom přijďte a vyřídíme to. To není na dlouho.“

Pacientka: „Děkuji vám, paní doktorko. A dobrou chuť!“

V prvním příkladu se lékařka postarala o svou potřebu naobědvat se a zároveň nabídla pacientce jiné řešení, než ta si původně usmyslela. Lékařka nepřehlédla naléhavost pacientčiny potřeby, naopak si zjistila detaily, aby mohla najít řešení, které bude oběma stranám vyhovovat. Díky tomu pak i pacientka měla možnost se zklidnit a před odjezdem se najíst a vyřídit potřebné dokumenty. Jinak by nejspíš půl hodiny nervózně posedávala před ordinací, svůj oběd by nestihla, o to by byla nervóznější a nepříjemnější. Díky vstřícnému postoji lékařky a zároveň jasnému vymezení hranice byly nakonec obě spokojené, že dosáhly naplnění svých potřeb.

Příklad 2: Pacientka s těžkým astmatem přijela včera odpoledne do lázeňské léčebny, dnes je u vás na vstupní prohlídce. Během odebírání anamnézy se ukáže, že v čase mezi přijetím návrhu na lázeňskou péči a nástupem do lázní došlo k takové změně zdravotního stavu, která je kontraindikací pro lázeňskou léčbu, že pacientku nelze lege artis přijmout (je v 15. týdnu těhotenství). Musíte ji tedy odmítnout a vysvětlit jí své důvody.

Rozhovor může mít třeba následující průběh:

Lékařka: „Paní L., moc mne to mrzí, ale vzhledem k vašemu těhotenství vás nemohu přijmout k lázeňské léčbě.“

Pacientka: „Cože? Vy mě nemůžete přijmout? Co to je za nesmysl? Těhotenství přece není nemoc!“

Lékařka: „To máte naprostou pravdu a chápu, že se vám to nelíbí a jste rozhořčená. Bohužel pravidla lázeňské léčby jsou taková, že těhotenství vylučují.“

Pacientka: „To přece ale nejde poslat mne šupem domů. Podívejte, já čekám na lázně 4 měsíce jako na smilování! Zatím mi vždycky pomohly.“

Lékařka: „Jsem ráda, že máte s předchozí lázeňskou léčbou dobré zkušenosti. Právě v zájmu vašeho zdraví a zdraví vašeho budoucího dítěte vás ale tentokrát nemohu přijmout.“

Pacientka: „Co tím myslíte? To jako že by mi to mohlo uškodit?“

Lékařka: „Přesně tak. Nevíme sice přesně, co všechno by se mohlo stát, ale víte sama z vlastní zkušenosti, že péče v lázních dá člověku docela zabrat. A vy teď potřebujete spíše méně zátěže než více oproti běžnému životu. Potřebujete to udýchat za vás oba a to je náročné.“

Pacientka: „Ale právě proto jsem tady, aby se mi zas dýchalo líp!“

Lékařka: „Jistě, jenže my vám nemůžeme zaručit, že vzhledem k těhotenství vaše tělo nebude tu zátěž lázeňskými procedurami snášet hůř než obvykle a že nedojde k ohrožení vašeho těhotenství. Proto vás k lázeňské léčbě nemohu přijmout.“

Pacientka: „To je ale neslýchané! Všude se píše o tom, jak je lázeňská péče přínosná, že přírodní zdroje mají mnohem méně vedlejších účinků než léky nebo vůbec žádné, a vy mi tady tvrdíte, že by to mně nebo miminku mohlo ublížit. To

je nějaké divné, nezdá se vám, paní doktorko?”

Lékařka: „Pravda je, že nemáme dostatek údajů o léčbě těhotných pacientek a nechceme tedy riskovat ohrožení jejich zdraví či zdraví plodu. První zásadou lékaře je neuškodit pacientovi. Proto těhotné k léčbě nepřijímáme. Koneckonců, kdybychom to udělali, vaše zdravotní pojišťovna by nám vaši léčbu neproplatila, protože by byla v rozporu s jejími pravidly. Tady ve vašem návrhu je telefonní číslo na revizního lékaře, který vaši žádost schválil. Já mu teď zavolám a můžete si s ním o tom promluvit. Jste pro?”

