

ZRANITELNOST LÉKAŘSKÉ PROFESE JAKO DŮSLEDEK ROSTOUCÍ AUTONOMIE PACIENTŮ*

Alena Glajchová

Fakulta filozofická Západočeské univerzity Plzeň

Vulnerability of the Medical Profession as a Result of Growing Patient Autonomy

Abstract: *In the context of the current health care system, patient autonomy is the main ethical principle in medicine, which emphasises respect for patients' rights, their freedom of choice, and control of their own health. Presently, patients take a more active approach to their own health issues and seek medical information that is then used in their interaction with doctors. The new role of the patient as a client has been linked to increasing consumerism, and to the emergence of new possibilities, such as alternative medicine or self-treatment. However, their active role affects the formation of the doctor-patient relationship and the doctors' expert position. Currently, the doctor-patient relationship is considered rather as a partnership, based on mutual cooperation, than a paternalistic relationship. Drawing on data from in-depth interviews with doctors, this article tries to understand how doctors perceive the new organisation of this relationship and the patients' "new" knowledge of medicine. In particular, the aim is to show how doctors view patients who rely on information from the Internet and who take initiative in their interactions with doctors.*

Keywords: *consumerism; doctor-patient relationship; medical profession; autonomy; expert patient*

* Autorka děkuje za konzultaci nad analýzou Mgr. Emě Hrešanové, Ph.D.

Medicína prochází od roku 1989 celou řadou proměn a stává se tak v sociologické literatuře stále více diskutovaným tématem (např. Křížová 2006; Hrešanová – Hasmanová Marhánková 2007; Read 2007; Hrešanová – Hasmanová Marhánková 2008; Hrešanová 2008; Slepíčková – Šlesingerová – Šmídová 2012; Slepíčková – Šmídová 2014). Procesy celospolečenské transformace zasáhly fungování systému zdravotnictví, a to jak na makroúrovni, na které se proměnilo fungování a organizace zdravotnických zařízení, tak i na mikroúrovni, na níž došlo k proměně vnímání lékařské profese (Křížová 2006; Slepíčková – Šmídová 2014). Implementace některých tržních principů zapříčinila nejen nově vzniklý způsob poskytování medicínské péče, ale podílil se i na proměně vztahu lékař–pacient či jednání pacientů jakožto klientů konzumujících službu. Konzumerismus je tak spatřován jak na úrovni makro, tak i na úrovni mikro, a to skrze interakci mezi lékařem a pacientem v rámci každodenní zkušenosti.

V důsledku nového uspořádání společnosti je kladen stále větší důraz na pacienta, jeho hodnoty a preference, které byly dříve podřízeny lékařské autoritě, a také na zdravý životní styl (např. Parusniková 2000; Hasmanová Marhánková 2014). Autonomní pacienti se stávají informovanými aktéry, a to nejen díky informacím od lékařů,¹ ale i z ostatních zdrojů ve společnosti, jimiž jsou především masová média. Média jsou mocná, jelikož reagují na požadavky společnosti (McQuail 2002). Jedním z takových požadavků je udržovat společnost zdravou a ekonomicky aktivní (Rose 2001). Rozmach medicínských informací a rostoucí důraz na zdraví zapříčinily to, že pacienti navštěvují lékaře s širšími znalostmi o medicíně, než tomu bylo dříve. Tím se zužuje vědomostní mezera mezi lékařem a pacientem, a tudíž i mocenská asymetrie mezi nimi, coby expertem a laikem (srov. Lupton 1997; Lupton 2012; Jacyno 2012). Zda pojednávat o pozici pacientů jako o expertní, nikoli o laické, vzbuzuje rozporuplné úvahy. Někteří zastávají názor, že pacienti jsou informovaní a znalí do té míry, že vztah mezi nimi a lékaři je rovnocenný a partnerský (např. Townsend a kol. 2015). Jiní zase naopak tento argument zpochybňují a zastávají názor, že lékař je expertem, který jako jediný má monopol na odborné znalosti a jako jediný umí medicínské informace správně interpretovat (např. Gerber – Eiser 2001; Hrešanová 2008; Li 2013; Hrešanová 2014).

¹ V článku užívám generické maskulinum „lékař“ z důvodu snadnějšího čtení textu, nikoli z důvodu upozadění žen–lékařek, které jsou pro výzkum stejně přínosné jako muži–lékaři.

Tento článek se zaměřuje na to, jak lékaři pohlížejí na pacienty, kteří díky větší informovanosti v oblasti medicíny přebírají iniciativu. Konkrétněji si kladu otázku, jak se informace pacientů, které nejčastěji pocházejí z internetového zdroje, začleňují do rutinní medicínské praxe a jak se tyto informace podílejí na proměně pozice lékařů jakožto expertů a vztahu mezi lékařem a pacientem. Článek se zabývá i odlišnostmi a podobnostmi s ohledem na sektor působení lékařů (privátní a veřejný sektor), který představuje jednu ze zásadních proměn ve fungování českého zdravotnictví v kontextu transformace, která s sebou nese řadu důsledků. Text obohacují sociologické popisy změn a problémů současné české medicíny. Přispívá zejména k debatě o tom, jak se vyvíjí lékařská profese a jak sociokulturní faktory působí na formování vztahu lékař–pacient a na každodenní fungování lékařské praxe. Výpovědi jednotlivých lékařů umožní bližší náhled na to, zda dochází k oslabení monopolu a pravomocí lékařů a jak se celospolečenské strukturální změny odráží v každodenní praxi lékařů. Úvodní kapitola nejprve představí teoretický rámec, který zahrnuje některé provedené studie dané problematiky. Následně bude popsána metodologie a jednotlivá zjištění z vlastního kvalitativního šetření.

Teoretický rámec: Expertní pozice pacientů ve vztahu s lékaři

V současnosti zaznamenáváme rostoucí počet debat nad dopady nových trendů v medicíně, jimiž jsou především konzumerismus, komercializace či farmaceutizace.² Jedním z důsledků těchto nových procesů je posílení autonomie pacientů a transformace vztahu mezi lékařem a pacientem. Řada studií tvrdí, že došlo k posunu z paternalistického vztahu mezi lékařem a pacientem na vztah více rovnocenný, jež je označován jako vztah konzumentský či partnerský (např. Haug – Lavin 1983; Roter – Hall 1993; Křížová 2006; Hrešanová – Hasmanová Marhánková 2008; Timmermans – Oh 2010). Deborah Luptonová (1997) tvrdí, že pacienti se ke zmiňovanému konzumentskému přístupu uchylují od sedmdesátých let. Hovoří však o australské společnosti, která adaptovala principy

² Farmaceutizaci nebude v tomto článku věnována pozornost, ovšem patří jako velmi přínosné zmínit tento nově debatovaný proces na poli sociální vědy. Nejnovější studii provedl Brown a kolektiv (2015) a zaměřili se v ní na důvěru a naději v léky u pacientů s rakovinou. Koncept farmaceutizace reflektuje rostoucí tržní vliv farmaceutických společností skrze internet a jiná média (Abraham 2010), vznik více autonomních konzumujících pacientů, užití léků bez předpisu a užívání léků za jiným, nemedicínským účelem (Conrad 2013). Zahrnuje redefinici a rekonstrukci určitých problémů, které mají farmaceutické řešení (Williams a kol. 2011).

liberálního humanismu mnohem dříve než ostatní západní státy. Ty zhruba od osmdesátých let taktéž začaly prosazovat model volného trhu a zaměřovat se na práva pacientů a jejich autonomii, ovšem v každém státě se implementace konzumentského přístupu vyvíjela odlišně. Diskurs konzumerismu doslova ukončil dřívější éru medicínského paternalismu, tak zvanou éru „lékař ví nejlépe“ (Akerkar a kol. 2004:121; Doherty a kol. 2015: 2).

Paternalismus spočíval v tom, že pacient byl podřízen lékařské autoritě a přenechával absolutní zodpovědnost a moc na lékaři, který má expertní medicínské vzdělání. Pacient jakožto pasivní aktér byl bez medicínských znalostí a lékaři byli tehdy jediným zdrojem informací, na němž byli pacienti závislí. Tato mocenská asymetrie fungovala právě z toho důvodu, že lékař a pacient představovali dva odlišné světy, expertní a laický (srov. Freidson 1970). Konzumentský přístup začal pojmát pacienty jako konzumenty zdraví, kteří hrají aktivní roli, což se stalo žádoucím imperativem, jenž má podporovat formování partnerského vztahu mezi lékařem a pacientem (Pollock 2005: 39). Partnerský vztah mezi lékařem a pacientem je založen na roli emancipovaného pacienta, který má práva a povinnosti. Jedním z nich je právo na informovanost a pacientovu svobodnou volbu v rozhodování.

