

Lékaři se učí, jak sdělovat špatné zprávy pacientům

V některých medicínských oborech je schopnost umět správně komunikovat s pacientem důležitější než v jiných. Avšak to, jak sdělit nemocnému špatnou prognózu nebo jak zvládat emoce, je dnes často momentem, jehož se řada lékařů při své práci nejvíce obává. Pomoci jim mohou odborné semináře, které v průběhu tohoto roku probíhají po celé České republice.

Podle jejich pořadatelů není bezmoc, s níž se řada lékařů v souvislosti se sdělováním závažných zpráv v onkologii ztotožňuje, osobnostní charakteristikou moderního lékaře, ale produktem toho, že nemají dostatečnou zkušenost nebo příležitost vzdělávání v této oblasti.

„Zájem o tyto semináře nás mile překvapil, je větší, než jsme čekali. Ukazuje se, že je to téma, které běžný lékař řeší a s nímž se zatím během vzdělávání na fakultě neměl moc příležitostí setkat. Dalším tématem, o němž do budoucna uvažujeme, je oblast emocí, s nimiž, jak se nám lékaři svěřují, neumějí pracovat. Kolegové přicházejí s řadou nápadů a my věříme, že vymyslíme pokračování, které by pro ně dávalo smysl,“ řekl pro MT ředitel Centra paliativní péče a odborný asistent na oddělení lékařské psychologie 3. LF UK PhDr. Martin Loučka, Ph.D., který spolu s MUDr. Adamem Houskou pořádá semináře, které navštěvují mladí, i starší lékaři různých oborů.

Cílem semináře *Sdělování závažných zpráv v onkologii*, který se v rámci kontinuálního vzdělávání mladých onkologů uskutečnil 24. října v Praze, bylo shrnout současnou evidenci týkající se sdělování závažných zpráv o diagnóze a prognóze v onkologii. Přednášející se zaměřili zejména na preference pacientů a jejich rodin, vliv informovanosti o prognóze na vztah mezi lékařem a pacientem, kvalitu života či depresivitu. Podstatná část semináře byla věnována praktickému ná-

cviku komunikačních dovedností a názornému vysvětlení protokolu SPIKES, který je mezinárodně doporučovaným postupem pro komunikaci závažných zpráv v onkologii. V průběhu demonstrování rozhovoru lékaře s pacientem, který byl rozdělen na několik částí, se přítomní měli možnost ptát na konkrétní otázky, komentovat danou situaci a o problému vzájemně diskutovat.

Vedou-li se rozhovory o cílech péče a léčby včas, je to spojeno s lepší kvalitou života, snížením užívání neškodné lékařské péče v období před smrtí a zlepšením cílené péče. Včasná komunikace má také pozitivní dopad na rodinu a je spojena s nižšími náklady. Navíc existující evidence nepotvrzuje rozšířenou domněnku, že komunikace o věcech ohledně konce života zvyšuje u pacientů úzkost.

Proč jsou rozhovory o závažných prognózách těžké?

Na tuto otázku účastníci interaktivního semináře nejčastěji odpovídali:

- jakákoliv konfrontace s nevléčitelnou nemocí je náročná,
- strach z bezradnosti,
- předpoklad, že přes veškerou léčbu to nedopadne dobře,
- obava z reakce pacienta – zdrcený pacient, kterému vezmeme veškerou naději,
- pacienti odmítají přijmout závažnou diagnózu nebo informace záměrně vytěšňují,
- zvládání emocí,

- přesouvání odpovědnosti pouze na lékaře,
- konfrontace s frustrací, kdy lékař již nemůže, byť by si to sám přál, nabídnout nic dalšího, ale pacient nebo rodina to stále vyžaduje.

Jak se ukázalo z reakcí účastníků seminářů, za velmi těžké při takovéto komunikaci s pacientem považují zvládnání emocí. Zatím však mnoho seminářů o tom, jak pracovat s emocemi vlastními či u pacientů, bohužel není. Celou situaci v případě těchto náročných rozhovorů navíc ztěžují i různá systémová omezení, nedostatek času. Podle nedávného průzkumu má český lékař na sdělení závažné zprávy o prognóze onemocnění průměrně deset až patnáct minut. Důležitý je i faktor prostředí, v němž se tato komunikace odehrává, které nebývá ideální.