Pacientka: „To budu moc ráda.“

Pacientka ve druhém příkladu sice během rozhovoru s lázeňskou lékařkou neustoupila ze své představy, že jí lázně i tentokrát prospějí jako pokaždé před tím, ale byla ochotná vyslechnout si i druhý názor revizního lékaře. Ten pochopitelně potvrdil, co už pacientka slyšela od lázeňské lékařky. Ne vždy je možné dosáhnout spokojenosti obou stran konfliktu a ne vždy je možné uspokojit jejich potřeby zcela. V tomto případě měla lékařka potřebu dodržovat pravidla své profese a z nich neustoupit (*primum non nocere*), protože jejich porušení by pro ni mělo negativní dopad. Pacientka měla potřebu udělat něco pro své zdraví a nechtěla se smířit s myšlenkou, že by přitom mohla ohrozit zdraví svého plodu. Proto se pak po domluvě s lékařkou rozhodla zůstat v lázních aspoň na týden na vlastní riziko a náklady a zaplatila si inhalace s minerální vodou a oxygenoterapii. Chodila denně na procházky do lázeňských lesů a parků a její stav se zlepšil. Nenaplnila se sice zcela její očekávání ohledně lázeňské léčby, ale byla spokojená, že aspoň týden v lázních mohla pobýt a něco pro své zdraví udělat.

Pacienti v lázních jsou často kvůli svým zdravotním či jiným přidruženým potížím tak zaměřeni na sebe, že jejich schopnost vnímat citlivě své okolí je výrazně snížena. V takovém stavu mají tendenci si nárokovat ještě více lékařova času než za jiných okolností. Neuvědomují si, že náš pracovní den by musel být mnohem delší, abychom dokázali uspokojit jejich potřeby. Proto je třeba si hlídat zejména hranice v čase, který máme k dispozici. Laskavě, ale jasně ukončíme rozhovor, který už pro nás nemá význam, ev. nabídneme alternativu, kdy čas na pacienta mít budeme. Např. *„Ráda si poslechnu vaše příhody z natáčení, až přijdete na kontrolní prohlídku. Dnes potřebuji ještě sestavit léčebný plán na první týden pobytu.“* To je forma odmítnutí, která vlastně ani přímým odmítnutím není. Lékařka zájem o pacienta má, jenom jasně říká, že to dnes není vhodné, neboť něco jiného má přednost.

V jiném případě můžeme odmítnout pacienta, když už je péče o něj nad naše možnosti.

Lékařka: „Vím, že jsem vás na dnešní odpoledne pozvala na kontrolu, ale přijelo mi nečekané množství nových pacientů, které musím ještě dnes přijmout. Takže dnes nám to nevychází. Podívám se do vašeho rozpisu procedur, kdy jindy byste se mohl zastavit.“

Pacient: „Paní doktorko, já bych ale potřeboval změnit nějaké procedury, co mi nedělají dobře.“

Lékařka: „Aha, a do zítřka to nepočká?”

Pacient: „Nepočká, mám to hned ráno – tu první proceduru.“

Lékařka: „Dobře, tak počkejte chvíli, já zavolám kolegovi, jestli by to s vámi mohl probrat. ... Domluveno, pan doktor ve vedlejší ordinaci to s vámi probere. Za půl hodiny vás bude čekat.“

Na závěr této kapitoly chci shrnout to podstatné:

- Svoje hranice známe pouze my sami a také jen my sami je můžeme ochránit.
- Říci někomu jinému NE znamená říci sobě a svým potřebám ANO.
- Poznání našich potřeb nám umožňuje chránit svoje hranice.
- Ochrana našich hranic zároveň chrání naše pacienty před nevrlymi, necitlivými a vyčerpanými lékaři.



7. Pojištěnci vs. samoplátci v lázních

Ať už má klient konkrétní zdravotní problém, nebo chce vylepšit obecně zdravotní stav, kondici, odolnost fyzickou i psychickou, zlepšit životní styl, potřebuje uniknout ze stresu, stereotypu, potom je lázeňská péče ideální volbou. Možnosti jsou v zásadě dvě – lázeňská péče s úhradou z veřejného zdravotního pojištění a lázeňská péče samoplátce. V případě lázeňské léčby hrazené zdravotní pojišťovnou může být tzv. komplexní lázeňská péče (mezi klienty zvaná “křížková”), kdy pojišťovna hradí procedury, ubytování i stravu, nebo tzv. příspěvková lázeňská péče, kdy pojišťovna hradí pouze procedury, ostatní hotelové služby (ubytování a stravu) si hradí pacient sám.

