

Informovaný souhlas u osob se sníženou schopností rozhodování

Informed consent for persons with reduced decision-making capacity

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

Abstract: This article deals with the issue of competence of so-called vulnerable persons and the possibility of making valid informed consent. The theory of competence is here perceived as a task oriented competence. Subsequently, the capacity of the patient to give informed consent is analyzed. Here, the difference between the so-called general competence and specific competence is analyzed, as well as the difference between degree conception of competence and threshold conception of competence. The relation between competence and consequences of performed medical procedure is also specified. Finally, the article describes how these theoretical approaches are reflected in medical as well as legal practice.

Key words: Informed consent – competence – capacity – mental capacity – legal capacity – bioethics

Abstrakt: Tento článek se zabývá problematikou kompetence tzv. vulnerabilních osob a možnosti učinit validní informovaný souhlas. V článku je řešena nejprve teorie kompetence, která je vnímaná jako kompetence k plnění určitého úkolu (task oriented competence). Následně je rozebírána přímo kompetence pacienta k udělení informovanému souhlasu. Rozebrán je rozdíl mezi tzv. obecnou kompetencí a specifickou kompetencí, dále rozdíl mezi stupňovitou kompetencí a kompetencí hraniční. Specifikován je i poměr mezi kompetencí a následky provedení zdravotního výkonu. Konečně je pak popsáno, jak se tyto teoretické přístupy odrážejí do medicínského, ale i právní praxe.

Klíčová slova: Informovaný souhlas – kompetence – způsobilost k právnímu jednání – svéprávnost – bioetika

ÚVOD

V jednom z minulých čísel tohoto časopisu byl publikován článek¹, který se věnoval problematice udělení informovaného souhlasu při poskytování zdravotních služeb nezletilým. Jak bylo uvedeno v tomto článku, je tato problematika v praxi velmi komplikovaná a činí řadu aplikačních problémů. Současně je nutno si uvědomit, že se jedná pouze o výsek problematiky širší, a to udělování informovaného souhlasu tzv. vulnerabilními osobami, tj. osobami zranitelnými, u nichž může být v určitých ohledech snížena schopnost rozhodování, a proto vyžadují vyšší míru ochrany. U těchto osob se se zvýšenou intenzitou projevuje tenze mezi respektem k jejich vlastnímu rozhodování a ochranou před nežádoucími důsledky těchto rozhodnutí. Jakkoliv bylo v minulosti možno setkat se spíše s přístupem protekcionistickým (tj. ochraňujícím člověka před svými rozhodnutími i proti jeho vůli²), v současné době převažuje spíše trend opačný³, který směřuje k vysoké míře respektu k rozhodnutí těchto osob.

Tento trend pak klade v praxi vysoké nároky na zdravotnické pracovníky při posuzování schopnosti určitých osob udělit informovaný souhlas, neboť vyžaduje, aby zdravotničtí pracovníci při poskytování zdravotních služeb vyhodnocovali, zda jejich pacienti jsou či nejsou kompetentní (způsobilí) k udělení informovaného souhlasu s určitým výkonem. Samozřejmě ve většině případů nedochází ze strany zdravotnických pracovníků k aktuálnímu hodnocení schopnosti udělit souhlas, ale daleko častěji je ve standardních případech tato schopnost předpokládána.⁴ K jejímu hodnocení (přehodnocování) dochází zejména v nestandardních případech – nejčastěji v situacích, kdy pacient odmítá léčbu, která je z pohledu zdravotnických pracovníků přínosná nebo v situacích, kdy pacient náleží do skupiny, s níž je často nedostatek rozhodovacích schopností spojován (nezletilí, osoby se zdravotním postižením, apod.). A právě v těchto případech je důležité, aby existovala určitá pravidla a doporučení, jak vyhodnocovat schopnost (způsobilost) pacienta k udělení informovaného souhlasu, aby byla zajištěna dostatečná míra respektu k autonomii pacienta a současně byla zajištěna ochrana pacienta i zdravotnických pracovníků tím, že pacient uděluje právně i eticky validní informovaný souhlas.

Cílem tohoto článku je pak analyzovat problematiku posuzování schopnosti udělit informovaný souhlas na teoretické úrovni a krátké zhodnotit stávající praxi.

1. POSUZOVÁNÍ KOMPETENCE – PRÁVNÍ A ETICKÁ ROVINA UDĚLENÍ INFORMOVANÉHO SOUHLASU

Pro vlastní udělení informovaného souhlasu určitou osobou je nezbytné, aby tento člověk k tomu byl tzv. kompetentní. Původní význam slova kompetence (*competence*) vychází z latinského

¹ DOLEŽAL, Tomáš. Způsobilost nezletilých udělit souhlas s poskytováním zdravotních služeb. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2018, vol. 8, no. 1, s. 48-61.

² Např. podle zákona č. 40/1964, občanský zákoník prostřednictvím zbavení způsobilosti k právním úkonům.

