

# 14.

## SOCIÁLNÍ A PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY MEDIACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Lenka Holá

### Úvod

Vztah zdravotnického zařízení, respektive osob, které je reprezentují, a pacienta je vztahem vycházejícím ze vztahu dvou lidských bytostí. Diagnostika a léčba je poskytována profesionálem, který vstupuje do intimní sféry pacienta a řeší otázky jeho života a zdraví. Tedy základních hodnot chráněných normami nejvyšší právní síly (Listinou základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky). Hippokratova přísaha ukládá lékaři usilovat o blaho pacienta ve smyslu jeho zdraví a postupovat tak, aby mu neškodil. Při současném překotném rozvoji vědy a techniky narůstá počet variant, mezi kterými je v léčbě možno volit. Tím narůstá i míra rizika takového rozhodování, které již není ryze zdravotnickým, odborným, ale také hodnotovým a morálním. Proto byly přibližně před dvaceti lety formulovány *principy bioetiky*,<sup>1</sup> určující základní etická kritéria pro poskytování léčebné péče. Ve své podstatě vyjadřují základní specifika vztahu lékaře a pacienta. Důraz je kladen na autonomii jedince.

Právě v souvislosti s principy bioetiky se konstatuje, že vztah lékaře a pacienta se mění na vztah partnerství. Tyto principy mají být respektovány, pokud se neobjeví závažný důvod, který nad nimi převáží a odůvodní jejich nedodržení.<sup>2</sup>

S rozvojem medicíny, bioetiky, stárnutím populace a uplatňováním práv pacientů roste počet *konfliktů ve zdravotnictví*. Souvisí to s otázkami zapojení pacienta do rozhodování o své léčbě a uplatňováním jeho práv v případě, že mu vznikla újma. Hovoříme-li o újmě, pak toto slovo je užíváno jako pojem širší, zahrnující v sobě jak újmu materiální, tak i újmu imateriální. Spo-

---

<sup>1</sup> Bioetika se zabývá „systematickým studiem lidského jednání v oblasti věd o životě a v péči o zdraví“ (MUNZAROVÁ, M. *Zdravotnická etika od A do Z*. Praha: Grada Publishing, 2005, s. 16). Toto jednání je zkoumáno ve světle morálních hodnot a principů (Reich, 1978). Jde o obor širší, než lékařská etika. Principy bioetiky: a) autonomie jednotlivce, b) princip neškodit, c) princip beneficence, d) princip spravedlnosti.

<sup>2</sup> Munzarová, 2005, s. 46.

ry o náhradu újmy na zdraví ve zdravotnictví patří k mimořádně složitým. Mohlo by se dokonce zdát, že pro řešení prostřednictvím mediace nejsou vhodné. Opak je však pravdou, jak uvádíme dále.

Právním možností využití *mediace ve zdravotnictví* se u nás věnovali např. Cholenský,<sup>3</sup> Kovářová-Kochová<sup>4</sup> či Kopalová, Zahumenský.<sup>5</sup> Uvedené publikace považujeme za významné zejména proto, že obrátily pozornost k tomuto tématu. Zmínění autoři ukazují, že po právní stránce je pro využití mediace ve zdravotnictví u nás prostor. Díky tomu můžeme zkoumání mediace v této oblasti dále rozvíjet a zaměřit se na její další aspekty.

Zdravotnická zařízení mají dnes již zavedené systémy práce se stížnostmi pacientů.<sup>6</sup> Přesto se lidé často necítí spokojeni s tím, jak byla jejich stížnost vyřízena.

Jednou z možností, jak tuto situaci uspokojivě zvládnout, je mediace. A to zejména pro její soukromost, důvěrnost, dobrovolnost a neformálnost. Avšak samotná její aplikace vzbuzuje i nadále polemiku a mnoho zatím nezodpovězených otázek.<sup>7</sup> V jejich diskusi by měli být zapojeni lékaři, právníci, filozofové, psychologové a mediátoři. Mediace nám tak stále dává opravdu široké možnosti vzrušujícího objevitelství.

Je-li primární hodnotou mediace kultivace mezilidských vztahů a spokojenost jejich účastníků, zaměříme se zde na zkoumání především *psychologických a sociálních aspektů* jejího využití ve zdravotnictví. Nejprve charakterizujeme konflikty ve zdravotnictví a možné způsoby jejich řešení. Mediace jako alternativa k již zavedeným a tradičním postupům je postavena na principech, které jsou zcela v souladu se stále výrazněji uplatňovaným partnerským modelem vztahu lékaře a pacienta. Protože se u nás tématem dosud nikdo nezabýval, zpracováváme část k mediaci ve zdravotnictví především z poznatků zahraničních odborníků. V částech pojednávajících o problematice konfliktů, vztahů a etiky ve zdravotnictví vycházíme primárně z publikací českých autorů.

<sup>3</sup> CHOLENSKÝ, R. Mimosoudní řešení sporů ve zdravotnictví: příležitost pro mediaci. *Právní rozhledy*, 2007, č. 11.

<sup>4</sup> Kovářová, Kochová, 2013. In Holá et al., 2013.

<sup>5</sup> KOPALOVÁ, M., ZAHUMENSKÝ, D. *Jak se dohodnout bez soudu: mediace jako prostředek řešení sporů ve zdravotnictví*. Praha: Liga lidských práv, 2010.

<sup>6</sup> V souvislosti se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), který nabyl účinnosti 1. 4. 2012. Zákon mimo jiné upravuje práva a povinnosti pacientů, poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotních služeb.

<sup>7</sup> STOLLER, S. *Mediation in the Healthcare Context: Challenges and Responses*, 2008.

Cílem kapitoly je charakterizovat mediaci ve zdravotnictví z hlediska jejích psychosociálních faktorů, identifikovat přednosti, ale i omezení takového postupu a dát základní orientaci pro její další teoretické bádání a rozvoj v praxi. Očekáváme, že ani této náročné aplikační oblasti nezůstane Česká republika dlužna a odborníci se ujmou výzev, které nabízí.

## 1. Konflikty ve zdravotnictví a způsoby jejich řešení

Zdravotnictví, zdravotnická péče je rizikovým terénem. Ze strany pacienta vůči zdravotníkům můžeme předpokládat určitou *ambivalenci* (vědomou i nevědomou). Představuje ji pacientova potřeba svěřit se do péče na jedné straně a potřeba kontrolovat na straně druhé. Nespokojenost s činností zdravotníků souvisí se dvěma okruhy jevů: 1. *vitium artis*<sup>8</sup> (např. nesprávně stanovená diagnóza, chybně provedený výkon); 2. subjektivní posouzení určité situace ze strany pacienta, nebo jemu blízké osoby a zdravotníka.<sup>9</sup> Zde se setkáváme s pojmem tzv. *subjektivní pravdy* – prožitek situace jedincem, která se pro něj stává „pravdou“. Tudíž i „oprávněným“ důvodem ke stížnosti (nespokojenosti).

### 1.1 Příčiny konfliktů ve zdravotnictví

Pro zvládnutí konfliktů je důležité vědět, kde leží jejich příčina. I když je možné hodně udělat zvládnutím symptomů a důsledků konfliktů, řešení vycházející z příčin jejich vzniku bývá nejstabilnější. Zde máme dvě možnosti – zasahovat na úrovni příčin a ovlivňovat vlastnosti prostředí (vnějšího i vnitřního), nebo učit lidi konflikty rozpoznávat, kontrolovat a zvládat.<sup>10</sup> Konfliktní situace je specifickou kategorií sociální situace, proto i příčiny jejího vzniku můžeme spatřovat ve třech rovinách:

1. Věcná (obsahová) rovina – týká se obsahu, cílů, které chtějí účastníci konfliktu dosáhnout;
2. Emocionální (vztahová) rovina – odráží psychické potřeby a emocionální rozložení ve vztahu mezi stranami konfliktu. Čím je vztah mezi nimi hlubší, tím je vztahová rovina významnější;

---

<sup>8</sup> Z lat. *vitium* chyba; *ars, artis* umění. Výkon zdravotní péče, který byl nesprávně proveden v důsledku nedostatečné znalosti, zručnosti nebo schopnosti zdravotnického pracovníka v oblasti diagnostické nebo léčebné; srov. postup *lege artis*, postup *non lege artis* (Vondráček, Dvořáková, Vondráček, 2009).

<sup>9</sup> BERAN, J. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2010.

<sup>10</sup> PLAMÍNEK, J. *Konflikty a vyjednávání: Umění vyhrávat, aniž by někdo prohrál*. Praha: Grada Publishing, 2009.

3. Hodnotová rovina – promítá základní hodnoty a postoje účastníků konfliktu.<sup>11</sup>

V každé konfliktní situaci se všechny tři roviny vzájemně prolínají a pro účel řešení není snadné je od sebe oddělit. Prakticky tak často dochází k situacím, kdy se záminkou pro otevření konfliktu stane věcná rovina (výhrada k něčemu konkrétnímu), skutečná příčina konfliktu pak je ve vztahu k druhé osobě a emocích, které jej provází. Hodnotový aspekt konfliktu dává situaci určité pozadí a význam.

Na vznik konfliktu mezi zdravotnickým pracovníkem (lékař, zdravotní sestra, terapeut, odborný pracovník ve zdravotnictví) a pacientem má vliv tzv. *druhá kompetence* lékaře/zdravotníka. Ta spočívá v tom, že medicína má „technickou“ stránku (postupy diagnostické a terapeutické), tzv. první kompetence, a stránku psychologickou (interakce zúčastněných a prožitek technické stránky), tzv. druhá kompetence. *Vitium artis* se přihodí vzácně či se vyloučí, zejména proto, že pacientovy možnosti rozpoznat odborný nedostatek jsou omezené. Selhání zdravotníka ve druhé kompetenci se potvrdí častěji. Zde není pacient laikem, ale příjemcem pomoci, který ji také nějak prožívá.<sup>12</sup>

*Sestra zemřelé pacientky si stěžovala na péči lékařů. Podle ní lékaři podceňovali intenzitu bolesti, kterou sestra pocítovala. V ambulantních záznamech byly zmínky o bolesti, ne však o „mimořádné bolesti“. Z projevu pacientky nebylo zřejmé, že se jedná o velkou bolest. Roli mohla hrát také superpozice příbuzenstva jako reakce na ztrátu blízké osoby. Ta se zakládá na projekci vlastního zármutku do utrpení zemřelé osoby.*

Příčin konfliktů ve zdravotnictví je mnoho. Následně přinášíme jejich orientační shrnutí:

- osobnostní rysy účastníků konfliktu (např. povýšenost, agresivita, nedbalost),
- nedostatek vzájemného respektu (pacienta ke zdravotníkovi a zdravotníka k pacientovi),
- situační faktory (např. únava, časový stres, bolest, osobní starosti),
- nedostatečná či nekvalitní zdravotní péče,
- sociální a psychologický tlak (ze strany pacientů, jejich příbuzných, kolegů na pracovišti, nadřízených, tlak na výkon, zodpovědnost za uzdravení),
- finanční tlak,

<sup>11</sup> HOLÁ, L. *Mediace. Způsob řešení mezilidských konfliktů*. Praha: Grada Publishing, 2003.

<sup>12</sup> Beran, 2010.

- preference hodnot,
- pocit ohrožení,
- nedostatky v organizaci práce a komunikaci zdravotnického týmu
- nedostatky v komunikaci a nepochopení si s pacientem.