Předpis lázeňské léčby s úhradou zdravotní pojišťovnou se řídí Indikačním seznamem pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči. Zde je konkrétně uvedeno, za jakých podmínek a který lékař může indikovat lázeňskou léčbu, a to i v případě tzv. průvodce pro pobyt u komplexní lázeňské léčby, není-li pacient schopen sám absolvovat indikovanou lázeňskou léčbu. Pokud pacient splní daná kritéria (odpovídající diagnóza, stupeň postižení, požadovaná ambulantní péče, maximální doba uplynulá od hospitalizace apod.), vypíše lékař specialista nebo praktický lékař na doporučení specialisty Návrh na lázeňskou léčebně rehabilitační péči, tam kromě jiného uvede i požadované lázeňské místo. Po schválení revizním lékařem příslušné zdravotní pojišťovny je pacient vyzván zvacím dopisem z lázeňského místa k nástupu k lázeňské léčbě.

V případě, že se jedná o tzv. překlád z lůžka na lůžko (do lázní), např. po ortopedických nebo kardiochirurgických výkonech, nebo i z rehabilitačního oddělení (zpravidla od sedmého dne po operaci), odpadá tento zdoluhavý proces schvalování. Lékař pracoviště, které překládá, vypíše Návrh, kopii pošle zdravotní pojišťovně k zaevidování (event. dodatečnému schválení), mezi tím pacient odjíždí sanitním vozem s Návrhem do lázní. V případě překládu lze poskytnout dopravu sanitou i domů z lázní v den ukončení pobytu.

Komplexní lázeňská péče i příspěvková lázeňská péče probíhají v souladu s Indikačním seznamem pro lázeňskou léčebně rehabilitační péči v předepsané délce, většinou 21–28 dní, někdy u příspěvkové lázeňské léčby v délce 14 dnů. U komplexní léčby lze vystavit pracovní neschopnost, u některých indikací je možnost prodloužení pobytu. U příspěvkové léčby nelze při nástupu do lázní vystavit pracovní neschopnost. Tato může pouze pokračovat, pokud již byla vystavena před lázeňskou léčbou. Stejně, jako je stanovena délka pobytu, je stanoven i počet procedur – na jeden týden 21 procedur. Z toho důvodu je potřeba, aby pacient při absolvování procedury předložil personálu rozpis procedur k označení, že proceduru skutečně absolvoval. Je to pro případnou kontrolu ze strany pojišťovny – zda procedury byly indikovány v předepsaném rozsahu a naopak zda je pacient využil (pokud bezdůvodně vynechával procedury, může zdravotní pojišťovna k této skutečnosti přihlížet při případném schvalování opakované lázeňské léčby).

Dojde-li k přerušení léčby z důvodu interkurentního onemocnění s nutností hospitalizace, lze se souhlasem zdravotní pojišťovny (většinou prostřednictvím e-mailu) následně prodloužit lázeňskou léčbu o zmeškanou dobu. Je-li péče přerušena ze zdravotních důvodů, ale bez nutnosti hospitalizace (např. u pacienta se vyskytne onemocnění

Covid-19 s lehčím průběhem, je odeslán k domácímu léčení), může vysílající lékař vystavit nový Návrh – k pokračování léčby v délce trvání, o kterou byla původní péče zkrácena. Návrh opět schvaluje revizní lékař, tento proces je samozřejmě zdoluhavější. Součástí Návrhu jsou většinou dostatečné informace o zdravotním stavu pacienta (i když výjimky se čas od času objeví), každá indikace má své náležitosti, požadavky na předepsaná vyšetření apod.

U samopláteckých lázeňských pobytů je daleko větší variabilita. Existují různé formy samopláteckých pobytů, ať jsou to tradiční léčebné kúry o různé délce (v podstatě tradiční lázeňská péče v délce nejméně jednoho týdne), nebo různé podoby balíčků, mám na mysli takových, kde součástí je minimálně vstupní lékařské vyšetření (tedy nikoliv balíček volně prodejného procedur).

Zde je lékař ve složitější pozici, jelikož si pacienti sebou často nepřivezou žádnou zdravotní dokumentaci a nezbyvá než cíleně pátrat. Velmi nám pomůže, začneme-li dotazy na léky, které pacient trvale užívá. Z toho můžeme mnohé odvodit. Ostatní onemocnění (onkologická, kovy v těle, kardiostimulátor atd.) musíme zjistit cílenými anamnestickými dotazy. Osvědčil se mi dotazník, který jsem si vytvořila a který pacient dostane při příjezdu na recepci. Může si ho v klidu na pokoji vyplnit (trvale užívané léky, proběhlá onemocnění, operace, úrazy, alergie a další důležité anamnestické údaje). V ordinaci si většinou pacient obtížně vybavuje názvy léků („takový ten malý modrý“), někdy jsme rádi, když si vzpomene, že je na ředění krve.