³ Viz čl. 25 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

⁴ V řadě právních systémů se proto vychází z tzv. presumpce kompetentní osoby. Více k tomu dále v tomto článku.

competens, které má dva významy. První význam značí „míti stejný cíl, setkávají se, spadati v jedno“, druhý význam pak „býti mocen, schopen něčeho, hoditi se, stačiti k něčemu“.⁵ V současné době se nejen u nás, ale i v zahraničí více ujal význam druhý.

Proč je kompetence tak důležitá pro právní i etický rozměr lidského jednání? Lze říci, že pouze kompetentní osoba je oprávněným tvůrcem vlastního rozhodnutí. Pouze taková osoba je schopna se totiž smysluplně rozhodnout. V tomto smyslu má kompetence velice blízko k autonomii jedince, v právu je tento termín dokonce často směřován s cílem vymežit, která osoba je schopna rozhodovat a má právo na sebeurčení. Jen osoba s určitou mírou kompetence může platně právně jednat⁶, jen osoba s určitou mírou kompetence může být právně odpovědná⁷. Zatímco autonomie je více etickým a filosofickým termínem, kompetence se více objevuje v právním a politickém kontextu.⁸

Kromě toho, že kompetence úzce souvisí s autonomií, lze nalézt přímou úměru i s autenticitou⁹ jednajících osoby. Bez složky dostatečné kompetence lze jen obtížně mluvit o životním plánu a následování hodnotové struktury jednajících osoby. Jen jednání kompetentní osoby může být jednáním autentickým. Lze tedy v podstatě říci, že

- Kompetence osoby X k jednání φ je nutnou nikoliv však postačující podmínkou pro autonomní jednání φ osoby X
- Kompetence osoby X k jednání φ je nutnou nikoliv však postačující podmínkou pro autentické jednání φ osoby X

Kompetence je tedy podstatným elementem pro teorii informovaného souhlasu, protože se jen na základě její přítomnosti odráží základní principy, na nichž je tento bioetický i medicínsko-právní institut založen. Racionální rozhodnutí kompetentní osoby o jednání φ totiž tradičně zvyšuje i benefity na straně takové osoby.

Kompetence není pouhým faktickým jevem, její absence nebo naopak přítomnost u jednajících osoby má normativní dopady. Pouze rozhodnutí kompetentní osoby lze považovat za jednání mající reálný dopad na etickou relevanci informovaného souhlasu a jeho platnosti z hlediska hodnocení právního.

⁵ Citováno z PRAŽÁK, Josef – NOVOTNÝ, František – SEDLÁČEK, Josef. *Latinsko-český slovník. A-K*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1955, s. 263.

⁶ Podle ustanovení § 581 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (dále jen „ObčZ“): „Není-li osoba plně svéprávná, je neplatné právní jednání, ke kterému není způsobilá.“

⁷ Viz § 24 ObčZ.

⁸ BEAUCHAMP, Tom L. – FADEN, Ruth R. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press, c1986, xv, 392 s. ISBN 01-950-3686-7, s. 288.

⁹ Autenticitou zde v tomto kontextu rozumím jednání v souladu s teorií Autenticita je zejména určitá koherence života se svým životním údělem, se svým „opravdovým“ já, tedy já dotýkající se skutečného jádra osobnosti aktéra. Autenticita se zaměřuje na subjekt a jeho jedinečnost a zároveň apeluje na to, aby byl člověk skutečně sám sebou a byl k sobě opravdový. Srovnej kupř. FERRARA, Alessandro. *Reflective authenticity: rethinking the project of modernity*. New York: Routledge, 1998. ISBN 04-151-3061-1, s. 5 a násl.

Ačkoliv tedy má pojetí kompetence zásadní vliv na oblast práva i etiky, cesty k hledání její definice i k jejímu empirickému testování jsou obtížné. Lze v běžném smyslu bez obtíží reagovat na otázku „je tato osoba kompetentní“? Odpověď nelze říci, pakliže neznáme kontext, k jakému jednání (úkol) má být tato osoba kompetentní. Lze říci, že kompetence musí být vždy zkoumána vzhledem „k něčemu“, tj. ke splnění úkolu¹⁰ (*task oriented competence*)¹¹. Jakkoliv se velmi často užívá termín obecné způsobilosti, resp. obecné kompetence, i takové obecné vymezení je vztahováno k něčemu – v tomto případě k většině jednání běžného života. Obecná způsobilost lze v běžné řeči vymežit tak, že osoba X je způsobilá (kompetentní), pokud je obecně schopna činit většinu úkolů, které se jí vystavují v běžném životě. Každopádně lze ovšem shrnout, že musíme vědět, co je úkolem, abychom mohli říci, zda je osoba skutečně kompetentní. Budeme-li konkrétnější, musíme zjistit, jaké schopnosti jsou nutné ke splnění úkolu, a zda tyto schopnosti osoba vlastní, abychom mohli říci, že je osoba kompetentní k danému úkol.