*Měl to být rutinní rozhovor o termínu předčasného porodu císařským řezem. Přerostl ale v hádku a téměř ve fyzický konflikt mezi primářem gynekologie Petrem Jirkovským a manželem těhotné ženy Martinem Komárkem. Jedna čtyřicetiletá žena přišla v doprovodu svého manžela Martina na další kontrolu a byla přesvědčena, že za dva dny bude moci v 37. týdnu těhotenství nastoupit do porodnice. Ostatně tak, jak bylo s gynekologem domluveno. Primář jí ale během hovoru řekl, že termín operace ruší a rozhodl, že dítě přijde na svět spontánně. Tím ženu šokoval. Dlouho totiž trpěla křečemi do rukou a nesnesitelnými bolestmi zad. Navíc se bála velmi těžkého porodu a komplikací, protože plod byl otočený hlavou nahoru. Primář se k vystresované a plačící ženě choval arogantně. „Manželčiny bolesti zpochybnil a řekl, že lžeme, abychom porod uspíšili,“ líčí Martin. „Neustále omílal fráze o lékařských kongresech a tabulkách. Na pokus manželky, že ona cítí, že má родit už teď, odpovídal: „Neskákejte mi do řeči, teď mluvím já.“ Martin gynekologa důrazně napomenul. Načež se on obrátil k ženě s výčitkou, jak hrozného a nevychovaného manžela má. Konflikt eskaloval, z věcné roviny zasáhl již do osobní a narušil vztah důvěry mezi pacientkou, jejím manželem a lékařem.*

## 1.2 Způsoby řešení konfliktů ve zdravotnictví

Soubor alternativ k formálnímu soudnímu jednání se nazývá ADR postupy (*Alternative Dispute Resolution*, alternativní způsoby řešení sporu). ADR zahrnuje metody, které mají strany dovést k nalezení dobrého řešení a dohodě mimo formální soudní řízení, nebo v rámci soudního řízení, avšak s pomocí nezávislého kvalifikovaného odborníka. Hlavními metodami ADR jsou:

1. *Vyjednávání*. Jde o dialog mezi dvěma nebo více lidmi, jehož cílem je nalezení porozumění, vyřešení sporu a nalezení vzájemně přijatelného řešení problému. Je to forma komunikace vedená tak, aby umožnila dosáhnout dohody při jednáních, při nichž obě strany mají nejen společné, ale i rozdílné zájmy.<sup>13</sup> Využívá se v podnikání, neziskovém sektoru, státních organizacích, soudním řízení, v mezinárodních jednáních

---

<sup>13</sup> FISHER, R., URY, W., PATTON, B. *Dohoda jistá: zásady úspěšného vyjednávání*. Praha: Management Press, 1994, s. 7.

- stejně jako osobních situacích (např. v manželství, rozvodu, rodičovství, mezigeneračních vztazích);
2. *Právo spolupráce (Collaborative Law a Collaborative Practice)* je metoda týmového řešení sporů. Jde o hnutí advokátů a ostatních spolupracujících odborníků, kteří k řešení sporů mezi stranami používají komplexní přístup. Neřeší jen aktuální konflikt, ale zabývají se všemi souvisejícími potřebami a zájmy, a to i do budoucnosti. Jde o metodu na rozhraní mezi klasickým zastupováním advokátem a mediací. Spor nemoderuje třetí nezávislá strana, ale strany sporu jsou zastoupeny svými advokáty, kteří jsou vyškoleni v metodě *collaborative law*. Ti jednání stran moderojí za využití obdobných technik jako v případě mediace. Jednání se mohou účastnit i další odborníci;
  3. *Rozhodčí řízení*. V rozhodčím řízení účastníci odkazují řešení svého sporu třetí osobě, nebo více osobám (smírčí, rozhodce, rozhodčí tribunál). Ten přezkoumává případ a udělá rozhodnutí, které je právně závazné pro obě strany. Metoda je používána k řešení obchodních, mezinárodních, spotřebitelských či zaměstnaneckých sporů. Hlavní rozdíl je v tom, že zatímco mediátor se bude snažit stranám pomoci ve vzájemném dorozumívání a nalézt nejvhodnější řešení, rozhodce stanoví odpovědnost a pokud je to vhodné, výši náhrady vzniklé škody. Jeho rozhodnutí je pro strany závazné;
  4. *Mediace* (někdy zvlášť uváděná konciliace). Některé státy vyžadují od účastníků konfliktu, aby se nejprve pokusily dojít k dohodě alternativním postupem. Mediace se stává preferovanou metodou ADR. Směrnice Evropského parlamentu a Rady č. 2008/52/ES ze dne 21. května 2008 o některých aspektech mediace v občanských a obchodních věcech tuto možnost podporuje.

Co se týká konfliktů ve zdravotnictví, zdravotnická zařízení mají dnes již zavedené systémy práce se stížnostmi pacientů<sup>14</sup> a jsou to zdravotnická zařízení, která mají při volbě způsobu, jak spory s pacienty řešit, silnější postavení. Ze zkušenosti Ligy lidských práv<sup>15</sup> vyplývá, že ve většině zdravotnických zařízení bývá zcela opomíjen prostor mezi osobním jednáním s poškozeným pacientem a případným začátkem soudního řízení. Každý ze způsobů řeše-

<sup>14</sup> V souvislosti se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), který nabyl účinnosti 1. 4. 2012. Zákon mimo jiné upravuje práva a povinnosti pacientů, poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotních služeb.

<sup>15</sup> *Mediace jako prostředek řešení sporů ve zdravotnictví*. Brno: Liga lidských práv, 2010.

ní konfliktů ve zdravotnictví má své silné stránky a současně trpí některými nedostatky.

*Soudní řešení*, které je obecně vnímané jako nejzazší možnost, je i v zahraničí jedním z nejčastějších prostředků řešení sporů ve zdravotnictví.<sup>16</sup> Výhodou je řešení neutrálním soudcem a záruka řádného procesu, který může sloužit k ochraně zájmů slabší strany. Avšak nevýhody takového postupu jsou skutečně významné. Ponecháme stranou náklady stran z hlediska času a financí a zaměříme se na problémy z hlediska bioetických otázek. Předně jde o spory v hluboce osobních, intimních záležitostech, kterými zdraví, otázky vlastní perspektivy, hodnot, rodinných vztahů jsou. Soudní spor je formální a konfrontační. Taková konfrontace hrozí prohloubit nesoulad mezi členy rodiny, s nimiž do zdravotní péče již vstupují. Veřejností soudního řízení, zejména v medializovaných případech, může sehrát roli nežádoucí politická angažovanost a přenesení ohniska sporu do jiných, primárními účastníky sporu již těžce ovlivnitelných oblastí. Konečně, soudní řešení se zaměřuje výhradně na právní otázky. Přitom příčiny konfliktu (a velmi často tomu tak bývá) mohou spočívat v oblasti emocí, vztahů a komunikace. Ty však soudce těžko svým rozhodnutím vyřeší.

Dalším mechanismem řešení bioetických konfliktů je tzv. *etická komise* příslušného zdravotnického zařízení nebo profesního stavu. Stollerová<sup>17</sup> sděluje praxi v amerických nemocnicích. Etická komise se skládá převážně z lékařů, zdravotních sester, členů správní rady zařízení a sociálních pracovníků. Etická komise se schází svoláním svého předsedy. Získá si informace od ošetřujícího týmu, pacienta, příp. i jeho rodiny. Komise pak samostatně, bez přítomnosti aktérů sporu, diskutuje o problému. Soustředí se zejména na otázku, zda byl daný pacient schopen učinit rozhodnutí ohledně své zdravotní péče. Předností je rychlost rozhodnutí, výrazným nedostatkem je jednání bez přítomnosti těch, jichž se konflikt bezprostředně týká.

Třetí možností je *etická rozhodčí komise*, která v sobě spojuje principy rozhodčího řízení a rozhodování etické komise. Účastníci konfliktu ve zdravotnictví prezentují případ ze svého pohledu před etickou rozhodčí komisí. Ta zváží všechny aspekty a vydá nezávazné doporučení. Proces je rychlejší a levnější, než soud, současně vyžaduje větší zapojení účastníků konfliktu, než při tradičním postupu etické komise. Nicméně, i tento postup je konfrontační.

<sup>16</sup> LEBED, M. R., McCAULEY, J. J. Mediation Within The Health Care Industry: Hurdles And Opportunities, 21 GA St. U.L. Review, 2005, s. 911.

<sup>17</sup> Stollerová, 2008.

Účastníci staví na silných stránkách svého postavení a poukazují na slabé stránky toho druhého. Tento postup je pro svou menší formálnost a rychlost využíván především u sporů v probíhající léčbě.<sup>18</sup> Může však narušit vztah důvěry mezi lékařem a pacientem. V konfrontačně vedeném jednání jsou účastníci méně ochotni k otevřenému sdělování osobních záležitostí. Ty ale mohou být podstatné pro vydání „spravedlivého“ doporučení. A v neposlední řadě, komise složená z odborníků blízkých danému zdravotnickému zařízení může dojít ke stanovisku, které není nestranné.

Možností řešení konfliktů ve zdravotnictví je *mediace*. O ní pojednáme uceleně dále.

## 2. Vztah lékař – pacient

V posledních čtyřiceti letech dochází ve vztahu pacienta a lékaře ke změně paradigmatu od biologického přístupu ke kladení větší pozornosti také na psychosociální faktory.<sup>19</sup> Až do té doby byla nemoc nazírána čistě z biomedicínského hlediska jako něco, co je odchylkou od normy měřitelných biologických proměnných. Údaje o diagnóze a péči sestávaly pouze z možných symptomů nemoci, biomedicínské historie a diagnostických testů. V 70. letech 20. století si však odborníci začali uvědomovat vztah mezi způsobem komunikace lékaře a zdravím pacienta.

George Engel poukázal na nutnost doplnění biomedicínského přístupu o sociální a psychologickou dimenzi. To vyžadovalo změnu pojetí samotného vztahu lékaře a pacienta na základě budování kvalitního lidského vztahu obou aktérů a kvalitní komunikace.<sup>20</sup> Moderní medicína tak vidí pacienta jako racionální, samostatně myslící bytost s vlastním systémem hodnot, která je schopná uvažovat svobodně a mít plné právo sama o sobě rozhodovat.<sup>21</sup>

---

<sup>18</sup> Gatter, 1999.

<sup>19</sup> Srov. např. FALKUM, E., FORDE, R. Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship. *Social Science and Medicine*, 2001, vol. 52, p. 239–248; ŠETKA, J. Hippokratova přísaha, ano, ne, či jinak? *Praktický lékař*, 1997, vol. 77, č. 9.

<sup>20</sup> LYLES, J. S. et al. Evidence-based, patient-centered interviewing. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 2001, vol. 8, p. 28–34.

<sup>21</sup> TSAI, D. F. How should doctors approach patients? *Journal of Medical Ethics*, 2001, vol. 27, p. 44–50.



## 2.1 Vztah lékař – pacient, historický pohled

Vztah lékař – pacient prošel v průběhu času změnami. Původně, až do poloviny 20. století byl tento vztah vztahem paternalistickým.<sup>22</sup> Klíčovou postavou byl lékař, který určoval způsob a průběh léčby. Praxe odrážela vývoj ve vědě a pomáhání od 80. let 19. století. Podle Taubera<sup>23</sup> má paternalistický postoj svůj původ ve vývoji společnosti, zejména pak ve vlivu pozitivismu 19. století a jeho snaze popsat svět v neosobních kategoriích. Z toho plyne tvrzení nerovnosti (ve smyslu „ne partnerství“) vztahu lékaře a pacienta.<sup>24</sup> Změnu v chápání přinesl vývoj ve 40. letech 20. století, kdy (také) lékařství bylo zneužito nacistickou ideologií. V reakci na to v r. 1948 vznikla Světová zdravotnická organizace. Ta mj. dohlíží na řádný výkon lékařské péče, zejména ve vztahu ke znemožnění jejího zneužití, došlo ke zdůraznění etických konsekvencí v medicíně a konstituování lékařské etiky. Byly formulovány principy bioetiky, které také vyjadřují základní specifika vztahu lékař – pacient:

1. autonomie jednotlivce,
2. princip neškodit,
3. princip beneficence (dobročinnosti),
4. princip spravedlnosti.<sup>25</sup>

Důraz je kladen zejména na *autonomii jednotlivce*. Hranice autonomie pacienta, jedné individuality, končí tam, kde začíná hranice individuality druhé, tj. lékaře. Právě v souvislosti s principy bioetiky se konstatuje, že vztah lékaře a pacienta se mění na *vztah partnerství*. Tyto principy mají být respektovány, pokud se neobjeví nějaký závažný důvod, který by nad nimi převážil a ospravedlnil jednání proti nim.<sup>26</sup>

V České republice měla dále vliv na vývoj vztahů při poskytování léčebné péče i politická situace po r. 1948 a dále. Péči o zdraví garantoval a současně ve svých zařízeních poskytoval stát. Lékař rozhodoval o tom, jakým způsobem bude pacient léčen, přičemž byl omezen právě státem poskytnutými prostředky k tomu. Paternalistický přístup se odráží také v názvu zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, platného a účinného až do 1. 4. 2012. Štěpán v této souvislosti dospěl k závěru, že vztah pacienta a léčebného zařízení

<sup>22</sup> HAŠKOVCOVÁ, H. *Informovaný souhlas: proč a jak?* Praha: Galén, 2007.