„Znatí svoji diagnózu je pro řadu pacientů důležité právě proto, aby mohli dělat správná rozhodnutí o tom, jak chtějí využít zbytky energie, kterou ještě mají. Tíha celé situace v souvislosti se sdělením špatné zprávy, která lékaře uvádí do diskomfortu, je zvětšena i tím, že je na vše sám. Velmi potřebná by zde byla podpora okolí,“ je přesvědčen PhDr. Loučka.

Tak to už budu jenom čekat na smrt...?

Jak se ukazuje, lékaři mají také obavy z toho, jak mluvit s pacientem, aby po sdělení nepříznivé diagnózy nerezignoval a nezbyla jen beznadě. Jak reagovat? Kolikrát špatnou zprávu opakovat, odmítá-li ji pacient přijmout? Jak přednášející zdůraznili, jde o velmi důležitý moment, kdy by ale lékař neměl couvnout a slibovat nebo nabízet ne-reálné, aby zdání léčby jakoby prodloužil. „Je třeba v sobě najít sílu a dokázat říci: Máte nemoc, kterou nedovedeme vyléčit, nemoc, na kterou bohužel zemřete. Zároveň je ale třeba pacienta ujistit, že vaše spolupráce nekončí, a domluvit se na tom, co lze udělat pro to, aby zbývající čas nemocný prožil co nej kvalitněji. Jestliže ale couvnete, pacient couvne s vámi. Bude žít v marné naději, což zkomplikuje vaši další spolupráci. Dříve nebo později mu to stejně budete muset sdělit, buď vy, nebo někdo jiný. A je-li to váš pacient, měla by to být vaše zodpovědnost a součást dobré péče,“ radí Martin Loučka.

Jedním z důležitých principů při této komunikaci je dát pacientovi dostatek času na zpracování tak závažné informace. Jak totiž ukazuje průzkum, obecně pacienti mnoho prostoru pro mluvení nemají, lékaři je v průměru přerušují již po 15–17 vteřinách. Je třeba také již předem hovořit s pacientem o tom, zda si přeje být seznámen se všemi, byť špatnými výsledky léčby. Lékaři by při setkání s pacientem měli mít na paměti základní principy komunikace spojené s koncem života:

- pacienti chtějí znát pravdivou prognózu,
- pacientovi neublížte, budete-li s ním hovořit o záležitostech souvisejících s koncem života,

- pocit úzkosti během těchto rozhovorů je normální jak u pacienta, tak na straně lékaře,
- pacient má i jiné priority a cíle než jen touhu žít déle,
- zjištění pacientových priorit posílí lékaře v poskytování lepší péče,
- v komunikaci je dobré se držet základních pravidel (viz tabulku).

Dosavadní evidence o významu komunikace v paliativní péči

Podle průzkumu veřejného mínění, který proběhl napříč Evropou, kdy tým náhod-

ale vybavilo jen 17 procent nemocných, což neznamená, že se s většinou o tom lékaři ne bavili, ale ukazuje to na existenci velmi silných psychologických bariér, kdy si pacienti realitu nechtějí připustit. Zjistilo se i to, že nemocní, kteří absolvovali rozhovory, pak netrpěli větší úzkostí nebo depresemi.

Studie proběhla i u rodičů dětí s onkologickým onemocněním, kteří si prošli alespoň rok léčby. Většina rodičů si přála veškeré informace jak o prognóze, tak o diagnóze, velká část je chtěla mít numericky vyjádřené. Ačkoli to pro většinu



Nácvik interaktivního rozhovoru lékaře s pacientem

ně vybraným lidem kladl otázku „Kdybyste před sebou měli rok nebo méně života, přáli byste si to vědět?“, si zhruba 80 procent veřejnosti (67,6 procenta v Itálii, 80,7 procenta v Belgii) přálo tuto informaci mít. Podle průzkumu by si 78 procent Čechů přálo zemřít doma, ale zároveň nemají dost informací o tom, co záleží v to, nebo 20 procent lidí si špatnou prognózu znát nepřeje. Právě to je vždy třeba si ověřit a následně respektovat.

