

Informovaný souhlas – historická analýza vztahu lékaře a pacienta

Informed Consent – historical analysis of physician-patient relationship

JUDr. Adam Doležal, LL.M., Kabinet zdravotnického práva a bioetiky, ÚSP AV ČR, v.v.i.

Abstract: Informed consent is the fundamental ethical and legal doctrine that protects the patient's rights. Philosophers and lawyers have created an enormous literature addressing the themes of personal autonomy, self-determination, and informed consent. Firstly, this article makes a historical research based on some empirical studies, searching for historical sources of doctor – patient relationship. Informed consent is a little bit hybrid concept which speaks both to physicians' disclosure obligations and patients' willingness to undergo a particular treatment. Both elements and their historical background shall be analysed in this article. The brief history of doctor-patient communication seems to be based on paternalistic approach. Throughout the ages physicians believed that they should make treatment decisions for their patients. This conviction inheres in the Hippocratic Oath. The patient is not mentioned as a person whose ability and judgment deserve consideration, at least in the antique and medieval ages. We can find slide different opinions on communication between doctor and patient in modern era. Two recently framed and competitive historical analyses illustrate the difficulty of amassing historical evidence about informed consent and its historical justifications. The two theses have been ably defended by historian Martin S. Pernick and psychiatrist Jay Katz. Katz speaks about "the silent world of doctor and patient", which persists at least till the second half of 20th century. By contrast, Pernick concludes, after a thorough examination of a wide variety of nineteenth-century sources, that "truth-telling" and "consent-seeking" have long been part of an indigenous medical tradition, based on medical theories that taught that knowledge and autonomy had demonstrably beneficial effects on most patients' health.

Key words: Informed Consent – autonomy – trust – beneficence – responsibility - Hippocrates

Abstrakt: Informovaný souhlas je fundamentální etická i právní doktrína, která má ochraňovat práva pacienta. Filozofové a právníci vytvořili množství odborné literatury, která se zabývá otázkou autonomie, sebe-určení v kontextu informovaného souhlasu. Primárním cílem tohoto článku je provést historickou analýzu, vycházející z empirických studií, přičemž předmětem zkoumání budou historické prameny popisující vztah mezi pacientem

a lékaře. Při tomto historickém zkoumání je třeba mít stále na vědomí, že informovaný souhlas je hybridní koncept – skládá se totiž z prvku lékařovy povinnosti sdělovat informace pacientovi a z pacientovy vůle podstoupit léčbu. V tomto článku se pokusím analyzovat oba tyto koncepty. Historická analýza pak podkrývá, že vztah lékaře a pacienta byl založen na „paternalistickém“ konceptu, doktoři chtěli činit dobro pro své pacienty, aniž by se jich ptali na názor a přenášeli na ně rozhodovací pravomoc. Historie medicínské etiky se odvíjela od Hippokratovské přísahy. V starověké i středověké medicíně není pacient přizván do procesu rozhodování o jeho léčbě. V moderní éře by tomu mělo být jinak. Má však jít o radikální změnu? V článku jsou zkoumány dvě odlišné interpretace vztahu lékaře a pacienta v historickém kontextu, teze obhajovaná Martinem Pernickem a druhá zastávaná psychiatrem Jay Katzem. Katz mluví o „tichém světě lékaře a pacienta“, který přetrvával minimálně do druhé poloviny 20. století. Pernick nesouhlasí. Podle něj koncepty pravdomluvnosti vůči pacientovi, s čímž souvisí i snaha dosáhnout souhlasu pacienta s navrženou léčbou, jsou přítomny již minimálně v 18. století. Článek srovnává obě teze a vyvozuje etické závěry.

Klíčová slova: Informovaný souhlas – autonomie – důvěra – odpovědnost – beneficence - Hippokrates

ÚVOD

Předmětem tohoto článku je historická analýza vztahu mezi lékařem a pacientem, zejména s ohledem na jejich komunikaci při rozhodovacím procesu o nastávající léčbě. Klíčovým zkoumaným prvkem bude institut tzv. informovaného souhlasu (*informed consent*)¹, který se explicitně nejprve objevil v právní praxi (v rozhodnutí *Salgo v. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees*, 1957²), nicméně základy této doktríny spadají do doby starší; a to jak v právní praxi³, tak i v etických diskusích. Metodologický přístup v předložené studii bude nutně vycházet z dostupných historických dat, nicméně spíše než metodu deskriptivně historickou se pokouší o metodu systémově strukturní, kdy bude zkoumána souvislost jednotlivých vztahů. Článek tedy nezahrnuje komplexní deskriptivní popis historických materiálů, ale využívá souvztažnost určitých typických elementů, které mají spojitost s institutem informovaného souhlasu a rozhodovacím procesem při volbě léčby. Tento článek je součástí širšího komplexu textů, které se budou zabývat informovaným souhlasem. Je zaměřen na etickou historickou analýzu, právní regulace je vnímána jako podklad k této diskusi. Protože většina současné literatury o etických aspektech informovaného souhlasu se koncentruje v anglo-americké literatuře, bude tento článek věnován právě této oblasti. Stranou tak zůstane například tradice německá, která má v právní rovině starší historické kořeny než tradice anglo-americká.⁴

V tomto článku budou porovnávány dvě etické historické koncepce, které spolu soupeří. První je spojena s americkým psychiatrem Jayem Katzem. Spočívá v myšlence, že až do současné doby přetrvávalo ve vztahu mezi pacientem a lékařem *ticho*⁵. Druhá koncepce je reprezentována historikem Martinem Pernickem. Ten v protikladu ke Katzovi dochází k názoru, že řada zdrojů z 19. století poukazuje na užitečnost „říkání pravdy“ a „hledání konsensu“ v eticko-medicínských teoriích. Autonomie má podle těchto zdrojů blahodárný vliv na pacientovo zdraví.⁶ Při této historické analýze je ovšem nutné nejprve správně vydefinovat, po čem vlastně budeme pátrat, protože předchůdce modelu vztahu založeném na informovaném konsensu nutně nemusí obsahovat všechny prvky, které jsou vyžadovány v současné době.

¹ Pro upřesnění je třeba předem upozornit na to, že se tento článek zaměřuje především na klinickou praxi, nikoliv na problematiku ve výzkumu. Pokud tak výslovně nebude uvedeno, informovaný souhlas nebude vztahován na experimenty.

² *Salgo v. Leland Stanford etc. Bd. Trustees*. Civ. No. 17045. First Dist., Div. One. Oct. 22, 1957. Kompletní znění tohoto judikátu v angličtině je možné nalézt na <http://law.justia.com/cases/california/court-of-appeal/2d/154/560.html>.

³ *Schoendorff v. Society of New York Hosp.*, 105 N.E. 92, 93 (N.Y. 1914). Dostupné na <http://biotech.law.lsu.edu/cases/consent/Schoendorff.htm>.

⁴ Srovnej k tomu např. MAEHLE, Andreas-Holger. *Doctors, honour, and the law: medical ethics in imperial Germany*. New York: Palgrave Macmillan, 2009.

⁵ „This book will offer contemporary and historical evidence, that patient's participation in decision making is an *ide alien* to the ethos of medicine“. KATZ, Jay. *The silent world of doctor and patient*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2002, 263 s.

⁶ PERNICK, Martin S. The Patient's role in medical decisionmaking : a social history of informed consent in medical therapy. In: *Making Health Care Decisions: The Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship, Volume Three: Appendices, Studies on the Foundations of Informed Consent*, Washington, D.C. The Commission, 1982, s. 1 – 35.

V první části se proto budeme zabývat vlastní definicí informovaného souhlasu. V druhé části budou nastíněny některé problémy, na něž je při interpretaci historických textů třeba myslet. Třetí část se bude zabývat dvěma protikladnými interpretacemi čerpajícími z historických pramenů. Ve čtvrté části pak bude provedena vlastní historická analýza, při níž bude poukázáno na to, že ticho mezi lékařem a pacientem přetrvávalo až do druhé poloviny 20. století a v mnoha případech převládá i v současné době. Zároveň s tím se navíc objevuje také tísnivé napětí mezi lékařem a pacientem, když medicínská technologie zcela upozadila vzájemnost vztahu lékaře a pacienta, a tedy i jejich vzájemnou důvěru. Právě tento fenomén, nikoliv právní odpovědnost, by měl být zdůrazňován při výuce lékařské etiky.

