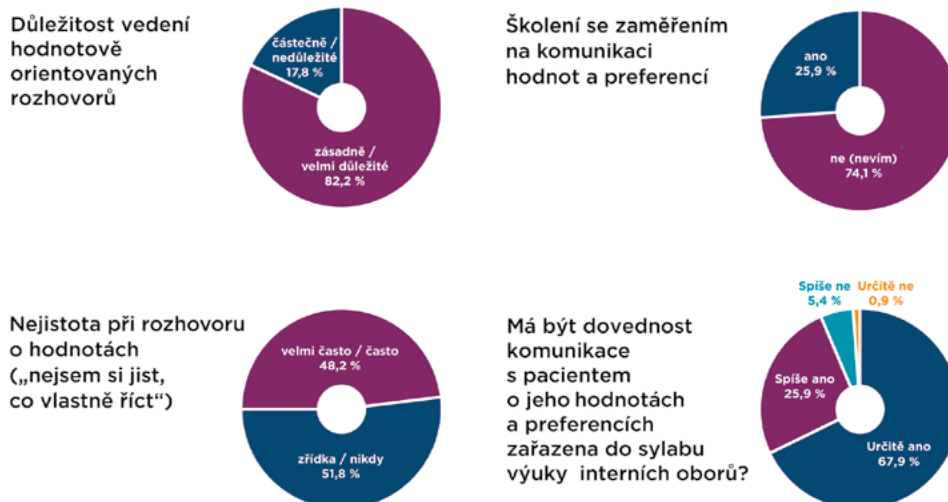


Obr. 3. Důležitost hodnotové anamnézy pro lékaře (a), průprava/školení (b), nejistoty v komunikaci (c) a postoj k integraci do sylabu výuky studentů medicíny (d)

Diskuze

Studie zkoumající postoj pedagogů k výuce hodnotově vázaného rozhovoru u pacientů se závažným pokročilým onemocněním doposud nebyla v ČR provedena. Z výsledků průzkumu na několika fakultních pracovištích, která se věnují výuce interní propedeutiky a vnitřního lékařství, vyplývá, že hodnotová anamnéza ani její jednotlivé prvky se v současné době ve výuce ani v praxi široce neuplatňují. Naprostá většina lékařů ji však považuje za velmi důležitou, mezi potenciálními přínosy vidí zejména: vyšší spokojenost pacientů a jejich rodin, větší možnost respektovat přání pacienta a také potenciální snížení počtu neplánovaných nebo nechtěných rehospitalizací v závěru života. Dále studie ukázala, že zcela chybí průprava k hodnotově vedenému rozhovoru a mezi bariéry vést hodnotově vázaný rozhovor patří zejména potenciální neshoda mezi pacientem a jeho blízkými, nedostatek času a odhad, že takový rozhovor může být nepřijemný.

Vývoj věkové struktury obyvatelstva ukazuje, že do 15 let významně vzroste nemocnost v souvislosti s chorobami vyššího věku, v horizontu 25 let bude tento nárůst prudký a odrazí se i ve struktuře hospitalizovaných pacientů. Statistická predikce prevalence diabetu nebo Alzheimerovy nemoci se v horizontu 10 let zvýší o 20 %, resp. 15 %, predikce incidence výskytu zhoubných nádorů o 16 % (zdroj: NRHZS 20102021 Český statistický úřad). Současně víme, že pro řadu pacientů není prodloužení života se ztrátou soběstačnosti žádoucí (15, 16). Strukturovaně sbíraná hodnotová anamnéza (1. porozumění a informační potřeby, 2. osoba důvěry/osoba s právem zástupného souhlasu a 3. hodnoty a preference) může mít příznivý vliv na kvalitu rozhodovacího procesu, ve kterém se stanovuje rozsah diagnostických a terapeutických postupů u individuálního nemocného, např. DNR, DNI, indikace k přijetí/nepřijetí na JIP v případě deteriorace.

Tento postup je současně právně žádoucí, jak v recentním Nálezu (6) uvedl Ústavní soud. V posuzovaném případě, kde rodina žalovala nemocnici za smrt dlouhodobě nemocné pacientky při jednostranném vydání pokynu Do Not Resuscitate („ne-resuscituj“) pojmenoval

nezpochybnitelnou roli lékaře v posouzení toho, zda daný diagnostický nebo terapeutický postup je/není u pacienta indikován a zároveň zdůraznil, že při poskytování péče musí být respektována tzv. participační práva pacienta. „O možnosti DNR musí lékař komunikovat s pacientem v momentě, kdy je ještě schopen vnímat důsledky takového rozhodnutí a vyslovit skutečně svobodný a informovaný souhlas. Pacienti musejí být ve stavu, v němž ještě vnímají váhu vlastního rozhodnutí. Taktéž osoby blízké by měly být ze strany lékařů jasně a srozumitelně informovány o možnosti DNR.“ Pro odbornou komunitu komentoval nález soudce zpravodaj v rozhovoru pro časopis Paliativní medicína (17).

Ústavní soud jasně stanovil, že pokud je pacient ve stavu, kdy není schopen komunikace či rozhodování o svém životě, lékař musí o možnostech a dalších postupech kontaktovat nejbližší příbuzné a jednat v návaznosti na dříve vyslovená přání pacienta či jeho hodnoty. Právě v takové situaci by hodnotová anamnéza odebraná a uchovaná v elektronické dokumentaci usnadnila další rozhodování o přiměřeném cíli léčby a předešla či zamezila podobným soudním sporům.

V rámci seminářů, které proběhly na začátku projektu, lékaři často uváděli, že hodnoty a preference zejména u pacientů, které dlouhodobě sledují, znají, avšak není zavedenou praxí tyto důležité informace zaznamenávat do zdravotnické dokumentace. Tento úzus potvrdila i multicentrická studie (11), ve které se v dokumentaci pacientů, kteří jsou v závěru života, objevuje záznam o jejich vůli, hodnotách a preferencích pouze v 10 %.

Zajímavé zjištění studie bylo, že se míra setkání se závažně nemocnými statisticky významně snižuje v souvislosti s věkem a zkušeností lékaře. Pravděpodobně to bude dáno vyšším zastoupením mladších lékařů na lůžkových odděleních, kam se pacienti v pokročilém (případně terminálním) stavu nemoci dostávají. Specialisté a profesně zkušenější lékaři převažují v ambulantních provozech, což by mohlo vysvětlovat tyto disproporce.

Vliv rozhovoru mezi pacientem a lékařem o porozumění a jeho hodnotách a preferencích na dokumentaci cíle péče ukazuje i recent-