Emancipace pacientů je navíc posilována skutečností, že existuje mnoho zdrojů informací z oblasti medicíny, které rozšiřují znalosti a povědomí pacientů (Jacyno 2012). Pacienti jsou v současné době vystaveni velkému množství informací, což například Luptonová (2012) osvětluje rostoucím zájmem masových médií o zdraví a medicínu. Parusniková (2000) tento zájem o informace týkající se zdraví a medicíny chápe jako odraz toho, že dnešní západní společnost je posedlá zdravím (*healthismus*) a koncentruje se na pěstování zdravého životního stylu. Rozvoj informací umožňuje pacientům převzít více zodpovědnosti za jejich vlastní zdraví a aktivně participovat na rozhodnutí (Anderson a kol. 2003). V důsledku toho se vědomostní mezera a asymetrie mezi lékařem a pacientem zužuje. Z laických pacientů, kteří dříve neměli doslova povědomí o možnostech medicíny a formách léčby, se díky tomuto posunu a jejich nové roli stávají tzv. informovaní či expertní pacienti. Akerkar s kolektivem (2004) definují informovaného pacienta jako pacienta, který je inteligentním pacientem, jenž hraje mnohem aktivnější roli v rámci vyjednávání o svém vlastním zdravotním stavu. Nejde však o hodnotu naměřeného IQ, která vyjadřuje míru inteligence daného člověka. Intelligence pacienta je chápána jako rozumová schopnost přizpůsobit se novým okolnostem a řešit nově vzniklé či obtížné situace na základě aktivního vyhledávání informací a s využitím různých zdrojů a technologií.

Pacienti získávají novou roli a stávají se tak zvanými expertními pacienty či pacienty informovanými (např. Anderson a kol. 2003; Akerkar a kol. 2004; Kivits 2006; Ahmad a kol. 2006; Andreassen – Trondsen 2010; Li 2013). Expertní pacienti mají povědomí o možnostech medicíny a mají k dispozici různé zdroje informací, které se staly snadno a rychle dostupnými v důsledku rozmachu internetu (Timmermans – Oh 2010: 97–98). Masová média, poskytující obrovské množství informací, vybavují pacienty novými znalostmi a posilují jejich autonomii a zapojení do léčebného procesu. Akerkar s kolektivem (2004) hovoří o informačním věku, díky němuž mají pacienti nejen více informací, ale i větší moc. Informovaní či expertní pacienti mohou být vnímáni jako žádoucí, ale také jako nežádoucí. Fox s kolektivem (2005:1300) upozorňují na to, že ačkoli pacienti přebírají větší iniciativu v rámci medicínského střetu, jejich informace jsou nespolehlivé a nevalidní, což následně proměňuje dynamiku vztahu mezi lékařem a pacientem (Akerkar a kol. 2004).

Existuje již řada studií zabývajících se tím, jak se iniciativa pacientů a jejich informace odráží v interakci s lékaři. Například Roterová a Hallová (1993: 97) či Dohertyová s kolektivem (2015: 10–12) si kladli otázku, proč se pacienti uchylují k internetovým informacím a proč je vyhledávají. Tvrdí, že někteří lékaři poskytují pacientům nedostatek informací, a proto pacienti užívají média a aktivně vyhledávají informace, díky nimž jsou více znalí a více rozumí danému zdravotnímu problému. Jednou z příčin může být i nedostatek času, který lékaři mohou pacientům věnovat, nebo skutečnost, že pacienti zažívají negativní zpětnou vazbu v interakci s lékaři (Anderson a kol. 2003), což je opět podněcuje k aktivnímu vyhledávání informací. Gerber a Eiser (2001) rozlišují dva scénáře, situace, kdy přichází informovaný pacient k lékaři. První scénář představuje pacienta, který se zajímá o léčbu, vyhledává informace ještě před návštěvou lékaře a má zájem podílet se na rozhodování o léčbě. Avšak v důsledku toho, že pacienti disponují informacemi a jsou aktivní, nemusí docházet ke zkracování času potřebného k diskusi mezi lékařem a pacientem, ale naopak dochází k odlišnému využití času. To znamená, že lékaři například poskytují alternativní možnosti a reagují na informace pacientů získané z vnějších zdrojů. Druhý scénář pojednává o pacientech, kteří nejsou motivováni zúčastnit se aktuálního rozhodování o léčbě, ale informace vyhledávají až po setkání s lékařem, což je následně činí více spokojenými. Jejich zjištění ukazují, že důležitý je nejen zájem pacientů, ale i zájem lékařů. Lékaři buď trvají na zachování své autoritativní pozice, anebo mohou doporučit vyhledání doplňkových informací na internetu za účelem lepší komunikace a sdílení zodpovědnosti s pacientem (tzv. *Internet*

*prescription*³). Gerber a Eiser tvrdí, že ačkoli informovanost pacientů může být prospěšná pro formování spolupráce mezi lékařem a pacientem, není jasný dopad této informovanosti na vztah s lékaři a mezi lékaři převládá averze vůči těmto informacím, které podle nich nejsou užitečné. Podle výzkumníků je lékař stále tím, kdo určuje finální rozhodnutí a jemuž pacienti důvěřují více než informacím z internetu.

Broom (2005) ve své studii zjišťoval dopad internetu na vztah lékař–pacient skrze výpovědi lékařů. Na jednu stranu někteří lékaři hodnotí pacienty informované z internetu pozitivními konotacemi, jako je lepší proces rozhodování, spolupráce a posílení pacientovy autonomie. Na druhou stranu byl internet vnímán jako hrozba a nebezpečí pro pacienty, jelikož internet poskytuje špatné a zavádějící informace, které mohou pacientům ublížit. Takto informovaní pacienti jsou navíc více nedůvěřiví a pochybující vůči lékařům. Autor tuto lékařů vyjadřovanou tendenci „ochraňovat pacienty“ (před zavádějícími informacemi) vnímá jako racionalizující formu paternalistického přístupu, kdy lékaři implicitně zdůrazňují svoji profesionalizaci, kontrolu a omezení pacientova zapojení ve vyjednávání o léčbě (Broom 2005: 330–333). Jiní výzkumníci došli k závěru, že pacienti jsou z pohledu lékařů často zmatení a vystresovaní z toho, co se dozví na internetu (Ahmad a kol. 2006). Mnoho pacientů důvěřuje těmto informacím, přijímá je a v důsledku toho dochází k dezinterpretaci. Informace z internetu jsou tak lékaři vnímány jako zdroj neporozumění a komunikace s takovými pacienty je shledávána velmi problematickou. Za největší obtíž lékaři považují kvalitu a kvantitu informací a větší konzumaci času. K podobnému závěru došla i K. Sommerhalderová s kolektivem (2009), který se zabýval tím, jak informace získané z internetu proměňují konzultaci mezi lékaři a pacienty. Zjistili, že lékaři hodnotí pozitivně účast pacientů na konzultacích, účast na rozhodování a jejich znalosti. Naopak zavádějící interpretaci ze strany pacientů, jejich nesouhlasné názory či odmítání spolupráce považují lékaři za příčinu konfliktů a obtíží v rámci komunikace a lékařské praxe.

Anne Townsendová s kolektivem (2015) se zaměřila na stejnou problematiku a kladla si otázku, jak internetové informace týkající se zdraví podporují změnu rolí a partnerský vztah mezi lékařem a pacientem, a naopak jaké tenze a potíže v důsledku jejich využívání vznikají. Výzkumníci došli taktéž k závěru,

³ Typ jednání, kdy lékař doporučí pacientovi specifické webové stránky za účelem získání většího množství informací, čímž se snaží pacienta vést k získání spolehlivých informací (McMullan 2006; Gerber – Eiser 2001).

že informace mohou podporovat rozhodovací proces. Přesto mezi lékaři převládá názor, že tyto informace vyvolávají napětí a lékaři jsou znepokojeni tím, že pacienti takové informace vůbec vyhledávají a mají. Důvodem může být i omezený čas, který mají lékaři k dispozici na to, aby pacientovi poskytli dostatek vhodných a přiměřených informací, případně aby mohli mylné informace pacientů uvést na pravou míru. Autoři přišli se zajímavým závěrem, že informace z internetu mohou být podnětem pro lepší interakci mezi pacienty a lékaři, založenou na vzájemné důvěře a respektu, což usnadňuje utváření partnerského vztahu mezi nimi. Ačkoli je tento předpoklad součástí žádoucího imperativu, zmiňovaná zjištění bohužel dokládají, že aktivní účast informovaných pacientů působí spíše obtíže a problematickou komunikaci nežli harmonický a partnerský vztah s lékaři. Zjištění Townsendové a kolektivu se tudíž zdají být spíše idealistická.

Internet se jednoznačně stává elementem, který vstupuje do vztahu lékař–pacient a ovlivňuje komunikaci a způsob jednání. H. Andreassenová a M. Trondsenová (2010) upozorňují na limity v uvažování o expertních či informovaných pacientech. Podle nich ne všichni pacienti chtějí přebírat zodpovědnost za své zdraví a následnou péči. Další omezení může představovat gramotnost pacienta, neboť ne všichni pacienti mají vědění a prostředky, které jim umožní shromažďovat informace týkající se zdraví. Posledním omezením, o němž autorky hovoří, je situace, kdy se pacienti chovají pasivně a očekávají, že lékař převezme kontrolu nad jejich zdravím (Andreassen – Trondsen 2010: 282).