Kompetence osoby je složena z relevantních individuálních schopností (kapacit) ke splnění úkolu.¹² Lze ji zkoumat podle schopností fyzických, kognitivních i psychologických, spadají sem i vědomosti a znalosti (*knowledge*). Pro vymezení je důležité, aby osoba měla vědomost, *jak* provést úkol a dále pak mít schopnosti nutné k *provedení* takového úkolu.¹³ Dostatek či nedostatek schopností je možné zkoumat empiricky, je to faktická věc, byť samotná kompetence osoby má nakonec zásadní *normativní* význam.

Protože jsou schopnosti a vědomosti každého člověka individuální, je zřejmé, že člověk může být kompetentní činit určitou věc a zároveň může být nekompetentní k jiné činnosti.¹⁴ Proto je pro zkoumání kompetence nutné určit relevantní schopnosti. Obecně totiž platí následující:

- Osoba P je kompetentní k plnění úkolu T tehdy a pouze tehdy, pokud má nutné schopnosti k plnění úkolu T.

V praxi je ovšem často velmi obtížné říci, které schopnosti jsou nutné k tomu, aby osoba byla schopna plnit T. Pakliže ovšem tyto nutné vlastnosti ke konkrétnímu úkol T nevydefinujeme, a

¹⁰ „Kompetence je schopnost provést úkol“ („competence is the ability to perform a task“). BEAUCHAMP, Tom L – MCCULLOUGH, Laurence B. *Medical ethics: the moral responsibilities of physicians*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, c1984, xvi, 172 p. ISBN 01-357-2652-2., s. 117, podobně BEAUCHAMP, Tom L. – FADEN, Ruth R. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press, c1986, xv, 392 s. ISBN 01-950-3686-7, 288, shodně ale i WHITE, Becky Cox. *Competence to consent*. Washington, D.C.: Georgetown University Press, c1994. ISBN 978-087-8405-596, s. 44 a násl., či CULVER, Charles – GERT, Bernard. *Philosophy in Medicine*. New York: Oxford University Press, 1982, s. 42–63.

¹¹ Tuto definici zřejmě jako první zavedli Gert a Culver. CULVER, Charles – GERT, Bernard. *Philosophy in Medicine*. New York: Oxford University Press, 1982, s. 53 a násl.

¹² BEAUCHAMP, Tom L. – MCCULLOUGH, Laurence B. *Medical ethics: the moral responsibilities of physicians*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, c1984, xvi, 172 p. ISBN 01-357-2652-2, s. 118.

¹³ WHITE, Becky Cox. *Competence to consent*. Washington, D.C.: Georgetown University Press, c1994. ISBN 978-087-8405-596, s. 45.

¹⁴ Např. jeden člověk může být kompetentní k tomu, aby zahrál Mozartův klavírní koncert, protože k tomu bude vybaven dostatečnými schopnostmi, ale nebude kompetentní k odehrání baseballového míčku, jiný to bude mít přesně opačně. Jeden člověk bude schopen rozhodovat o svém zdraví, jiný nikoliv.

neučiníme empirický test na jejich přítomnost, lze jen obtížně, ne-li vůbec, určit kompetenci osoby P. Jinak řečeno, pro zjištění kompetence osoby P musíme znát relevantní schopnosti k plnění úkolu T. Teprve po jejich vydefinování můžeme na základě empirických testů zkoumat míru jejich přítomnosti u osoby P. Definice, která je nutná pro teoretické účely, je totiž zároveň vodítkem pro samotné empirické testy, které jsou nutné pro praktické účely, tj. pro zjištění, zda byly konkrétní nutné schopnosti u osoby přítomny či nikoliv a v jaké míře.¹⁵ Testy kompetence ovšem zatím bývají nejednotné a různorodé, a to jak v oblasti práva, tak i v oblasti expertního znaleckého posuzování.¹⁶

Velmi často bývají určité typy kompetence spojovány se schopností se rozhodovat ve specifických oblastech. Tak je tomu i v oblasti udělování informovaného souhlasu. I tato schopnost rozhodovat se je spojena se svým předmětem, tedy, zkoumám-li, zda se rozhoduje kompetentně, musím vědět k čemu (resp. pro co). Opět tedy lze využít teorii úkolu (*task oriented*). V psychologické literatuře je rozhodovací proces kompetentní osoby tradičně vnímán jako výběr z alternativ, přičemž výběr je určován tím, která by měla lépe vyhovovat sledovanému cíli.¹⁷ Mluvíme tedy o kompetenci k určitému typu rozhodování, což je teorie, která dopadá i na kompetenci k informovanému souhlasu. U této specifické kompetence je nutné mít zejména schopnosti posuzovat svůj zdravotní stav a rozhodovat o něm.¹⁸

Výraznou komplikací při posuzování kompetence k rozhodování je její časová proměnlivost.¹⁹ Lze ji brát ve smyslu kontinuální proměny během lidského života (může mít např. povahu sinusoidy, kdy od dětství narůstá a ve stáří může od určitého věku poklesávat), ale i jako proměnlivost u jednoho pacienta v rámci jeho psychické nemoci, kdy se mohou střídát relativně lucidní stavy se stavy, kdy je osoba zcela nekompetentní k jakémukoliv vyjádření své vůle (např. v určitých stádiích Alzheimerovy chorob, případně schizofrenie, kdy pacient je ve fázi ovlivněné bludy, apod., ale i například ovlivnění návykovou látkou).

