

Dramatické změny ve vztahu lékař–pacient

Cyril Höschl

Prizmatem naší každodennosti zpravidla nedokážeme plně nahlédnout proměny světa, v němž žijeme, postrádající měřítko a zevní odstup. Medicína je toho vhodným příkladem. Zatímco školy a média věnují ve zdravotně nejvíce pozornosti aplikacím technologického pokroku, a tedy zdražování péče o člověka s využitím přístrojů, genetiky, molekulární biologie, nanotechnologií a sofistikovaných zobrazovacích metod, nejdramatičtější změna se možná ve skutečnosti odehrává v mezilidských vztazích.

Pro srovnání se podívejme na požadavky, jež v r. 1946 ve svém příspěvku pro gymnázium v Křemencově ulici v Praze kladl na budoucí mediky slovatný neurolog Kamil Henner: *Budoucí lékař nemá ani šilhati, ani šišlati, nemá míti bezděčné pohyby, jeho hybnost má býti účelnou a ladnou. Bud'te si vědomi, že Vaše konstituce musí býti v souladu s tím, že medicína je těžká, vyčerpávající, že nezná ohledu na pravidelnost v jídle, že nezná rozdíl mezi dnem a nocí. Člověk rychle vyčerpaný, netrpělivý, je vyslovený antitalent lékařský.* I další jeho bonmoty jsou sice různé, ale sotva podložené daty: *Ti, kteří vstupují na medicínu s nadějí, že se stanou „hrdinnými tenory“, tj. skvělými chirurgy, jsou zpravidla více či méně slabomyslní primitivové, kteří většinou nedostudují.*

V dalším pohledu však změna společenského kontextu učinila podobné výroky nepřijatelnými a profesor Henner by se nyní asi se zlou potázal. Dnes, kdy v důsledku politické korektnosti mohou medicínu studovat i sluchově či zrakově postižení, je Hennerova představa krásných mladých lidí v celém svém rozměru nepřijatelná. To jsou výroky z doby, kdy profesor byl na klinice neomezeným pánem a téměř nesesaditelným vládcem. Z doby, kdy dávkování léků se obecně řídilo leninským „čím víc tím lépe“. U personálu převažovala obliba útlumu pacientů. V jedné nemocnici se traduje záznam službu majícího lékaře: *Na oddělení klid, pacienti příkurtovaní, sondy zavedeny.* Depresivní pacient byl často „línej“, hyperaktivní dítě „spratek“ a dyslektik „blbej“. Tak se posunulo chápání medicíny za poslední půlstoletí!

Během 20. století došlo k přeskupení národů a států, k proměně sociální struktury obyvatelstva, ke změně epidemiologické situace, k zániku některých onemocnění a objevení se nových a k proměně hrazení zdravotní péče. Dramaticky se také změnila etická kritéria, například stále menší přijatelnost zbožné lži – *pia fraus* – při informování pacienta, a právní postavení lékaře. Dnes už „eminence-based medicine“ znamená daleko méně, zato je více vodítek a různých konsensů. Klade se větší důraz na potlačování nežádoucích účinků, na kvalitu života, na plné remise, na ekonomiku, na práva pacientů, na etiku výzkumu, omezují se hospitalizace a léčba se přesouvá do ambulancí.

Zásady veřejného zdraví jsou střídány zásadami individuálního zdraví, práva společnosti často ustupují právům jednotlivce (lidským právům), komunitní osvěta je nahrazována účastí jednotlivce. Nařízení, vyhlášky a opatření nahrazuje spíše péče na žádost pacienta. Povinnost žít je pomalu střídána právem na smrt. Sociální soustavy se částečně mění v placenou péči. Důraz se již tolik neklade na potlačení nemoci jako spíše na potlačení bolesti. Lékař se z paternalistického postavení (lékař–vládce) dostává spíše do role poradce (konzultanta). Vymýcení chorob (eradikace) je nahrazováno zacházením s chorobami (koexistence).

Čeho jsme byli v uplynulých desetiletích tedy svědky? V rozvinutém průmyslovém světě došlo k rozpadu vícegeneračních rodinných uspořádání. Trojgenerační rodiny, jak se ještě dnes tu a tam udržují převážně na venkově a dokázaly dříve ustát chorobné projevy stáří některých členů rodiny, byly nahrazeny sociální či pečovatelskou službou a mnohdy i péčí zdravotní. Z tohoto pohledu je zajímavé, že vyústění závažné duševní choroby je proti

očekávání příznivější v chudém rozvojovém světě, kde trojgenerační uspořádání rodin je stále ještě časté, než ve vyspělém světě industriálním. Se změnou profilu a funkce rodiny souvisí také větší počet opuštěných lidí ve stáří. Nárůst opuštěnosti s sebou nese vyšší riziko deprese, sebevraždy starých lidí a celkově jejich větší ohrožení.