Ačkoli zjištění zmíněných studií naznačují, že pacienti přebírají z internetu informace, mají více znalostí a větší moc, jednoznačný vliv těchto informací na formování partnerského vztahu mezi lékařem a pacientem prokázat nelze. Iniciativa pacientů a jejich informovanost se liší (srov. Andreassen – Trondsen 2010), přičemž roli může hrát socioekonomický status, faktor vzdělání či dostupnost zdrojů informací. Stále však není jasné, do jaké pozice informovaní či expertní pacienti staví samotné lékaře. Je důležité mít na paměti i kontext geografický, jelikož se jedná o výzkumy z jiných států s odlišným historickým vývojem a organizací medicíny jako instituce, což může přinášet odlišná zjištění v porovnání se situací v českém prostředí. Zaměříme-li se na český kontext, víme jen málo o tom, jak lékaři pohlíží na iniciativní, informované pacienty a jak probíhá jejich vzájemná interakce.

Metodologie

Zjištění prezentovaná v tomto článku vycházejí z vlastního kvalitativního šetření, které proběhlo v roce 2014. Konkrétně zde stavím na dvanácti hloubkových rozhovorech s lékaři. Jednalo se o lékaře, kteří jsou denně v kontaktu s pacienty, převážně o chirurgy a všeobecné praktické lékaře. Všichni informátoři navíc vykonávali lékařskou profesi již několik let, což bylo přínosné pro reflexi změn a fungování současného systému zdravotnictví. Vzorek lékařů jsem vybrala metodou „nabalování“ (*snowball sampling*) s ohledem na dvě kritéria. Tím prvním bylo, že lékař musel vykonávat svoji profesi se specializací všeobecného praktického lékaře či chirurga působícího v ambulantní praxi, a to z toho důvodu, že nejčastěji přicházejí do kontaktu s pacienty a vyjednávají o léčbě. Lékaři tak v době šetření působili buď na chirurgických ambulancích v nemocnici, nebo ve svých vlastních soukromých ordinacích, a jednalo se o zdravotnická zařízení v Plzeňském kraji. Druhé kritérium představovala doba výkonu profese. V tomto ohledu bylo důležité, aby lékař působil ve svém oboru několik let a měl zkušenosti z každodenní praxe. Tato kritéria jsem zvolila s ohledem na vlastní předporozumění a zkušenosti s prostředím medicíny. K těmto kritériím jsem se navíc přiklonila po rozhovoru se zdravotní sestrou, která mi zprostředkovala kontakt s prvním informátorem. Všeobecní lékaři a chirurgové⁴ v ambulancích se denně setkávají s desítkami pacientů, s nimiž jednájí o léčbě úrazu, nemoci či okolnostech spjatých s jejich zdravotním stavem (např. formální záležitosti). Dalo by se říci, že tito lékaři se setkávají s širším spektrem medicínských obtíží i pacientů, než je tomu u konkrétních specialistů, jako jsou například zubní lékaři či gynekologové. Kontakt s pacienty na lůžkových odděleních nemocnic je mnohem intenzivnější a vztahy mezi lékaři a pacienty tak mají poněkud odlišný charakter. Pro lepší přehled přikládám tabulku se základními informacemi o vzorku dotazovaných.

⁴ Výjimkou ve vzorku byla lékařka se specializací v oboru pediatrie, s níž bylo provedeno interview na základě doporučení informátora. Ačkoli jejími pacienty byly děti, informátorka sama uvedla, že podstatná část komunikace probíhá s rodiči jakožto zákonnými zástupci, a v tomto ohledu interakce a vyjednávání o léčbě nabývá na dynamice a komplexnosti.

Tab. 1: Základní údaje o vzorku dotazovaných

Počet mužů-lékařů	9
Počet žen-lékařek	3
Počet praktických lékařů	3
Počet chirurgických lékařů	9
Lékaři působící v soukromém sektoru	6
Lékaři působící ve veřejném sektoru	6
Průměrný věk (v letech)	46
Průměrná délka výkonu praxe (v letech)	21

Lékaře jsem nejprve podrobně seznámila s účelem vlastního šetření a ujistila jsem je, že výzkum bude zcela anonymní. Zachování anonymity se týkalo jak jejich jmen, tak i konkrétních názvů a míst zdravotnických zařízení. Celkově pro mě navazování kontaktu s potenciálními informátory nebylo problematické. Příklad anonymity se jevil jako zásadní pro získání důvěry a otevřenou komunikaci mezi mnou jakožto výzkumníkem a zkoumanými.

Každý z rozhovorů byl zahájen otázkou týkající se původních očekávání a představ o lékařské profesi. Vyprávění lékařů o tom, co od své profese očekávali, často kontrastovalo s realitou. Dále byli dotazováni, jak vnímají roli lékaře a co je podle nich při výkonu lékařské profese stěžejní. Většina informátorů hovořila především o interakci s pacienty a o změnách v systému zdravotnictví s ohledem na vývoj po roce 1989. Po dokončení sběru dat jsem doslovně přepsané rozhovory podrobila tematické analýze (Hendl 2005). Témata, která jsem v rozhovorech identifikovala, se týkala vnímání lékařské role, informovanosti pacientů, konceptualizace vztahu s pacienty, hodnocení vývoje českého systému zdravotnictví a nových trendů v medicíně.

Informovanost a aktivní role pacientů z pohledu lékařů

V rozhovorech s jednotlivými lékaři se jako zásadní a často reflektované téma ukázala rostoucí informovanost pacientů. Lékaři z mého vzorku tvrdili, že pacienti přicházejí v současné době více znalí, informovaní o možnostech léčby a podle nich aktivně vyhledávají zprávy z medicínského prostředí. Všichni se shodovali na tom, že povědomí pacientů o medicíně je podstatně vyšší a mnohdy jsou lékaři až překvapení, kolik informací pacienti mají a co všechno jsou si schopni vyhledat a zjistit. Ačkoli etický kodex praví, že pacient

má být informován o možnostech léčby, lékaři se setkávají s jakousi „novou“ informovaností, která pochází z neznámých zdrojů. Označení „nová“ jsem si dovolila užít právě z toho důvodu, že podle mých informátorů pacienti dříve neměli tolik informací a znalostí o možnostech medicíny jako nyní. Lékaři se tak setkávají s novým fenoménem, trendem, který podle jejich slov sílí.

Podle lékařů to, že pacienti jsou více informovaní a mají větší povědomí o možnostech medicíny, zásadně ztěžuje komunikaci a problematizuje vyjednávání o léčbě. Pacienti jsou aktivnější ve vyhledávání informací týkajících se jejich zdraví, konkrétního léku, nemoci či léčby. Co ovšem postrádají, je podle lékařů schopnost kritické analýzy a posouzení, o jaký zdroj informací se jedná.

Doktor Sýkora: No tak teď jsou pacienti relativně více informovaní, nebo si to alespoň myslí, že jsou více informovaní. Mají načteno spousta věcí, ptají se na spousta věcí, který si přečtou na internetu, ale nejsou schopni je analyzovat, nejsou schopni posoudit závažnost různých příznaků a ta komunikace je obtížnější. Jednoznačně je obtížnější, a oni toho doktora v podstatě jakoby zkouší. A běda, když něco nevíš, nebo že nechceš pacienta poslat na vyšetření, o kterém se dočetl, že určitě funguje. Jo? (chirurg, veřejný sektor, praxe 21 let)

Tento krátký úryvek z výpovědi doktora Sýkory ilustruje, jaké důsledky má v každodenní praxi rostoucí tendence vyhledávat informace z nemedicínských zdrojů. Doktor Sýkora upozorňuje na to, že informace, které pacienti mají, postrádají odborné medicínské posouzení týkající se příznaků či možných dopadů. Podle něj dokonce dochází k tomu, že lékař je v pozici, kdy je pacientem doslova „zkoušen“. K tomuto „zkoušení“ pacienti využívají právě své informace, které přebírají nejčastěji z internetu a následně uplatňují v rámci komunikace s lékařem a vyjednávání o léčbě. Lékař ve své výpovědi pokračuje a popisuje přístup těchto informovaných pacientů.