1. PROBLÉMY S DEFINICÍ

Před vlastní historickou analýzou je nutné nejprve prozkoumat, co vůbec pod pojmem informovaného souhlasu či informovaného konsensu⁷ rozumíme. Už při vlastním definování se můžeme ocitnout v úzkých – mluvíme o principu, na kterém je postavena současná medicínská etika, nebo o modelovém vztahu mezi pacientem a lékařem nebo pouze o samotném jednání (aktu) pacienta, kterým autorizuje zásah do své integrity? Někteří autoři upřednostňují chápat informovaný souhlas jako „*autonomní autorizaci medicínského zákroku za určitých stanovených podmínek*“⁸, přičemž tyto podmínky jsou ovšem nutné pro validitu informovaného souhlasu. Informovaný souhlas v tomto smyslu je platný tehdy a pouze tehdy, kdy pacient (nebo jiný oprávněný subjekt) s dostačující mírou porozumění a dostačující mírou svobodné vůle pro rozhodování intencionálně autorizuje odborníka, aby provedl specifický medicínský výkon.⁹ V podstatě se tak ale nutně přezkoumává celý proces, který předchází vlastní autorizaci. Jiní autoři proto upřednostňují chápat informovaný konsens jako proces komunikace směřující k vzájemnému a společnému rozhodnutí o nejvhodnější medicínské péči (sdílení rozhodovací autority, *share decision-making*)¹⁰, či jako výsledek „*intimního a ryziho dialogu*“¹¹ mezi

⁷ Konsensus je uváděn jako specifická forma výsledku dvoustranné vzájemné dohody, souhlas jako akceptace druhé nabídky. Každopádně je nutné mít vždy na paměti, že konsensus či souhlas v tomto smyslu má vždy normativní hodnotu. Svobodně daný a informovaný souhlas legitimuje třetí stranu k zásahu, který by byl jinak morálně neakceptovatelný. Blíže k tomu srovnej KLEINIG, John. *The Nature of Consent*. In Miller, Franklin G. – Wertheimer, Alan, ed. *The ethics of consent: theory and practice*. New York: Oxford University Press, 2010, s. 4 a násl.

⁸ BEAUCHAMP, Tom L. - FADEN, Ruth R. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press, 1986, s. 274 a násl.

⁹ BEAUCHAMP, Tom L. - CHILDRESS, James Franklin. *Principles of biomedical ethics*. 6th ed. New York: Oxford University Press, 2009, s. 119

¹⁰ KATZ, Jay. *The silent world of doctor and patient*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2002, zejména s. 85 a násl.

¹¹ President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Making Health Care Decisions: A Report on the Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship, Volume One: Report*. 1982, 210 s. dostupné na https://repository.library.georgetown.edu/bitstream/handle/10822/559354/making_health_care_decisions.pdf, staženo 28.11.2016. V českém prostředí z toho důvodu např. Jan Payne upřednostňuje termín „informovaný konsensus“ nebo „poučená dohoda“, či „dohoda poučených“. Srovnej PAYNE, Jan, *Filosofické pozadí informovaného konsensu v moderní medicíně*. Soukromá korespondence.

lékařem a pacientem. Někdy se v literatuře mluví o informovaném souhlasu jako určitém specifickém modelu vztahu mezi lékařem a pacientem v protikladu k modelu paternalistickému a modelu klientskému (někdy nazývaném *informed choice model*), rozdíl je v těchto modelech v míře podílu rozhodovací pravomoci pacienta na postupu léčby¹². Každopádně takový model v sobě zahrnuje právě apel na to, aby byl respektován informovaný konsensus jako proces vytváření rozhodování o medicínských postupech. Pokud se někdy mluví o tom, že informovaný souhlas je bioetický princip, který musí být při léčbě akceptován, pak se spíše než o princip jedná o pravidlo, které má zahrnout, že musí být buď proces nebo jednání spočívající v informovaném souhlasu (viz výše) v medicínské praxi dodržováno. Za princip by spíše měl být považován princip respektu k autonomii, které všechny výše uvedené koncepty informovaného souhlasu akceptují. Tuto podstatu spočívající v respektu k autonomii ovšem odmítá Onora O’Neill¹³, která institut informovaného souhlasu chápe jako moderní rituál projevení důvěry, který zajistí, že pacient nebude klamán a nebude na něj vyvíjen nátlak.¹⁴

Zatímco v definičním vymezení tedy vládne názorová neshoda, tradičně se autoři shodují na tom, které prvky (náležitosti) by měl platný informovaný souhlas obsahovat. Jedná se o následující prvky:

1. sdělení informací (*disclosure*)
2. porozumění (*comprehension*)
3. dobrovolnost (*voluntariness*)

¹² Tradičně podle míry spolurozhodování pacienta bývá rozdělován model paternalistický, či model beneficence, který se snaží z medicínského hlediska odstranit utrpení pacienta a model autonomní (spojený s informovaným souhlasem), podle něž je podstatnější autonomie pacienta. Toto dělení lze nalézt např. u Beauchampa a McCullougha. Srovnej BEAUCHAMP, Tom L. – MCCULLOUGH, Laurence B. *Medical ethics: the moral responsibilities of physicians*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1984. Nicméně toto dělení není jediné. Kupříkladu Childress mluví o šesti modelech či metaforách vztahu a lékaře. CHILDRESS, James F. *Metaphors and Models of Medical Relationships*. *Social Social Responsibility: Journalism, Law, Medicine*. 1982, vol. 8, s. 47-70. O jiných modelech mluví manželé Ezekielovi. EMANUEL, Ezekiel J. – EMANUEL, Linda. *Four models of the physician-patient relationship*. *JAMA. The Journal of the American Medical Association*. 1992, vol. 267, no. 16, s. 5-13. O historických modelech mluví Szasz, Knoff a Hollender. Srovnej SZASZ, Thomas S. – KNOFF, William F. – HOLLENDER, Marc H. *The Doctor-Patient Relationship and its Historical Context*. *American Journal of Psychiatry*, 1958, vol. 115, s. 522 – 528.

¹³ Poukazuje na nejednoznačnost a nejednotnost pojetí autonomie, na jeho mnohovýznamovost. S tímto názorem se ztotožňují. Pro jednotlivé významy pojmu autonomie odkazují na následující literaturu ARPALY, N. *Which Autonomy?* In Campbell, J., O'Rourke, M., Shier, D. *Freedom and Determinism*. Cambridge (Mass.), The MIT Press, 2004, s. 175. V české literatuře se tímto problémem zabývám v článku ve *Filosofickém časopise*. Viz DOLEŽAL, Adam. *Kritická analýza autonomie v bioetice*. *Filosofický časopis*. 2014, vol. 6, s. 877 a násl.

¹⁴ O’NEILL, O. *Some limits of informed consent*. *Journal of Medical Ethics*. 2003, vol. 29, s. 4-7. Poněkud odlišné pojetí informovaného souhlasu jako rituálu jsem vyjádřil v tomto časopise v roce 2011. Informovaný souhlas lze spíše než za výraz svobody a autonomie vůle, která může být čistě iluzorní, nutné považovat za postmoderní rituál vzájemnosti, za uznání individuality existence pacienta a jeho bytí jako subjektu, nikoliv pouhopouhé neindividualizované materie, jako zpředmětněné tělo a nemoc. Srovnej DOLEŽAL, Adam. *Informovaný souhlas jako vyjádření autonomie vůle nebo reflexe paternalistického vztahu?* *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2011, Vol. 1, No. 1, s. 1-13.

4. kompetence (*competence*)

5. souhlas, povolení (*consent*)

Tento výčet prvků sestavený Beauchampem a Fadenem¹⁵ zahrnuje v sobě samotný název svobodný (3, 4) a informovaný (1, 2) souhlas (5). Katz kupříkladu z toho důvodu mluví jen o hybridním konceptu, který v sobě implicitně obsahuje povinnost poučit pacienta ze strany lékaře a pacientovu vůli podstoupit lékařský zákrok (jiné léčení).¹⁶ Nicméně i Katz vyžaduje, aby pacient poučení porozuměl, a samozřejmě akceptuje i požadavek na to, aby osoba měla kapacitu k vyjádření vlastní vůle. Konečně i O'Neill¹⁷ výše uvedené prvky akceptuje.