Mění se svět vinou vše zaplavující technologie a informatiky klade také větší nároky na rozhodovací procesy lidí, na paměť a na to, čemu se říká kognitivní funkce. Téměř každý si musí zapamatovat nejen osobní kód, zpravidla vícemístné číslo, aby si mohl vybrat peníze nebo někde zaplatit. Každou chvíli potřebuje rodné číslo, směrovací číslo, na záznamnících různých služeb ho automaty vybízejí k vysilujícím rozhodnutím. Daňové přiznání si dnes neumí bez chyby vyplnit ani univerzitní profesor. To je svět, jenž znevýhodňuje staré občany s odlišnou průpravou a s počínajícím úbytkem sil a schopností, nemluvě o chorobách s projevy demence. Zátěž pak zhoršuje možnost starých lidí se v současném světě vyznat, zhoršuje kvalitu jejich života a navozuje jim další problémy a potíže.

Díky úspěchům zdravotní péče o tělo se v průmyslových zemích významně prodloužila střední délka života. Tím se stalo, že se stále větší část populace ocitá ve věkové kategorii, pro niž jsou typické určité poruchy spojené se stářím. Těchto poruch tak přibývá nejenom opticky, ale i skutečně. Patří k nim zejména demence různého typu včetně Alzheimerovy-Fischerovy choroby.

Lékařská věda dokázala vymýtit nebo alespoň omezit některé choroby jako záškrt, mor či neštovice. Jejich prostor ovšem zaplnily choroby jiné, na něž dříve tak často nedošlo, zejména onemocnění degenerativní. S rostoucí spotřebou sociální i zdravotní péče se náklady na celou tuto sféru zvyšují a klasické pojišťovací systémy se ve vyspělém světě dostávají do obtížně řešitelných situací, kdy dražší péče produkuje vlastně další náklady.

Přesto, že ve vztahu lékaře a pacienta zůstává základní mravní kánon (*nolli nocere*) neotřesitelný, jeho naplňování se proměňuje podobně, jako se mění psychologie lékaře a pacienta.

Dnešní medicína už nemůže nahlížet duševně nemocného jako amorální osobu, parafilika jako sprostého devianta, depresivního pacienta jako lenocha, nemocného se sociální fobií jako pouhého trémistu, gaye či homosexuála jako „teplouše“, dyslektika jako hlupáka, nemocného s konverzní poruchou jako hysterika a závislého na návykových látkách jako „fetáka“.

Vztah mezi lékařem a pacientem se proměňoval mj. i z hlediska dominance obou partnerů, jež určovala, kdo je ovládajícím a kdo je ovládaným. Jestliže ovládajícím byl převážně lékař, šlo o vztah paternalistický. Takovým byl ještě ve druhé polovině minulého století. Jestliže vztah lékař–pacient není ovládan ani lékařem, ani pacientem, jde vlastně o zanedbání péče. Jestliže je ovládan především pacientem a nikoli lékařem, jde o vztah konzumní. To je situace různých protekcí a korupcí. Jde-li o vztah, který je ovládan do značné míry jak lékařem, tak pacientem, pak je svým způsobem symetrický a vyvěrá v dnešní době především z toho, že zásluhou internetu se mohou nemocní snadno a rychle dostat k velmi rozsáhlým informacím o svém onemocnění a jeho léčbě, jež mohou sice v laických myslích být různě pokrouceny či zneužity, ale svým objemem mnohdy v tom kterém konkrétním případě předčí úroveň lékaře.

Etické zásady a právo na informace např. na příbalových letáčcích často deformují léčbu v tom smyslu, že různé vedlejší a nežádoucí účinky co do pravděpodobnosti jejich výskytu nepřesně odlišují, takže četba v pacientovi vyvolává dojem, že spolkně-li předepsanou tabletku, bude to v životě jeho poslední. To vede mnohdy k odporu vůči lékům, „chemii“, a k přechodu na „přírodní“ a alternativní léčitelství. Ze strany farmaceutického průmyslu jde nejenom o byznys, ale v tomto případě také o alibismus, kterým si *de facto* producenti sami podřezávají větev.

Paternalistický vztah lékaře a pacienta připomíná model rodič–dítě. V tomto modelu je lékař vševědoucím expertem a pacient žáčkem, který musí poslouchat a příliš se neptat. Celý takto vybudovaný systém je orientován na lékaře a na péči, nikoli na pacienta. Pacient má nízkou autonomii – jinými slovy malou manévrovací možnost. V tomto modelu se klade značný důraz na laboratoře, na techniku, na procedury, nikoli na pocity nemocného, nikoli na jeho prožitky nebo kvalitu jeho života.

V konzumním vztahu je pacient vlastně zákazníkem a lékař poskytovatelem servisu podobně jako v autoopravně. V tomto modelu je poměrně nízká autonomie lékaře, důraz se klade na obchod, nikoli na skutečnou péči. Jde o transakci, nikoli primárně o pomoc, a o zisk, nikoli primárně o vyléčení.