Doktor Sýkora: Takže ty lidi jsou takoví více informovaní, a leckdy, když ty informace mají zkrácené, tak ta komunikace je nesrovnatelně obtížnější.... Někteří mají tendenci jako zkoušet. Oni si něco přečtou, a teď se ptají. Ptají se na to, jestli ‚a co tady to?‘ A někdo se ptá ‚a helejte se, já jsem si přečetl, že by se mohlo dělat tady to, a co si o tom myslíte?‘. A někdo zase říká ‚helejte se, a víte to, že se dá taky dělat tady to?‘. Jo? Prostě jsou k tomu různé přístupy, ale ty lidi mají obecně větší povědomí, těžko říct, jestli je to ke škodě, nebo k užitku. Je to strašně individuální. To jednání s těmi pacienty, s příbuznými, člověk musí být jako více ostražitý. Aby

se neřekly nějaký zkreslený informace. Hlavně matoucí. (chirurg, veřejný sektor, praxe 21 let)

Doktor Sýkora ve výpovědi naráží na to, že průběh interakce je nepředvídatelný a vždy odlišný. Ačkoli se medicí připravují na výkon profese a nacvičují komunikaci s pacienty, nelze ji vnímat podle univerzálního schématu či modelového vzoru. Lékaři zdůrazňovali, že každé setkání s pacientem a komunikace s ním probíhá odlišným způsobem. Z výpovědi lékaře Sýkory je evidentní, že vztah mezi lékařem a pacientem není univerzální a nelze jej chápat ani jako paternalistický. Výpovědi mých informátorů dokládají, že nyní je vztah mezi lékařem a pacientem dynamický (srov. Roter – Hall 1993) a ovlivněný tím, jaké informace pacienti mají a jakým způsobem s nimi nakládají. Vědění pacientů a druh jejich informace se výrazně podílí na průběhu komunikace a formování vztahu. Doktor Sýkora také hovoří o tom, že nelze nikdy předpokládat, s jakými informacemi pacient přichází a jak bude reagovat na různá doporučení ohledně léčby. Situaci popisuje dokonce tak, že musí být ostražitý v tom, co říká, aby od něj nevzešly mylné či matoucí informace. Tato lékařova zkušenost prokazuje, že vztah mezi ním a pacientem není ani paternalistický, ale ani partnerský. Pacient se nesnaží vyjednávat a spolupracovat, ale spíše vzdoruje expertní pozici lékaře a jeho odborným znalostem.

Doktorka Tučková.: Jak jsem řekla, je ta jejich informovanost jakoby vytržená z celého článku. Oni si přečtou jednu větu a neodpovídá to té skutečnosti. Ale těch informací mají určitě víc. (praktická lékařka, soukromý sektor, praxe 30 let)

Doktor Bouček: Pacienti jsou informovaní, což je dobře. Mnohdy však ta informace, s kterou přichází a o které jsou přesvědčení, není tak přesná. A pak to ztěžuje tu domluvu, když na tom prostě trvají a nenechají si to vysvětlit, což taky často je. (chirurg, veřejný sektor, praxe 9 let)

Lékaři se shodují, že informace, které pacienti získávají z internetu a jiných informačních zdrojů, nejsou medicínské povahy, ale spíše se jedná o informace neodborné a povrchní, které problematizují postavení lékaře jakožto odborníka. Doktorka Tučková soudí, že lidé mnohdy přečtou jen úsek z daného informačního zdroje a jejich informace jsou následně neúplné a zcela mylné. Doktor Bouček dodává, že pacienti těmito informacím věří, trvají na nich a lékař je v pozici, kdy se tato mylná přesvědčení snaží vyvrátit. Jako zásadní se tudíž

jeví povaha a typ informace, již daný pacient disponuje (srov. Murray 2005). Neodborné zdroje jsou obecně veřejně a velmi snadno dostupné. Tento druh informací posléze pacienti snadno vyhledají, adaptují na vlastní zkušenost a formulují je v rámci setkání s lékařem. Dle lékařů je velkým problémem to, že informace, které pacienti mají, nejsou medicínsky reálné a vhodné s ohledem na specifičnost jejich zdravotního stavu. To znamená, že pacienti často přicházejí přesvědčeni o nějakém způsobu léčby, o němž se dočetli a který po lékaři požadují. Potíž je však v tom, že daný typ léčby není vhodný pro konkrétního pacienta, a naopak by mu mohl pouze uškodit nebo by neměl vůbec žádné účinky. Podobně lékaři hovořili i o tom, že se pacienti dozvědí o nějakém léku a trvají na jeho předepsání (srov. Shaw – Baker 2004; Fox a kol. 2005). Neví ovšem více podrobností o jeho nežádoucích účincích, vlivech či interakcích s jinými léky. Doktor Šleis popisuje situace, kdy si pacienti nárokují něco, o čem se dočetli na internetu. To hodnotí negativně, jelikož pacienti by se takto neměli chovat a neměli by si nárokovat péči, která jim není určena či která není možná s ohledem na možnosti konkrétního lékaře. Doktor Šleis je soukromý lékař, a když pokračoval v rozhovoru, uvedl, že nemůže poskytovat jakoukoli léčbu, předepsat jakýkoli lék, jelikož je omezen limity zdravotních pojišťoven.

Doktor Šleis: V určitým případě si nárokují péči, a nárokují si ji tak, že si všechno přečtou na internetu, a nevím, ten internet, je to sice hezký, ale odsad' pocaf. Spíše si nárokují, v dost případech si nárokují to, na co ani nemají nárok. (praktický lékař, soukromý sektor, praxe 29 let)

Doktor Růžička: V průměru přicházejí více informovaní. To zase je propojením toho světa pomocí těch médií, tak jsou více informovaní, určitě. Protože informace jsou dostupný na internetu, takže plno z nich si ty informace prostě sbírá předtím, než se dostane do kontaktu s lékařem, a pak se více ptá. Jo? A potom si to lidé i více hlídají, a jsou nespokojení. (chirurg, veřejný sektor, praxe 14 let)

Doktor Růžička ve své výpovědi uvedl, že pacienti vyhledávají informace na internetu ještě předtím, než přijdou do kontaktu s lékařem, a poté lékaře „hlídají“, porovnávají jejich získané informace s lékařovými doporučeními a v důsledku jsou pacienti často nespokojení. Například Fox s kolektivem (Fox a kol. 2005) zjistili, že pacienti vyhledávají informace z toho důvodu, aby naplnili vědomostní mezeru a více rozuměli svému zdravotnímu stavu a léčbě. Tvrdí, že užívání internetových zdrojů usnadňuje komunikaci mezi lékařem a pacientem,

kteří spolu následně utvářejí vztah založený na spolupráci, ovšem dodávají, že ne vždy je komunikace mezi nimi harmonická. Podle nich pacienti adaptují informace založené na vlastní zkušenosti a zkušenosti ostatních lidí, a to do takové míry, že některá doporučení a rady lékařů doslova ignorují (ibid.: 1307).

Z výpovědí lékařů je zřejmé, že tato „nová“ informovanost pacientů činí komunikaci mezi lékařem a pacientem obtížnější a zdlouhavější. Lékaři se nově ocitají v pozici, kdy jsou kontrolováni, hlídáni a zkoušeni samotnými pacienty. Na základě toho usuzují, že vztah mezi pacientem a lékařem nelze chápat jako ryze partnerský, jak dokládají studie. Přinejmenším nelze toto pojetí vztahu aplikovat globálně na celou společnost. Komunikace mezi lékařem a pacientem je zásadní pro formování vztahu mezi nimi (Goold – Lipkin 1999), a tudíž podoba vztahu se odvíjí od průběhu komunikace, která je individuální. Někdy se pacient a lékař stávají partnery, jindy může docházet k tomu, že pacient přebírá moc a kontroluje lékaře.

„Nová“ informovanost tak zpochybňuje lékařskou autoritu a navíc proměňuje postavení lékařů ve vztahu k pacientům. Lékaři ztrácejí svoji dominantní pozici a důvěra v ně, jako jediný zdroj odborných informací, je oslabována. V důsledku „nové“ informovanosti tedy přichází nejen kontrola lékařů ze strany pacientů, ale i nutnost větší sebekontroly samotných lékařů. Musejí být obezřetní v tom, jaké informace pacientům poskytují a jaké možnosti jim nabízejí. Opatrní musejí být i v případě, kdy pacientům vyvracejí jejich mylná přesvědčení, která by mohla mít negativní dopad na jejich rozhodování, volbu a následně na jejich zdraví. F. Ahmadová s kolektivem (2006) tvrdí, že lékaři mají v důsledku „nové“ informovanosti novou roli, která se týká kontextualizace a interpretace internetových informací ve vztahu s pacientem, což činí lékařské konzultace náročnými.

Dominance lékařů jakožto expertních znalců na zdraví nepochybně klesá a nejvíce tak přicházejí o svoji autonomii, skrze kterou byla dříve lékařská profese jako taková definována (např. Haugh 1973; Haugh – Lavin 1981; Freidson 1984; Ritzer – Walczak 1988). Nelze již chápat lékaře jako profesionály, kteří jednají svobodně, nezávisle, určují podmínky výkonu vlastní profese a zastupují expertní svět, který je nepřístupný světu laickému (srov. Freidson 1970; Freidson 1984). Autonomie lékařů je velmi nízká a podryvaná rostoucí emancipací pacientů, kteří se stávají velkými „hráči“ – znalými, informovanými a schopnými kontroly a zkoušení lékařské autority.