Pro jistou míru zjednodušení lze rozlišovat následující skupiny osob, přičemž je ovšem vždy nutné přihlížet k jednotlivostem u každého konkrétně určeného pacienta. Jedná se o skupinu

- lidí, kteří nikdy nebyli kompetentní k rozhodování a ani nebudou;
- lidí, kteří byli kompetentní k rozhodování, ale nyní nejsou a již nebudou (nebo je velmi pravděpodobné, že nebudou);

¹⁵ WHITE, Becky Cox. *Competence to consent*. Washington, D.C.: Georgetown University Press, c1994. ISBN 978-087-8405-596, s. 54

¹⁶ Např. SHERLOCK, Richard, *Competency to Consent to Medical Care: Toward a General View*. *General Hospital Psychiatry*. 1984, vol. 6, is. 1, s. 72.

¹⁷ Proces rozhodování je pak vnímán jako tzv. vnitřní konflikt. Srovnej NAKONEČNÝ, Milan. *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář, 1995. ISBN 80-85255-74-X., s. 48 a násl.

¹⁸ Více k tomu viz další oddíl.

¹⁹ BEAUCHAMP, Tom L – MCCULLOUGH, Laurence B. *Medical ethics: the moral responsibilities of physicians*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, c1984, xvi, 172 p. ISBN 01-357-2652-2, s. 119.

- lidí, kteří byli kompetentní k rozhodování, nyní nejsou, ale je pravděpodobné, že opět budou;
- lidí, kteří nebyli kompetentní k rozhodování, ale je pravděpodobné, že časem budou (např. děti).

2. TEORETICKÁ VÝCHODISKA POSUZOVÁNÍ KOMPETENCE PŘI POSKYTOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Kompetence člověka k rozhodování o poskytování zdravotních služeb a zejména u hospitalizovaného pacienta může být ovlivněna a omezena řadou faktorů a je proto velice obtížně ji správně určit. Na druhou stranu je klíčovým komponentem validity informovaného souhlasu jak v právním, tak i v etickém smyslu.

„Z morálního i právního hlediska, zdravotní služby nemohou být poskytovány, pokud nebyl obdržen informovaný souhlas od kompetentního pacienta. To značí, že posuzování kompetence je nutným prvním krokem v procesu získávání informovaného souhlasu. Pokud pacient není kompetentní, není odpovědnou osobou se schopností rozhodovat, a proto musí být informace poskytnuty jiné osobě, od které je získáván také souhlas.“²⁰

Pokud je tedy osoba nekompetentní k rozhodování, není její informovaný souhlas validní a nutně musí dojít k zástupnému udělení oprávnění od jiné, k tomu zmocněné osoby. Velký vliv by přitom měla mít i dříve vyslovená přání (*advance directives*) a jiné projevy vůle, které osoba vyjádřila, když byla ještě kompetentní (např. tzv. *values history* v USA).

Podobně jako u obecné kompetence i u kompetence k informovanému souhlasu spočívají důvody pro zkoumání její dostatečnosti zejména v respektu k autonomii pacienta a jeho autentické hodnotové struktuře a na druhé straně v principu *beneficence*, tj. v rozšiřování *welfare* osoby.

Rozhodování kompetentní osoby a i její konečné rozhodnutí může být specifické a u každého jedince odlišné, a to s ohledem na hodnotovou strukturu takového jedince.²¹ Přičemž je nutné brát v potaz, že tato hodnotová struktura není konstantní, proměňuje se, ale zároveň musí mít jistou kontinuitu. Jedna z nejčastějších námitek pro to, že pacient nemůže být nikdy zcela kompetentní, a proto ani autonomní spočívá právě v tom, že nemoc mění hodnotovou strukturu jedince.²² Nicméně se zdá, že u kompetentního pacienta vždy nalezneme jistou narativní spojnicí, která propojuje hodnoty minulého já s tím budoucím.

Kompetentní pacient je proto nejlepší a nejdůvěryhodnější zdroj toho, co je v souladu s jeho hodnotovou strukturou, protože je odborníkem na svůj život. Nemoc může vyžadovat změnu životního

²⁰ WHITE, Becky Cox. *Competence to consent*. Washington, D.C.: Georgetown University Press, c1994. ISBN 978-087-8405-596, s. 3.

²¹ WHITE, Becky Cox. *Competence to consent*. Washington, D.C.: Georgetown University Press, c1994. ISBN 978-087-8405-596, s. 15.