Lze říci, že podobně jako etická literatura¹⁸, tak i právnícká literatura, soudní judikatura a konečně i legislativa pracují s obdobnými prvky. V již zmiňovaném prvním rozhodnutí amerického soudu výslovně zmiňujícího informovaný souhlas (případ *Salgo*, 1957) v odůvodnění stálo, že „*je nutné chápat, že každý pacient představuje separátní problém. Pacientovy mentální a emocionální schopnosti jsou důležité a v určitých případech dokonce rozhodující, a diskutování o rizicích musí být uvážlivé, aby byl pacient plně seznámen s fakty nutnými pro informovaný souhlas*“¹⁹. V uvedeném textu se tedy mluví o sdělení informací, rozumění a pacientově kapacitě. Snad ještě lépe je tato definice prvků vyjádřena v rozhodnutí *Natanson v. Kline* z roku 1960.²⁰ V něm je výslovně rozvedena lékařova povinnost „*sdělit a vysvětlit pacientovi jazykem tak prostým, jak jen je to nezbytné, povahu onemocnění, povahu navrhované léčby, pravděpodobnost úspěchu, poukázat na alternativy a možné rizika neblahých následků léčby a možných komplikací...*“

Podobně s těmito prvky pro oblast výzkumu pracuje i Helsinská deklarace z roku 1964. Úmluva o lidských právech a biomedicíně, která je pro české prostředí právně závazná, mluví o svobodném a informovaném souhlasu, podobně jako zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách. Lze bez většího

¹⁵ BEAUCHAMP, Tom L. - FADEN, Ruth R. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press, 1986, s. 274.

¹⁶ KATZ, Jay, Informed Consent. Must it Remain a Fairy Tale? *Journal of Contemporary Health Law and Policy*. 1994, vol. 10, s. 70.

¹⁷ O'NEILL, Onora. *Autonomy and trust in bioethics*. New York: Cambridge University Press, 2002. Gifford lectures, 2001, s. 37 a násl.

¹⁸ Uvedl jsem záměrně tři autory, kteří reprezentují poněkud odlišné koncepce informovaného souhlasu. Nicméně na definici informovaného souhlasu prostřednictvím výčtu obsahových prvků panuje v naprosté převaze shoda.

¹⁹ V případě *Salgo v. Leland Stanford etc. Bd. Trustees*. Civ. No. 17045. First Dist., Div. One. Oct. 22, 1957 vyjádřil soudce následující názor: „*The other is to recognize that each patient presents a separate problem, that the patient's mental and emotional condition is important and in certain cases may be crucial, and that in discussing the element of risk a certain amount of discretion must be employed consistent with the full disclosure of facts necessary to an informed consent.*“

²⁰ *Natanson v. Kline*, 186 Kan. 393 (1960), 350 P.2d 1093. Plné znění je dostupné na <http://law.justia.com/cases/kansas/supreme-court/1960/41-476-2.html>.

problému říci, že i kontinentální právní tradice²¹ shodně jako tradice anglo-americká akceptuje výše uvedených pět prvků nutných pro platný informovaný souhlas.

Neshoda panuje pak v obsahových náležitostech jednotlivých prvků, např. v míře nutného porozumění, v míře podrobnosti poskytovaných informací, v míře srozumitelnosti, v míře absence nátlaku a manipulace, apod. To má významný dopad, nicméně pro účely našeho článku, tj. historickou analýzu informovaného souhlasu, plně postačí vytyčení těchto pěti prvků. Vzhledem k tomu, že kompetence pacienta je v řadě normativních textech předpokládána, bude jako komponent historické komparace vypuštěna.

Kromě definice výčtem prvků je informovaný souhlas často vymezován jeho teleologickou funkcí – tj. jeho účelem, smyslem a cílem, k němuž má směřovat. V této oblasti nepanuje úplná názorová shoda, nicméně můžeme uvedené účely shrnout výčtem, kde budou uvedeny ty nejčastější.

Prvním účelem, který bývá zmiňován nejčastěji, je *respekt k autonomii pacienta* nebo respekt k jeho autonomnímu rozhodnutí.²² Tento účel bývá popírán jen minoritní skupinou autorů.²³ Autonomie jako koncept je ovšem sama o sobě problematická²⁴ a je vícevýznamová.²⁵ Většinou je tak míněna jako možnost sebe-určení, kdy je člověk osvobozen od tlaku ze strany druhých a od lékařova vědomého omezení informací o jeho nemoci a léčbě²⁶ a jedná (alespoň částečně) autenticky v souladu

²¹ Srovnej např. PARZELLER, Markus – WENK, Maren – ZEDLER, Barbara – ROTHSCHILD, Markus. Patient Information and Informed Consent before and after Medical Intervention. *Deutsches Ärzteblatt*. 2007, vol. 104, is. 9, s. 578.

²² Z nejzásadnějších děl srovnej kupříkladu BEAUCHAMP, Tom L. - FADEN, Ruth R. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press, 1986, s. 235 a násl., KATZ, Jay. *The silent world of doctor and patient*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2002, s. 104 a násl., MACLEAN, Alasdair. *Autonomy, informed consent and medical law: a relational challenge*. New York: Cambridge University Press, 2009,,) s. 9 a násl., FEINBERG, Joel. *Harm to self*. New York, N.Y.: Oxford University Press, 1986, s. 27 a násl.

²³ V jistém protikladu k zaběhlému názoru stojí již zmiňované díla Onory O'Neill a to její samostatné *Autonomy and Trust*, zejména s. 37 a násl. či dílo sepsané s Neilem Mansonem *Rethinking Informed Consent*, zejména s. 69 a násl. O'NEILL, Onora - MANSON, Neil C. *Rethinking informed consent in bioethics*. New York: Cambridge University Press, 2007.

²⁴ Jedna ze základních otázek zní – je autonomie, respektive respekt k ní vůbec morální hodnotou? A pokud je, je hodnotou vlastní, inherentní (o sobě) nebo pouze odvozenou? Například klasické utilitaristické koncepce považují autonomii za hodnotu odvozenou, protože zvyšuje blahobyt člověka. Bentham vytyčil dva principy, z nichž lze odvodit veškerou morálku. BENTHAM, Jeremy. *An introduction to the principles of morals and legislation*. Dover ed. Mineola, N.Y.: Dover Publications, 2007, s. 1. Mill pak na základě nich odvozuje hodnotu sobědoby, MILL, John Stuart. *On Liberty*, Filiquarian Publishing, LLC., 2006, s. 191 a násl. Oproti tomu Kant považuje autonomii za morální hodnotu samu o sobě. Tato debata přesahuje hranici těchto dvou historicky-filosofických konceptů a zasahuje i do současné debaty. Zejména někteří autoři tzv. welfare teorie zpochybňují morální hodnotu autonomie člověka. K diskusi o welfare a autonomii v souvislosti s informovaným souhlasem srovnej kupř. BUCHANAN, Allen E. – BROCK, Dan W.. *Deciding for others: the ethics of surrogate decisionmaking*. New York: Cambridge University Press, 1989, s. 40 a násl.

²⁵ Srovnej poznámku č. 13.

²⁶ To se do jisté míry jeví jako vysoce problematické. Výběr informací nakonec nikdy není plně objektivní a je ovlivněn subjektivním názorem lékaře. Srovnej DOLEŽAL, Adam. Informovaný souhlas jako vyjádření autonomie vůle nebo reflexe paternalistického vztahu? *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2011, Vol. 1, No. 1, s. 1 a násl.

se svým životním plánem²⁷. Nicméně mluvit o autonomii u vážně nemocných pacientů je částečně iluzorní, protože jejich jednání je z velké části ovlivněno bolestí a utrpením, které ovládá jejich mysl.²⁸ Podobně problematické je i prostředí nemocničního Panoptikonu, který zvýrazňuje dominanci cizí moci nad vlastním jednáním.²⁹ Osamocenosť, nemoc, závislost, dominance erudovanější autority, oslabují autonomii pacienta. Proto někteří autoři vnímají autonomii v kontextu informovaného souhlasu spíše jako sebe-vlastnění,³⁰ oproštění od dominance druhého³¹, konceptu odvozeného od Lockovy teorie³². V právní rovině se pak tato teorie interpretuje jako právo na osobní fyzickou a psychickou integritu.