<sup>23</sup> TAUBER, A. I. *Patient autonomy and the ethics of responsibility*. Cambridge, Mass, MIT Press, 2005.

<sup>24</sup> Kovářová Kochová. In Holá et al., 2013.

<sup>25</sup> Munzarová, 2005, s. 16.

<sup>26</sup> Munzarová, 2005, s. 43.

je speciálním typem *vztahu administrativně-správního*.<sup>27</sup> Lze v něm vymezit sféru kurativní (pečovatelskou) ze strany lékaře, sféru participační (účasten-skou) ze strany pacienta a tradiční sféru administrativní, která zahrnuje povinná léčení, vyšetření a školení, vynutitelná státní mocí.

Po společenských změnách v r. 1989 dochází i v České republice v souladu s celosvětovým vývojem k postupné proměně chápání vztahů mezi zdravotnickými pracovníky a pacientem. Lze je označit za *vztah partnerství*. Lékař, zejména s ohledem na autonomii pacienta, stojí v roli poskytovatele a pacient v roli „zákazníka“, kterému je poskytována služba. Jde o vztah smluvní, byť zvláštní právní úprava smluvního typu chybí. Pochopitelně, i toto pojetí má svá úskalí a bývá zdrojem konfliktů.<sup>28</sup>

## 2.2 Vztah lékař – pacient, psychosociální pohled

Každá sociální situace je charakterizována jejími aktéry (osobnostmi aktérů), jejich vzájemným vztahem a spoluutvářejícím sociálním prostředím (kontextem). Jde o kombinaci a vzájemnou interakci psychologických a sociálních faktorů. Psychosociální přístup ke vztahu lékaře a pacienta se snaží pochopit jejich vzájemné chování a identifikovat sociální faktory, které jej předurčují. Sociální faktory jsou definovány jako významné prvky chování a přesvědčení, které mají členové skupiny (v tomto případě lékaři a pacienti) společné. Mezi nejvýznamnější prvky počítáme hodnoty a normy. Hodnoty se vztahují ke společným přesvědčením a jsou pojímány na poměrně abstraktní úrovni. Odrazem hodnot jsou normy. Vyjadřují konkrétní způsoby citění, myšlení a jednání. Normy definují *očekávané chování* člověka v sociální roli, v roli pacienta a lékaře. „Vztah mezi osobnostmi a rolí představuje složitý komplex interakcí, ve kterých do popředí vystupují vlastnosti osobnosti a hodnota, která je osobnostmi dané roli připisovaná.“<sup>29</sup>

Pacient od lékaře očekává zájem o svoji osobu a pomoc. Je ochoten svěřit lékaři vše, o čem se domnívá, že souvisí s jeho nemocí. Očekává podporu ze strany lékaře a informace o svém zdravotním stavu a léčbě. Lékaře si váží, zároveň se ho i obává. Lékař od pacienta očekává poskytnutí všech relevantních informací, zájem, spolupráci, respekt a „poslušnost“, podrobení se úko-

<sup>27</sup> ŠTĚPÁN, J. *Právo a moderní lékařství*. Praha: Panorama, 1989, 247 s.

<sup>28</sup> Kovářová Kochová. In Holá et. al., 2013.

<sup>29</sup> PRUŽINSKÁ, J. *Psychológia osobnosti*. Bratislava: Občianské združenie Sociálna práca, 2005, s. 30.

nům a léčbě (jeho pomáhání).<sup>30</sup> Vzájemné očekávání a to, do jaké míry jsou naplňována, ovlivní kvalitu vztahu mezi pacientem a lékařem.

Vlivy spoluurčující vztah mezi pacientem a lékařem jsou koluze, přenos a protipřenos. *Koluze* – z lat. *colludere*, tj. hrát si spolu, znamená, že lidé mívají tendenci v meziosobní sféře navazovat komplementární a těsné vztahy, které se stávají jejich „osudem“. Komplementarita – potřeba navazovat vztah s osobami určitého typu, které se spolu s námi doplňují (a současně vylučují) – je neuvědomovaná. Jedince motivuje, vztahově předurčuje a přitahuje. Je to jeho základní „vztahový program“ s cílem udržet si duševní rovnováhu.<sup>31</sup>

Koluze např. souvisí se syndromem pomahačů. Lidé aktivně závislí mají nutkavou potřebu se o druhé starat a „obětovat se“. Vyhledávají a naopak přitahují jedince, kteří jsou pasivně závislí a rádi nechávají druhé, aby se o ně starali. Tento neuvědomovaný sklon má pravděpodobně původ v dětství, kde se vytvářejí naše základní způsoby sociálního reagování a očekávání. Přenáší se až do dospělosti. Dostáváme se tím k problematice přenosu a protipřenosu.

*Přenos a protipřenos* – oba pojmy jsou psychoanalytickými termíny k vyjádření vlivu dětských vztahů a zkušeností k významným osobám (zvláště rodičům a sourozencům) na chování člověka v dospělosti. Pro přenos ze strany lékaře na pacienta se vžil název protipřenos.<sup>32</sup> Podobně jako u koluze, jde o způsoby chování, myšlení a prožívání, které jsou nevědomé povahy a běžně nesrozumitelné.

*Mladá lékařka se velmi dobře stará o starší pacientku. Ta je jí na jedné straně vděčná, na straně druhé „dětsky vzdorovitá“. Může to souviset s tím, že na ni (i přes věkový rozdíl) přenáší svůj ambivalentní vztah k již zesnulé matce. Ta byla pro pacientku autoritou, stejně jako lékařka. Kdyby lékařka reagovala protipřenosem, mohla by k pacientce prožívat pocity viny a sebe hodnotit jako „špatnou“, pokud ve vlastním dětství častěji prožívala totéž ve vztahu ke své matce.*

Představa, že by lékaři měli vzít při jednání s pacientem v úvahu své pocity, myšlenky a předsudky, byla v 60. letech 20. stol. nová a poněkud revoluční. Avšak zásada, že není možné analyzovat vztah, bereme-li v úvahu pouze

<sup>30</sup> Sociální psychologie nabízí na vysvětlení fenoménu pomáhání tři základní teorie: 1. teorie sociální výměny, 2. teorie norem sociálního chování, 3. teorie empatie (Karkošková. In Hanobik, Červeň, 2012).

<sup>31</sup> JANOUŠEK, J. *Verbální komunikace a lidská psychika*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007.

<sup>32</sup> KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002.

jednu z obou osob, byla v psychologii již známá a obecně přijatá. Před Balintem sice byla studovaná psychodynamika pacienta a působení lékaře, avšak teprve Balint<sup>33</sup> v polovině 50. let 20. století zjistil, že jejich interakci dokážeme plně pochopit pouze studiem *vzájemného vztahu*.

### 2.3 Modely vztahu mezi lékařem a pacientem

Od doby, kdy se vztah lékaře a pacienta dostal do středu zájmu vědeckých teorií, bylo navrženo několik modelů, které se snaží tento vztah popsat a analyzovat. Každý z nich se snaží identifikovat roli pacienta a lékaře s popisem povinností, práv a významu hodnot při rozhodování o léčbě.<sup>34</sup>

*Konsenzuální model* rozpracoval v 50. letech 20. století Talcott Parsons. Byl prvním sociologem, který se na vztah lékaře a pacienta zaměřil hlouběji. Jejich vztah vnímá jako konsenzuální a harmonický, avšak nerovný. Konsenzus spočívá v tom, že oba aktéři jsou vedeni svými rolmi a svými vzájemnými očekáváními. Harmonie je podle Parsonse dosaženo tím, že autoritu a nadřazenost lékaře pacient akceptuje s očekáváním, že povedou k jeho vyléčení. Jejich vztah je komplementární. Pacient s lékařem plně spolupracuje, oba sdílí systém shodných hodnot.<sup>35</sup> S kritikou konsenzuálního modelu přišel v 70. letech 20. století Freidson.<sup>36</sup> Ten navrhl model vztahu lékaře a pacienta, který je nazvaný „třesk perspektiv“. Podle Freidsona na sebe ve vztahu pacienta a lékaře naráží laická a profesionální koncepce vnímání nemoci. Lékař vnímá pacienta pouze jako další z případů v rámci svého klinického poznávání. Pacient vnímá svou nemoc z pohledu vlastního kulturního prostředí a svých denních aktivit. Freidson prezentuje pacienta jako aktivního a kritického. V žádném případě nechce být pasivní a závislý na profesionální medicínské expertíze.<sup>37</sup>

Parsonsova analýza vztahu lékaře a pacienta byla významným krokem v identifikaci jeho klíčových principů. Mohly tak být dále rozpracovávány jeho následovníky. Tak byly postupně identifikovány modely:

<sup>33</sup> BALINT, M. *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Praha: Grada Publishing, 1999.

<sup>34</sup> STONE, T., MANTESE, A. Conflicting values and the patient-provider relationship in managed care. *Journal of Health Care Finance*, 1999, vol. 26, p. 48–62.

<sup>35</sup> MORGAN, M., CALNAN, M., MANNING, N. *Sociological Approaches to Health and Medicine*. Routledge, London and New York, 1995.

<sup>36</sup> Srov. např. FREIDSON, E. *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. Chicago, University of Chicago Press, 1988.

<sup>37</sup> SCAMBLER, G. *Sociology as applied to medicine*. London: Bailliere Tindall, 1991.

- instrumentální, příp. zanedbání vztahu,
- paternalistický,
- informativní (konzumentský),
- interpretativní (partnerský),
- poradní.<sup>38</sup>

Dovolíme si jistou míru redukce a uvedeme v souladu s Raudenskou a Javůrkovou stručnou charakteristiku dvou nejčastěji uváděných modelů. Kriteériem rozdělení je předmět jejich zaměření.<sup>39</sup>

### *I. Na lékaře a nemoc orientovaný model*

Nazývá se jako *paternalistický*. Jde o model tradiční a u nás stále výrazně převažuje. Lékař je ve vztahu dominantní, vede a určuje, je direktivní, vyžaduje pacientovu poslušnost. Mezi ním a nemocným nebývá dialog, spíše stručně informuje, dává příkazy či návody k jednání (rady). Není přítomen osobní vztah, resp. lékař jej nepřipouští a pokusům pacienta o jeho navázání se brání. Lékař usiluje o zcela věcný a racionální přístup. Pacientovi nenaslouchá, řídí se svými úvahami a tím, co je třeba dělat z hlediska nemoci. Tu chápe jako biologickou záležitost. Pacient je „objektem“ péče.