Americká studie z roku 2010 proběhla u 600 onkologických pacientů, jejichž lékaři si o nich myslí, že jsou v terminálním stadiu nemoci. Ale jen 58 procent dotázaných pacientů samo sebe považovalo za terminálně nemocné, přičemž 80 procent příbuzných znalo prognózu. Z oněch 58 procent pacientů celá čtvrtina situaci odhadla sama na základě zhoršujícího se zdravotního stavu, ne na základě informace od lékaře. Skoro 80 procent pacientů by si přitom přálo vědět, že jsou v terminálním stadiu nemoci. Jak ale dr. Loučka zdůraznil, důležité je i to, že 20 procent lidí si špatnou prognózu znát nepřeje. Právě to je vždy třeba si ověřit a následně respektovat.

„Jak ukazují výsledky studií, pacienti, kteří byli informováni, měli lépe zvládané symptomy a lepší kvalitu života. Jako by se ukazovalo, že to, že pacient si je vědom závažnosti svého zdravotního stavu, nemusí mít jen negativní dopad, ale může mít občas jakýsi terapeutický efekt,“ shodli se přednášející.

Další americká studie proběhla u 600 pacientů se solidními nádory po minimálně jedné linii paliativní chemoterapie. Sedmdesát procent z nich si přálo znát svoji prognózu. Na otázku, kolik si myslí, že mají času, pacienti, kteří chtěli, aby se s nimi o tom lékař bavil, měli očekávání až o 17 měsíců realističtější než ti, kteří tyto rozhovory neabsolvovali. Rozhovor s lékařem na toto téma si

rodičů byla extrémně stresující záležitost, bylo pro ně důležité tuto informaci dostat. „Všichni doufáme v nejlepší, ale jsou situace, kdy se to nejlepší nestane. To, že o tom budeme mluvit, neznamená, že pacientům přitěžujeme, ale naopak. Může jim to pomoci splnit v období končícího života sny, které jsou ještě reálné. Cílem této péče by mělo být, že všichni vědí, že se udělalo, co se mělo udělat, a nikdo nemá pocitu viny,“ dodávají.

Rostoucí zájem o paliativu

Ačkoli zájem o paliativní medicínu v poslední době roste, mnohé zůstává nevyřešeno, a to hlavně v oblasti paliativní péče v nemocnicích, tedy obecně paliativní péče. Právě v nemocnicích však umírá nejvíce lidí, až 70 000 pacientů ročně. Důležité proto podle odborníků je, aby téma paliativní medicíny bylo na těchto pracovištích přítomné a aby i ten, kdo paliativní medicínu nebudou chtít dělat, věděl, že pacienta může s důvěrou předat kolegovi. Všichni lékaři by měli vědět, jak paliativní péči správně využít a dostat k pacientům. „Nemáte-li rodině co nabídnout, je velmi těžké komunikovat. Spousta kolegů žije s tím, že nemají dost informací nebo zkušeností k tomu, aby rodinu důvěryhodně předali do hospicové péče, a to je třeba změnit,“ říká Martin Loučka.

I když je v posledních letech patrné, že paliativní medicínu nikdo nepochybně, a její podpora je relativně velká, situace není ani zdaleka ideální. Ani po dvaceti letech se zatím nepodařilo navázat úzký kontakt s mainstreamovým zdravotnictvím, v čemž jsme pozadu za ostatními evropskými zeměmi, např. Německem nebo Rakouskem. Nyní jde tedy o to, jak dostat paliativní medicínu do systému, aby se s ní začínalo podstatně dříve než až v hospicích. Právě proto hraje vzdělávání profesionálů tak velkou roli. Příkladem by nám mohlo být např. Německo, kde mají lékařské fakulty povinnost vyučovat paliativní péči v rozsahu 40 hodin.