²² BAUMGARTEN, Elias. The concept of 'competence' in medical ethics. *Journal of medical ethics*. 1980, vol. 6, no. 4, s. 182.

stylu, životního plánu i vnitřní hodnotové struktury, je to proto právě kompetentní pacient, kdo by se měl rozhodnout, jakým směrem se bude jeho další životní plán rozvíjet po zásahu nemoci. On přehodnocuje a rozhoduje o svých dalších cílech. To ovšem neznačí, že by měl rozhodovat samostatně i o postupu léčby – je totiž rozdíl být nejlepším znalcem svých preferencí, žádostí, cílů a hodnot, které uznávám a schopností vědět, jak jich docílit. V tom musí být nápomocen právě lékař.

Ve zdravotnictví je třeba upozornit na to, že kompetentní pacient má právo i na iracionální rozhodnutí.²³ Často může být tato iracionalita rozhodnutí důvodem k pochybování o jeho kompetenci²⁴, v některých případech však může být projevem vůle autonomní osoby, která je plně kompetentní, pouze zastává jiné hodnoty a má tak odlišné názory. Jedním z nejčastějších důvodů soudních sporů v oblasti odmítnutí péče byly kauzy s příslušníky sekty Svědků Jehovových a odmítání poskytování krevní transfuze. Právě tady lze ovšem v mnoha případech říci, že pacient, byť je podle většiny lidí jeho rozhodnutí nemoudré, je plně kompetentní a jedná v souladu s hodnotovou strukturou integrovanou v jeho osobě. Jeho volba je autonomní i autentická a zároveň i je taková osoba i plně kompetentní.

Kompetence pacienta je často zpochybňována i kvůli specifickým faktorům²⁵, které snižují možnost jeho rozhodování. Jak již bylo řečeno, je to především nemoc samotná a s ní spjatá bolest, stres a strach. Bolest významně omezuje volnost mentálních pochodů, nemoc často zasahuje i jiným způsobem do životních plánů člověka. Obava z nejisté budoucnosti pak často vede až k ztrátě naděje. Vážnější nemoci jsou velmi často spojeny i s depresemi²⁶, které také do jisté míry snižují kompetenci pacienta. K tomu je možné připočítat i vliv léčivých přípravků a samotného nemocničního prostředí.

S ohledem na shora řečené tak vyvstává otázka, kdy se má lékař vůbec začít zabývat problémem pacientovy kompetence? V medicínské praxi je většina případů jasných, ale existují i nejisté případy („hard cases“), u nichž vzniká určitá pochybnost o kompetenci pacienta k udělení k informovanému souhlasu a kompetence se začíná přezkoumávat. Úvahy o absenci kompetence u pacienta, jsou spojeny zejména s těmito čtyřmi situacemi²⁷ :

- věk pacienta je nízký;

²³ WEINSTOCK, Robert - COPELAN, Russell – BAGHERI, Abbas. Competence to Give Informed Consent for Medical Procedures. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 1984, vol. 12, no. 2, s. 118.

²⁴ Někteří autoři polemizují s tím, zda by mělo být takové iracionální rozhodnutí kompetentního pacienta respektováno. Lesser vznáší následující otázku: „normálně by mělo být rozhodnutí kompetentního pacienta respektováno – platí to ale i u iracionálních rozhodnutí?“ LESSER, Harry, Consent, competency and ECT: a philosopher's comment. *Journal of medical ethics*. 1983, vol. 9, no. 1, s. 144.

²⁵ Podrobněji o faktorech potenciálně ovlivňujících kompetenci pacienta srovnej APPELBAUM Paul - ROTH Loren H. Clinical Issues in the Assessment of Competency. *American Journal of Psychiatry*. 1981, vol. 138, no. 11, s. 1462-1467.

²⁶ K problematice depresivních pacientů a deprese spojené s nemocí srovnej TAYLOR, P. J. Consent, competency and ECT: a psychiatrist's view, *Journal of medical ethics*. 1983, vol. 9, no. 1, s. 146-151.

²⁷ WEAR, Stephen. *Informed consent: patient autonomy and physician beneficence within clinical medicine*. Boston: Kluwer Academic Publishers, 1993. ISBN 07-923-2029-8, s. 49.