Vzájemný vztah znamená, že pacient je *de facto* klientem a lékař jeho konzultantem. Jde o jakýsi vzájemný kontrakt, v němž lékař nabízí volby, vysvětluje, předestírá a informuje, zatímco pacient si z nabízených možností vybírá, což mu zajišťuje stále vysokou autonomii.

Ještě existuje model kombinovaný, v němž je lékař jakýmsi účelovým kamarádem. V tomto modelu sice může docházet k určitému profesnímu zanedbání pacienta proto, že je ušetřen nepříjemných procedur, ale tento model nechává stále značný prostor jak pro paternalismus, tak pro autonomii i pro obchod.

Abychom si uvědomili, k jak zásadním proměnám došlo za posledních několik málo desítek let v medicíně, připomeňme si, jaké klinické zásady a empirické „pravdy“ dominovaly v lékařství v sedmdesátých letech 20. století:

- 1) Rezistentního pacienta je třeba zlomit, nejlépe předávkováním.
- 2) Vedlejší účinky jsou znamením efektivity poskytované léčby.
- 3) Všechno zlé pro něco dobré (např. zanedbaná oddělení jsou prevencí hospitalismu).
- 4) Dávkování obecně „čím více, tím lépe“.
- 5) Obliba směsí, koktejlů a kombinovaných léčebných postupů.
- 6) Obliba útlumu.
- 7) Při psychoterapii je farmakoterapie kontraindikovaná („zanášení“).
- 8) Na bolesti hlavy se předepisovaly převážně benzodiazepiny a guajacuran, neboť se šmahem předpokládala jako příčina kontraktura svalů krční páteře, kterou bylo třeba relaxovat.
- 9) Mnoha vedlejším účinkům se vůbec nevěnovala pozornost, např. výskyt diabetu po anti-psychotické léčbě se vůbec nesledoval.
- 10) Přírůstek hmotnosti byl považován převážně za pozitivní („chutná mu“).
- 11) Žádná pozornost se nevěnovala kvalitě pacientova života.
- 12) Žádná pozornost se nevěnovala úplnosti remisí, stačilo odstranit příznaky.
- 13) Demence byla považována za neléčitelnou, podobně jako obsedantní neuróza.

Pokusíme-li se podobné charakteristiky vyjmenovat pro dnešní medicínskou praxi, pak vidíme, že do popředí se dostává:

- 1) Více administrativy, byrokracie, algoritmů a konsensů.
- 2) Více ohledů na lidská práva.
- 3) Důraz na potlačování nežádoucích účinků.
- 4) Důraz na kvalitu života.
- 5) Důraz na plné remise.
- 6) Důraz na ekonomiku.
- 7) Důraz na etiku (etické komise).

- 8) Zkrácení a omezení hospitalizací.
- 9) Přesun léčby do domácího prostředí a do ambulancí.
- 10) Farmaka lze kombinovat s psychoterapií.
- 11) Obliba kognitivně behaviorální léčby.
- 13) V psychiatrii je větší pozornost věnována tělesným nežádoucím účinkům (vzestupu prolaktinu, metabolickému syndromu) a v somatické medicíně zase větší pozornost psychice (syndromu vyhoření, Balintovským skupinám, depresi).
- 13) Nemocní mají téměř neomezený přístup k odborným informacím (internet).
- 14) Lékař je nyní stále častěji spíše konzultantem, zejména v anglosaském světě, ale tato móda přichází nyní už i k nám.
- 15) Je kladen větší důraz na právní zodpovědnost, což vede k vyšší míře alibismu.
- 16) Jsou stále větší ohledy na vedlejší a nežádoucí účinky léku a jejich interakce, jež se dříve víceméně zanedbávaly.
- 17) Oproti paternalistickému vztahu, jenž dominoval po celé 20. století, se nyní pacientům přece jenom dostává větší autonomie, kdežto lékařům menší.

Zejména poslední bod má však některé důsledky, o nichž se nám před řekněme dvaceti, třiceti lety ani nesnilo. Příkladem může být volba lékaře nikoli jako spásné authority či identifikačního vzoru, ale coby předmětu agrese a fyzického napadání, o čemž svědčí nejenom hrozivé kazuistiky z psychiatrie, resp. sexuologie, ale také z každodenní praxe záchranné služby, napadání jejíhož personálu v první linii ze strany zachraňovaných je téměř na denním pořádku.

Dramatická změna ve vztahu lékaře a pacienta, k níž došlo v medicíně za posledních 20 let, má tedy jak pro pacienta, tak pro lékaře své důsledky negativní i pozitivní. Zda celkově to je změna k lepšímu nebo k horšímu, nelze dnes ještě jednoznačně rozhodnout.

V textu je použita část textu C. Höschl: Předmluva, in: Ctirad John, Štěpán Svačina (eds.): O duši medika – jak vzniká lékař, Triton, Praha 2011.