### *II. Na pacienta orientovaný model*

Nazývá se jako *partnerský*. Novější koncept, který se opírá o psychologické poznatky a pěstuje se v rámci bio-eko-psycho-sociálního přístupu. Lékař vymezuje vztah s pacientem partnersky, zajímá se o rodinu a osobní život nemocného. V projevu je spíše nedirektivní, na spolupráci se domlouvá, nabízí více možností a společně s pacientem hledají nejlepší variantu. Nemocný a jeho rodina jsou pro něho spolupracovníky při léčbě. Nabízí své odborné znalosti, jež jsou hlavním místem jeho převahy. Je mezi nimi osobní vztah, lékař pacientovi naslouchá a zajímá se i o subjektivní stránku onemocnění.

Na pacienta orientovaný model je holistický. Znamená pojmání nemoci jako nemoci *celého člověka*, tedy bytosti, jež prožívá, myslí, má vůli a je zasažena do meziosobních vztahů. Je to *medicína celostní* na rozdíl od medicíny tradiční, která je fragmentární.

---

<sup>38</sup> Blíže in Stone, Mantese, 1999.

<sup>39</sup> RAUDENSKÁ, J., JAVŮRKOVÁ, A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011.

### 3. Mediace ve zdravotnictví, základní charakteristika a vývoj

Až do 60. let 20. století bylo rozhodování ve věci lékařské péče výhradně v pravomoci lékařů. S příchodem hnutí práv pacientů se rozhodování přesouvá také na pacienta a jeho rodinu. Ve snaze podpořit tyto trendy byly přijaty zákony, které legitimizují vůli pacienta. Současně zdravotnická zařízení přijala závazné postupy, které upravují řešení konfliktních situací v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.<sup>40</sup>

Rozhodování o léčbě a životě je jedním z nejnáročnějších. Vyžaduje zvážení mnoha pohledů. Pacienti se vyjadřují přímo či nepřímo (prostřednictvím předem vyjádřených postojů a vůle). Rodiny vstupují do spolurozhodování tam, kde vyjádření pacienta není k dispozici nebo není jasné. Lékaři věc posuzují z pozice odborné autority a podle toho, zda je řešení možné a vhodné z lékařského a etického hlediska. Vedení zdravotnického zařízení zvažuje také ekonomickou stránku věci. Rizika vzniku konfliktu tak jsou na všech úrovních velká.<sup>41</sup> Tím větší, že se týkají významných hodnot lidského života jako je zdraví, důstojný život, spokojenost, mezilidské vztahy a kvalifikovaný výkon profese.

Se vznikem zájmu o bioetiku začali do těchto konfliktů vstupovat vyškolení odborníci se snahou dojít k oboustranně a eticky přijatelnému řešení. Zpočátku to byli tzv. „etiční poradci“. Přezkoumali případ, uvažovali o dostupných možnostech v kontextu všeobecně uznávaných etických zásad, na závěr vydali stanovisko. To sice mělo podobu doporučení, ale více méně bylo závazné. Etiční poradci fungovali obdobně jako rozhodci.<sup>42</sup> Postupem času se etické konzultace staly spíše poradním hlasem. Jejich cílem nebylo sdělit stranám, co mají dělat, ale identifikovat, analyzovat a facilitovat hodnoty, potřeby, obavy a nejistoty k dosažení konsensu na řešení problému.

V roce 2003 vydala *American Society for Bioethics and Humanities* (Americká asociace pro bioetiku a humanismus) zprávu o klíčových kompetencích konzultantů pro etické otázky. Zdůrazňuje v ní schopnost práce s ne-

<sup>40</sup> DRANE, J. F. *Clinical Bioethics: Theory and Practice in Medical Ethical Decision-Making*. Kansas City, MO: Sheed & Ward, 1994.

<sup>41</sup> Studie publikovaná Sue a Whitem (2007) prokázala, že 78 % konfliktů v amerických nemocnicích se týká otázky, zda a jak dlouho pokračovat v udržování životních funkcí u umírajícího pacienta. Tyto konflikty vznikají mezi rodinami pacientů a lékařskými týmy, příp. vedením nemocnic.

<sup>42</sup> AULISIO, M., ARNOLD, R., YOUNGNER, S. HealthCare Ethics Consultation: Nature, Goals, and Competencies. *Annals of Internal Medicine*, 2009, 59, 60.

jistotami, aktivní naslouchání, empatii, přeformulování pozic na potřeby a zájmy. I když se jednalo také o mediační kompetence a vstup konzultantů pro etické otázky byl velmi podobný vstupu mediátora, asociace i nadále používala pojem „konzultace“ spíše než „mediace“. Průlom nastal s publikací knihy C. Liebmana a N. Dublerové s názvem *Bioethics mediation: A guide to shaping shared solutions*, kdy byl zaveden pojem „mediace v bioetice“ a získal tím na vážnosti.<sup>43</sup>

Mediaci ve zdravotnictví, stejně jako v jiných kontextech, je intervencí třetí strany, která se snaží účastníkům konfliktu pomoci ve vzájemné komunikaci, naslouchání, identifikaci zájmů a hledání produktivního, vzájemně přijatelného řešení. Avšak mediace ve zdravotnictví má svá specifika, která ji od ostatních aplikací mediace odlišují.

### *1. Příprava na mediaci*

Mediace ve zdravotnictví vyžaduje důkladnou přípravu.<sup>44</sup> Tato praxe není v jiných oblastech obvyklá, resp. vyžadována. Mediátor se musí seznámit s povahou sporu, zdravotní dokumentací, možnými způsoby kompenzace vzniklé újmy, konzultovat aktuální zdravotní stav pacienta a rozhodnout o jeho osobní účasti na mediaci, spolurozhodnout o účasti dalších osob na mediaci (např. rodinných příslušníků, zástupců početnějšího lékařského týmu, právních zástupců), naplánovat vhodný čas a místo mediačního jednání.

V rámci přípravy hledá odpovědi na otázky, např. jak probíhala zdravotní péče o pacienta za posledních několik let; s kým z rodiny byli lékaři po dobu léčby v kontaktu; má nějaký lékař dlouhodobý vztah důvěry s tímto pacientem; byly nějaké události, které ovlivnily očekávání na obou stranách a mohly přispět ke vzniku konfliktu?

Součástí přípravy na mediaci bývají i individuální jednání s každou ze stran. Mediátor získá základní informace k orientaci v problému, identifikuje zdroje pro mediaci, vůli se dohodnout, tj. přijmout zodpovědnost za důsledky vlastního jednání, současně také potenciální rizika společného osobního jednání.

---

<sup>43</sup> DUBLER, N. N., LIEBMAN, C. B. *Bioethics Mediation: A Guide to Shaping Shared Solutions*. New York: United Hospital Fund, 2004.

<sup>44</sup> Dubler, Liebman, 2004.

## 2. Objasňování lékařských faktů a informací

Mediátor ve zdravotnictví podporuje jasné a úplné předávání všech relevantních informací. Činí tak způsobem pro pacienta či jeho rodinu přijatelným a psychicky zvládnutelným. Mnoho konfliktů vzniká právě pro nepochopení informací lékaře. To může být způsobeno nejasným vyjadřováním lékaře nebo dezinterpretací na straně pacienta. Pokud o pacienta pečují tým specialistů, každý může popisovat jeho zdravotní stav pouze ze svého pohledu. Pacient je pak zmatený, nerozumí svému celkovému zdravotnímu stavu a nemůže se vyjádřit k další léčbě. Současně dostává odpovědi jen na dílčí otázky, avšak ne na ty pro něj zásadní – jaká je naděje na uzdravení, kdy se mu zlepší kvalita života, jak dlouho to celé bude trvat?

Mediátor tedy podporuje objasňování, hledání souvislostí, jednoduché a osobní vyjadřování. Dbá, aby se o pacientovi mluvilo jako o člověku, ne jako o nositeli orgánů a jejich chorob. S informacemi k diagnóze i prognóze pracuje jako s pravděpodobnostmi, spolu s účastníky mediace identifikuje faktory, které výsledek léčby mohou ovlivnit. Klienti lépe rozliší, co je známé a poznatelné a co je pouze odhadnutelné. Mediátor vytváří sdílené porozumění rizikům, přínosům a nejistotám různých léčebných postupů. To je předpokladem pro produktivní zvážení možností.

## 3. Informování klientů o právních a etických normách

To, čím se mediace ve zdravotnictví nejvíce odlišuje od ostatních kontextů mediace, je její vztah ke společenským (skupinovým) normám a práce s nimi. Mediace obecně je proces normu generující. Účastníci si mediační dohodou vytváří normy a pravidla, která budou vodítkem řešení konfliktu. Stávající sociální nebo právní normy jsou, velmi zjednodušeně řečeno, v mediaci irelevantní.

V kontrastu s tím vystupuje mediace ve zdravotnictví, zejména bioetice. Zde bude snahou právní a etická pravidla lékařské péče zakomponovat (zohlednit) do mediační dohody. Existuje značná shoda v normách jednotlivých států pro rozhodování o ukončení života pacienta. Z právního hlediska má pacient právo odmítnout veškerou léčbu, a to i v případě, že důsledkem takového odmítnutí bude jeho smrt. Pokud pacient není ze zdravotních důvodů schopen činit zodpovědné volby, je jeho vůle vyjádřená předchozím písemně pořízeným projevem vůle (tzv. *living will*). Jestliže takový dokument není uzavřen, činí rozhodnutí podle nejlepšího zájmu pacienta jeho rodinní



příslušníci. Tyto mechanismy respektování autonomie pacienta jsou hluboce zakořeněny a musí být respektovány i v mediaci. Dávají tedy mediaci právní a etický rámec, jehož hranice nemohou být překročeny. Prostor, který je tímto rámcem účastníkům mediace vymezen, je však svobodný a umožňuje naplnění hodnot a potřeb zúčastněných stran.

### 3.1 Poskytování mediačních služeb ve zdravotnictví

Existují dva hlavní systémy, v rámci kterých je v členských státech Evropské unie mediace poskytována, a to: 1. mediace v rámci soudního řízení (v souvislosti se soudním řízením) a 2. mediace mimo soudní systém.

*Studie HOPE (European Hospital and Healthcare Federation)<sup>45</sup> v r. 2012 zkoumala, zda spory ve zdravotnictví lze v členských státech EU řešit mediací v rámci soudního řízení. Možné to je v Estonsku, Francii, Lucembursku, Lotyšsku, Maltě, Velké Británii a Slovinsku. V ostatních zemích tzv. soudní mediace není daná jako možnost.*

*Mediace ve zdravotnictví může být poskytnuta různými způsoby. Kde je mediace nabízena poskytovatelem zdravotní péče, může být provedena:*

- mediátory, kteří pracují pro tohoto poskytovatele zdravotní péče (interní mediátoři),*
- mediátory sjednanými smluvně (externí mediátorů),*
- smíšeným způsobem, kdy jeden mediátor je pracovník zdravotnického zařízení a druhý externí, smluvní mediátor.*

*Mediace ve zdravotních věcech může být poskytována různými profesními asociacemi, komorami a dalšími organizacemi působícími ve zdravotnictví, nebo poskytovateli mediačních služeb, kteří působí mimo zdravotnictví, např. v pracovní oblasti či sociálních službách.*

*Výzkum provedený HOPE (2012) sděluje, že téměř ve všech zkoumaných zemích je mediační služba poskytována interními mediátory v rámci zdravotnických zařízení (Belgie, Dánsko, Estonsko, Francie, Maďarsko, Lucembursko, Slovinsko, Španělsko a Velká Británie). Současně jsou mediační služby ve většině zemí poskytovány i dalším způsobem:*

---

<sup>45</sup> HOPE, Evropská federace nemocnic a zdravotnických zařízení, je mezinárodní nezisková organizace, která vznikla v roce 1966. Zastupuje vnitrostátní veřejné a soukromé sdružení nemocnic a vlastníky nemocnic, a to buď sdružení místních a regionálních orgánů, nebo národní zdravotní služby. Jejími členy je 35 organizací z 28 členských států Evropské unie, Švýcarska a Srbska. Posláním HOPE je podporovat zlepšení zdraví občanů v celé Evropě, vysoký standard nemocniční péče a na podporu účinnosti s lidmi v organizaci a provozu nemocnic a zdravotnických služeb.