- pacient je osobou trpící nemocí, která s sebou obvykle přináší i snižování mentální kapacity, např. demence, Alzheimerova choroba, některé psychiatrické choroby apod., nebo je dočasně pod vlivem léčiv;
- pacient je soudním rozhodnutím omezen ve svéprávnosti²⁸;
- pacient odmítá navrženou léčbu a jeho odmítnutí se ve svitu poskytnutých informací jeví jako iracionální.²⁹

V situacích, kdy zdravotničtí pracovníci pochybují o kompetenci určité osoby, potřebují mít k dispozici určitá kritéria, jak posoudit, zda je tato osoba pro udělení informovaného souhlasu kompetentní či nikoliv. Řada autorů se proto snaží vytvořit určité empirické testy, které by zdravotnickému personálu pomohly při určení toho, zda je pacient kompetentní pro udělení informovaného souhlasu nebo nikoliv. Těmto testům musí ovšem předcházet definice toho, které schopnosti jsou vůbec nutné pro udělení informovaného souhlasu, tj. *k čemu má být vůbec pacient kompetentní*.³⁰ V teorii pak převládá názor, že pro kompetenci k poskytnutí informovaného souhlasu jsou vyžadovány následující specifické schopnosti:

- *schopnost pracovat s informacemi*, zejména schopnost informace přijímat, rozumět jim a udržet je relevantní dobu v paměti,
- *kognitivní schopnosti rozvažování*, zejména rozvažování o důvodech, kognitivní analýza alternativ, schopnost jejich řazení podle vlastní důležitosti a hodnot, zejména vztahovat je k vlastnímu integrovanému já³¹ a jeho hodnotové struktuře,
- *rozhodovací schopnosti*, tj. schopnost se v konkrétní situaci rozhodnout³² (např. jsou osoby s patologickou neschopností provést rozhodnutí a nést za něj důsledky), schopnost i přes pochybnosti se zavázat k takovému rozhodnutí.

²⁸ Běžným jevem je to, že v těchto případech bývá ze strany zdravotnických pracovníků kompetence pacienta k určitým rozhodnutím zpochybňována, a proto jim bývá odepíráno právo rozhodovat o svém zdraví, ale tento přístup není správný – viz dále.

²⁹ ETH, Spencer. Competency and Consent to Treatment. *JAMA*. 1985, vol. 253, no. 6, s. 778-779.

³⁰ Je potřeba rozlišovat mezi definováním kompetence (teoretický koncept, konceptuální analýza) a měřením kompetence (empirické testy kompetence). Praktický koncept vychází nutně z teoretické koncepce – je totiž nutné vědět, které kapacity se mají vůbec měřit. Bez definice nejsou možné relevantní testy, protože není zřejmé, jaké kapacity se mají zkoumat; tj. i podmínky, při kterých je informovaný souhlas validní (morálně i právně).

³¹ „...je nutné zjistit, zda osoba v jeho současném stavu vyjadřuje preference, které jsou trvajících a navazují na ty, které vyjádřil v minulosti. Pokud pacient je posouzen a shledán, že jedná v souladu se svým „pravým já“, tak na základě tohoto standardu můžeme osobu posoudit jako kompetentní.“ BAUMGARTEN, Elias. The concept of 'competence' in medical ethics. *Journal of medical ethics*. 1980, vol. 6, no. 4, s. 181.

³² Určitým paradoxem je, že většina pacientů nepovažuje sama sebe za osobu, která v praxi rozhoduje o postupu léčby. Srovnej kupř. LIDZ, Charles W., et al. Barriers to Informed Consent. *Annals of Internal Medicine*. 1983, vol. 99, no. 4, s. 541.

Konečně kromě rozumové vybavenosti hrají velkou roli i emoce. Kompetence je nejen věcí rozumu, ale je i věcí emocionálního stavu. Emoce mají totiž velký vliv na rozhodovací schopnosti³³ a mohou mít i zásadní vliv na kompetentnost pacienta.

Co se týče samotných empirických zjišťování, tj. testů posuzujících kompetenci pacienta, lze říci, že v současné době neexistuje jeden empirický test, na kterém by se shodli všichni autoři. Ani v právních předpisech nejsou nastaveny jednotné postupy toho, jak zkoumat způsobilost.³⁴ Obyčejně se jedná o otázku právní, ale významné je skutkové zjištění, které předkládá znalec – lékař.

Zcela zásadní i pro samotné testování kompetence k informovanému souhlasu jsou konečně tři teoretické okruhy přístupů ke kompetenci, které je nutno zohlednit před vlastním praktickým řešením u individuálního pacienta. Jedná se o následující okruhy otázek:

- zda pro oblast informovaného souhlasu se má zkoumat kompetence jako kompetence ke specifickému jednání nebo má být využita obecná kompetence ke všem jednáním, které člověk v běžném životě činí,
- zda se má pro oblast informovaného souhlasu využít koncept kompetence, který ji považuje za stupňovitý koncept (*degree concept*) nebo koncept hraniční (*threshold concept*),
- zda mají mít pro posuzování kompetence k udělení informovanému souhlasu význam možné následky zákroku nebo nemoci (resp. tíživost jejich dopadu).

Vymezení a odlišení těchto teoretických konceptů má významný vliv i při praktickém posuzování kompetence osoby, a proto budou dále všechny rozebrány podrobněji.