Kromě autonomie pak za jeden z hlavních účelů informovaného souhlasu bývá zmiňována *ochrana pacienta*, případně účastníka výzkumu. Právě v oblasti ochrany měl velký vliv medicínský výzkum, resp. reakce na zneužití výzkumu v nacistickém Německu. Úprava mezinárodních etických kodexů, ať už se jedná o Norimberský kodex z roku 1947³³ nebo Helsinskou deklaraci z roku 1964³⁴ měla primárně chránit účastníky výzkumu před podobným zneužitím, jaké se odehrávalo za druhé světové války.³⁵ Ochrana před zneužitím ovšem směřuje nejen k výzkumníkům ale i k běžným pacientům. Pacient má být chráněn před zneužitím „medicínské síly“³⁶, před některými úkony, které již nechce absolvovat nebo které jsou proti jeho přesvědčení.

Již výše zmiňovanou hodnotou, která má podle některých autorů informovaný souhlas reprezentovat, je *důvěra*.³⁷ Tento fenomén je zdůrazňován zejména v souvislosti s odpovědí na moderní vítěznou medicínu, po jejímž nastoupení podle mnohých přestal být vztah mezi pacientem a lékařem důvěrný. Pacient a lékař k sobě ztratili vztah – stali se navzájem cizinci. Informovaný souhlas jako procedura komunikace, při níž pacient a lékař nacházejí vzájemnou cestu k sobě samým a tedy i

²⁷ Typickým problémem v medicínské praxi je problém transfuze u příslušníků sekty Svědkové Jehovovy. Má převážit jejich subjektivní hodnotová preference (a tedy autonomie) před objektivní hodnotou welfare? A pokud ano, má tomu tak být i u jejich dětí?

²⁸ DOLEŽAL, Adam. Informovaný souhlas jako vyjádření autonomie vůle nebo reflexe paternalistického vztahu? *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2011, Vol. 1, No. 1, s. 1-13.

²⁹ Více k tomu DOLEŽAL, Adam. Princip autonomie nebo navazování důvěry ve vztahu pacienta a lékaře? Přehodnocení některých moderních trendů v bioetických teoriích. In: Humeník, Ivan - Zoláková, Zuzana. *Aké principy vládnou zdravotnictvu?*. Bratislava: Eurokódex, 2013, s. 219-248.

³⁰ CALABRESI, Guido. Do We Own Our Bodies? *Health Matrix*. 1991, vol. 5., s. 5-18.

³¹ LEVINE, Robert. *Ethics and Regulation of Clinical Research*. New Haven, 1988. CT: Yale University Press, s. 121 a násl.

³² LOCKE, John. *Dvě pojednání o vládě*. Praha: Nakladatelství československé akademie věd. 1965, s. 160.

³³ Český překlad, ne ovšem zcela přesný, zní: „Základní podmínkou pro provedení experimentu je dobrovolný souhlas pokusné osoby.“ Anglický originál je následující: „*The voluntary consent of the human subject is absolutely essential.*“

³⁴ Čl. 25 až 34 upravují informovaný souhlas ve výzkumu.

³⁵ K ochrannému účelu informovaného souhlasu ve výzkumu srovnej např. O'NEILL, Onora - MANSON, Neil C. *Rethinking informed consent in bioethics*. New York: Cambridge University Press, 2007, s. 3 a násl., případně BEAUCHAMP, Tom L. - FADEN, Ruth R. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press, 1986, s. 151 a násl.

³⁶ K tomu více viz níže v tomto článku.

³⁷ Srovnej JOFFE, Steven – TRUOG, Robert. Consent to Medical care: The Importance of Fiduciary Context. In: Miller, Franklin G. – Wertheimer, Alan, ed. *The ethics of consent: theory and practice*. New York: Oxford University Press, 2010, s. 352 a násl.

důležitou důvěru v době, kdy odcizená technologie vládne medicíně, má zásadní význam. Kanadský lékař Gibson, který v roce 1971 jako první použil v současnosti nosný termín personalizovaná medicína k tomuto odcizení nové doby poznamenává: „Příliš často jsme my, lékaři, usedali za lůžko, a hledali v něm pouhou „nemoc“ k léčení, nikoliv člověka v tísní.“³⁸ Michael Foucault pregnantně definoval tuto proměnu diskursu v medicínském prostředí tak, že se paradigmatická otázka „co je vám“, již byl zahajován rozhovor lékaře a pacienta minimálně do 18. století, proměnila v otázku „kde vás to bolí“.³⁹

Problém důvěry v moderní době úzce souvisí s filosofickým problémem *zpředmětnění člověka*. Informovaný souhlas má být prostředkem k tomu, aby se pacient nestal pouhou výslednicí vědeckého zkoumání⁴⁰, pouhým objektem, ale aby byl vnímán jako svobodný subjekt⁴¹. Informovaný souhlas má být prostředkem k tomu, aby se komunikační vztah Já-Ono, který absentuje vztah⁴², proměnilo ve vztah Já-Ty, v němž se „setkávám“ s druhým člověkem⁴³ „tváří v tvář“⁴⁴.

2. VÝCHODISKA PRO HISTORICKOU ANALÝZU

Z výše uvedených informací nevyplývají zcela jasné závěry pro to, jaké definiční kritéria by měla být použita po následující historickou analýzu komunikace mezi pacientem a lékařem. Nicméně vzhledem k výše uvedenému si troufnu shrnout podstatné okruhy, které by měly být zkoumány, pokud chceme důsledně provést sondu do historického pátrání po předpokladech informovaného souhlasu. V potaz je nutné brát především následující okruhy:

- a) pravdivost sdělovaných relevantních informací, kterým pacient rozumí
- b) svobodné a úmyslné svolení se zákrokem nebo alespoň částečné převedení rozhodovací autority na pacienta

Kromě těchto pragmaticky uchopitelných informací se zaměřím ještě na více nezachytitelné aspekty, které lze podchytit pod skupinu

³⁸ GIBSON, William M. Can Personalized Medicine Survive? *Canadian Family Physician*. 1971, S. 30.

³⁹ FOUCAULT, Michel. *Zrození kliniky*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2010, s. 18.

⁴⁰ Obzvláště silný význam má v tomto smyslu filosofie existence. Jaspers upozorňuje na dvojí zkoumání člověka, v jednom jej zpředměťujeme, v druhém se člověk jako svobodný subjekt stává nekonečnem. Jaspers, s. 46. Sartre mluví v tomto smyslu o problému subjektu a objektu, uchopovaném a uchopujícím. Podrobnější rozbor v kontextu informovaného souhlasu viz DOLEŽAL, Adam. Informovaný souhlas jako vyjádření autonomie vůle nebo reflexe paternalistického vztahu? *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2011, Vol. 1, No. 1, s. 1-13.

⁴¹ Z této existenciální tradice vychází i jeden z prvních kodexů práv nemocných, který zformuloval David Anderson, farmakolog z Virginie, v roce 1971: „Já pacient, chci být léčen jako jedinec. Nejsem kus papíru, nejsem zboží na prodej, nejsem někdo, s kým se smlouvá. Nejsem stroj na získávání náročných informací ani ten, kdo se řadí do soukolí naprogramovaných dat. Jsem opravdu žijící jedinec, obdařený pocity, obavami, tužbami, ale i zábranami.“

⁴² BUBER, Martin. *Já a Ty*. Praha: Kalich, 2005, s. 40.

⁴³ BUBER, Martin. *Já a Ty*. Praha: Kalich, 2005, s. 39.

⁴⁴ LEVINAS, Emmanuel. *Existence a ten, kdo existuje*. 2., opr. vyd. Praha: OIKOYMENH, 2009, s. 79.

c) důvěra a obavy pacienta, a osobní pouto pacienta a lékaře, přičemž se jedná o analýzu vztahu pacienta k lékaři, lékařskému stavu a medicíně obecně.

Před vlastní analýzou je třeba upozornit na určitá úskalí, která s sebou strukturální historická analýza nese.

Za prvé, v historických zárodcích nemusí být nutně naplněny veškeré znaky současného informovaného souhlasu, ale postačí jich jen několik – aby se však jednalo o vlastního předchůdce současného pojetí informovaného souhlasu bude však vždy nutné zohlednit účel, pro nějž byl takový prvek v historii do medicínské praxe zaveden.