Závěrem tak lze říci, že ačkoli transformace medicíny v českém prostředí probíhala výrazně později než v západních zemích, i české lékaře zasahuje proces deprofesionalizace (Lupton 1997; Lupton 2012; Hasmanová Marhánková 2014;

Hrešanová 2014; Slepíčková – Šmídová 2014). Jejich profese se stává zranitelnou a stále křehčí pod vlivem konzumerismu a dalších současných trendů, které se šíří v medicínském prostředí. K oslabování pozice a autority lékařů dochází v důsledku toho, jak se zmenšuje „vědomostní mezera“ mezi lékařem a pacientem. Nelze však ignorovat ani ostatní faktory podílející se na zranitelnosti lékařské profese, k nimž patří například silný vliv zdravotních pojišťoven či nadřízených (srov. Lupton 2012; Slepíčková – Šmídová 2014). Nejen skutečnost, že společnost je více vzdělaná, ale i rostoucí vliv masových médií, organizační a byrokratické restriktce, a zejména tržní princip se podílejí na výrazném poklesu autority a autonomie lékařů (srov. Haug 1988; Křížová 2006; Lupton 2012).

Informovanost a eroze důvěry v soukromém a veřejném sektoru

L. Slepíčková a I. Šmídová tvrdí, že lékaře nemůžeme chápat jako homogenní skupinu, jelikož pracují v různých podmínkách a svou profesi vykonávají různými způsoby. (Slepíčková – Šmídová 2014). V předchozí části jsem podrobně popsala tendenci pacientů vyhledávat informace z internetových zdrojů, které následně přebírají a důvěřují jim. Lékaři mého vzorku na tento nový trend pohlížejí stejně, a to tak, že problematizuje komunikaci mezi lékařem a pacientem. V této části poskytnu bližší pohled na to, jak se tato „nová“ informovanost projevuje v každodenní medicínské praxi v soukromém a veřejném lékařském sektoru. Pojem „eroze“ užívám z toho důvodu, že podle lékařů sílí tendence pacientů důvěřovat neodborným zdrojům informací, jimiž jsou především masová média a jež lékaři považují za nedůvěryhodné a jako zdroj nedorozumění.

Pacienti sice mají k dispozici více informací, ty jsou však často zkreslené a mylné. Další průběh komunikace s lékařem ve veřejném a v soukromém sektoru se pak liší. V rámci šetření jsem provedla celkem šest rozhovorů s lékaři veřejného sektoru a šest rozhovorů s lékaři soukromého sektoru. Mým prvotním zájmem nebylo zkoumat rozdíly mezi nimi, ovšem hlubší analýza odhalila nuance, které nelze opomenout. Ačkoli lékaři znalost a informovanost pacientů hodnotí převážně negativně, ukázalo se, že aktivní přístup pacientů vnímají jinak lékaři veřejného sektoru a jinak lékaři soukromého sektoru. To se projevuje, nejen pokud jde o znalosti pacientů, ale i pokud jde o jejich přístup k péči a jednání s lékaři.

V rámci výpovědí týkajících se „nové“ informovanosti pacientů hovořili jednotliví lékaři z mého vzorku o důvěře, respektu, či naopak o potížích a konfliktních situacích. Obtíže v komunikaci zmiňovali především lékaři vykonávající svoji profesi v nemocnici, ve veřejném sektoru. Tvrdili, že v důsledku „nové“ informovanosti se značně snížila důvěra a respekt ze strany pacientů a komunikace s nimi je velmi obtížná, komplikovaná a nepředvídatelná. Tuto situaci ilustruje výpověď lékaře Sýkory, který zdůrazňuje odlišnou perspektivu a znalosti pacientů.

Doktor Sýkora: Neustále vysvětlovat a ptát se. ... Vysvětlovat, proč se to dělá, proč se to nedělá, proč se to nedělá tak a nedělá se to jinak. Proč u každého se to dělá jinak. Jo? Protože pro ty lidi je to strašně nepochopitelný. ... A stejnou věc každý vnímá prostě jinak a o to je komunikace s lidma těžší. Ještě odhadnout toho člověka, nebo snažit se ho odhadnout, co od něj můžu čekat. Jakým způsobem s ním mám mluvit. Jestli se mám snažit odborně, nebo naopak nejvíce jednoduše. Jestli očekávat nějaký konflikt, jestli primárně chodí naštvaný, nebo jestli je to člověk, který naopak k tomu doktorovi vzhlíží jako k pánu Bohu. Jo? Prostě snažit se ty lidi odhadnout včas a na základě toho i s nima nějakým způsobem komunikovat, a to se člověk nenaučí, že jo. To musí člověk nějak poznat no. (chirurg, veřejný sektor, praxe 21 let)

Z úryvku bychom mohli usoudit, že do určité míry stále přetrvává nepřekročitelnost hranic expertního světa, že pacienti nerozumí odborným termínům a medicínské ideologii (Freidson 1970; Lupton 2012). To však nelze tvrdit, jelikož tuto nepřekročitelnost narušují právě znalosti pacientů a další individuální charakteristiky, které se podílí na průběhu komunikace mezi pacientem a lékařem. Roterová a Hallová (1993: 36–54) také upozorňují na to, že komunikace mezi lékařem a pacientem může být ovlivněna i dalšími charakteristikami, jako je věk, gender, sociální třída, etnicita či fyzický zjev. Odlišný sociokulturní background, o němž již kdysi hovořil Freidson (1970), má tak i nadále zásadní vliv na formování interakce lékař–pacient.

Doktor Litvaj: Tak ze začátku jsem měl takovou představu, nebo pocit, že všechno musím vysvětlit pacientovi dopodrobna, aby to pochopil. Ale pak jsem pochopil já, že někdy to pacientovi vysvětlit nelze, jo? Že je potřeba jen sdělit nějaký stručný informace tak, aby se rozhodli. Ale všechno dopodrobna, co se odbornosti týče, vysvětlit nelze. Takže některým jo samozřejmě, ale to je poměrně těžký poznat

na první pohled, jak kdo je v tom inteligentnější, na výši, jestli bude vyžadovat informaci takovou nebo onakou. Jestli bude chtít podrobně, nebo jestli projeví snahu. (chirurg, veřejný sektor, praxe 12 let)

Zásadní rozdíl s ohledem na sektor je tedy takový, že lékaři veřejného sektoru často narážejí na potíže během komunikace s pacienty. Doktor Litvaj poukazuje právě na odlišnost dvou světů, expertního a laického, ale zároveň uznává, že toto tvrzení nelze zobecnit. Z jeho výpovědi dokonce vyplývá, že pokud lékař pocítuje zájem a snahu ze strany pacienta, reaguje na to tak, že mu poskytne mnohem více informací, o které pacient stojí. Pokud však pacient zájem nemá nebo je pro něj větší problém danou informací pochopit, lékař se potýká s obtížemi (srov. Gerber – Eiser 2001). Převážná část nemocničních lékařů, tedy lékařů veřejného sektoru, vypovídala o těchto nesnázích, které spojovali s klesající důvěrou a respektem.

Doktor Bouček: Dříve ti pacienti dali více na radu, než nyní, obecně, jo? Někteří ti pacienti samozřejmě dají, někteří nedají vůbec. Bylo to vždycky. Teďka se ale zvyšuje procento pacientů, kteří na tu radu dají méně. Ale někdy se stane, že vzhledem k tomu, že nevezmou to vysvětlení od doktora a myslí si, že doktor nemá pravdu, tak potom nedochází k domluvě a pacient to bere jako, že by mu chtěl lékař ubližovat. A to samozřejmě lékař se vždy snaží, nebo měl by se snažit, mu pomoci v rámci svých možností. Konflikty byly a budou, ale není to nic zásadního, jako v normálním běžném životě. (chirurg, veřejný sektor, praxe 9 let)

Doktor Bouček naráží na nedostatek důvěry ze strany pacientů a podle něj někteří pacienti nedůvěřují do takové míry, že mají pocit, že jim chce lékař ublížit. Takové ublížení je samozřejmě v rozporu s lékařskou etikou, což podotýká i sám informátor. To může souviset s rostoucí mírou podezření, zda lékař jedná v zájmu pacienta, či pro vlastní prospěch, o čemž hovoří Timmermans a Ohová (2010). Zajímavé je, že lékař o konfliktní a problémové komunikaci hovoří jako o něčem, co je v každodenní praxi běžné. Ostatní lékaři veřejného sektoru se taktéž shodli, že pocítují snižující se důvěru a respekt ze strany pacientů a zejména u mladších věkových skupin. Doktorka Mašková tvrdí, že starší pacienti více respektují lékaře, a naopak mladší pacienti vyjadřují mnohem méně respektu a více vzdorují. Podle ní došlo k posunu z tzv. nadřazenosti lékaře ke vzájemné komunikaci mezi pacientem a lékařem, avšak podotkla, že část respektu by podle ní měla ze strany pacientů přetrvávat. Tento rozdíl mezi

staršími a mladšími pacienty zaznamenávají i ostatní lékaři. Věk je jednou z hlavních charakteristik, která ovlivňuje průběh komunikace a formování vztahu lékař–pacient. Zahraniční studie ukazují, že mladší a vzdělanější pacienti jsou více informovaní, autonomní a více diskutují s lékařem (např. Lupton 1997; De Haes 2006; Hayes-Bautista 1976). Jedná se o takzvané konzumenty, kteří mají povědomí o medicíně a jednají aktivně, v porovnání se staršími pacienty, tzv. závislými, kteří jsou spíše neznalí a pasivní (Lupton 1997; Pescosolido a kol. 2001). V českém prostředí provedli výzkum Křížová se Šimkem (2007), přičemž odhalili, že věk zásadně ovlivňuje jednání a postoje, a to jak u pacientů, tak i u lékařů. V otázce vztahu lékař–pacient hrají nepochybně důležitou roli individuální vlastnosti a socioekonomický status, které se podílí na dostupnosti zdrojů a schopnosti informace vyhledávat a analyzovat (srov. Lupton 1997; Jacyno 2012).

