

Problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta zejména s ohledem na institut tzv. informovaného souhlasu

Autor: JUDr. Tomáš Doležal, Ph.D., LL.M.

Pracoviště: Kabinet zdravotnického práva a bioetiky, Ústav státu a práva AV ČR, v.v.i., I. LF UK Praha

Abstract

The article attempts to analyze problematic aspects of a modern relationship between a physician and a patient. The author claims that the Hippocratic approach to a patient has been modified in the course of time and currently we are in search of a new definition of essential particulars of this relationship. A basic issue is the patient's welfare, or freedom – Salus, or voluntas aegroti? In many cases Czech physicians still tend to suppress growing tendency of the patient's autonomy and rather take care of his welfare (health) than allow him to make a free choice on how to dispose of his health.

The author is trying to infer that the basic legal instrument for asserting the patient's interests is the institute of the so called "advice and consent to the administered medical treatment. Although currently we talk about the informed consent as about a legal instrument, the obligation to inform a patient about relevant aspects of the provided medical service is based upon philosophical and ethical grounds and it is reflected in the legal level only indirectly. Despite the fact that the institute of informed consent has its basis in the legal order, the author arrives at a conclusion that this instrument is being impaired by the whole range of facts and that an allegation about free decision of a patient is only a myth.

The article then analyzes the factors, which significantly modify the patient's freedom to make decisions and in principle have a tendency to its suppression and a new form of paternalism, the so-called neo-paternalism.

The author is then convinced that in certain situations the so called positive neo-paternalism is acceptable and it even leads to bigger trust in the relationship between a patient and physician and therefore it contributes to the overall improvement of the relationship between a patient and physician.

Key words: informed consent, autonomy of will, paternalism, neo-paternalism

I. Úvod

Kde hledat základy moderního vztahu lékaře a pacienta? Je zřejmé, že hippokratovský přístup k pacientovi byl v průběhu času modifikován a v současné době trochu bezradně přešlapujeme na místě a snažíme se spojit těžko spojitelné. Salus nebo voluntas aegroti? Čeští lékaři v řadě případů ještě potlačují vystrkující růžky autonomie pacienta a spíše se snaží dbát o jeho blaho (zdraví) než mu umožnit svobodné rozhodnutí, jak naložit se svým zdravím. Možná tento stav ilustruje i omšelý zakladatelský nápis nad vchodem do Všeobecné fakultní nemocnice v Praze - hippokratovský imperativ Salus aegroti suprema lex¹.

II. Komplikovanost vztahu lékaře a pacienta

A z tohoto vnitřního pnutí mezi blahem a svobodou vychází také komplikovanost současného pohledu na vztah pacienta a lékaře. Tato komplikovanost je pak dále prohlubována tím, že původní, spíše etická, regulace tohoto vztahu, byla z větší části nahrazena regulací právní. Proto také vztah nabývá na složitosti a formálnosti. Wiegand napsal, že existuje pouze jeden další právní vztah, který se intenzitou mezilidských vztahů a svou komplexností podobá vztahu lékaře a pacienta; a to je manželství². Pokud pak přistoupíme na tuto paralelu, tak rovněž budeme nuceni uznat, že vybalancovat v tomto vztahu zájmy obou stran tak, aby byly obě spokojeny, je těžké a někdy i nemožné. Co ovšem tento vztah od vztahu manželského z mého pohledu odlišuje, je skutečnost, že pacient je vlastně klientem, který za poskytnutí zdravotních služeb platí³ a tak je nutno zohlednit zejména jeho zájmy.

Základním právním instrumentem k prosazení zájmů pacienta je pak institut tzv. poučení a souhlasu s poskytovanou zdravotní službou. Ačkoliv v současné době hovoříme o informovaném souhlasu jako o právním instrumentu, povinnost informovat pacienta o relevantních aspektech poskytované zdravotní služby je v zásadě založena na filozoficko – etických základech a následně se pouze zprostředkovaně promítá do právní roviny. Z tohoto důvodu se s právní úpravou informovaného souhlasu setkáváme poměrně pozdě.