Za druhé, vždy je nutné přihlídnout k rozdílu mezi tím, kdy v historické analýze nebudou naplněna námi zkoumaná kritéria informovaného souhlasu, oproti tomu, kdy pouze budeme postrádat historická data a tedy i dostatečné empirické důkazy.⁴⁵

Za třetí, vzhledem k nedostatku informací o konkrétních případech, jsou v historické analýze podstatné psané materiály, kodexy, doporučení, stanoviska. Není stoprocentně prokazatelné, že by podle uvedených písemných podkladů fungovala i praxe, ale pro tento článek považujeme tyto prameny pro podstatný obraz medicínské praxe.

Za čtvrté, informovaný souhlas je důsledkem současného myšlení, myšlenkového vývoje, který má svůj odraz ve 20. a 21. století, tedy v moderní éře medicíny. Z toho pohledu je zasazen do určitého kulturního a sociálního kontextu – přesunutí tohoto institutu do jiného historického a kulturního prostředí představuje nebezpečí zkreslení získaných informací.⁴⁶

3. DVĚ PROTIKLADNÉ KONCEPCE

V roce 1984 americký psycholog Jay Katz sepsal dnes již klasické dílo zabývající se historickou analýzou komunikace mezi lékařem a pacientem s výstižným názvem „*The Silent World of Doctor and Patient*“⁴⁷. Tichý svět mezi lékařem a pacientem symbolizoval historii mlčení lékaře, která přetrvává od Hippokratových časů.

Jeho teze, kterou potvrzoval na základě zkoumání historických dokumentů, zní ve zkratce následovně – celá historie vztahu mezi lékařem a pacientem je provázána naprostým nezájmem lékaře k právu pacienta rozhodovat sám o sobě. Rozhodovací pravomoc náleží lékaři, ostatně celá medicínská etika je postavena na základě toho, že lékař (bez ohledu na názor pacienta) činí vše, co je v zájmu trpícího. Katz nazývá tuto historickou sondu do vztahu lékaře a pacienta „historií ticha“, tedy absolutní absence zásahu pacienta do rozhodovacího procesu o jeho léčbě.⁴⁸ Tichem se tedy nerozumí absolutní

⁴⁵ Srovnej též BEAUCHAMP, Tom L. - FADEN, Ruth R. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press, 1986, s. 54.

⁴⁶ BEAUCHAMP, Tom L. - FADEN, Ruth R. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press, 1986, s. 55.

⁴⁷ KATZ, Jay. *The silent world of doctor and patient*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2002.

⁴⁸ KATZ, Jay. *The silent world of doctor and patient*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2002, s. 3 a násl.

nekomunikace, nepromlouvání k pacientovi, ale absolutní absence rozhodovací pravomoci pacienta, s čímž souvisela i nulová informovanost o jeho zdravotním stavu. Informovaný souhlas je vymožeností druhé poloviny 20. století, ale jeho aplikace v moderní době dosud nenaplnuje požadovaný cíl – nebo se dokonce i od něj vzdaluje – aby se lékař i pacient spoluúčastnili na procesu navrhované léčby.

Oproti této tezi se jako konkurenční nabízí teze historika Martina Pernicka. Ten říká: „*sdělování pravdy a apel na vyřčení souhlasu s léčbou je již dlouho součástí místní tradice, která je založena na teoriích, které učí, že autonomie a znalost vlastních problémů mají prokazatelně prospěšný vliv na pacientovo zdraví.*“⁴⁹ Podobně vnímá situaci i John Fletcher, podle nějž morální povinnost informovaného souhlasu existovala v medicínské praxi a v medicínském výzkumu již dávno před rokem 1939.⁵⁰

Zajímavé je, že obě interpretace v podstatě vycházejí ze stejných empirických zjištění. Jak je možné, že uvedení autoři došli k tak odlišným závěrům? Katz hledá v historii předpoklady vzájemné dohody obou stran, kdy se pacient přímo podílí na rozhodovacím procesu o další léčbě. Oproti tomu Pernick nachází základy informovaného souhlasu v tom, že pacientovi lékař sděluje pravdu a od pacienta chce získat souhlas k další léčbě, i když o samotném procesu rozhoduje lékař sám.⁵¹ Beauchamp s Fadenem se přiklání ke Katzově interpretaci, protože podle nich teprve od roku 1957 lze mluvit o tzv. autonomním modelu vztahu pacienta a lékaře, zatímco předtím převládal model vztahu zaměřený na beneficenci (*beneficence model*).⁵² Tento model obecně apeluje na konání dobra, přičemž toto dobro-činění směřuje vůči pacientovi. Je zaměřen na to, aby byly naplněny pacientovy nejlepší zájmy, tj. že primárním úkolem lékaře je provádět úkony, které jsou z pohledu medicíny objektivně prospěšné.⁵³ V protikladu k němu model založený na autonomii pacienta apeluje na hodnoty a přání pacienta, jsou primárním účelem léčby, i kdyby nebyly z medicínského hlediska tím nejvýhodnějším postupem.⁵⁴

V tomto článku vycházím ze shodných historických materiálů jako výše uvedeni autoři, přesto má interpretace bude směřovat odlišným směrem. Ze dvou nabídnutých interpretací se sice přikláním ke Katzově, nicméně důraz bude kladen také na otázku důvěryhodnosti ve vztahu lékař a pacient a rozložení moci mezi oběma subjekty tohoto intimního dvoustranného vztahu.

⁴⁹ PERNICK, Martin. The Patient's Role in Medical Decisionmaking: A Social History of Informed Consent. In: *Medical Therapy. In: President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Making Health Care Decisions*. Washington: U.S. Government Printing Office, 1982, vol. 3, s. 3.

⁵⁰ FLETCHER, John C. The Evolution of the Ethics of Informed Consent. In: Kare, Berg – Tranoy, K. E., eds. *Research Ethics*. New York: Alan R. Liss, 1983, s. 204.

⁵¹ BEAUCHAMP, Tom L. - FADEN, Ruth R. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press, 1986, s. 58

⁵² BEAUCHAMP, Tom L. - FADEN, Ruth R. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press, 1986, s. 59.

⁵³ BEAUCHAMP, Tom L. – MCCULLOUGH, Laurence B. *Medical ethics: the moral responsibilities of physicians*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1984, s. 27 a násl.

⁵⁴ BEAUCHAMP, Tom L. – MCCULLOUGH, Laurence B. *Medical ethics: the moral responsibilities of physicians*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1984, s. 42 a násl.

4. HISTORICKÁ ANALÝZA

4.1. Antika

a) pravdivost informací

Primárním historickým materiálem pro zkoumání medicínské etiky jsou jednoznačně spisy Hippokratovy, zejména spisy deontologické, pojednávající o vztahu lékaře a pacienta, přednostně pak o povinnostech lékaře.⁵⁵ V současné době je stále všeobecně známá Hippokratova přísaha, nicméně Corpus Hippocraticum je obsáhlejší, jedná se o soubor lékařských textů psaných v ionském dialektu řečtiny.⁵⁶ Problematické pro vlastní zkoumání je to, že jednotlivé názory a hypotézy si v jednotlivých spisech odporují.⁵⁷ Z tohoto hlediska je otázka pravdomluvnosti o postupech léčení velice problematická. Na jednu stranu může být pacient obelhán, pokud je to v zájmu pacienta, na druhou stranu má řecký lékař o své kompetenci přesvědčovat laiky a tedy i nemocného pacienta a má je přesvědčovat i o oprávněnosti vlastní léčby. Prolíná se tu požadavek na *techné iétriké* a *techné rétoriké*, tedy na umění lékařské a umění řečnické. Ve spise *O starém lékařství* se výslovně uvádí, že řeč lékaře má být srozumitelná i neodborníkovi.⁵⁸

Dalším pramenem, potvrzujícím tuto potřebu informovat pacienta, jsou Platonovy Zákony. Platón odlišuje péči poskytovanou otrokům a péči poskytované svobodným lidem. U svobodných občanů se má lékař snažit přesvědčit nemocné o prospěchu léčby tak, aby nemocný s léčbou souhlasil.