Při předpisu procedur u samoplátců je to často o diskusi a vzájemném respektu. Pacient samoplátce často přijíždí do lázní s již konkrétními představami. Proto je určitě na místě otázka „*Jak si představujete léčbu?*“ nebo „*Co byste, že by vám nejvíce pomohlo?*“ Odpověď můžeme akceptovat nebo ne, ale v tom případě je potřeba pacientovi vysvětlit, proč nemůžeme přistoupit na jeho návrh.

Příklad: pacient si přeje rašelinový obklad a elektroléčbu na bederní oblast.

Lékař: „*Tyto procedury nyní pro vás nejsou vhodné.*“

Pacient: „*Ale mně vždycky dělaly dobře, hlavně ta elektrika.*“

Lékař: „*Věřím, že vám dělaly dobře, obě procedury uvolňují stažené svalstvo a působí proti bolesti. Nyní jste ale po operaci nádoru prostaty, v takovém případě jsou horké procedury a elektroléčba na bederní oblast zakázané. Ale máme jistě mnoho jiných procedur, které můžete absolvovat, pomohou vám a neublíží.*“

Ze zkušenosti ale doporučuji zejména některá přání akceptovat, pokud to zdravotní stav pacienta umožňuje – např. přijede-li klient cíleně kvůli plynovým injekcím, které mu v ložském roce přinesly úlevu od obtíží téměř na 9 měsíců, a dožaduje se jejich aplikace denně. I když zrovna tuto reflexní proceduru indikují v četnosti nejlépe ob den, v takovýchto případech klientovi většinou vyhovím. V opačném případě totiž má klient často pocit promarněné šance a celé léčby.

Počet procedur u samopláteckých pobytů bývá většinou 16–20 na jeden týden, podle typu léčby. Jsou ale i balíčky, které zahrnují pouze 5–9 procedur včetně vstupní lékařské prohlídky. V tomto případě nelze úplně hovořit o léčbě, tady je na místě spíše pouze ohlídat kontraindikace. Ale abychom se i v tomto případě přiblížili „léčbě“, můžeme pacientovi na základě vstupního vyšetření doporučit procedury, které si může dokoupit. Co nedoporučuji, ale často se stále děje (záleží na pracovišti, jak si provoz zorganizuje), aby týdenní pobytové balíčky začínaly a končily v pátek. Klient přijede v pátek večer, k lékaři se dostane v pondělí. V týdnu jsou třeba ještě navíc dva dny svátků. Takže ve skutečnosti na celkový počet třeba osmnácti procedur zbudou tři pracovní dny. Potom je klient těžce zahlcen procedurami v kompozici, která odporuje medicínské logice. Ideální stav je samozřejmě možnost provádění procedur pět dní v týdnu (většinou klient již přijíždí s plánem na jeden celodenní výlet).

Existuje široké spektrum balíčků, Kardio-spa, Orto-spa, balíčky na hubnutí, postcovid balíčky apod., podle zaměření lázeňského zařízení. Je nezbytné, aby lékař dohlížel i na tvorbu balíčků bez vstupního lékařského vyšetření. Často tyto balíčky vytvářejí pracovníci obchodního oddělení. Bez medicínské erudice skládají atraktivní balíčky, které mají klienty přilákat a udělat jim dobře. Je potřeba se zamyslet nad tím, co vlastně může skutečně klient v lázních přijímat, ač to doma dělá běžně. Procedury jako např. přístrojovou lymfodrenáž (která je volně dostupná v různých beauty salonech), určitě nezařazujeme do volně prodejných procedur.

Je potřeba skutečně důkladně edukovat nelékařský personál, aby se před každou aplikací zeptal: *„Je vám dobře, cítíte se na to přijmout proceduru? Léčíte se s vysokým tlakem?“* (aplikace teplých procedur) *„Míváte naopak spíše nižší tlak?“* (uhličitě koupele, parafinové rukavice mohou snižovat krevní tlak) *„Nevadí vám ležet na břiše?“* (masáže) *„Nemáte problém ležet déle na zádech?“* (aplikace rašeliny apod.)

U gravidních klientek nedoporučuji indikovat procedury – pokud se nejedná o speciální pobytové programy pro těhotné. Gravidita patří mezi obecné kontraindikace lázeňské léčby. Je leckdy velmi obtížné vysvětlit nastávající matce, že jí nemůže být předepsána požadovaná procedura.