Když nahlédneme do současné literatury pojednávající a lékařské etice nebo bioetice nalezneme 4 základní principy⁴, na nichž má být postaveno poskytování zdravotní péče:

- především neškodit - „Primum non nocere“
- respekt k autonomii pacienta - „voluntas aegroti suprema lex“
- princip dobročinnosti „salus aegroti suprema lex“
- spravedlnost

¹ Kalvach, Z., Praha, Vídeň, solatium, Medical Tribune 35/2009

² Wiegand, W., Arzt und Recht, Berner Tage für juristische Praxis 1984, Bern, 1985, str. 82

³ I když třeba zprostředkovaně prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění

⁴ Např. Beuachamp, T.L., Faden, R.R., A History and Theory of Informed Consent, Oxford University Press, New York, Oxford, 1986, str. 7 a násl.

Ovšem když se nad podstatou těchto principů zamyslíme, zjistíme, že již prosté srovnání těchto principů může vést ke konfliktu.

S jistou nadsázkou můžeme konstatovat, že zásadním problémem je, že vztah lékaře a pacienta tvoří nejméně dva subjekty⁵. Tím je tedy dán prostor pro subjektivitu posuzování určitých skutečností, resp. pro eventuální rozpor mezi názory lékaře a pacienta. Tak např. hned pod pojmy „především neškodit“ a „blaho pacienta“ si každý účastník vztahu může představovat něco jiného. Z tohoto pohledu tak jedinou objektivizovatelnou veličinou zůstává „vůle pacienta“ – ovšem i zde s mnoha otázkami⁶. A právě tato skutečnost je lékaři v ČR vnímána velmi rozporuplně, neboť chybí tradice, která by respekt k vůli pacienta, obsahovala. O respektu k vůli pacienta můžeme v ČR do roku 1989 hovořit jen velmi obtížně. Tento nedostatek se pak v současné době snažíme odstranit prostřednictvím institutu tzv. informovaného souhlasu. Ačkoliv se v rámci odborné literatury uznávalo, že respektovat vůle pacienta by se měla, v praxi k tomu nedocházelo a informovaný souhlas byl vlastně neznámý pojem / i v právní literatuře (např. Štěpán, Právo a moderní lékařství, 1989) se hovoří pouze o poučení občana a jeho souhlasu/. Ani po roce 1989 se institut informovaného souhlasu v české právní literatuře i praxi nevyskytuje. V určitém slova smyslu se tedy stává pro ČR mezníkem přijetí „Úmluvy o lidských právech a biomedicíně“ v roce 2001, kde je tento institut upraven a prostřednictvím této Úmluvy byl vtělen i do našeho právního řádu. Ovšem změnit hodnotový přístup lékaře k pacientovi trvá déle, proto naoktrojovaný posun v chápání vztahu lékaře a pacienta v roce 2001 se ještě plně nevžil a prosazování institutu tzv. informovaného souhlasu, pro nějž je právě respekt k vůli pacienta prvořadý, je v praxi velmi obtížné⁷. Z této skutečnosti pak pramení problémy dvojího druhu – 1. medicínská praxe tento institut vnímá jako pouze formální překážku při starostech o blaho pacienta a obchází jej prostřednictvím formulářových informovaných souhlasů⁸, 2. právní teorie a praxe se snaží bezvýjimečně lpět na tomto institutu, aniž by si uvědomovala neudržitelnost doktríny informovaného souhlasu bez některých dílčích změn.

Z mého pohledu tedy právní teorie a praxe nedostatečně vnímá, že v důsledku pozdního přijetí doktríny informovaného souhlasu :

- je vývoj v ČR opožděn a řešíme problémy, které ve vyspělejších zemích již byly vyřešeny ;
- nestíháme reagovat na nové podněty spojené s rozvojem medicíny, které doktrínu informovaného souhlasu výrazně modifikují.

⁵ Někdy do tohoto vztahu může zasahovat i více subjektů – např. rodiče nezletilého pacienta, opatrovník, příbuzní, atd.