b) převedení rozhodovací autority na pacienta a jeho svolení s léčbou

Z výše uvedeného se zdá, že už v antickém Řecku měl souhlas svobodného občana velký význam pro vlastní proces léčby. Nicméně tento souhlas měl zcela odlišný význam než v současné době. Zatímco v současnosti většina autorů tvrdí, že informovaný souhlas má být výsledkem práva na seburčení a autentického postoje pacienta, v starověkém Řecku tomu bylo jinak. Souhlas, spíše než morální předpoklad pro další léčbu, měl význam jako proces získávání *reputace*.⁵⁹ Lékař tak u svého pacienta a u jeho blízkých získával důvěru.

c) obava, důvěra a mocenské postavení

Nizozemský fenomenolog Henrik van den Berg mluví o období do roku 1870 jako o období „medicínské bezmoci“ (*medical powerlessness*).⁶⁰ Lékař dokázal jen málo, protože neměl vědeckou sílu, ale proto musel dělat vše, co dokázal. Jeho síla spočívala v přesvědčování pacienta, v získávání důvěry. Lékař v této době nese plnou odpovědnost za léčebný postup, lékařství je *techné*, tedy věda, umění a řemeslo. Tuto znalost má pouze lékař a o ní přesvědčuje pacienta. Na rozdíl od současnosti se lékař

⁵⁵ HIPPOKRATÉS, BARTOŠ, Hynek - FISCHEROVÁ Sylva, ed. *Vybrané spisy*. Praha: OIKOYMENH, 2012, s. 11

⁵⁶ Ibidem, s. 17

⁵⁷ Ibidem, s. 19

⁵⁸ Ibidem, s. 38.

⁵⁹ BEAUCHAMP, Tom L. - FADEN, Ruth R. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press, 1986, s. 62.

⁶⁰ BERG, Jan Hendrik van den. *Medical power and medical ethics*. New York: Norton, 1978, s. 24.

nemusel prokazovat žádným osvědčením o své odbornosti⁶¹, o to více o ní musel přesvědčovat. Dobrá praxe ovšem ústila v dobrou pověst, v *doxa*. Lékař musí umět přesvědčit svobodného pacienta o správnosti svých názorů, aby si získal důvěru. Z toho zároveň vyplývá, že lékař svého pacienta zná nejen jako nemoc, ale i jako osobu – k přesvědčení je nutné vést komunikaci. Pacient musí být lékařem poznán, bez toho si důvěru nezíská. U otroků nabytí takové důvěryhodnosti naopak nutné nebylo. Mluvíme-li o antice, lékařský stav se postupně profiloval i v římské republice, resp. posléze zejména v době římského císařství. Důvěra byla každopádně mezníkem i v římském státě. Zatímco z počátku nemělo samotné lékařské povolání valnou pověst, s nabývající kvalitou ji získávalo.⁶²

4.2. Středověk a osvícenectví

Pro účely tohoto článku postačí drobné zjednodušení, není potřeba citovat veškeré relevantní dokumenty. Hippokratova etika přetrvává⁶³. Jak správně říká Katz, vztah pacienta a lékaře byl ovlivněn následujícími předpoklady – pacient musel ctít svého lékaře, protože ti získali svou autoritu, umění a postavení od Boha, pacient proto musel věřit lékaři a být mu při léčebném procesu poslušen.⁶⁴ Isaac Israeli kupříkladu tvrdí, že pokud se pacient nepodřídí vůli lékaře, pak mu lékař raději nemá poskytovat služby.⁶⁵ Lékař se nesnaží získat souhlas, ale spíše důvěru svého pacienta.⁶⁶ Pravdomluvnost není vyžadována, ale je spíše vhodným prostředkem pro získávání důvěry v postup léčby. Opět je tedy klíčovým bodem ve vztahu lékaře a pacienta důvěra, nikoliv pravdomluvnost nebo spolupodílení se na rozhodovacím procesu o léčbě.

4.3. Osmnácté a devatenácté století

a) pravdivost informací

Určitý posun v celém vztahu lékaře a pacienta prezentují díla Benjamina Rushe, Johna Gregoryho a Thomase Percivala. Rush, narozený v roce 1745, věřil, že lékaři by měli s pacienty sdílet informace o postupu nemoci i o navrhovaném léčebném procesu. Jeho cílem byla demystifikace medicíny, její transformace na empirickou, vědeckou disciplínu. Pravdomluvnost pro něj měla význam jako výchovný prostředek pro šíření vzdělanosti. Pravdomluvnost je pak podle něj prospěšná i pro léčbu samotného pacienta.⁶⁷ Podobný cíl měl i jeho současník Gregory.⁶⁸ Jejich názory byly však v jejich době spíše ojedinělé, nicméně vzhledem k stále vyšší míře vědeckosti medicíny jako disciplíny se nároky na předání informací stupňovaly. Thomas Percival v jeho zásadním díle o medicínské etice doporučoval,

⁶¹ HIPPOKRATÉS, BARTOŠ, Hynek - FISCHEROVÁ Sylva, ed. *Vybrané spisy*. Praha: OIKOYMENH, 2012, s. 34

⁶² Podrobněji k tomuto procesu DOLEŽAL, Tomáš. *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*. Praha: Leges, 2012, s. 27 a násl.

⁶³ MackKinney, Loren C. *Medical Ethics and Etiquette in the Early Middle Ages: The Persistence of Hippocratic Ideals*. In: Burns, Chester R, ed. *Legacies in ethics and medicine*. New York: Science History Publications, 1977,, ed., s. 173 a násl.

⁶⁴ KATZ, Jay. *The silent world of doctor and patient*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2002, s. 7.

⁶⁵ *Ibidem*, s. 9.

⁶⁶ BEAUCHAMP, Tom L. - FADEN, Ruth R. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press, 1986, s. 64.

⁶⁷ BEAUCHAMP, Tom L. - FADEN, Ruth R. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press, 1986, s. 65

⁶⁸ KATZ, Jay. *The silent world of doctor and patient*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2002, s. 13

aby lékař nemlčel v situacích, kdy pacientovi mohou informace prospět. V některých situacích však doporučoval využít terapeutického privilegia. Základním cílem tedy byl terapeutický prospěch plynoucí ze sdílených informací.⁶⁹

b) převedení rozhodovací autority na pacienta a jeho svolení s léčbou

Rushova teorie sice vycházela z osvícenecké filosofické tradice, která apelovala na pojem svobody rozhodování, nicméně v medicínském prostředí podle Rushe bylo významnější porozumění procesu léčby, než spoluúčast pacienta na tvorbě rozhodnutí. Pacient má rozumět medicínskému postupu, nikoliv se na něm podílet.⁷⁰ Gregory sice upozorňoval na to, že mezi lékařem a pacientem musí být rovné postavení, ale v žádném z jeho textů nenalezneme názor, že by se měl pacient spolupodílet na medicínských rozhodnutích.⁷¹ Stejně tak o přesunu rozhodovací autority nemluví ani Percival, jehož dílo bylo základem pro pozdější první americký kodex medicínské etiky z roku 1847.⁷²

c) obava, důvěra a mocenské postavení

Podle Foucaulta jsou poslední léta 18. století okamžikem, kdy se rodí moderní medicína. Medicína se z metaforického a symbolického umění, které apeluje na pacientův narativ, proměňuje v racionální diskurs.⁷³ Předmětem zkoumání se ovšem díky tomu stále více stává vlastní nemoc koncentrovaná v části těla (jež je nově možné zkoumat i mikroskopicky), pacient přestává být důležitým. Rozvíjející se stádium pozitivní vědy klade nárok na objektivitu a přesnost, čísla, sice velmi pozvolně, začínají být důležitější než pocity pacienta. Van den Berg mluví o novém epoše medicínské moci, o proměně z medicínské bezmoci k procesu nabývání technologické moci. Tuto druhou epochu medicínské moci spojuje s rokem 1870, kdy Pasteur objevil mikroskopické organismy, které způsobují infekce.⁷⁴ Medicína se také v té době začíná více organizovat – rodí se klinika.⁷⁵ Důvěra v lékaře se pozvolna proměňuje od osobní důvěry v důvěru v lékařský stav a v medicínu jako vědu. Začíná se rodit vítězná medicína.