Pacientka: *„Tak budu chodit alespoň na parafín na ruce.“*

Lékař: *„Ani tuto proceduru vám nemůžu předepsat.“*

Pacientka: *„Ale já na něj chodím doma běžně na manikúře.“*

Lékař: *„Aplikace parafínu na ruce výrazně zvyšuje prokrvení v malé pánvi, může dojít ke krvácení.“*

Ale i kdyby v tu chvíli nenastalo a objevily by se komplikace později, může si klientka vzpomenout, že *“vlastně v těch lázních měla procedury, a ty jí to určitě způsobily”*.

Lékař: *„Chápu, že v době, kdy jste si pobyt objednávali, jste ještě nebyla těhotná, a těšila jste se na všechny příjemné procedury. Nyní je sice nemůžete přijímat, ale užívejte procházek, pohody a radosti z nezaměnitelného období. Věřím, že procedury jste vyžadovala pouze díky neznalosti rizik, od toho je zde lékař, aby zajistil, že vám a vašemu dítěti pobyt neuškodí. Pokud to bude možné, některé procedury můžeme převést na vašeho manžela.“*

Klient doma a celý život dělá ledacos. V lázeňském zařízení ale za klienta máme zodpovědnost my, ať už z hlediska lidského nebo forenzního.



8. Problémový pacient

Základ vztahu mezi pacientem a lékařem je bilaterální a je založen na vyrovnanosti chování jak jedné, tak druhé strany. Toto chování je dáno podstatou dané osoby samé a ovlivněno různými zevními faktory. V případě nesouladu výše zmíněného vztahu lékař-pacient, dochází k problematickým a konfliktním momentům. Někdy je možné těmto situacím předcházet nebo je ovlivnit a minimalizovat jejich negativní efekt, nicméně jsou případy, které jsou neovlivnitelné.

Konkrétním výsledkem konfliktních momentů jsou stížnosti pacienta na kvalitu (někdy i kvantitu) poskytované medicínské služby, na nedostatečnou účinnost léčby, neposkytnutí dostatečného času ze strany lékaře k vyslechnutí pacienta atd. Finálně toto vyúsťuje v nedůvěru, nespokojenost a rozpor. Samozřejmě, že při posuzování stížností vždy hraje značnou roli fakt, zda jsou oprávněné nebo neoprávněné – tedy zda reálně došlo k situaci, na kterou si pacient stěžuje či nikoli a za jakých podmínek.

Výraz problémový pacient vzniká na podkladě rozporu toho, co pacient chce a očekává a na možnosti lékaře co může a je schopen poskytnout. Jinými slovy vztah pacienta lékaře současná medicína staví na vyrovnanosti dvou pohledů - respektu k pacientovu svobodnému rozhodování a profesnímu slibu lékaře, že pacienta bude léčit dle svého nejlepšího vědomí a svědomí. Jde o snahu co nejvíce propojit dva nespojitelné přístupy: „Salus aegroti suprema lex“ a „Voluntas aegroti suprema lex“. V různých státech je míra těchto přístupů mírně odlišná. V případě situace českých lékařů máme stále tendenci k jistému potlačování autonomie pacienta a spíše se snažíme dbát o jeho blaho (zdraví), než mu umožnit svobodné rozhodnutí, jak s ním naloží. Výše zmíněná situace má kromě jiného výrazný vliv na pravidla etického chování lékaře.

8.1. KOMPLIKOVANOST VZTAHU LÉKAŘE A PACIENTA

Vnitřní rozpor mezi naordinovaným zdravím a svobodou formuje současný složitý pohled na vztah pacient – lékař. Komplexní charakter tohoto rozporu je navíc komplikován tím, že původní, spíše etická regulace tohoto vztahu byla z větší části nahrazena regulací právní. Proto také vztah nabývá na složitosti a formálnosti. Někteří autoři zabývající se těmito vztahy připodobňují vztah lékaře a pacienta intenzitou mezilidských vztahů a svou komplexností k manželství. Z toho plyne, že dosáhnout vyrovnanosti zájmů obou stran tak, aby byly obě spokojeny, je složité a někdy i nemožné. Nicméně odlišností situace je fakt, že pacient je klientem, který za poskytnutí zdravotních služeb platí (je tím myšleno i zprostředkovaně přes zdravotního pojištění) a z tohoto důvodu je třeba brát na zřetel zejména jeho zájmy.