- poskytovateli mediálních služeb samostatně, v místě svého působení,
- poskytovateli mediálních služeb samostatně nebo společně s mediátory zdravotnického zařízení,
- poskytovateli mediálních služeb, ve zdravotnickém zařízení nebo mimo něj,
- pouze mediátory daného zdravotnického zařízení,
- poskytovateli mediálních služeb, kteří působí pouze v oblasti zdravotnictví,
- organizacemi působícími v oblasti zdravotní péče, které mají své mediátory,
- vládním orgánem, který působí v oblasti práv pacientů,
- vládním orgánem, který působí v oblasti mediace,
- privátními akreditovanými mediátory (působícími i v jiných oblastech),
- organizacemi pro řešení pracovněprávních sporů,
- nevládními organizacemi pro zdravotní a sociální péči.

Úkolem managementu zdravotnického zařízení by mělo být zamezení takovým situacím, kdy spor probíhá mezi pacientem a konkrétním oddělením bez vědomí odpovědné osoby. Má-li být nabídka mediace důvěryhodná, nemělo by docházet k časovým prodlevám. Ty mohou oslabit zájem pacienta dohodnout se bez soudu. Mediace bývá využívána:

- preventivně, především v procesu rozhodování o dalším postupu v léčbě,
- při vzniklém konfliktu (jako nástroj řešení a současně prevence rozvoje konfliktní situace a jejích negativních důsledků).

V České republice je mediace ve zdravotnictví využívána jen sporadicky. V zahraničí má delší tradici, i když ani zde nebylo její zavádění jednoduché. Dnes je s úspěchem aplikovaná i tam, kde to u nás zatím není ani představitelné. S ohledem na stadium poskytované péče pak:

1. *Při akutních stavech.* Zejména u dětských pacientů vzniká vztahově náročný trojúhelník (lékař – dětský pacient – zákonný zástupce dítěte). Situace je vystupňovaná, když je rodič původcem vzniku úrazu dítěte (např. opaření horkou tekutinou – káva, čaj, polévka). Kvůli stresu, který prožívá, má sníženou rozlišovací schopnost závažnosti dané situace. Obtížněji a navíc s latencí se rozhoduje. Na základě těchto skutečností dochází k diskrepanci mezi zdravotníkem a pacientem/rodičem. Neutrální subjekt v osobě mediátora, znalého základní problematiky poskytování jednotlivých zdravotních služeb, charakteru nemoci a základů medicínského práva může přispět ke zklidnění situace.

2. *V průběhu léčby.* Vzniká řada situací, kdy pacienti a jejich zákonní zástupci mají mnoho otázek, názorů a předsudků k problematice daného onemocnění a jeho terapii. Někteří se obávají své problémy řešit se zdravotníkem přímo, jiní naopak atakují zdravotníka i několikrát za den, až znemožňují a omezují správný výkon jeho pracovních povinností. Takovou situaci může obecně řešit i nově přijaté ustanovení zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), v § 50 odst. 2<sup>46</sup> To ale částečně řeší situaci jen z pohledu zdravotníka. Také pacient a jeho rodina mají své potřeby. Z uvedeného tak vyplývá širší možného působení mediátora.
3. *Při doléčení, ambulantní a dispenzární péči.* Ve třetí fázi léčby je ošetřování nemocných a komunikace s jejich zákonnými zástupci neméně důležitá. Stěžejní úlohu samozřejmě hraje osobnost, chování a jednání zdravotníka. V případě potřeby může komunikaci, zejména je-li narušená, zprostředkovat mediátor.

### 3.2 Konflikty vhodné pro mediaci ve zdravotnictví

Jaké konflikty v jakém časovém rozměru je vhodné řešit metodou mediace? Psychologicky můžeme ve zdravotnictví rozlišit tři osy konfliktů:

1. Mezi zdravotníky, pacientem a členy jeho rodiny; vyjadřují nedůvěru, nespokojenost, útlum nebo přerušování komunikace;
2. Konflikty uvnitř zdravotnického týmu; jsou dané chaotickým, nedostatečným vedením, nejednotnými informacemi, nekvalitními podmínkami a vyhořením;

---

<sup>46</sup> Zdravotnický pracovník může odmítnout poskytnutí zdravotních služeb pacientovi v případě, že by jejich poskytnutí odporovalo jeho svědomí nebo náboženskému vyznání. O této skutečnosti je povinen ihned informovat poskytovatele, který zajistí pacientovi jiného zdravotnického pracovníka. Nemůže-li poskytovatel zajistit jiného zdravotnického pracovníka, zajistí pacientovi jiného poskytovatele, který mu zdravotní služby poskytne, pokud pacient zajištění jiného poskytovatele neodmítne. Záznam o odmítnutí zajištění jiného zdravotnického pracovníka nebo poskytovatele je součástí zdravotnické dokumentace; záznam podepíše pacient a zdravotnický pracovník. Zdravotnický pracovník nemůže odmítnout poskytnutí zdravotních služeb pacientovi z důvodu uvedeného ve větě první, pokud by odmítnutím došlo k ohrožení života pacienta nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví, a poskytovatel není schopen zajistit poskytnutí zdravotních služeb jiným zdravotnickým pracovníkem. Podle věty první až čtvrté se obdobně postupuje, odmítne-li poskytnutí zdravotních služeb poskytovatel.

3. Konflikty mezi členy rodiny zejména v terminální fázi života pacienta, z pocitů viny, zátěží při spolurozhodování o nejvhodnějším postupu jeho péče.

I pro aplikaci mediace ve zdravotnictví platí, že by se mělo jednat o případy, kdy účastníci konfliktu chtějí mezi sebou něco regulovat. Mediace jako možnost smluvního uspořádání předpokládá, že jsou si partneri rovni. Nelze-li dosáhnout sebeurčení a je-li třeba se obávat, že v důsledku předem neodstranitelné mocenské nerovnováhy nastane zvrát, je mediace nevhodná.<sup>47</sup> Mediace je vhodná pro takové jedince, kteří i nadále spolu musí spolupracovat. Pro mediaci jsou vhodné také ty spory, kde by odkládání řešení prohlubovalo negativní důsledky konfliktu. Z tohoto pohledu je využití mediace v konfliktech mezi lékařem a pacientem či jeho rodinou nanejvýš žádoucí.

*Podle výzkumu HOPE (2012) k využívání mediace při řešení sporů ve zdravotnictví se ukázalo, že mediace je stále poměrně nový postup. Není zavedena do běžné praxe zdravotnických zařízení, nejsou zpracovány vnitřní předpisy a rámcové metodické postupy k jejímu využívání. To vede k nejistotě, kde a kdy mediaci využít, tím ke skepsi v její možnosti. Na straně pacientů chybí informace o mediaci, nízké je povědomí lidí o možnostech jejího využití. Nespokojenost (v tom nejširším slova smyslu) se zdravotnickou péčí je stále primárně řešena soudní cestou. Je zpochybňována spolehlivost a nezávislost mediátorů, zejména v malých zemích (např. Lucembursko) a zejména pokud jsou placeni nemocnicemi. Chybí mediátoři mimo systém zdravotní péče. Ve Velké Británii je mediace ve zdravotnictví využívána od r. 2002. Přináší velmi dobré výsledky i v nejednoznačných případech.*

Potenciál mediace je závislý na aplikaci brzy po vzniku konfliktu. I když se právníci zdráhají využít mediaci bez vyšetření případu, tj. před zahájením soudního řízení a vypracováním znaleckých posudků. Mediace ve zdravotnictví je využívána zejména v těchto případech:

- k řešení sporů mezi pacientem nebo příbuznými pacienta a poskytovatelem zdravotní péče,
- při neshodách mezi vedením zdravotnického zařízení a odbory (skupinové konflikty),
- ve sporech mezi zaměstnavatelem a zdravotnickým pracovníkem (zaměstnancem),
- v konfliktech mezi odděleními a týmy zdravotnického zařízení,

<sup>47</sup> Holá, 2011.

- při řešení sporů mezi zdravotnickým zařízením a dalšími právníckými osobami (např. pojišťovnami, dodavateli, zřizovateli zdravotnického zařízení, veřejným sektorem).

*Pacientce bylo ozařováno několikrát zdravé prso namísto nemocného. Toto zdravotnické zařízení sice navrhlo pacientce mediaci, učinilo tak však až po mnoha měsících od nešťastné události, v době, kdy už pacientka podala žalobu k soudu a počínání zdravotnického zařízení na ni působilo ryze účelově.*

V mediaci ve zdravotnictví jsou řešeny případy zanedbání povinné péče, otázky kolem práva pacienta na smrt a na odmítnutí léčby či život zachraňujícího zákroku (DNR, *do-not resuscitate*). Pokud jde o méně závažná pochybení, která pacient vůči zdravotnickému zařízení namítá ve stížnosti, může být zdrojem důležitých informací o fungování jednotlivých oddělení. Z hlediska časové i finanční úspornosti je třeba zvážit, jaký postup řešení nespokojenosti pacienta zvolit. Někdy postačí osobní projednání stížnosti. Pokud je zřejmé, že stížnost není bezdůvodná a týká se složitějšího či vážnějšího problému, pak je vhodné pacientovi nabídnout mediaci.<sup>48</sup>

U nás je mediace ve zdravotnictví zatím využívána v situaci, kdy vznikla újma na zdraví v důsledku pochybení zdravotnického zařízení a jedná se o odškodnění pacienta v souvislosti s touto újmou.<sup>49</sup>

Méně známá je *rodinná mediace ve zdravotnictví*, která se zejména v USA rozijí v souvislosti s lékařskou etikou.<sup>50</sup> V širším záběru jsou tyto otázky zahrnuty taktéž pod bioetiku. Nejedná se podle našeho mínění o terminologickou nejednotnost. V rodinné mediaci ve zdravotnictví jsou silněji akcentovány rodinné (vztahové a emocionální) aspekty konfliktů v souvislosti s léčbou pacienta, v mediaci v bioetice (za přítomnosti rodiny pacienta) jsou silněji akcentovány léčebné a etické aspekty konfliktů v souvislosti s léčbou pacienta. Mediátory v rodinné mediaci ve zdravotnictví jsou především psychologové.

### 3.3 Výhody řešení konfliktů ve zdravotnictví mediací

Součástí přemýšlení o pojetí této kapitoly byla i otázka, zda téma předností a limitů mediace ve zdravotnictví do ní zařadit. Rozhodnutí padlo pro zařazení, a to zejména ze dvou důvodů. Jednak má aplikace mediace ve zdravotnictví naši velkou podporu (vedenou i osobním zájmem o oblast medicí-

---

<sup>48</sup> Cholenský, 11/2007.

<sup>49</sup> Kopalová, Zahumenský, 2010.

<sup>50</sup> Sobotková. In Holá et al., 2013.

ny). A dále, konflikty v souvislosti s nemocí, léčbou či koncem života patří k emočně nejnáročnějším. Jsou jimi ohroženy ty nejvyšší hodnoty člověka. Jejich řešení klade vysoké nároky na účastníky, velmi často je potřebná intervence zvenčí. Mediace ve zdravotnictví je spolu s mediací v rodinných konfliktech nejobtížnější oblastí mediace s nejvyššími nároky na osobu mediátora. Na rozdíl od rodinné mediace, která v České republice zaznamenala v posledních letech dynamický vzestup, není mediace ve zdravotnictví téměř vůbec uplatňována. Druhý důvod je vědecký, kdy se domníváme, že informace zde uvedené by měly být (v rámci možností) co nejucelenější.