„Vzdělávání se sice postupně zlepšuje, ale řada otázek zůstává. Studenti mají o tuto problematiku zájem a za semináře o komunikaci a tématech s tím spojených jsou vděční – zejména studenti vyšších ročníků, kteří začínají chodit na praxe a vidí, jak běžný režim vypadá. Je třeba, aby si ideály ze vzdělávání dokázali převádět na svá budoucí pracoviště. Na fakultě to tedy začíná, ale zdaleka nekončí,“ uzavírá PhDr. Loučka. kol

Domácí hospice konečně hrazeny

V seznamu výkonů hrazených ze zdravotního pojištění přibýly k 1. 1. 2018 nástroje pro úhradu mobilní specializované paliativní péče, takzvaných mobilních hospiců. Je to po patnácti letech snah o začlenění tohoto typu péče do zdravotního systému zásadní okamžik a dovršení tříletého pilotního programu.

V mezinárodním žebříčku kvality péče na konci života Quality of Death Index z r. 2015 se ČR umístila až na 33. místě za Polskem, Mongolskem a Litvou. Potenciál pro změnu tohoto neuspokojivého stavu ověřoval v letech 2015–2017 pilotní program Mobilní specializované paliativní péče, který byl společnou iniciativou MZ ČR, VZP a České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP (ČSPM). Postupně se do něj zapojilo 14 mobilních hospiců napříč republikou.

Průběh pilotního programu analyzoval ÚZIS a došel k následujícím závěrům:

- V hospicích poskytujících mobilní specializovanou paliativní péči dožívá 92 až 97 procent pacientů v prostředí odpovídajícím jejich preferencím.
- Mobilní specializovaná paliativní péče dokáže účinně tlumit nežádoucí projevy onemocnění (např. bolest), a tím maximálně udržet a zachovat kvalitu života až do posledních chvil.
- I přes náročnost individuální zdravotní péče o pacienta v domácím prostředí nedochází k navýšení nákladů. Péče je dokonce o zhruba 300 Kč na den péče levnější, než kdyby nemocný umíral v jiném prostředí.

S novým sazebníkem a úhradovou vyhláškou dostávají od příštího roku kraje a zdravotní pojišťovny konečně mož-

nost zařadit mobilní specializovanou paliativní péči do systému hrazené zdravotní péče.

Jak uvedl MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D., předseda ČSPM ČLS JEP, kraje budou moci vypsat výběrová řízení na tento typ péče, stejně jako by se jednalo o jakoukoli jinou medicínskou odbornost. Zdravotnická zařízení, která splní kvalifikační kritéria, se do výběrových řízení budou moci hlásit. Ta zařízení, která úspěšně projdou na kraji, budou moci požádat o uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovnami, které budou mít k dispozici úhradový systém pro tento typ péče a budou moci péči nasmlouvat.

Dosud byla péče mobilních hospiců zcela závislá na veřejných sbírkách, darech nadačních fondů a dotacích krajů a obcí; nyní bude jen částečně závislá. Je to proto, že úhrada ze zdravotního pojištění bude kryt jen část nákladů, konkrétně 1 152 nebo 1 463 Kč na pacienta a den podle objemu poskytnuté zdravotní péče, přičemž hospic bude potřebovat cca 1 900 Kč na pacienta a den pro úhradu práce lékařů a sester, náklady na léky a zdravotnický materiál a dopravu za pacienty. K tomu je potřeba připočítat náklady na nezdravotnickou komponentu péče (sociální práci, psychoterapii, péči o pozůstalé, dobrovolnické programy, spirituální péči atd.). I tak je ale zařazení výkonů mobilní specializované péče do systému historický posun, zejména pokud nezůstane na papíře a zdravotní pojišťovny budou tuto péči skutečně nasmlouvat. kol

TABULKA

Základní principy komunikace spojené s koncem života

ANO	NE
Sdělit přímou pravdivou prognózu	Vyhýbat se informacím ohledně prognózy
Sdělit prognózu rámcově „myslíme, že máte týdnů až několik málo měsíců; může to ale být i méně nebo více“	Mluvit vágně „je to neléčitelné“ nebo naopak velmi konkrétně „máte šest měsíců“
Dovolit mlčení	Mluvit po většinu času
Povolit průchod emocím	Jako odpověď na silné emoce poskytovat více věcných informací
Zaměřit se na pacientovu kvalitu života, jeho cíle, strach a obavy	Zaměřit se na lékařské procedury