Nemocniční lékaři hodnotí informovanost a komunikaci s pacienty spíše negativně, neboť jim v jejich každodenní praxi přináší řadu problémů. Ilustrované výroky informátorů navíc reflektují posun z paternalistického vztahu na vztah spíše partnerský, což však nevnímali zcela pozitivně. Naopak některé výpovědi nemocničních lékařů naznačují, že by uvítali, kdyby pacienti dali více na jejich radu a respektovali je jako autoritu. To znamená, že se uchylují spíše k paternalistickému modelu vztahu lékař–pacient. Důvodem může být jimi pocívaná ztráta důvěry, respektu a úcty. Konflikty, nedůvěra, neporozumění, neúcta – těmito pojmy lékaři veřejného sektoru konceptualizují komunikaci s pacienty, což spatřují jako zásadní rozdíl oproti tomu, jak aktivní přístup a informovanost vnímají soukromí lékaři. Ti se převážně shodovali na tom, že by jednání s pacienty mělo probíhat na úrovni partnerské. Například doktor Král, působící v soukromém sektoru, definuje vztah s pacientem spíše jako rovnocenný a založený na možnosti volby.

Doktor Král: Na všechno má pacient nárok a on sám rozhoduje o léčbě. Může třeba říct, že se mu nějaká ta procedura nelíbí, že mu v minulosti nedělala dobře, nebo že se jí obává. Vůbec to neřeším. Každý pacient si tu svoji léčbu může určit sám, a když něco nechce, tak mu to nevnučuju. Anebo mu řeknu, jaké jsou možnosti léčby, a když řekne, že chce nějakou takovou a že by mu vyhovovala, tak mu vyjdu vstříc. (chirurg, soukromý sektor, praxe 28 let)

Doktor Král zcela uznává aktivní roli pacienta, který má podle něj právo na informace a volbu léčby s ohledem na vlastní zájmy, preference a hodnoty.

Lékařův výrok „vyjdu vstříc“ však nelze chápat absolutně. Doktor Král upozorňuje, že pokud je druh léčby požadovaný pacientem možný, vyhoví mu. Ne vždy je ale léčbu možné poskytnout. Lékaři musí zhodnotit veškerá rizika a přínosy dané léčby a také její vhodnost s ohledem na pacientův stav. To odkazuje k dříve zmiňovanému problému, kdy pacienti přicházejí informovaní a přesvědčení o „něčem“, co je v jejich případě nevhodné. Přesto lékař zdůrazňoval spolupráci v rámci komunikace s pacientem a určitý výsledek, jenž je významný jak pro pacienta, tak i pro něj.

Soukromí lékaři v rozhovorech o komunikaci s pacienty často odkazovali k termínu „spolupráce“, „konsenzus“ a sebe tak umísťovali spíše do pozice poradního hlasu. To znamená, že přijímají tu pozici, kdy pacientům radí, jaká léčba je pro ně vhodná, poskytují informace a odpovídají na pacientovy otázky. Jejich zkušenosti jsou především takové, že pacienti přicházejí informovaní, znalí, a i když jsou jejich informace zkreslené a mylné, později dochází ke shodě. Odlišná je i jejich zkušenost s důvěrou.

Doktor Osička: Z pacientova pohledu, určitě člověk, nebo sem pacient chodí, protože nějakým způsobem lékaři důvěřují. ... Co se týče mého vztahu k pacientům, tak nemám pocit, že bych byl nějakým způsobem nadřazený. Tak takhle to nikdy nechápu. Vždycky je to jako konsenzus člověka. ... Spíš být pro něho partner v tom směru, že mu poskytnu informace, dám mu možnosti, jaký by mohl eventuelně využít“ (chirurg, soukromý sektor, praxe 22 let)

Lékař Osička pohlíží na vztah jako rovnocenný a pro jeho označení používá právě termín „konsenzus“, kdy s pacientem docházejí k nějakému souladu v rámci interakce. Sebe, jakožto lékaře, nazývá „partnerem“. Lékař ve své výpovědi vyzdvihl důvěru pacientů, která hraje velmi významnou roli ovlivňující jednání pacientů. Podle něj se důvěra podílí již na tom, zda pacient lékaře navštíví, či nikoliv. Opět je nutno mít na paměti, že se jedná o lékaře soukromého sektoru, v němž mají pacienti větší možnost individuální volby nejen mezi druhy léčby, ale i mezi lékaři (Hřešanová – Hasmanová Marhánková 2008). To může svědčit pro možnost, že se soukromí lékaři setkávají s větší důvěrou, avšak s ohledem na velikost mého vzorku nelze tento předpoklad generalizovat. Jedním z dalších vysvětlení může být i to, že pacienti, kteří se více zajímají o vlastní zdraví a prosazují zdravý životní styl, preferují soukromou praxi, která je právě založena na kvalitě poskytované služby a její volbě. Roli důvěry a především volbu ilustruje i následující úryvek z rozhovoru s lékařem Králem.

Doktor Král: Protože k tomu lékaři přichází lidi, kteří mají nějaké zdravotní problémy, a to je vždycky to, co je pro toho člověka nejcennější, takže ten lékař je potom taková poslední instance. A tím, že se od něj nechají léčit, tak tím mu vlastně dávají všanc to úplně nejcennější, co mají, což je zdraví, život, a tak podobně. Takže to si myslím, že tak bylo vždycky. Jestli to tak bude pořád, to nevím. Ale v současnosti si myslím, že to platí pořád. Samozřejmě lékaři jsou různí. ... Takže záleží vyloženě na tom jednotlivci. Ale myslím si, že ti pacienti si toho člověka najdou, a když mu věří, tak nejsou žádné problémy, co se týče toho respektu a úcty, a tak podobně. (chirurg, soukromý sektor, praxe 28 let)

Z mého vzorku převážná část soukromých lékařů, celkem čtyři ze šesti, zmiňovali důvěru a respekt jako zásadní pro komunikaci s pacienty. Více důvěřující pacienti s lékaři lépe komunikují, spolupracují a respektují lékařovy názory a doporučení týkající se léčby. Aktivní účast pacientů je tak vnímána výrazně odlišně, než je tomu u lékařů veřejného sektoru. Na základě zjištění lze na aktivní roli pacientů nahlížet jak pozitivně, tak negativně. Soukromí lékaři vítají to, že pacienti jsou partnery, kteří jsou schopni komunikovat, hovořit o své nemoci a vyjednávat o léčbě, a na základě spolupráce dojdou s pacientem ke shodě. Nemocniční lékaři naopak informovanost a aktivní roli pacientů spojovali s potížemi a s konflikty. V důsledku toho pocítují spíše nedůvěru, zpochybnění a klesající respekt ze strany pacientů.

Širší strukturální změny vedly k tomu, že pozice lékařů v těchto dvou prostředích je odlišná. Jedná se zejména o privatizaci, komercializaci, rostoucí byrokratické požadavky a moc zdravotních pojišťoven, které přetransformovaly poskytování zdravotní péče a lékařskou profesi jako takovou. Nejenže tedy veřejný a soukromý sektor s sebou nese odlišné podmínky a nároky na výkon lékařské profese, ale dalším možným vysvětlením těchto rozdílů může být i skutečnost, že se nemocniční lékaři setkávají s širším spektrem pacientů. Pacienti s různými sociokulturními charakteristikami a zejména pacienti nižších sociálních vrstev mohou preferovat veřejná zdravotnická zařízení před soukromými, která jsou placená a založená na konzumentské ideologii (srov. Hrešanová – Hasmanová Marhánková 2008). To se následně odráží na způsobu komunikace a případných obtížích či nepochopení mezi pacientem a lékařem.

Z analýzy rozhovorů s lékaři shledávám, že zejména mezi lékaři veřejného sektoru přežívá sklon k paternalismu v interakci s pacienty. I některé studie (Křížová – Šimek 2007; Šmídová Matoušová – Tollarová 2014; Hrešanová 2014) zdůrazňují, že v českém systému zdravotnictví přetrvává určitá míra

paternalismu, a to nejen u lékařů, ale také u některých pacientů, kteří rozhodování přenechávají na lékaři a zastávají pozici pasivního příjemce péče. Na formování vztahu mezi lékařem a pacientem je tak nutno nahlížet jako na komplexní interakci, která je ovlivněna celou řadou faktorů (sociodemografické charakteristiky, preference, postoje atd.), ale i vnějšími okolnostmi (způsob vykonávání lékařské profese, organizační kultura, politika či širší celospolečenské procesy). Například vzdělání, věk, příjem a životní úroveň – to vše se může podílet na tom, jaké informace pacienti přebírají, jak je následně užívají v komunikaci s lékařem či jakého lékaře pacient volí a navštíví.