K prosazení zájmů pacienta bylo vytvořeno tzv. poučení o souhlasu s poskytovanou zdravotní službou (=informovaný souhlas). Jde sice o právní instrument s povinností informovat pacienta o charakteru, přínosech i úskalích poskytovaného zdravotního výkonu či služby, přesto však je v zásadě založen na filozoficko-etických základech a následně se jen promítá do právní roviny.

Současná lékařská etika v rámci poskytování zdravotní péče je založena na čtyřech základních principech:

- nepoškodit pacienta - „Primum non nocere“;
- uznání samostatného rozhodování pacienta o svém zdraví - „Voluntas aegroti suprema lex“;
- příslib/závazek prostřednictvím základní lékařské zásady - „Salus aegroti suprema lex“;
- spravedlivé jednání.

Při detailnějším zkoumání uvedených principů zjistíme, že jejich naplňování je samo o sobě v určitém rozporu.

Protože vztah lékaře a pacienta tvoří nejméně dva subjekty, je zde prostor pro subjektivní posuzování určitých skutečností a tedy pro eventuální rozpor mezi názory lékaře a pacienta. Tak např. hned pod pojmy „především neškodit“ a „blaho pacienta“ si každý účastník vztahu může představovat něco jiného. Z tohoto pohledu tak jedinou objektivizovatelnou veličinou zůstává „vůle pacienta“ – ovšem i zde s mnoha otázkami. A právě tato skutečnost je lékaři v ČR vnímána velmi rozporuplně, neboť chybí tradice, která by respekt k vůli pacienta obsahovala. V tomto smyslu se tedy stává pro ČR mezníkem přijetí „Úmluvy o lidských právech a biomedicíně“ v roce 2001, kde je institut informovaného souhlasu upraven a instalován i do našeho právního řádu.

Nicméně změna samotného hodnotového přístupu lékaře k pacientovi je dlouhodobý proces, dostatečně se ještě plně nevžil a prosazování institutu tzv. informovaného souhlasu, pro nějž je právě respekt k vůli pacienta prvořadý, je v praxi velmi obtížné.

Z tohoto pohledu je vývoj v ČR opožděn a řešíme problémy, které ve vyspělejších zemích již byly vyřešeny a zároveň nestíháme reagovat na nové podněty spojené s rozvojem medicíny, které mohou charakter informovaného souhlasu výrazně měnit. Je třeba zmínit i názory, které mají vliv na vytvářenou představu o vztahu pacienta a lékaře, kdy se hovoří o návratu paternalismu. (Paternalismus se vyznačuje přesvědčením nadřazené osoby, že ona sama ví, co je pro podřízenou osobu nejlepší).

8.2. ZÁKLADNÍ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ROZHODOVÁNÍ LÉKAŘE I PACIENTA

Svoboda a autonomní rozhodnutí pacienta je totiž určena následujícími skutečnostmi:

1. Zdravotní stav pacienta

Pacient vyhledává pomoc lékaře v momentě, kdy se necítí zdravý, a to ať už akutně či po určité době chronicky. V této situaci je pro něj složité se svobodně rozhodnout, nachází se v pozici strachu, nejistoty a bolesti. Lékařovo postavení není zmíněnými pocity spojenými s onemocněním ovlivněno, provádí svoji odbornou a naučenou práci a péči profesionálně, je nezájatý a oddělen od pacientovy úzkosti.

2. Nedostatečně objektivní sdělení

I když se lékař snaží o plné, nezájaté a podrobné informování pacienta o všech možnostech, důsledcích a rizicích léčby a péče, bude vždy ovlivněn svými odbornými názory, vzděláním, dosavadními zkušenostmi nebo např.

výchovou, náboženským vyznáním atd. Lékař má vytvořený určitý názorový rámec na danou věc, a proto jeho informace nemůže být nikdy pouze čistě objektivní.

3. Zkušenost a erudice lékaře a následné přijetí doporučeného postupu

Pacient je při poskytování informací odkázán zejména na názor ošetřujícího lékaře. Proto i přes proklamovanou autonomii rozhodování pacienta v praxi dochází k tomu, že pacient důvěřuje erudici lékaře a akceptuje jím navržený postup.