4.4. zárodky informovaného souhlasu

a) pravdivost informací

Vědecký rozvoj medicíny měl dopady i na šíření názorů, které preferovaly sdělování pravdivých informací pacientovi. Na počátku 20. století Richard Cabot jednoznačně zdůrazňuje prospěšnost podávání pravdivých informací pacientovi. Důvodem je zvyšování důvěry v lékařský stav.⁷⁶ Sdělování

⁶⁹ BURNS, Chester R. Thomas Percival: Medical Ethics or Medical Jurisprudence? In: Burns, Chester R. *Legacies in ethics and medicine*. New York: Science History Publications, 1977, s. 284 a násl.

⁷⁰ BEAUCHAMP, Tom L. - FADEN, Ruth R. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press, 1986, s. 65

⁷¹ KATZ, Jay. *The silent world of doctor and patient*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2002, s. 14.

⁷² BURNS, Chester R. Thomas Percival: Medical Ethics or Medical Jurisprudence? In: Burns, Chester R. *Legacies in ethics and medicine*. New York: Science History Publications, 1977, s. 284 a násl.

⁷³ FOUCAULT, Michel. *Zrození kliniky*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2010, s. 11 a násl.

⁷⁴ BERG, Jan Hendrik van den. *Medical power and medical ethics*. New York: Norton, 1978, s. 24

⁷⁵ FOUCAULT, Michel. *Zrození kliniky*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2010, s. 85 a násl.

⁷⁶ KATZ, Jay. *The silent world of doctor and patient*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2002, s. 25

informací má však stále mít pouhou terapeutickou hodnotu, nemá být podkladem pro autonomní rozhodování pacienta.

b) převedení rozhodovací autority na pacienta a jeho svolení s léčbou

Lékařská profese stále trvá na tom, že o postupu nemoci rozhoduje lékař jako odborník, odpovědnostní model rozhodování je založen na principu beneficence. Do tohoto stavu však postupně zasahuje právo. V roce 1914 přichází přelomové rozhodnutí *Schoendorff v. Society of New York Hospital*.⁷⁷ Podle něj „každý dospělý člověk zdravé mysli má právo rozhodovat o tom, co se má stát s jeho tělem; chirurg, který operuje bez souhlasu pacienta jedná protiprávně“. Toto rozhodnutí mělo symbolizovat právo na sebeurčení, nicméně jeho aplikace byla omezena pouze na otázku právní odpovědnosti. V medicínské praxi však přetrvávala vlastní vize vztahu lékaře a pacienta, kdy proces rozhodování zůstával plně v rukou doktora.⁷⁸

c) obava, důvěra a mocenské postavení

Medicína se stále více proměňuje – nové zaměření na nemoc, specializace na jednotlivé obory a dělba pravomocí v rámci kolektivního medicínského týmu přináší prvopočátek odcizení lékaře a pacienta. Objevují se nové varovné hlasy, které upozorňují na nutnost vztahu vzájemnosti mezi lékařem a pacientem. Již v roce 1927 píše výstižně Francis Peabody: „... tento případ ilustruje zásadní důležitost osobního vztahu mezi lékařem a pacientem v medicínské praxi. U všech pacientů, jejichž symptomy mají funkcionální povahu, spočívá celý problém diagnózy a léčby ve vašem náhledu do pacientova charakteru a jeho osobního života. Ve všech případech organické nemoci existuje komplexní interakce mezi patologickým procesem a procesem intelektuálním, který musíte vnímat a zvažovat, pokud chcete být moudrým lékařem. Samozřejmě existují momenty, zejména v případech vážné nemoci, kdy musíte myslet čistě na nemoc a její léčbu; ale v okamžiku, kdy se situace změní a akutní krize je zažehnána, musíte opět zaměřit svou pozornost na pacienta. Nemoc člověka není nikdy shodná jako nemoc výzkumného zvířete, protože nemoc člověka je ovlivněna jeho emocionálním životem. ... Jednou z nejdůležitějších kvalit lékaře je jeho zájem o lidskost, protože tajemství medicínské péče je péče o pacienta.“⁷⁹ Odosobnění od pacienta ovšem dosud není natolik patrné, vítězství medicínské technologie zatím není definitivní a osobní vztah trvá.⁸⁰

4.5. Informovaný souhlas?

Definitivním zlomem je podle mnohých druhá polovina 20. století. Informovaný souhlas se nejprve objevuje ve výzkumu, jako reakce na zneužití jedinců v nacistickém Německu. V roce 1957 je

⁷⁷ *Schoendorff v. Society of New York Hosp.*, 105 N.E. 92, 93 (N.Y. 1914). Plné znění na <http://biotech.law.lsu.edu/cases/consent/Schoendorff.htm>.

⁷⁸ KATZ, Jay, *Informed Consent. Must it Remain a Fairy Tale?* *Journal of Contemporary Health Law and Policy*. 1994, vol. 10, s. 79 a násl.

⁷⁹ PEABODY, Francis W. *The Care of the Patient. Journal of the American Medical Association*. 1927, Vol. 88, s. 877-882.

⁸⁰ GIBSON, William M. *Can Personalized Medicine Survive? Canadian Family Physician*. 1971, s. 29 a násl.

poprvé explicitně vysloveno spojení informovaný souhlas v již zmiňovaném případě Salgo v. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees. Beauchamp s Fadenem mluví o období informování o informovaném souhlasu, které podle nich probíhalo v roce 1957 až 1972. Lékaři si pozvolna měli zvykat na nový model vztahu pacienta a lékaře, v něm měla autonomie pacienta nabývat vrcholu. Problém ovšem spočíval v tom, že informovaný souhlas byl převážně právní institut. V rámci vlastní obrany začínali lékaři a nemocnice stále více využívat formulářů, které měly být spíše než informací pro pacienta forezním prostředkem. Souhlas se stal formální záležitostí, stejně tak jako proces informování pacienta.

Navíc od druhé poloviny 20. století technika zcela proměnila medicínský diskurs. Vzhledem k vysoké míře technizace nemocnic se lékař téměř nemusel setkat se svým pacientem. Van den Berg mluví o absolutní dominanci medicínské moci.⁸¹ Gibson, který jako první použil slovního spojení personalizovaná medicína, říká: „*V tomto světě technologií daleko přesněji diagnostikujeme nemoci a daleko lépe s nimi umíme nakládat. To ale samo o sobě není dostačující. ... stále musíme mít na paměti, že pacient je přátelská lidská bytost, která potřebuje pomoc...*“⁸²

Informovaný souhlas jako pouhý forezní prostředek se stal terčem ostré kritiky. Také se objevovaly pochybnosti o autonomii nemocného, o jeho schopnosti rozhodovat o vlastní zdravotní péči, konečně i o schopnosti lékaře být nestranným a neutrálním průvodcem při informování o nemoci a možné léčbě. Řada autorů pak mluvila o mýtu⁸³ informovaného souhlasu, o pohádce⁸⁴, o nemožnosti jeho uskutečnění. Mnoho autorů pak jako reakci na tyto vznesené pochybnosti chtěli přenést více odpovědnosti na pacienta tím, že by neměl pouze souhlasit, ale že by měl samostatně rozhodovat o své péči – takový vztah by byl čistě klientský. Protiproud naopak mluvil o potřebě znovunalezení důvěry, která se ve vztahu lékaře a pacienta vytratila.⁸⁵

ZÁVĚR

Z předchozího textu lze vyvodit určité závěry. První je jednoznačný – až do druhé poloviny 20. století v praxi přetrvávalo „ticho mezi lékařem a pacientem“. Ačkoliv již od 18. století nabádali někteří etici k tomu, aby byly sdělovány pacientovi pravdivé informace, důvody byly čistě terapeutické. Na pravomoci lékaře rozhodovat o medicínském postupu a vlastní léčbě to nic neměnilo. Ačkoliv zejména v právní rovině se ve 20. století začal modelovat nový model vztahu mezi lékařem a pacientem, založeným na autonomii, v řadě případů se pacientova autonomie ukazovala být čistě iluzorní. Vítězná medicína navíc přinesla zesílení technologie medicínské moci a zpředmětnění pacienta. Důvěra v medicínu jako vědu sice do jisté míry sílí, ale tato důvěra směřuje k abstraktní vědecké entitě, která nemá vlastní tvář. Lékař vymizel z pacientova zorného pole a tím zmizela i jeho osobní účast na léčbě.