Žádná osoba zvenčí nerozumí povaze konfliktu ani jeho kontextu tak, jako klienti sami. Také proces mediace spoluutvářejí klienti tak, aby vyhovoval jejich potřebám. Volí si mediátora, hodnotí jím zvolený přístup a techniky, ovlivňují časový rozvrh procesu, organizační záležitosti, rozsah sdělení před mediací během ní, počet účastníků, přítomnost dalších osob atd. Mediace eliminuje sevřenou formu rituálu, kterou mají tradiční poziční postupy. Morineau<sup>51</sup> shrnuje přednosti mediace takto: „Mediace...poskytuje harmonizační strukturu protikladům. Umožňuje znovunalezení přítomnosti, zatímco každý konflikt je jenom opakováním minulosti. Dovoluje nám, abychom přijali budoucnost a nezůstali svázáni vlastním utrpením.“

*Lepší porozumění situaci.* Klienti lépe porozumí své situaci, svým potřebám a zájmům, jsou lépe orientovaní v kontextu konfliktu, méně se pak obávají důsledků svého rozhodnutí pro novou možnost řešení. Porozumí nejen situaci vlastní, ale i situaci druhého. Soudní pře je postavena na principu výhra – prohra. Mediátor naopak vede účastníky k tomu, aby si uvědomili zájmy své i zájmy druhého a mohli tak dosáhnout oboustranně výhodné dohody.

*Dobrovolnost.* Podmínkou úspěšného průběhu mediace je, že se lidé rozhodují k jejímu započítí i spolupráci během celého procesu dobrovolně. Tím přebírají spoluzodpovědnost za výsledek jednání. Rozhodování o konečné podobě vzájemné dohody usnadňuje klientům její plnější realizaci.

*Rovnoprávnost.* Předložený konflikt je pojat jako „stížnost“ zahrnující pacienta i lékaře. Tento přístup problém nekategorizuje jako individuální patologii, ale chápe ji jako závadu v systému. Setkání a mediační jednání obou partnerů navíc posiluje osobu, která má nižší pozici ve vzájemných vztazích. Působí tlak k nalezení vzájemně uspokojivého řešení problému. Díky společenské smlouvě se lidé nerovně silou a nadáním stávají rovnými dohodou a právem.

<sup>51</sup> MORINEAU, J. Mediace řeší konflikty. *Psychologie dnes*, 1999, roč. 5, č. 6, s. 20.

*Zachování dobrých vztahů do budoucna.* Pokud případ rozhoduje soud, dojde zpravidla k úplnému narušení vztahů mezi pacientem a lékařem (nemocnicí). Pacient nejen že už nevyhledá služby této nemocnice, ale naopak může mít tendenci svou špatnou zkušenost předat dalším osobám, případně i médiím. Mediace se zaměřuje nejen na věcnou podstatu problému, ale také na emoce a vztahy. Účastníci konfliktu mají možnost navázat přímý osobní kontakt. Společná účast na řešení konfliktu, sdílení názorů, postojů, pocitů a obav jim umožňuje ustoupit od konfrontačního jednání a zaměřit se na hledání vzájemně výhodného řešení. Tím si mohou zachovat otevřenou možnost spolupráce i do budoucna. Mediátor není stranám nadřazený jako soudce, ale spolupracuje s nimi jako rovnocenný partner. Díky neformální atmosféře mohou účastníci komunikovat otevřeně, nemusí se omezovat jen na informace důležité z hlediska pravidel soudního řízení.

*Důvěrnost.* Pokud se účastníci konfliktu společně s mediátorem nedohodnou na jiné formě mediace, pak se mediačního sezení zúčastňují ti, kterých se konflikt bezprostředně týká a kteří mají právo o něm činit rozhodnutí. Většina států poskytuje určitou formu zákonné ochrany záležitostí projednávaným během mediace. Jejím účelem je podpora volné a otevřené komunikace mezi účastníky mediace. Rozsah této ochrany se liší v závislosti na daném právním systému. Mediátor je vázán mlčenlivostí, a pokud není zákonem či dohodou o mediaci stanoveno jinak, nesmí poskytovat bez souhlasu klienta jakékoli informace o průběhu mediace. To zajišťuje také potřebnou ochranu k projednávání tak intimních záležitostí, jako je zdravotní stav pacienta.

*Menší časová náročnost.* Konflikty lze řešit téměř okamžitě bez vyčerpávajícího destruktivního období protahování řešení. Výhodou mediace je osvobození od pevného jednacího pořádku a procesních povinností, který je typickým rysem soudních sporů. Tím je mediátorům umožněno reagovat na potřeby klientů bezprostředně či po krátkém období příprav na mediaci. Jednotlivá setkání se uskutečňují dle možností všech zúčastněných, mediátor se věnuje případu intenzivněji, bez větších časových prodlev mezi jednáními, pokud je více sezení potřeba.

*Nižší finanční náklady.* Řešení sporu soudní cestou je náročnější na čas i peníze. Případem se musí zabývat vedení zdravotnické zařízení, které je nuceno využít služeb právníka a v případě soudní prohry uhradit náklady řízení. Soudní případy jsou řešeny s jistou časovou prodlevou, náklady na získávání nových informací a právní úkony jsou vysoké, klienti jsou opakovaně zváni ke svědectví u soudu, hradí právní služby a soudní poplatky. Mediační

služby nepředstavují pro klienty tak vysoké finanční náklady, jako u soudních výdajů a dalších právních služeb. Klienti se v zájmu zachování vyváženosti o finanční náklady dělí. Pokud je mediace poskytována zdravotnickým zařízením, bývá pro stranu pacienta bezplatná.

### 3.4 Nevýhody řešení konfliktů ve zdravotnictví mediací

Jak jsme již uvedli, i přes uvedené výhody je mediace ve zdravotnictví využívána mnohem méně, než soudní a rozhodčí řízení. Mediace byla i v zemích s tradicí mediace zaváděna do zdravotnictví s velkými obtížemi.<sup>52</sup> Protože byl pacient a jeho rodina stále „k dispozici“, snižoval se zájem o něj jako o člověka. Lékaři léčili nemoc a neviděli důvod, proč si zjišťovat jeho potřeby, zájmy či hodnoty. Podle našeho názoru souvisí tento postoj s paternalistickým modelem vztahu lékaře a pacienta, stále silně uplatňovaným. Druhou vážnou překážkou byla obava ze soudních sporů v případě neúspěšné mediace, z nadřazeného lékaře a jeho hodnocení příčin vzniku konfliktu, z rodiny pacienta, pokud se s ní lékař dosud nesetkal, z nerovnoměrného zapojení jednotlivých stran, z výsledku mediace či obava z vysokých finančních nákladů. Abychom přinesli objektivní informace k využívání mediace, je potřeba upozornit na rizika, která využitím mediace mohou vzniknout.

Mediace není vhodná v případě, kde jedna ze stran *usiluje pouze o porážku* druhé strany a kde jedna ze stran používá vůči druhé hrozeb nebo fyzického *násilí*. Také v případech, kdy vztahy mezi klienty (např. zdravotnickými pracovníky) jsou hluboce a trvale narušeny. V takovém případě je vhodnější uvažovat o pomoci psychologa.

Jeden z principů mediace, princip dobrovolnosti, může působit i jako negativní aspekt. Druhá strana se nemusí chtít mediace zúčastnit či započatou mediaci může (bez faktického výsledku) kdykoliv ukončit. Tím se může frustrace prvního klienta, který do mediace vstupoval s nadějí, ještě zvýšit.

Mediace mezi klienty různé úrovně (intelekt, společenské postavení, příjmy, národnost) a s různými zdroji k řešení konfliktu, by mohla vést k *nespravedlivému vypořádání*.

Není-li dosaženo mediační dohody a strany se obrátí či vrátí k soudu, prodlouží se *čas sporu* a zvýší se jeho *náklady*.

Rozhodnout se pro mediaci představuje i *určité riziko*. Ne vždy klienti dojdou k dohodě. Sdělené informace v jejím průběhu mohou být „zneužity“ v následném soudním projednávání.

<sup>52</sup> Stoller, 2008.



Problémem může být také *otázka vykonatelnosti* mediační dohody. Pokud není výsledná dohoda schválena jako soudní smír nebo sepsaná v podobě notářského zápisu, není přímo vykonatelná a její plnění zcela podléhá vůli stran.

Klienti v průběhu jednání mohou ztratit o dohodu *zájem*. Nastává období vyjednávání o dalším postupu. To může být zdlouhavé. Klienti pak mají možnost pokračovat v rozhodčím či soudním řízení. Konflikt a jeho řešení se tak formalizuje.

Mediace nemá žádné formální postupy k *získávání informací*. Pokud jeden z klientů nechce informace poskytnout, není žádný způsob, jak jej donutit. Klienti se musí navzájem spoléhat na dobrou vůli, která však někdy nemusí být dostatečná.

V zemích angloamerické právní kultury výsledek mediace a jeho přijetí jako soudního smíru nenastavuje *soudní precedens*, který by měl širší dopad. Mediační případy jsou (pouze) „úspěšné“.

## 4. Psychosociální aspekty mediace ve zdravotnictví

Znovu se tak dostáváme k psychosociálním aspektům vztahu lékaře a pacienta, tentokrát jako účastníků mediace. Pozornost zaměříme také na osobu mediátora.

### 4.1 Účastníci mediace ve zdravotnictví

Účastníky mediace ve zdravotnictví jsou účastníci konfliktu a mediátor. Mohou jimi být pacient, rodina/pozůstalí pacienta, lékař/zdravotnický pracovník, zástupce zdravotnického zařízení, zástupce zdravotní pojišťovny, zástupce odborů, zástupce zřizovatele zdravotnického zařízení, právní zástupci všech výše uvedených. Pokud budeme uvažovat o mediaci v bioetice, jejími účastníky jsou pacienti, rodinní příslušníci pacienta, členové lékařského týmu a mediátor. Právní zástupci se takové mediace neúčastní. Mediátor bývá zaměstnanec nemocnice, ale i odborník mimo ni.<sup>53</sup>

Aby mohli mít klienti důvěru v mediaci, měli by mít možnost určit si mediátora. V případě složitějších konfliktů, konfliktů, ve kterých vystupuje více stran či jsou silné negativní emoce (hněv, smutek, pohrdání), vedou řešení konfliktu dva mediátoři. Ti vystupují jako tým. V některých zemích jsou mediátoři (zejména interní) k jednotlivým mediačním případům přiřazováni.

---

<sup>53</sup> Stoller, 2008.

## 4.2 Sociální a psychologické aspekty mediace ve zdravotnictví

I když ve vztahu lékaře a pacienta, obdobně jako v jiných pomáhajících profesích, usilujeme o uplatnění humanistického přístupu vycházejícího ze subjekt-subjektového paradigmatu, fakticky dosažení jejich vyváženého vztahu není možné. Předně proto, že pacienta něco bolí, že trpí a lékaře žádá o pomoc. Lékař je obdařen znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi, díky nimž může pacientovi pomoci. Lékař je tedy vždy v dominantní pozici a pacient v pozici submisivní. Jejich pozice jsou dány rolemi a očekáváními od těchto rolí. Je to status quo, s nímž je nutné počítat. Variabilní je však způsob naplňování těchto rolí, vzájemné chování a komunikace.

Mediace mezi pacientem a lékařem je zcela v souladu s modelem partnerství ve vztahu lékař – pacient. Mediace staví na principu partnerství, rovnoprávnosti a spolupráce. Díky tomu lze mezi lékařem, pacientem a jeho rodinou dosáhnout rovnocenného a rovnoprávného vztahu, přinejmenším během spolupráce na řešení konfliktu. Účastníci mediace jsou spoluzodpovědní za hledání vhodného, vzájemně přijatelného řešení. To je postaveno na *principech mediace* a na *principech bioetiky*.

### 1. Způsob komunikace

I přes zkvalitňující se výuku budoucích lékařů bylo výzkumy prokázáno, že stále existují problémy v komunikaci mezi lékaři, pacienty a jejich rodinami. Rozdíl je v komunikačních stylech lékařů a pacientů tak velký, že „... nemluví stejným jazykem.“<sup>54</sup> Podle autorů je mediace konfliktů mezi lékařem a pacientem do jisté míry interkulturní mediací.