Diference mezi lékaři veřejného a soukromého sektoru korelují se zjištěními Slepíčkové a Šmídové, které ukazují, že lékaři soukromého sektoru jsou obecně spokojenější ve výkonu své praxe než lékaři veřejného sektoru, kteří se často potýkají s problémy (zejména přetížení, nadměrná byrokracie, nedostatek času na pacienty a nedůvěra pacientů) (Slepíčková – Šmídová 2014). Privatizace má tudíž jednoznačný dopad na každodenní lékařskou praxi. Můžeme se zamyslet i nad tím, zda privátní sektor prosperuje na úkor lékařů působících ve veřejném sektoru. To však na základě mých zjištění nelze potvrdit. Přesto je nutné brát v potaz odlišné dynamiky komunikace mezi lékařem a pacientem v těchto sektorech, které mohou podporovat nejen ideu konzumerismu a klientelismu, ale rovněž zranitelnost lékařské profese, konkrétně lékařů veřejného sektoru.

Z výsledných zjištění plynou poněkud protichůdné tendence. Zaznamenáváme rozmach důvěry v masová média, která posilují autonomii pacientů a vybavují je novými znalostmi v oblasti medicíny (srov. Anderson a kol. 2000). Zároveň roste význam důvěry pacienta v lékaře důvěra v lékaře je zásadní pro komunikaci a formování vztahu mezi pacientem a lékařem, nicméně může být výrazně ovlivněna informacemi z masových médií. Na jedné straně spatřujeme přítomnost spolupráce, partnerství a důvěry a na straně druhé nedostatek důvěry a vzdor pacientů. B. Pescosolidová s kolektivem (2001: 1) například tvrdí, že důvěra v lékaře zůstává relativně vysoká, ale dochází k silné krystalizaci postojů, z nichž některé jsou negativní a některé pozitivní.

Závěr

Lékaři se v každodenní praxi setkávají s pacienty, kteří čerpají medicínské informace z neoborných zdrojů. Analýza dat odhalila, že lékaři tuto skutečnost hodnotí negativně, jelikož se často jedná o informace mylné a povrchní. Podle mých informátorů mají pacienti tendenci důvěřovat spíše těmto informacím než

lékařům a jejich radám. Výsledná zjištění naznačují, že „nové“ vědění pacientů problematizuje komunikaci, zpochybňuje lékařskou autoritu a zvyšuje nedůvěru vůči lékařům. Tyto poznatky vycházející z analýzy mne přivedly k úvahám o zranitelnosti lékařů, kteří se potýkají s nedůvěrou, obtížnou komunikací s pacienty, ztrátou autority a pozice primárního zdroje informací. Zjištění ovšem nelze generalizovat, jelikož cílem kvalitativního šetření není jeho zobecnitelnost, ale porozumění a interpretace významů, které jedinci přisuzují jednotlivým situacím a jednáním (Hendl 2005). I přesto můžeme na základě výše zmíněných zjištění potvrdit například existenci rozdílů mezi veřejným a soukromým sektorem (např. Slepíčková – Šmídová 2014) či skutečnost, že pacient má v tomto směru tendenci ke konzumnímu jednání (např. Lupton 1997; Hrešanová 2008; Fox a kol. 2005).

Lékařská profese se v důsledku konzumerismu a vlivu masových médií stává zranitelnou a ztrácí svoji dominantní pozici. Budoucím badatelským záměrem by mělo být to, jak se lékaři vyrovnávají s pocíťovanou ztrátou důvěry, rostoucí důvěrou v masová média a jakým způsobem by si chtěli důvěru pacientů znovu získat. Jak bylo řečeno, důvěra je zásadním faktorem pro formování vztahu s pacientem. Možným východiskem může být snaha lékařů o znovuzískání autority, tedy získání důvěry a navázání blízkého vztahu s každým pacientem. To se ovšem s ohledem na pokračující transformaci medicíny může zdát jako ideál, kterého nelze dosáhnout.

To, že konzumerismus a rozmach informací s sebou nese ztrátu důvěry a zpochybnění lékařské profese, nelze jednoduše popsat, jelikož se jedná o komplexní proces, proces deprofesionalizace. Dochází k transformaci lékařské profese, která se diferencuje zejména v důsledku rozmachu privatizovaných zařízení. Soukromí lékaři vykonávají svoji profesi pod vlivem konzumentské ideje, která pacienty chápe jako aktivní, autonomní klienty, kteří si mezi službami vybírají a pro lékaře jakožto poskytovatele představují vidinu zisku. Lze soudit, že právě aktivnější členové společnosti vyhledávají informace a chtějí využívat své svobodné volby v rozhodování o tom, kdo o ně bude pečovat a jaká služba jim bude poskytnuta. Práce lékařů veřejného sektoru má pak zcela odlišnou dynamiku – větší zatížení, více potíží a konfliktů s pacienty, obecně větší nespokojenost s profesním výkonem. Veřejná zdravotnická zařízení jsou dostupná všem a lze tak předpokládat, že se lékaři uvnitř tohoto sektoru setkávají s heterogenními skupinami obyvatel včetně nižší společenské vrstvy, což může být příčinou problémové komunikace. Ne všichni pacienti jsou aktivní, vyhledávají informace, rozumí možnostem medicíny a léčby atd. Zaměříme-li se například

na věk, starší pacienti jsou více důvěřiví a jsou spíše pasivními příjemci péče. Přenechávají rozhodování o léčbě lékařům a zůstávají tak v podřízené pozici. Jsou tak zvanými zranitelnými pacienty, jejichž autonomie je velmi nízká či žádná (srov. De Haes 2006).

Otázkou je, jak pokračující transformace a implementace demokratických principů postihne tyto zranitelné pacienty. To, zda od nich lékaři očekávají partnerský přístup a jak se formuje vztah lékař–pacient, by mělo být předmětem dalších výzkumů. Pozornost by měla být věnována i tomu, jak se rozrůžňuje lékařská profese jako taková a do jaké míry diferenciací medicíny zapřičiňuje tvorbu sociálních nerovností a restriktce v poskytování zdravotní péče. S nadsázkou můžeme přemýšlet o možných důsledcích, jako například o tom, že veřejná zdravotnická zařízení nebudou moci poskytovat adekvátní péči z důvodu, že se neustále snižuje množství času, které lze pacientovi věnovat. Na veřejná zdravotnická zařízení je vyvíjen tlak na kvantitu, rychlost a efektivitu. Opačnou logiku přejímají soukromá zařízení, která jsou však s ohledem na ceny poskytovaných služeb dostupná jen pro určité skupiny obyvatel.

Alena Glajchová je interní doktorandkou na Katedře antropologie Fakulty filozofické Západočeské univerzity v Plzni. Ve svém výzkumu se zabývá proměnou vztahu lékař–pacient a celkovou povahou současné medicíny v české společnosti. V současné době pracuje na disertačním projektu, který se zaměřuje na interakci mezi tak zvanou zranitelnou populací a lékařským personálem. Hlavní pozornost věnuje interpretaci zkušenosti týkající se přístupu ke zdravotní péči a komunikace mezi lékaři a migranty. Kontakt: alenag@ksa.zcu.cz

Použitá literatura

- Abraham, John. 2010. „Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions.“ *Sociology* 44, 2010, 4: 603–622.
- Ahmad, Farah, et al. 2006. „Are Physicians Ready for Patients with Internet-based Health Information?“ *Journal of Medical Internet Research* 8, 2006, 3: e22. Dostupné z <http://www.jmir.org/2006/3/e22/> [cit. 2015-10-30].
- Akerkar, Shashank M. – Bichile, Lata S. 2004. „Doctor–Patient Relationship: Changing Dynamics in the Information Age.“ *Journal of Postgraduate Medicine* 50, 2004, 2: 120–122. Dostupné z <http://www.jpgmonline.com/text.asp?2004/50/2/120/8252> [cit. 2015-10-30].
- Andreassen, Hege K. – Trondsen, Marianne. 2010. „The Empowered Patient and the Sociologist.“ *Social Theory & Health* 8, 2010 3: 280–87.