8.3. VNĚJŠÍ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ROZHODOVÁNÍ LÉKAŘE I PACIENTA

Svoboda rozhodování pacienta je ovlivňována vnějšími faktory, které hrají roli při rozhodování lékaře i pacienta a patří mezi ně:

1. Technizace medicíny

V posledních letech tak jako v ostatních oborech, tak i v medicíně hraje významnou roli technický pokrok. Moderní přístroje, biotechnologie a nejnovější poznatky v různých oblastech přispívají k vytváření domnělého pocitu vyléčitelnosti jakéhokoli onemocnění. Bohužel tomu tak samozřejmě není a zdá se, že naopak technizace vede k odklonu od pacienta jako subjektu a jeho vnímání jako objektu. „Čím větší je vědecké poznání a možnosti, čím výkonnější jsou diagnostické a terapeutické přístroje, tím těžší je najít dobrého, respektive vůbec nějakého, lékaře.“ (Karl Jaspers). Je již dnes mnoho oborů, kdy lékař (často diagnostik) pacienta v podstatě ani nevidí – např. rentgenologové – popisy RTG, CT, MR jsou předávány elektronicky, sám diagnostický výkon provádějí odborní laboranti.

2. Snaha o regulaci vztahů v medicíně za pomoci normativních právních pravidel

narůstá společně s implementací etických pravidel do právního řádu. Do těchto tendencí se promítá obecný rys moderní doby – čím dál větší část společenských vztahů regulovat prostřednictvím právních norem.

3. Omezené finanční prostředky na zdravotní péči

Při rozhodování, jaký typ a úroveň péče může lékař pacientovi poskytnout, hrají čím dál častěji roli ekonomické aspekty. Existují dva typy ekonomických limitů – makroekonomické, které znamenají omezování rozhodování pacienta nebo lékaře v důsledku ekonomické situace státu nebo přijaté legislativy. Mikroekonomické limity znamenají omezování rozhodování pacienta nebo lékaře v důsledku jejich vlastních ekonomických možností.

4. Medicína založená na důkazech

Objektivizace medicíny je důsledkem technizace a přibývající normativní regulace medicíny. Důsledkem je však čím dál menší možnost lékaře samostatně uvažovat a věnovat se pacientovi jako člověku, nikoliv jako dalšímu

nemocnému kusu. Objektivizace ale není důsledkem pouze měnících se medicínských aspektů, ale rovněž odpovídá na stále se zvyšující počet medicínsko-právních sporů, kde právě následné posouzení správného postupu z „objektivního hlediska“ hraje podstatnou roli.

5. Specializace

V průběhu doby a dalším vývojem dochází v medicíně ke stále detailnější specializaci. Výsledkem je skutečnost, že někteří lékaři jsou specialisty pouze ve svém oboru a chybí jim vhled a přesah do dalších oborů. Jejich rozhodování o léčbě či informace onemocnění pacienta tak jsou ovlivněny pouze tímto úzkým pohledem na danou problematiku.

8.4. DALŠÍ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ROZHODOVÁNÍ

Výše zmíněné a popsané faktory mohou být doplněny ještě některými dalšími, které mají také značný vliv na rozhodování pacienta:

1. Intelektuální schopnosti a mentální kapacita pacienta

Nedostatek těchto vlastností se může projevit v tom, že pacient, ač řádně a srozumitelně poučen, není schopen domyslet veškeré důsledky zákroku, a proto volí intuitivně nebo akceptuje variantu doporučenou lékařem. Výsledné rozhodnutí však nemusí být nutně spojeno s nedostatkem mentální kapacity pacienta. I vzdělaní pacienti si mnohdy nezvládnou vybrat mezi lékařem předloženými alternativami a přikloní se k řešení, které je doporučené (zvolené) lékařem.

2. Léčebný přínos

I když existují některé lékařské zákroky či vyšetření, které s sebou nesou určitá rizika nebo výraznější zásah do lidského organismu, pacienti se pro ně rozhodují, jelikož předpokládají, že pro ně bude mít zákrok či vyšetření léčebný přínos. Pacient je ovšem někdy do „očekávání léčebného přínosu“ v zásadě manipulován tím, že mu nejsou sdělena podstatná negativa zákroku či vyšetření, protože jsou celospolečensky vnímána jako přijatelná.

3. Vlivy společnosti

Velký význam pro rozhodování pacienta mají rovněž názory majoritní části společnosti na určitou problematiku. Jako typický příklad v oblasti medicíny je možno uvést výrazný tlak na prevenci a s tím často spojené podstupování nebezpečných preventivních vyšetření, jejichž přínos může být sporný.