Komunikace mezi lékaři a pacienty je nedostatečná, avšak ještě mnohem horší je stále s pacienty v terminálním stadiu nemoci. Gatter k tomu sděluje, že lékaři vnímají umírání pacienta jako své profesionální selhání.<sup>55</sup> V rozhovoru s pacientem nebo jeho rodinou o blížící se smrti připouští své selhání (např. sdělením „dělali jsme, co bylo v našich silách“). Pacient nebo jeho rodina však interpretují sdělení tak, že lékař léčí nedostatečně a mohl zabránit tomuto fatálnímu stavu.<sup>56</sup> Pokud je pacient navíc v péči týmu lékařů, každý z nich může poskytnout jinou informaci o prognóze pacienta.

<sup>54</sup> Lebed, McCauley, 2005, s. 913.

<sup>55</sup> GATTER, R. Unnecessary Adversaries At The End of Life: Mediating End-Of-life Treatment Disputes To Prevent Erosion Of Physician-Patient Relationships. *B.U.L. Rev.*, 1999, 79, s. 1091–1095.

<sup>56</sup> Dubler, Liebman, 2004.

*Rodina pacienta, který je ve velmi vážném stavu, si přeje, aby jej lékaři již neresuscitovali. Lékař může říci, že resuscitace pacienta „oživí“, což znamená jen to, že pacient bude i nadále žít. Zatímco rodina si sdělení může interpretovat tak, že u pacienta bude obnovena předchozí úroveň zdraví, a dá souhlas s resuscitací. Výsledný efekt je pak zdrojem konfliktu a přesvědčení rodiny, že lékař provedl zákrok neodborně, zanedbal svou péči či rodinu obelhal.*

Spory plynoucí z komunikačního nedorozumění mezi lékaři a pacienty jsou v praxi považovány za méně závažné ve srovnání s rozpory v etických hodnotách či náboženských zásadách.<sup>57</sup> Proto se k jejich řešení využívá mediace méně často. Za dostatečné opatření bývá považováno vzdělávání lékařů v komunikačních dovednostech se zaměřením na komunikaci s pacientem a jeho rodinou. Toto vzdělávání je zcela jistě potřebné. Eliminuje se tak riziko vzniku konfliktů. Co ale tehdy, když konflikt vznikne?

Domníváme se, že spíše než stavět narušenou komunikaci jako překážku pro mediaci, je potřebné vidět komunikační problémy jako vhodné pro řešení mediací. Důvodů je několik. Předně, u konfliktů plynoucích z problémů v komunikaci je ještě méně pravděpodobné, že budou vyjasněny v řízení etické komise nebo v rozhodčím řízení. Dále, členy těchto komisí bývají lékaři vyladění na obdobné komunikační vzory, jež byly příčinou konfliktu. Jednání probíhají bez přítomnosti pacienta. Pokud je pacient přítomen, svá sdělení směřuje ke komisi, avšak ne k lékaři. To snižuje šanci na vyjasnění vzniklého nedorozumění a nastavení funkčních komunikačních pravidel.

Při mediaci je přítomen mediátor, který zpravidla není lékařem. Nepoužívá lékařský žargon, mluví řečí srozumitelnou oběma stranám, pomáhá identifikovat problém v komunikaci klientů, vede je ke srozumitelnému vyjadřování a jasnému sdělování svých postojů, potřeb a zájmů. Zprostředkovává porozumění příčinám vzniku konfliktu a minimalizuje riziko vzniku dalších nedorozumění. Měl by zpomalit diskusi o lékařských faktech, zaměřovat se na postupy léčby a pomáhat objasňovat terminologii.<sup>58</sup>

Je žádoucí, aby měl mediátor základní znalost problematiky, kterou mediuje.<sup>59</sup> V kontextu lékařské péče je to téměř podmínka. Pokud mediátor nerozumí diagnóze a prognóze pacienta nebo léčebnému plánu lékaře, bude pro něj obtížné, ne-li nemožné, identifikovat příčiny sporu a nedorozumění. Měl by si podle ní před začátkem mediace zjistit dostupné informace k danému problému a rozhodnout o adekvátní metodě řešení. Tak se může ukázat,

<sup>57</sup> Hoffmanová, 1994.

<sup>58</sup> Dubler, Liebman, 2004.

<sup>59</sup> Stoller, 2008.

že dostatečný bude např. informativní a objasňující rozhovor lékaře s pacientem, nebo naopak může být identifikovaný závažnější problém, s jehož řešením bude potřebné obrátit se na příslušné instituce.

## *2. Nerovnováha moci ve vztahu lékař – pacient*

Nerovnováha moci ve vztahu lékaře a pacienta bývá považována za jednu z významných překážek mediace ve zdravotnictví.<sup>60</sup> Kritici argumentují, že mediace nemůže tuto nerovnováhu odstranit a že výsledná dohoda jí bude (ve prospěch lékaře) poznamenána.<sup>61</sup>

K tomu několik poznámek. Za prvé, je důležité si uvědomit, že nerovnost sil v konfliktu existuje i v jiných oblastech, v nichž je mediace – s úspěchem – využívána (např. v trestní oblasti či v pracovní oblasti). Jde o nerovnováhu sil danou pozicí a rolí jednotlivých aktérů konfliktu. Jejich síla je však dána i osobnostními faktory, pozicí ve vzájemném vztahu a situací, v níž se nachází. Proto je každá konfliktní situace charakteristická nerovnováhou sil aktérů, která se v průběhu komunikace může měnit. Nerovnováha sil ve zdravotnických konfliktech pramení z různých zdrojů, např. z různé úrovně znalostí a zkušeností lékaře a pacienta, z vysoce technického a pro pacienta neznámého prostředí, z fyzického a emočního stresu, který provází nemoc a léčbu.<sup>62</sup>

Avšak stejně jako u konfliktů pramenících z nedostatků v komunikaci, nerovnováha sil a moci hovoří právě pro využití mediace. Jedním z jejích hlavních principů (a předpokladů pro konstruktivní řešení konfliktů) je vyváženost mediátora vůči oběma stranám. Jinak řečeno, mediátor neutralizuje nerovnováhu moci mezi klienty a vyrovnává v jejich pozicích. Smyslem je „spravedlivý“ proces, který vede ke „spravedlivému“ výsledku. K tomu má mediátor své nástroje. Dbá například na počet zúčastněných stran. Více než v jiných kontextech může být ve zdravotnických konfliktech velká nerovnováha, pokud jde o počet lidí na obou stranách. Vzhledem k rostoucí specializaci medicíny, léčebný tým se může v extrémním případě skládat až z několika desítek členů. K přímé účasti na mediaci mediátor призvává ty, kteří mají největší účast na léčbě a ty, s nimiž se pacient nebo jeho rodina cítí nejlépe. Často to jsou zdravotní sestry, s nimiž tráví většinu času.<sup>63</sup> Vyjádření ostatních si získává v rámci přípravy na mediaci. S pacientem jsou nejčastěji

<sup>60</sup> Lebed, McCauley, 2005.

<sup>61</sup> Gatter, 1999.

<sup>62</sup> Dubler, Liebman, 2004.

<sup>63</sup> HOFFMAN, D. E., Mediating Life and Death Decisions, 36 *Arizona Law Review*, 1994, s. 821.

přítomni členové jeho rodiny, příp. právní zástupce. Mediátor by měl sezení uspořádat tak, aby pacient a/nebo jeho rodina seděli vedle členů léčebného týmu, s nimiž se cítí nejlépe. Ti jim poskytují podporu.

K vyrovnaní sil může mediátor přispět také užíváním jazyka. Přecházel-li lékař k odborným tématům a vyjadřování, které je neosobní a pro pacienta nesrozumitelné, vrací mediátor rozhovor zpět k pacientovi.

*Například může lékař hovořit o indikaci k podávání morfinu umírajícímu pacientovi a jeho účincích. Mediátor může posunout rozhovor od obecných informací k tomu, zda je žádoucí podávání morfinu i tomuto pacientovi. Tím může zdůraznit, že jednání se týká konkrétní fyzické osoby. Rodině ukázat stres, který lékař při rozhodování se o léčbě zažívá, stejně jako lékaři připomenout utrpení, které prožívá rodina umírajícího pacienta.*

Přesunutím těžiště zpět k pacientovi vrací „znalosti“ jemu a rodině. Ve sporech ve zdravotnictví je právě toto oblast, kde má rodina jednu z mála informačních výhod. Ve srovnání s řešením sporu před profesní či etickou komisí, kde „slabší“ strana pacienta zpravidla nebývá ani přítomna, je zřetelně vidět, že v mediaci je možné nerovnováhu sil mezi lékařem a pacientem vyrovnat.

Kritici ale argumentují, že ani mediace nemůže tuto nerovnováhu vyrovnat tak, jako soudní řešení, které má mechanismy procesní ochrany stran.<sup>64</sup> Současně poukazují na to, že mediátor, který je zaměstnancem zdravotnického zařízení, skutečně nemusí být neutrální. To jsou oprávněné obavy. I když mají nemocnice své důvody, proč jako mediátory využívají zaměstnance,<sup>65</sup> doporučujeme využívat spíše nezávislé mediátory. A pokud ani hodnota neutrality nekompensuje výhody mediátora-zaměstnance, měl by takový mediátor na začátku jednání sdělit svůj vztah s nemocnicí, ujistit pacienta a jeho rodinu, že bude jednat nestranně a stanovit pojistky k zajištění této nestrannosti.<sup>66</sup>

### *3. Distribuce předmětu konfliktu – možnosti řešení*

Ve sporech mimo kontext zdravotnictví, např. na pracovišti, může být celá řada možných výsledků – zaměstnanec může být propuštěn, ponechán na místě, převeden na jinou práci, může být ověřována jeho kompetence. V bio-

---

<sup>64</sup> Hoffman, 1994.

<sup>65</sup> Nejčastěji uvádějí, že jsou znalí vnitřního fungování nemocnice a mají zájem na jejím dobrém jménu.

<sup>66</sup> Dubler, Liebman, 2004.

etických sporech se zdá, že konflikt nelze řešit kompromisem. Narážíme na otázku distribuce předmětu bioetického sporu, jeho dělitelnosti či nedělitelnosti. Pacient bude resuscitován, nebo nebude. Lékař provede operaci nebo neprovede. Pokud se jedná o nedělitelný problém, je vhodnost mediace v takových konfliktech ve zdravotnictví sporná.<sup>67</sup>

Avšak, možnosti léčby se vždy vzájemně nevylučují. Např. může být dohodnuto, že pacient bude resuscitován v případě srdeční zástavy, ale pak se strany znovu sejdou a společně posoudí stav pacienta a možnost DNR. V jiných případech nemusí být rozsah možností zřejmý od začátku, protože dosud nebyly identifikovány zájmy stran. Mediace, na rozdíl od jiných metod řešení konfliktů, čerpá z příběhů a obav účastníků konfliktu. Klienti jsou vedeni k tomu, aby sdělili, co cítí. I když se může zdát, že tyto pocity nesouvisí s řešeným problémem, rozšíří náhled na problém a ukáží směr nových úvah o řešení.