2.1. KOMPETENCE GENERÁLNÍ A SPECIÁLNÍ

V literatuře o kompetenci k informovanému souhlasu existují dva přístupy – první přístup vychází z obecné (generální) kompetence a druhý ze speciální kompetence. Přístup obecné kompetence vychází z předpokladu, že ten, kdo je kompetentní k činění rozhodnutí v obecných rozhodnutích v běžném každodenním životě, je kompetentní k činění rozhodnutí i v rámci informovaného souhlasu.³⁵ Tato strategie vychází z toho, že základní schopnosti užívané v rozhodnutích činěných v běžném životě, jako jsou například obchodní transakce, schopnost pracovat

³³ NAKONEČNÝ, Milan. *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář, 1995. ISBN 80-85255-74-X., s. 48 a násl.

³⁴ Byť např. v anglickém zákoně Mental Capacity Act z roku 2005 vytvořili tzv. třístupňový test, který vycházel z původní judikatury, a také z výše uvedené teorii. Podle tohoto testu se zjišťuje nejprve to, zda je pacient schopen porozumět informacím, udržet je, těmto informacím uvěřit a konečně je dokáže zvážit, zhodnotit a dospět tak k rozhodnutí. Zákon pak přidává i to, že je nutné, aby byla osoba toto rozhodnutí schopna jakýmkoliv způsobem projevit. Praktická míra, tj. empirické naplnění těchto schopností, však jednotně upraveno není. Srovnej LAING, Judith M. – MCHALE, Jean V. – KENNEDY, Ian - GRUBB, Andrew, eds. *Principles of medical law*. 4th edition. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press, 2017. ISBN 978-0-19-873251-8, s. 464 a násl. Podrobněji také v dalším oddíle tohoto článku.

³⁵ Srovnej kupř. ABERNETHY, Virginia. Compassion, Control, and Decisions About Competency. *American Journal of Psychiatry*. 1984, vol. 141, no. 1, s. 57 a násl.

apod., vyžadují obdobné schopnosti jako schopnosti při informovaném souhlasu. Lidé jsou podle této teorie buď obecně schopni činit většinu rozhodnutí, nebo naopak nikoliv. Implicitně se tedy předpokládá, že základní schopností, je schopnost rozhodnout se na základě zvážení relevantních informací. Za nekompetentní by měla být považována pouze osoba, která trpí určitou disfunkcí, tj. má specificky oslabené některé schopnosti.

Tato teorie má nespornou výhodu v tom, že zjednodušuje situaci třetích osob, které vstupují do sociálních vztahů s osobou, u níž se kompetence posuzuje. Může zcela odhlédnout od kontextu a situace, v které se posuzovaná osoba nachází.³⁶ V řadě oblastí navíc vychází i z praktických zkušeností – osoba, která např. trpí demencí, bude většinou neschopna i běžných činností v životě.

Oproti tomu přístup požadující specifickou kompetenci pro oblast informovaného souhlasu vyžaduje od pacienta speciální schopnosti v konkrétním daném okamžiku. Zkoumány jsou právě tyto specifické schopnosti, není proto důležité, že např. osoba není schopna porozumět finančním transakcím a z toho důvodu ji byla částečně omezena svéprávnost v této sféře. Kompetence je tedy závislá na kontextu, na konkrétní situaci. To sebou nese i otázku, zda je pacient schopný v konkrétní okamžik udělit informovaný souhlas pro určitý konkrétní výkon, ačkoliv den předtím toho nebyl schopen. Takový přístup klade velké nároky na zdravotnický personál, na druhou stranu je tak více respektována autonomie pacienta, jehož mentální stav se může měnit v každém okamžiku. Vždy je tak potřeba zkoumat kompetenci vzhledem ke konkrétnímu zdravotnímu výkonu a s ním spojeného informovaného souhlasu.

Rozdíl mezi obecnou kompetencí a specifickou kompetencí je důležitý, protože v medicínské praxi existují osoby, které by sice podle obecného přístupu mohly být považovány za kompetentní, ale v konkrétní situaci nemají schopnosti k učinění plně kompetentního informovaného souhlasu.³⁷ Naopak jsou osoby, které jsou v konkrétním případě schopny udělit validní informovaný souhlas, ale nejsou obecně kompetentní.

2.2. KOMPETENCE STUPŇOVITÁ (*DEGREE CONCEPT*) NEBO HRANIČNÍ (*THRESHOLD CONCEPT*)

Kompetence může být vnímána jako koncept stupňovitý, tj. jako koncept, který může nabývat více a více na síle podle míry schopností konkrétní osoby.³⁸ Kompetence v tomto konceptu roste od úplné nekompetence až k absolutní kompetenci. Koncept stupňovité kompetence respektuje, že odlišní jedinci mají odlišnou kompetenci, protože mají i odlišnou míru schopnosti se rozhodovat. I samotná osoba může mít rozličný stupeň kompetence, např. ráno a večer. Zatímco ráno obtížněji chápe, večer bude více kompetentní.

³⁶ WHITE, Becky Cox. *Competence to consent*. Washington, D.C.: Georgetown University Press, c1994. ISBN 978-087-8405-596, s. 59.