- Anderson, James G. – Rainey, Michelle R. – Eysenbach, Gunther. 2003. „The Impact of CyberHealthcare on the Physician–Patient Relationship.“ *Journal of Medical Systems* 27, 2003, 1: 67–84.
- Broom, Alex. 2005. „Medical Specialists’ Accounts of the Impact of the Internet on the Doctor/Patient Relationship.“ *Health* 9, 2005, 3: 319–338.
- Conrad, Peter. 2013. „Medicalization: Changing Contours, Characteristics, and Contexts.“ Pp. 195–214 in William C. Cockerham (ed.): *Medical Sociology on the Move*. Dordrecht: Springer Netherlands.
- De Haes, Hanneke. 2006. „Dilemmas in Patient Centeredness and Shared Decision Making: A Case for Vulnerability.“ *Patient Education and Counseling* 62, 2006, 3: 291–298.
- Doherty, Carole et al. 2015. „The Consent Process: Enabling or Disabling Patients’ Active Participation?“ *Health* 2015, prepublished October 20. DOI: 10.1177/1363459315611870.
- Fox, Nicholas J. – Ward, Katie J. – O’Rourke, Alan J. 2005. „The ‚Expert Patient‘: Empowerment or Medical Dominance? The Case of Weight Loss, Pharmaceutical Drugs and the Internet.“ *Social Science & Medicine* 60, 2005, 6: 1299–1309.
- Freidson, Eliot. 1970. *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. New Brunswick: Transaction.
- Freidson, Eliot. 1984. „The Changing Nature of Professional Control.“ *Annual Review of Sociology* 10, 1984: 1–20.
- Gerber, Ben S. – Eiser, Arnold R. 2001. „The Patient–Physician Relationship in the Internet Age: Future Prospects and the Research Agenda.“ *Journal of Medical Internet Research* 3, 2001, 2: e15. Dostupné z <http://www.jmir.org/2001/2/e15/> [2015-10-30].
- Goold, Susan D. – Lipkin, Mack. 1999. „The Doctor–Patient Relationship: Challenges, Opportunities, and Strategies.“ *Journal of General Internal Medicine* 14, 1999, S1: 26–33.
- Hasmanová Marhánková, Jaroslava. 2008. „Konstrukce normality, rizika a vědění o těle v těhotenství: Příklad prenatalních screeningů.“ *Biograf* 2008, 47. Dostupné z <http://www.biograf.org/clanek.php?clanek=v4702> [cit. 2015-10-30].
- Hasmanová Marhánková, Jaroslava. 2014. „Všechno je to jen naše zodpovědnost – postoje rodičů odmítajících povinná očkování svých dětí jako případová studie krize důvěry v biomedicinském vědění.“ *Sociologický časopis/Czech Sociological Review* 50, 2014, 2: 163–188.
- Haug, Maria R. 1973. „Deprofessionalization: An Alternative Hypothesis for the Future.“ *Sociological Review* 20, 1973, S1: 195–211.
- Hayes-Bautista, David E. 1976. „Modifying the Treatment: Patient Compliance, Patient Control, and Medical Care.“ *Social Science & Medicine* 10, 1976, 5: 233–238.
- Haug, Marie R. – Lavin, Bebe. 1981. „Practitioner or Patient: Who’s in Charge?“ *Journal of Health and Social Behavior* 22, 1981, 3: 212–229.
- Haug, Marie R. 1988. „A Re-examination of the Hypothesis of Physician Deprofessionalization.“ *Milbank Quarterly* 66, 1988, S2: 48–56.
- Hendl, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum – základní metody a aplikace*. Praha: Portál.

- Hrešanová, Ema. 2008. *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*. Plzeň: Západočeská univerzita.
- Hrešanová, Ema – Hasmanová Marhánková, Jaroslava. 2007. „Komeracionalizace, konzumerismus a sociální nerovnosti mezi rodičkami.“ Pp. 21–28 in *Antropologické Symposium V*. Plzeň: A. Čeněk.
- Hrešanová, Ema – Hasmanová Marhánková, Jaroslava. 2008. „Nové trendy v českém porodnictví a sociální nerovnosti mezi rodičkami.“ *Sociologický časopis/Czech Sociological Review* 44, 2008, 1: 83–112.
- Hrešanová, Ema. 2014. „„Nobody in a Maternity Hospital Really Talks to You‘: Socialist Legacies and Consumerism in Czech Womens’ Childbirth Narratives.“ *Sociologický časopis/Czech Sociological Review* 50, 2014, 6: 961–986.
- Jacyno, Malgorzata. 2012. *Kultura individualismu*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Kivits, Joëlle. 2006. „Informed Patients and the Internet: A Mediated Context for Consultations with Health Professionals.“ *Journal of Health Psychology* 11, 2006, 2: 269–282.
- Křížová, Eva. 2006. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Křížová, Eva – Šimek, Jiří. 2007. „Theory and Practice of Informed Consent in the Czech Republic.“ *Journal of Medical Ethics* 33, 2007, 5: 273–277.
- Li, Yiran. 2013. „A Closer Look at Patient–Physician Relationship at ‚Internet Age‘: From a Principal–Agent Model Perspective.“ Pp. 92–119 in *Evaluation of Food Assistance Programs and Implications of Patients’ Health Information Seeking*. Blacksburg: Virginia Polytechnic and State University.
- Lupton, Deborah. 1997. „Doctors on the Medical Profession.“ *Sociology of Health & Illness* 19, 1997, 4: 480–497.
- Lupton, Deborah. 2012. *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: Sage.
- McMullan, Miriam. 2006. „Patients Using the Internet to Obtain Health Information: How This Affects the Patient–Health Professional Relationship.“ *Patient Education and Counseling* 63, 2006, 1–2: 24–28.
- McQuail, Denis. 2002. *Úvod do teorie masové komunikace*. Praha: Portál.
- Murray, Elizabeth et al. 2005. „The Impact of Health Information on the Internet on Health Care and the Physician–Patient Relationship: National U.S. Survey among 1.050 U.S. Physicians.“ *Journal of Medical Internet Research* 5, 2005, 3: e17. Dostupné z <http://www.jmir.org/2003/3/e17> [cit. 2015-10-30].
- Parusniková, Zuzana. 2000. „Biomoc a kult zdraví.“ *Sociologický časopis* 36, 2000, 2: 131–142.
- Pescosolido, Bernice A. – Tuch, Steven A. – Martin, Jack K. 2001. „The Profession of Medicine and the Public: Examining Americans’ Changing Confidence in Physician Authority from the Beginning of the ‚Health Care Crisis‘ to the Era of Health Care Reform.“ *Journal of Health and Social Behavior* 42, 2001, 1: 1–16.
- Pollock, Kristian. 2005. *Concordance in Medical Consultations: A Critical Review*. Oxford – Seattle: Radcliffe Publishing.
- Read, Rosie. 2007. „Labour and Love: Competing Constructions of ‚Care‘ in a Czech Nursing Home.“ *Critique of Anthropology* 27, 2007, 2: 203–222.

- Ritzer, George – Walczak, David. 1988. „Rationalization and the Deprofessionalization of Physicians.“ *Social Forces* 67, 1988, 1: 1–22.
- Rose, Nikolas. 2001. „The Politics of Life Itself.“ *Theory, Culture & Society* 18, 2001, 1: 1–30.
- Roter, Debra – Hall, Judith A. 1993. *Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits*. Westport: Praeger.
- Shaw, Joanne – Baker, Mary. 2004. „Expert Patient: Dream or Nightmare?“ *British Medical Journal* 328, 2004, 7442: 723–724.
- Slepičková, Lenka – Šlesingerová, Eva – Šmídová, Iva. 2012. „Biomoc a reprodukční biomedicína: konceptuální inspirace pro český kontext.“ *Sociologický časopis/Czech Sociological Review* 48, 2012, 1: 85–106.
- Slepičková, Lenka – Šmídová, Iva. 2014. „Postoje českých lékařů k medicíně a ke změnám v praxi reprodukční medicíny.“ *Data a výzkum – SDA Info* 8, 2014, 1: 63–93.
- Sommerhalder, Kathrin, et al. 2009. „Internet Information and Medical Consultations: Experiences from Patients’ and Physicians’ Perspectives.“ *Patient Education and Counseling* 77, 2009, 2: 266–271.
- Šmídová Matoušová, Olga – Tollarová, Blanka. 2014. „‘You Can’t Take It Personally’: Emotion Management as Part of the Professional Nurse’s Role.“ *Sociologický časopis/Czech Sociological Review* 50, 2014, 6: 839–874.
- Timmermans, Stefan – Oh, Hyeyoung. 2010. „The Continued Social Transformation of the Medical Profession.“ *Journal of Health and Social Behavior* 51, 2010, Extra Issue: What do we know? Key findings from 50 years of Medical Sociology: S94–S106.
- Townsend, Anne, et al. 2015. „eHealth, Participatory Medicine, and Ethical Care: A Focus Group Study of Patients’ and Health Care Providers’ Use of Health-related Internet Information.“ *Journal of Medical Internet Research* 17, 2015, 6: e155. Dostupné z <http://www.jmir.org/2015/6/e155/> [cit. 2015-10-30].
- Williams, Simon J. – Martin, Paul – Gabe, Jonathan. 2011. „The Pharmaceuticalisation of Society? A Framework for Analysis.“ *Sociology of Health & Illness* 33, 2011, 5: 710–725.