*Ve své knize Bioethics Mediation Nancy Dublerová a Carol Liebman<sup>68</sup> uvádí příklad důležitého zájmu, který byl sdělen v průběhu mediace. Jennifer, 18-letá pacientka, která trpěla nemocí zvanou „sloní muž“, byla hospitalizovaná mnohokrát. Její poslední hospitalizace byla z důvodu nádoru na krku, který uzavřel průdušnici a bránil jí v dýchání. To bylo možné jen s ventilátorem. Lékaři došli k závěru, že pokud by Jennifer podstoupila operaci na odstranění nádoru, mohla by dýchat sama. Jennifer komunikovala jen pomocí papíru a tužky. Napsala, že má velké bolesti, trpí v důsledku všech deformit a na operaci nechce. Pochopila, že i tak brzy zemře. Její ošetřující lékař do zdravotní dokumentace napsal: „Pacientka je dospělá, schopná volby druhu péče. Bude přeložena z jednotky intenzivní péče na standardní jednolůžkový pokoj zemřít. Morfium jí bude poskytnuto podle potřeby.“ Postoj lékařů k celé situaci, rozhodnutí o dalším postupu a formulace v dokumentaci pacientky vyvolaly velkou vlnu nevole u kolegů na pracovišti. Bylo iniciováno mediační jednání. Zdravotní sestry uvedly, že etika jejich profese vyžaduje projevat k pacientovi respekt a poskytnout mu pohodlí. Nemohly se vyrovnat s rozhodnutím a zápisem lékaře. Plán péče byl změněn. Jennifer zůstala na jednotce intenzivní péče, sestry kontrolovaly její stav, dbaly, aby dostala dostatek morfia, aby byly zmírněny její bolesti, aby o ni bylo pečováno i po lidské stránce a mohla zemřít důstojně.*

Aby byli klienti spokojeni s mediací a její výsledky i proces považovali za spravedlivé – to považujeme za primární cíl mediace. Kromě identifika-

<sup>67</sup> Hoffman, 1994.

<sup>68</sup> Dubler, Liebman, 2004, s. 47–49.

ce věcných zájmů klade mediace důraz také na procesní zájmy, zejména zájem vyjádřit se k dané věci, účastnit se řešení konfliktu, být brán vážně jako součást rozhodování o něm. Účastníci mediace ji mohou posuzovat na třech úrovních:

1. Rovina věcná – je dána věcnými aspekty. Týká se věcného řešení konfliktu. Klient posuzuje, do jaké míry toto řešení uspokojilo jeho věcné potřeby a zájmy.
2. Rovina procesní – souvisí se způsoby jednání a zacházení. Klient posuzuje, jak byla dodržovaná pravidla vžitá (např. pravidla slušného chování) a sjednaná (ve formě pravidel pro mediační jednání). Posuzuje v kategoriích spokojenosti, spravedlnosti, slušnosti, mravnosti.
3. Rovina osobní – souvisí s rolemi, které jednotliví účastníci během procesu hráli. Klient posuzuje, zda se cítil důstojně, zda byl spokojený se svou pozicí, se svou možností ovlivňovat jednání a výsledná řešení. Rovina osobní úzce souvisí s rovinou procesní.

Množství úsilí, které je nutné vynaložit na to, aby byli účastníci spokojeni, roste od první ke třetí hladině. Spokojenost klienta je jeho čistě subjektivní pocit, jehož naplnění není možné měřit objektivními měřítky.<sup>69</sup>

#### *4. Morální dilemata v řešení konfliktu*

Konflikty ve zdravotnictví se nejčastěji týkají újmy na zdraví pacienta, plánu léčby pacienta či stížností na chování zdravotnického personálu. Jedná se o konflikty „ve zdravotnictví“, z nichž část vznikla v souvislosti s morálními dilematy. Pokud účastníci konfliktu vidí pouze jedno správné (spravedlivé, morální) řešení, mediace nemusí být účinná. Jakékoliv jiné řešení je pro ně normativně slabé.<sup>70</sup> Tato otázka byla částečně diskutována s distribucí předmětu konfliktu a možnostmi řešení v předchozí části. Zde navíc dostává hodnotový a morální rozměr.

Účastníci konfliktu mohou např. zvažovat etickou přípustnost podávání morfia, které zmírňuje bolest, ale také urychluje proces umírání. Nebo si rodina přeje, aby jejich blízký byl udržován při životě, i když není šance na jeho vyléčení. Lékaři mohou namítnout, že je nemorální plýtvat omezenými finančními prostředky, které by mohly být využity u pacienta s šancí na vyléčení.

---

<sup>69</sup> Tématu distributivní a procesní spravedlnosti a spokojenosti klientů mediace se více věnujeme v knize HOLÁ, L. *Mediace v teorii a praxi*. Praha: Grada Publishing, 2011.

<sup>70</sup> Hoffman, 1994.

Morální dilema je situace, kdy člověk čelí alespoň dvěma různým alternativám, kdy ani jedna se nezdá být optimálním řešením daného problému. Zdrojem etických dilemat jsou morální konflikty, zejména tam, kde člověk musí činit rozhodnutí. Čím je těžší předvídat důsledky činů, tím větší dilema vzniká.<sup>71</sup> Hodnoty jednotlivých příslušníků společenství se pak mění na základě proměny společenství.<sup>72</sup> Tedy změna soupeření na spolupráci, snaha o vzájemné porozumění, hledání vzájemně přijatelného řešení, to jsou konkrétní změny, které mohou ovlivnit hodnoty účastníků mediace.<sup>73</sup>

Pro možnost porozumět hodnotám druhého se musíme zamyslet nad tím, jak jsou hodnoty chápány různými lidmi. Berlin<sup>74</sup> vytvořil koncept „hodnotového relativizmu a pluralizmu“. Ten je v jeho teorii hodnot základní doktrínou. Odmítá relativistické pojetí hodnot ve smyslu, že „když já léčím především nemoc a ty si potřebuješ o nemoci povídat, nemůžeš nikdy pochopit, proč mě zajímají hlavně laboratorní hodnoty a já stejně tak nechápu tebe“. Naproti tomu pluralismus umožňuje komunikaci a porozumění morálním postojům mezi lidmi. Zásadním principem *hodnotového pluralizmu* je názor, že hodnota je pro člověka závazná upřednostněním jeho vlastních cílů v jeho vlastních termínech, ne v termínech definujících cíle někoho jiného. Podle Berlina jsou hodnoty zakořeněny v povaze člověka. Je však schopen rozumět i hodnotám, které definují cíle jiných. Hodnotový pluralismus v mediaci znamená, že jedna strana má předpoklady *porozumět hodnotám* strany druhé.

Ve zdravotnictví však často nastávají situace, kdy výsledné jednání lékařů těžko může být kompromisem uspokojujícím alespoň zčásti hodnoty a potřeby všech. „Kompromis... ve zdravotnictví není možný při rozhodování mezi životem a smrtí.“<sup>75</sup> Avšak porozumění hodnotám lékařů a normám, které z nich vyplývají, umožní pacientovi či jeho rodině lépe přijmout postup, který lékař zvolil.

Pokud rodinný příslušník přirovná podávání morfia jeho blízkému k asistované sebevraždě, může mediátor napomoci zprostředkováním informací o účincích morfia a podmínkách jeho podávání. Může vyzvat účastníčího se lékaře k poskytnutí takových informací, může využít zdrojů v odborné literatuře či sdělení významných lékařských autorit.

<sup>71</sup> KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing, 2007.

<sup>72</sup> INGLEHART, R. Changing values, economic development and political change. In *International social science journal*, 1995, 47, no. 3, s. 379.

<sup>73</sup> Více k hodnotám v mediaci viz Holá (in Karkošková, Holá, 2013).

<sup>74</sup> BERLIN, I. A. *Value Pluralist and Humanist View of Human Nature and the Meaning of Life*. Amsterdam: Rodopi, 2006.

<sup>75</sup> Kutnohorská, 2007, s. 13.



Odkázáním se na objektivní kritéria je zmírněn odpor rodiny k takovému postupu. Pokud by byly informace poskytovány jen ošetřujícím lékařem, pravděpodobně by nedůvěra nedovolila rodině takovou informaci přijmout. Proto by měl být mediátor natolik obeznámen s danou problematikou (zejména bioetickými principy), aby byl schopen, pokud s tím budou souhlasit všichni účastníci mediace, poskytnout odborné informace sám a zprostředkovat pochopení významu morálních hodnot druhého.<sup>76</sup> Měl by být schopen identifikovat morálně relevantní rozdíly v daných situacích. Například skutečnost, že dané onemocnění je smrtelné a pacient pravděpodobně zemře i bez podávání morfia. Lék umožní pacientovi zemřít méně bolestivě. To je v souladu se zájmy pacienta a jeho rodiny, také profesních a etických principů lékařů, které vyžadují respekt k pacientovi a zmírnění jeho utrpení. Klient má i přesto právo na své přesvědčení a nemusí dojít ke změně názoru.<sup>77</sup>

*Autor také uvádí zajímavý příklad Common Ground Project, ve kterém vedli advokáti diskusi o morálních dimenzích potratu. Jedni byli pro a druzí proti potratům. Na konci jednání účastníci nezměnili své názory, avšak zjistili, že mají méně stereotypní vnímání těch, s nimiž nesouhlasili, v některých pohledech se dokonce shodují a cítí menší napětí a náchylnost k použití soupeřivých taktik v dalších jednáních.*

## Závěr

Mediace ve zdravotnictví je využívána při řešení konfliktů v souvislosti se zanedbáním zdravotní péče a poškozením pacienta, při konfliktech ve zdravotnických týmech a sporech v oblasti bioetiky. Systém zdravotní péče je komplexní a mediace může být přizpůsobena tak, aby vyhovovala všem jeho kontextům.

Mediace je flexibilní alternativou k soudním sporům. Nebo svébytnou metodou bez ohledu na soudní řešení. Záleží, v jakém kontextu na ni nahlížíme a v jakém ji praktikujeme. Umožňuje účastníkům vhodnější řešení zdravotních a emočních problémů jejich vlastními silami. Mohla by být prv-

---

<sup>76</sup> Avšak neměl by se snažit přesvědčit jednoho klienta o správnosti morálního přesvědčení druhého. Obdobně jako v jiných mediačních kontextech, mediátor klientům nepředkládá své vlastní morální nebo sociální normy. Jedinou výjimkou je případ, kdy navrhované řešení je zjevně neetické (např. možnost ukončení podpory životních funkcí, když existuje šance na vyléčení a pacient sám požádal, aby byl s veškerým úsilím udržen při životě). Těžko si však představit, že by tato situace reálně nastala (Dublerová, Liebman, 2004).

<sup>77</sup> Gatter, 1999.

ním krokem při řešení stížností na zanedbání lékařské péče.<sup>78</sup> Soudní cestou je možné (adekvátně) řešit otázky finanční kompenzace, mnohem méně, či vůbec, další kvalitativní problémy na straně zdravotníků i pacientů a jejich rodin.

Je důležité, aby byla mediace dobrovolnou a flexibilní možností, která zajistí, že účastníci konfliktu nebudou mít obavy komunikovat a prozkoumat možnosti. Smyslem mediace ve zdravotnictví je kompenzace pacientů, kteří byli postupem zdravotnického zařízení poškozeni, motivace lékařů a zdravotnických zařízení ke zlepšení kvality poskytované péče, zachování vztahu mezi lékařem a pacientem a efektivnost vynaložených nákladů. Má-li být mediace sporů ve zdravotnictví účinná, musí splňovat tyto čtyři cíle. To s sebou nese zavedení systému, který pomůže vyřešit většinu sporů brzy po jejich vzniku. A i když se v mediaci klienti rozhodnou nepokračovat či nepovede k dohodě, prošli procesem, který je učinil vnímavější k novým možnostem do budoucna. Mediace poskytuje příležitost k tvůrčímu řešení konfliktů. Ošetřuje emoce, uspokojuje plněji zájmy, řeší obavy stran. To podporuje komunikaci a spolupráci, které jsou při léčbě pacienta nezbytné.

Mediace není „všelék“, ale je poddajnou náplastí, která příkrývá a spojuje lidi a půdou pro začátek procesu hojení. Pokud zdravotnická zařízení tuto ideu přijmou, udělaly mnoho pro uzdravení těla i duše pacientů a pro uspokojení ze své vlastní práce.

---

<sup>78</sup> MEILI, S., PACKARD, T. *Alternative Dispute Resolution in a New Health Care System: Will It Work for Everyone?* Ohio St. J. on Dispute Resolution, 1994, s. 23, 26.