⁶ Např. Doležal, A., Informovaný souhlas jako vyjádření autonomie vůle nebo reflexe paternalistického vztahu?, Časopis zdravotnického práva a bioetiky, 2011, vol.1

⁷ A to i přesto /nebo možná právě proto/, že je vytvářen enormní tlak na akceptaci tohoto institutu prostřednictvím právních instrumentů

⁸ Při nichž je osobní pohovor s pacientem nahrazen přečtením formuláře, který pacient vzhledem ke své situaci téměř bezvýjimečně podepíše i když neví, co je na formuláři napsáno, resp. jaký to může mít dopad pro jeho zdraví.

Pokud bychom tedy celou záležitost zjednodušili, pak lze konstatovat, že se v zásadě nalzáme v období, ve kterém byly např. USA mezi léty 1957- 1972, které je nazýváno „Becoming informed About Informed Consent“ (Beauchamp, Faden, 1986).

Jenže právní věda a bioetika v USA a zemích západní Evropy se od té doby názorově posunula a uvědomila si problémy, které na doktrínu informovaného souhlasu s vývojem medicíny číhají. V řadě případů je doktrína informovaného souhlasu přehodnocována a to období by se dalo charakterizovat jako „Rethinking Informed Consent“. Stále častěji se objevují problémy, které nabourávají vytvářenou představu o partnerském vztahu lékaře a pacienta a hovoří se o návratu paternalismu, resp. o neopaternalismu. Tyto tendence se následně promítají do úvah o informovaném souhlasu a doktrínu transformují.

III. Základní faktory ovlivňující rozhodování lékaře i pacienta – faktory inherentní vztahu lékař a pacient

První, a zcela zásadní úvahou je analýza možnosti pacienta rozhodovat o připravovaném lékařském zákroku svobodně. Položíme-li si tedy otázku, zda může být rozhodnutí pacienta skutečně autonomní, musíme s ohledem na několik zásadních skutečností konstatovat, že nikoliv. Svoboda rozhodnutí pacienta je totiž výrazně determinována následujícími skutečnostmi:

1. stav pacienta - ve většině případů vyhledává pacient pomoc lékaře v okamžiku, kdy se necítí zdravý. Přesvědčivě vyjadřuje pak pocity pacienta a možnost se v této situaci svobodně rozhodnout Adam Doležal, který píše: „Pacient se nachází v pozici strachu, nejistoty a bolesti. Možnost bytí jeho Já je omezována bolestí² a tak se nechává uchopit jinou existencí, které svěřuje své já. Zatímco lékařovo postavení je uchopující, v opakovaném úkonu někdy i rutinní, sice vedené s maximálně odbornou péčí, nicméně bytostně nezaujaté, je tedy v pozici, která je oddělená od bytostného chápání úzkosti Druhého Já, tj. pacientovy existence.“ (Doležal, A., 2011)
2. nemožnost plně objektivního sdělení – tento fakt je rovněž nutno brát v potaz. Lékař je vždy ovlivněn svými odbornými názory, vzděláním nebo např. výchovou, náboženským vyznáním, atd. Proto „je otázka, zda informace o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích je pacientovi podávána vždy v čisté formě. Tato informace je totiž vždy podávána osobou, která již má vytvořený určitý názorový rámec na danou věc, a z tohoto hlediska její informace nemůže být čistým objektivním oznámením faktu, naopak je již prezentována jako předvybrané stanovisko. I kdyby se lékař snažil být jakkoliv objektivní, nikdy nevystoupí ze svého světa. Ač tedy normativní systémy /právní i stavovský etický/ vyžadují informování úplné, tj. o všech možnostech, a nezaujaté, takovéto poskytnutí informace není v reálném mimonormativním světě možné.“(Doležal, A., 2011)
3. převaha erudice lékaře a následná akceptace doporučeného postupu – i faktor odborné erudice lékaře hraje podstatnou roli. Pacient je při poskytování informací odkázán zejména na názor ošetřujícího lékaře. Proto i přes proklamovanou autonomii rozhodování pacienta v praxi dochází k tomu, že pacient důvěřuje erudici lékaře a akceptuje jím navržený postup.