⁸¹ BERG, Jan Hendrik van den. *Medical power and medical ethics*. New York: Norton, 1978, s. 24 a násl.

⁸² GIBSON, William M. Can Personalized Medicine Survive? *Canadian Family Physician*. 1971, s. 30

⁸³ KIRSCH, Michael. The myth of informed consent. *Am J Gastroenterol*. 2000, vol. 95, is. 3, s. 588-9.

⁸⁴ KATZ, Jay, Informed Consent. Must it Remain a Fairy Tale? *Journal of Contemporary Health Law and Policy*. 1994, vol. 10.

⁸⁵ O'NEILL, Onora. Some limits of informed consent. *Journal of Medical Ethics*. 2003, vol. 29, s. 4-7.

Jestliže považujeme ticho mezi lékařem a pacientem za negativní jev, pak je nutné informovaný souhlas postavit na nové základy, které budou více apelovat na osobní setkání pacienta a lékaře *tváří-v-tvář* a navodí pocit důvěry mezi zúčastněnými stranami.

Tento článek vznikl s podporou na dlouhodobý koncepční rozvoj výzkumné organizace Ústavu státu a práva AV ČR, v.v.i., RVO 68378122

Referenční seznam:**Monografie:**

BEAUCHAMP, Tom L. - FADEN, Ruth R. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press, 1986, 392 s.

BEAUCHAMP, Tom L. - CHILDRESS, James Franklin. *Principles of biomedical ethics*. 6th ed. New York: Oxford University Press, 2009, 417 s.

BEAUCHAMP, Tom L. – MCCULLOUGH, Laurence B. *Medical ethics: the moral responsibilities of physicians*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1984, 172 s.

BENTHAM, Jeremy. *An introduction to the principles of morals and legislation*. Dover ed. Mineola, N.Y.: Dover Publications, 2007, 378 s.

BERG, Jan Hendrik van den. *Medical power and medical ethics*. New York: Norton, 1978, 91 s.

BUBER, Martin. *Já a Ty*. Praha: Kalich, 2005, 166 s.

BUCHANAN, Allen E. – BROCK, Dan W.. *Deciding for others: the ethics of surrogate decisionmaking*. New York: Cambridge University Press, 1989, 422 s.

BURNS, Chester R. *Legacies in ethics and medicine*. New York: Science History Publications, 1977, 326 s.

DOLEŽAL, Tomáš. *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*. Praha: Leges, 2012, 160 s.

FEINBERG, Joel. *Harm to self*. New York, N.Y.: Oxford University Press, 1986, 420 s.

FOUCAULT, Michel. *Zrození kliniky*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2010, 244 s.

FRENCH, R. K. *Medicine before science: the rational and learned doctor from the Middle Ages to the Enlightenment*. New York: Cambridge University Press, 2003, 289 s.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: proč a jak?* Praha: Galén, 2007, 104 s.

HIPPOKRATÉS, BARTOŠ, Hynek - FISCHEROVÁ Sylva, ed. *Vybrané spisy*. Praha: OIKOYMENH, 2012, 606 s.

KATZ, Jay. *The silent world of doctor and patient*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2002, 263 s.

KHUSHF, George. *Handbook of bioethics: taking stock of the field from a philosophical perspective*. Boston: Kluwer Academic, 2004, 572 s.

LEVINAS, Emmanuel. *Existence a ten, kdo existuje*. 2., opr. vyd. Praha: OIKOYMENH, 2009, 85 s.

LEVINE, Robert. *Ethics and Regulation of Clinical Research*. New Haven: Yale University Press, 1988.

LIPOVETSKY, Gilles. *Soumrak povinnosti: bezbolestná etika nových demokratických časů*. Praha: Prostor, 2011, 379 s.

LOCKE, John. *Dvě pojednání o vládě*. Praha: Nakladatelství československé akademie věd, 1965, 283 s.

MACLEAN, Alasdair. *Autonomy, informed consent and medical law: a relational challenge*. New York: Cambridge University Press, 2009, 296 s.

MAEHLE, Andreas-Holger. *Doctors, honour, and the law: medical ethics in imperial Germany*. New York: Palgrave Macmillan, 2009, 198 s.

MCLEAN, Sheila. *Autonomy, consent and the law*. New York, N.Y.: Routledge-Cavendish, 2010, 237 s.

MILLER, Franklin G. – WERTHEIMER, Alan, ed. *The ethics of consent: theory and practice*. New York: Oxford University Press, 2010, 416 s.

O'NEILL, Onora - MANSON, Neil C. *Rethinking informed consent in bioethics*. New York: Cambridge University Press, 2007, 212 s.

O'NEILL, Onora. *Autonomy and trust in bioethics*. New York: Cambridge University Press, 2002. Gifford lectures, 2001, 213 s.

PAYNE, Jan. *Hermeneutická etika: jeden filosofický pokus o setkání s lidskou bytostí*. Praha: Triton, 1995, 109 s.

PTÁČEK, Radek – BARTŮNĚK, Petr a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011, 528 s.

TAUBER, Alfred I. *Patient autonomy and the ethics of responsibility*. Cambridge, Mass.: MIT Press, 2005, 328 s.

WEAR, A. *Medicine in society: historical essays*. New York: Cambridge University Press, 1992. 174 s.

Jiné zdroje:

ARPALY, Nomy. Which Autonomy? In Campbell, J., O'Rourke, M., Shier, D. *Freedom and Determinism*. Cambridge (Mass.), The MIT Press, 2004.

DOLEŽAL, Adam. Informovaný souhlas jako vyjádření autonomie vůle nebo reflexe paternalistického vztahu? *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2011, Vol. 1, No. 1, s. 1-13.

DOLEŽAL, Adam. Kritická analýza autonomie v bioetice. *Filosofický časopis*. 2014, vol. 6, roč. 62, s. 877-893.

DOLEŽAL, Adam. Princip autonomie nebo navazování důvěry ve vztahu pacienta a lékaře? Přehodnocení některých moderních trendů v bioetických teoriích. In: Humeník, Ivan - Zoláková, Zuzana. *Aké principy vládnou zdravotnictvu?*. Bratislava: Eurokódex, 2013, s. 219-248.

EMANUEL, Ezekiel J. – EMANUEL, Linda. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA. The Journal of the American Medical Association*. 1992, vol. 267, no. 16, s. 5-13.

FLETCHER, John C. The Evolution of the Ethics of Informed Consent. In: Kare, Berg – Tranoy, K. E., eds. *Research Ethics*. New York: Alan R. Liss, 1983.

GIBSON, William M. Can Personalized Medicine Survive? *Canadian Family Physician*. 1971, s. 29-88.

CHILDRESS, James F. Metaphors and Models of Medical Relationships. *Social Social Responsibility: Journalism, Law, Medicine*. 1982, vol. 8, s. 47-70.

KATZ, Jay, Informed Consent. Must it Remain a Fairy Tale? *Journal of Contemporary Health Law and Policy*. 1994, vol. 10, s. 69-91.

KIRSCH, Michael. The myth of informed consent. *Am J Gastroenterol*. 2000, vol. 95, is. 3, s. 588-9.

O'NEILL, Onora. Some limits of informed consent. *Journal of Medical Ethics*. 2003, vol. 29, s. 4-7.

PARZELLER, Markus – WENK, Maren – ZEDLER, Barbara – ROTHSCHILD, Markus. Patient Information and Informed Consent before and after Medical Intervention. *Deutsches Ärzteblatt*. 2007, vol. 104, is. 9, s. 578.

PEABODY, Francis W. The Care of the Patient. *Journal of the American Medical Association*. 1927, Vol. 88, s. 877-882.

PERNICK, Martin. The Patient's Role in Medical Decisionmaking: A Social History of Informed Consent. In: *Medical Therapy. In: President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. Making Health Care Decisions. The Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship, Volume Three: Appendices, Studies on the Foundations of Informed Consent*. Washington: U.S. Government Printing Office, 1982, vol. 3, s. 1 – 35.

SZASZ, Thomas S. – KNOFF, William F. – HOLLENDER, Marc H. The Doctor-Patient Relationship and its Historical Context. *American Journal of Psychiatry*, vol. 115, s. 522 – 528.