4. Určení a vymezení definičních znaků a kritérií některých onemocnění

Pacient se rozhoduje, jak dál naloží se svým zdravím podle toho, zda se nachází v kategorii zdravý či nemocný. S tímto souvisí posunování kritérií a hranic norem při klasifikaci onemocnění a to může mít pro pacienta zásadní

důsledky. Ačkoliv subjektivně zdravý, je klasifikačně objektivně nemocen. (viz například změny v kritériích hladin cholesterolu, glykemie, krevního tlaku za poslední 2-3 dekády). A samozřejmě je tímto ovlivněno nejen následné jednání pacienta, ale i rozhodování lékařů.

Můžeme pozorovat, jak se v průběhu let složitost vztahu mezi pacientem a lékařem stává více komplexnější, a v souvislosti s tímto procesem se objevuje více tzv. “problémových pacientů”. Je to dáno nejen pokroky v medicíně, ale také čím dál většími očekáváními pacientů. Tak jak byla dříve bez problémů akceptována “nevyléčitelnost” určitých onemocnění, je v současné moderní době jejich nevyléčení bráno téměř jako selhání medicíny. Pacienti se tak často odmítají smířit s nepříznivou prognózou svého onemocnění a hledají, kdo by mohl být potenciálně za tento stav odpovědný. Jednou z cest, jak se nesprávným a mylným představám a očekáváním bránit, je vyvážený dialog a otevřená nekonfliktní komunikace mezi lékařem a pacientem.

Vztah pacienta a lékaře se stane jednodušším v případě, že akceptujeme nemožnost plné a stoprocentní autonomie pacienta a zvolíme správnou míru pozitivního paternalismu. Respekt a důvěra obou zúčastněných stran jsou základem a podstatou správného vztahu – pacient má být ze strany lékaře vnímán jako člověk, který potřebuje pomoci, ale současně má mít možnost v rozhodování uplatnit svoji vlastní vůli. Lékař má být pacientem vnímán jako odborník, který se mu snaží pomoci, nikoliv ho poškodit.



9. Závěr

Cílem našich lékařů, kteří se podíleli na vytvoření předkládané práce, bylo předat své zkušenosti a být nápomocni v komunikaci s pacientem v lázeňských zařízeních. Práce v lázeňských sanatoriích je vysoce specifická, pacienti přijíždějící na léčení jsou z různých konců naší republiky i ze zahraničí. Na rozdíl od ošetřujících lékařů v místě bydliště se lázeňští lékaři často setkají s léčeným pacientem poprvé a musí ve velice krátké době navázat s pacientem kontakt i získat jeho důvěru. Zaznamená-li pacient po léčbě zlepšení zdravotního stavu, je ochoten léčbu podstoupit i opakovaně, někdy i jako samoplátce.

Doufáme, že naše příručka bude inspirací nejen pro lékaře, ale i pro další zdravotnické pracovníky v lázeňství, kteří se dostávají do podobných komunikačních situací.



Seznam literatury

Bednařík A., Andrášiová M., 2020: Komunikace s nemocným. Sdělování nepříznivých informací. Praha: Grada, ISBN 978-80-271-2288-2

Honzák R., 1999: Komunikační pasti v medicíně. Praktický manuál komunikace lékaře s pacientem. Praha: Galén, ISBN 80-7262-032-0

Jaspers, K., 1999: Der Arzt im technischen Zeitalter: Technik und Medizin; Arzt und Patient; Kritik der Psychotherapie, Verlag: Piper, München/Zürich, ISBN 13: 9783492204415

Jonsen A. R., Siegler M., Winslade W. J., 2019: Klinická etika: Praktický přístup k etickým rozhodnutím v klinické medicíně, Triton, ISBN 978-80-7553-653-2

Kalvach, Z., 2009: Medical Tribune 35/2009, Praha, Vídeň, solatium, ISSN 1214-8911

Katzenmeier, Ch., 2002: Arzthaftung, Mohr Siebeck, Tübingen, ISBN 3-16-147 681-6

Ptáček R., Bartůněk P. a kol., 2011: Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3976-2

Ptáček R., Bartůněk P. a kol., 2015: Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-9909-4

Tate P., 2005: Příručka komunikace pro lékaře – jak získat důvěru pacienta. Praha: Grada, ISBN 80-247-0911-2

Uexküll, T., Weisack, W., 1991: Theorie der Humanmedizin: Grundlagen ärztlichen Handelns, 2. vydání, Mnichov, ISBN 13: 9783541135011

Welsh, G., 2011: Overdiagnosed, Making People Sick in the Pursuit of Health, Beacon Press, Boston, ISBN 13: 978-0807021996

Wiegand, W., 1985: Arzt und Recht, Berner Tage für juristische Praxis, Bern, Wikipedia