IV.Externí faktory ovlivňující rozhodování lékaře i pacienta

Pacientova autonomie ovšem není ovlivněna pouze skutečnostmi, které mají v zásadě původ přímo v subjektech vztahu lékaře a pacienta, ale je ovlivňována skutečnostmi, které nazývám jako externí faktory ovlivňující rozhodování lékaře i pacienta. Tyto externí faktory ovlivňují primárně rozhodování lékaře, ale prostřednictvím rozhodnutí lékaře je výrazně ovlivňováno rovněž pacientovo rozhodnutí . Mezi tyto externí faktory patří zejména:

1. Technizace medicíny - je zřejmé, že jako ve všech ostatních oborech hraje i v medicíně významnou roli technický pokrok. Možná, že význam vědeckého pokroku hraje v medicíně v posledních letech dokonce zásadní roli. Moderní přístroje, biotechnologie , nejnovější poznatky v oblasti transplantací a genetiky, to vše přispívá k tomu, že máme pocit, že jakákoliv nemoc je vyléčitelná v důsledku pokroku techniky. Nejen , že tomu tak není, ale paradoxně znamená tento pokrok rovněž v jistém směru úpadek – a to úpadek vztahu lékaře a pacienta. Technizace vede k odklonu od pacienta jako subjektu a vnímání pacienta jako objektu. Výstižně tuto situaci popsal ve svém článku Dr. Kalvach - „ Za císaře Josefa lékaři asi hodně utěšovali a málo uměli léčit – dnes tomu může být naopak, obdobně nevyváženě: hodně léčíme, ale málo umíme utěšit ...“⁹. Obdobně pregnantně se vyjádřil rovněž Karl Jaspers: „Čím větší je vědecké poznání a možnosti, čím výkonnější jsou diagnostické a terapeutické přístroje, tím těžší je najít dobrého, respektive vůbec nějakého, lékaře.“¹⁰ Medicína se tak v důsledku technizace stává přírodní vědou, ačkoliv jí v zásadě není¹¹, vztah pacienta a lékaře je tím výrazně modifikován a opětovně odráží karteziánský dualismus těla a ducha¹².
2. Zvyšující se tendence regulovat vztahy v medicíně prostřednictvím normativních pravidel /zejména právních/ - čím dál častěji jsou i původně etická pravidla zakotvována do právního řádu. Částečně se tak děje v důsledku selhání stavovských organizací efektivně trestat prohřešky proti stavovským pravidlům , ale současně je v této tendenci nutno spatřovat obecný rys moderní doby – čím dál větší část společenských vztahů regulovat prostřednictvím právních norem.
3. Ekonomické limity poskytování zdravotní péče /omezenost finančních prostředků/ - v rámci rozhodování, jakou péči pacientovi poskytnout, hrají čím dál častěji roli ekonomické aspekty. Obecně se dá hovořit o dvou rovinách ekonomických limitů – makroekonomické a mikroekonomické limity. Makroekonomické limity pak znamenají omezování rozhodování pacienta nebo lékaře v důsledku skutečností regulovaných na úrovni státu – např. v

⁹ Kalvach, Z., Praha, Vídeň, solatium, Medical Tribune 35/2009

¹⁰ Jaspers, K., Der Arzt im technischen Zeitalter, in Philosophische Aufsätze, Frankfurt a.M./Hamburg, 1967, str. 121

¹¹ „lékaři často spatřují svoji úlohu v péči o nemoc, nikoliv o nemocného“ - viz. Katzenmeier, Ch., Arzthaftung, Mohr Siebeck, Tübingen 2002, str. 17

¹²Odráží tak tzv, karteziánské paradigma, kdy je tělo nazíráno zjednodušujícím, mechanistickým přístupem jako stroj, blíže viz. Uexküll,T., Weisack, W., Theorie der Humanmedizin: Grundlagen ärztlichen Handelns, 2. vydání, Mnichov, 1991, str. 177 a násl.

důsledku ekonomické situace státu¹³ nebo přijaté legislativy¹⁴. Mikroekonomické limity pak znamenají omezování rozhodování pacienta nebo lékaře v důsledku jejich vlastních ekonomických úvah či regulací¹⁵.

4. Objektivizace medicíny /evidence based medicine, standardizace standardů/ - objektivizace medicíny je do jisté míry důsledkem předchozích bodů, tj. technizace a přibývající normativní regulace medicíny. Důsledkem je však čím dál menší možnost lékaře samostatně uvažovat a věnovat se pacientovi jako člověku, nikoliv jako dalšímu nemocnému kusu. Objektivizace ale není důsledkem pouze měnících se medicínských aspektů, ale rovněž odpovědí na stále zvyšující se počet medicínsko-právních sporů, kde právě následné posouzení správného postupu z „objektivního hlediska“ hraje podstatnou roli.
5. Specializace – jako v každém oboru dochází i v medicíně k výrazné specializaci . Tato specializace ovšem s sebou nese výrazná rizika - jedním z nich je skutečnost, že řada lékařů je specialisty pouze ve svém oboru a chybí jim přesah do dalších oborů. Proto jejich rozhodování o léčbě či informace onemocnění pacienta mohou být determinovány právě tímto úzkým pohledem na danou věc.

V. Další faktory ovlivňující rozhodování

Shora uvedený výčet faktorů ovlivňujících rozhodování pacienta při poskytování zdravotní péče není zdaleka konečný. Namátkou vybírám některé další, jejichž dopad na rozhodování pacienta je enormní, ovšem jejich existence není zmiňována nebo jsou marginalizovány a jejich dosah bagatelizován.

1. Mentální kapacita pacienta - výraznou roli při rozhodování pacienta tak hraje rovněž jeho mentální kapacita. Její nedostatek se může projevit v tom, že pacient, ač řádně a srozumitelně poučen, není schopen domyslet veškeré důsledky zákroku a proto volí intuitivně nebo akceptuje variantu doporučenou lékařem. Nemusí to ale být pouhý nedostatek mentální kapacity pacienta, co determinuje výsledné rozhodnutí. V řadě případů i vzdělaní pacienti nejsou schopni volit mezi mnoha alternativami, které jim lékař nabízí a proto se opět přikloní k alternativě doporučené (zvolené) lékařem.
2. Faktor léčebného přínosu - jedná se o zajímavý aspekt rozhodování o vlastním zdraví. Některé lékařské zákroky či vyšetření jsou přímo nebezpečné nebo znamenají agresivní zásah do lidského organismu. Přesto se pro ně pacienti rozhodují – ovšem pouze s vědomím, že pro ně bude mít zákrok či vyšetření léčebný přínos. Pacient je ovšem někdy do „očekávání léčebného přínosu“ v zásadě manipulován tím, že mu nejsou sdělena podstatná negativa zákroku či vyšetření, protože jsou celospolečensky vnímána jako přijatelná¹⁶ .

¹³Např. kolik procent HDP je investováno do zdravotnictví

¹⁴Např. péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění nebo je hrazena přímo pacientem

¹⁵Např. solventnost pacienta nebo obavy zdravotnického zařízení z regulačních srážek, atd.

¹⁶např. „Hlavní roli tu hraje psychologický faktor. Radiace při lékařských vyšetřeních se zdá být zcela přijatelná v lékařském prostředí, přitom celkové vyšetření na CT, za které zaplatíte 800 liber, vás může vystavit stejné úrovni radiace, jakou byste podstoupili dva kilometry od epicentra výbuchu v Hirošimě, napsal Spigelhalter pro

3. Společenské tlaky - velký význam pro rozhodování pacienta mají rovněž názory majoritní části společnosti na určitou problematiku. Jako typický příklad v oblasti medicíny je možno uvést výrazný tlak na prevenci a s tím často spojené podstupování nebezpečných preventivních vyšetření, jejichž přínos může být sporný¹⁷.
4. Manipulace s vymezením definičních znaků některých onemocnění – pro pacientovo rozhodnutí , jak dál nakládat se svým zdravím je samozřejmě podstatné vědět, zda jsem zdravý či nemocný. Proto pouhé minimální posunutí kritérií při klasifikaci určité nemoci může mít pro pacienta dalekosáhlé důsledky. Ačkoliv subjektivně zdravý, je najednou objektivně nemocen. A tato skutečnost ovlivňuje následné rozhodování lékařů, ale i jeho samotného. Zajímavý příklad tohoto fenoménu uvádí Welsh ve své knize *Overdiagnosed*.¹⁸

VI. Závěr

Jak již zaznělo v samém úvodu tohoto článku, vztah lékaře a pacienta je, a vždy byl komplikovaný. V posledních desetiletích se však tato komplikovanost dále prohlubuje. Je to dáno nejen pokroky v medicíně, ale také čím dál většími očekáváními pacientů. Zatímco dříve byla některá onemocnění téměř nevyléčitelná, je v moderní době jejich nevyléčení bráno téměř jako selhání medicíny. Pacienti se tak často odmítají smířit s nepříznivou prognózou svého onemocnění a hledají , kdo by mohl být potenciálně za tento stav odpovědný. V řadě případů však tyto falešné naděje ve všemocnost medicíny zakládají sami lékaři. Jednou z možností, jak se falešným představám a očekáváním bránit je řádná komunikace mezi lékařem a pacientem – tedy institut informovaného souhlasu.

Pokud přistoupíme na skutečnost, že plná autonomie pacienta je mýtus, a že někdy trocha pozitivního paternalismu není na škodu, vztah pacienta a lékaře se zjednoduší . Nejpodstatnější ovšem v tomto vztahu je, aby obě strany měly k sobě navzájem respekt a důvěru – tj. , aby pacient byl ze strany lékaře vnímán jako člověk , který potřebuje pomoci, ale současně má vlastní vůli a lékař byl pacientem vnímán, jako odborník, který se mu snaží pomoci, nikoliv ho poškodit. Bez tohoto přístupu bude vztah lékaře a pacienta ovládán pouze „paragrafy“ a povede k ještě širšímu odosobnění této na výsost osobní služby.

server BBC.“ , www.idnes.cz, ze dne 22.3. 2011

¹⁷Welsh, G., *Overdiagnosed, Making People Sick in the Pursuit of Health*, Beacon Press, Boston, 2011 – viz. Příloha č. 1

¹⁸ Welsh, G., *Overdiagnosed, Making People Sick in the Pursuit of Health*, Beacon Press, Boston, 2011 – viz. Příloha č. 2

Použité zdroje:

Beauchamp, T.L., Faden, R.R., A History and Theory of Informed Consent, Oxford University Press, New York, Oxford, 1986

Doležal, A., Informovaný souhlas jako vyjádření autonomie vůle nebo reflexe paternalistického vztahu?, Časopis zdravotnického práva a bioetiky, 2011, vol.1

Jaspers, K., Der Arzt im technischen Zeitalter, in Philosophische Aufsätze, Frankfurt a.M./Hamburg, 1967

Kalvach, Z., Praha, Vídeň, solatium, Medical Tribune 35/2009

Katzenmeier, Ch., Arzthaftung, Mohr Siebeck, Tübingen 2002

Uexküll, T., Weisack, W., Theorie der Humanmedizin: Grundlagen ärztlichen Handelns, 2. vydání, Mnichov, 1991

Welsh, G., Overdiagnosed, Making People Sick in the Pursuit of Health, Beacon Press, Boston, 2011

Wiegand, W., Arzt und Recht, Berner Tage für juristische Praxis 1984, Bern, 1985

Příloha č. 1

Among 1,000 fifty-year-old women undergoing annual mammography for ten years:	
Benefits	Harms
1 will avoid a breast cancer death	2 to 10 will be overdiagnosed and treated needlessly 5 to 15 will be told they have breast cancer earlier than they would have otherwise but this will have no effect on their prognosis ¹² 250 to 500 will have at least one false alarm <i>(about half of these will be biopsied)</i>

Table 10.2 *Both Sides of the Story—A Balance Sheet for Screening Mammography in Fifty-year-old Women*¹²

Příloha č. 2

Condition	Disease Prevalence		New Cases	Increase
	Old Definition	New Definition		
Diabetes				
Fasting sugar 140 → 126	11,697,000	13,378,000	1,681,000	14%
Hypertension				
Systolic BP 160 → 140	38,690,000	52,180,000	13,490,000	35%
Diastolic BP 100 → 90				
Hyperlipidemia				
Total cholesterol 240 → 200	49,480,000	92,127,000	42,647,000	86%
Osteoporosis in women				
T score -2.5 → -2.0	8,010,000	14,791,000	6,781,000	85%