³⁷ Někteří autoři se domnívají, že na kompetenci v medicíně je třeba klást vyšší nárok než na kompetenci v jiných oblastech. Srovnej např. BAUMGARTEN, Elias. The concept of 'competence' in medical ethics. *Journal of medical ethics*. 1980, vol. 6, no. 4, s. 181.

³⁸ Např. BEAUCHAMP, Tom L. – MCCULLOUGH, Laurence B. *Medical ethics: the moral responsibilities of physicians*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, c1984, xvi, 172 p. ISBN 01-357-2652-2, s. 120

Oproti stupňovité koncepci lze rozlišit často užívaný koncept hraniční kompetence (*threshold competence*). Tato koncepce je koncepcí buď – anebo, tj. člověk buď kompetentní je, anebo nikoliv. Podle tohoto konceptu je jakákoliv osoba, která je držitelem nezbytných schopností, které překračují stanovenou hranici, zcela kompetentní. Naopak osoba, která hranice nedosahuje, je nekompetentní. Výhoda této teorie je, že dokáže poměrně jednoduše rozlišit osoby, které jsou kompetentní, od těch, které kompetentní nejsou. Rozhodující je míra schopností, která přesahuje určitou mez. Rozhodující ovšem může být i jiné kritérium, jako je například věk osoby.

Empirické zkušenosti více odpovídá koncept stupňovité kompetence. Hraniční koncept má ovšem tu výhodu, že je poměrně ostře nastavena hraniční linie a osoba kompetentní je od osoby nekompetentní snadno rozlišitelná. Problém s hraniční teorií je ten, že nastavená hranice je velmi často arbitrární a založená na pouhé konvenci.³⁹ Pokud osoba překročí stanovenou hranici (např. věk), je považována za kompetentní, pokud ji naopak nedosáhne, kompetentní není.⁴⁰

Z etického hlediska stupňovitá teorie více ochraňuje autonomii pacienta. Osoba, která jen lehce nedosahuje hranice, může mít totiž poměrně slušné schopnosti a její zařazení do kategorie nekompetentních osob má podstatné právní důsledky a v rovině etické se jeví jako nespravedlivé a nemorální.

Z hlediska právního se často jeví jako výhodnější použití konceptu hraniční kompetence. Vždy je však třeba brát v potaz, že takováto hraniční koncepce kompetence je pouhou právní fikcí, která neodpovídá realitě a v určitých situacích může vést k nespravedlnosti. Právo ji však velmi často a velmi úspěšně užívá – srovnej například věkové hranice, které určují právní způsobilost. Stále častěji ale i v právu bývá tato hraniční kompetence doplňována a modifikována do přístupnější „středové“ varianty, reflektující na požadavky obou teorií.

2.3. KOMPETENCE A JEJÍ ZÁVISLOST / NEZÁVISLOST NA NÁSLEDČÍCH

Konečně posledním zásadním rozlišením je rozlišení kompetence podle toho, zda má být posuzována podle míry rizika následků výkonu, k němuž je informovaný souhlas směřován. Teorie založená na následcích ve stručnosti tvrdí, že čím je riziko negativních následků větší (resp. čím je následek závažnější), tím musí mít jednatel vyšší míru schopností. Mezi jeho schopnostmi a stupněm rizika musí být tedy přímá úměrnost, vyšší míra rizika značí vyšší míru schopností. Podle této definice

³⁹ Tak tomu je ovšem v medicíně velmi často – například teplota 36,9 °C je ještě přijatelná a teplota 37,1 °C již nikoliv.

⁴⁰ Toto rozlišení se v právní teorii někdy spíše interpretuje do dvou přístupů, tzv. funkcionálního a statusového. Statusový přístup upřednostňuje nastavení pevné hranice (např. věku), zatímco funkcionální se snažil nastavit individuální rovinu zaměřenou na volní a rozumovou vyspělost konkrétní osoby.

se kompetence se mění podle vážnosti situace.⁴¹ Některé osoby s omezenými schopnostmi mohou být proto kompetentní k nízké rizikovým výkonům, ale ne už k výkonům spojeným s vyšší mírou rizika.⁴²

Teorie nezávislá na následcích odmítá přičítat následkům jakoukoliv relevanci. Kompetentní osoba je stejně tak schopna posoudit navrhovaný postup léčby u pouhé chřipky, jako postup v případě léčby onkologického onemocnění. Možné následky nemoci nemají vliv na kompetenci.⁴³

Teorie závislá na následcích více apeluje na princip beneficence, odpovídá totiž některým konsekvencialistickým teoriím. Teorie odhlížející od následků apeluje na autonomii osoby. Zdá se, že právě tato teorie více respektuje osobu člověka a její autentické já. Kompetence je totiž více o procesu rozhodování, nikoliv o jeho výsledcích.⁴⁴ V řadě právních předpisů však možný škodlivý následek a jeho riziko bývá zohledňován při posuzování způsobilosti osoby.⁴⁵

3. APLIKACE TESTU POSUZOVÁNÍ KOMPETENCE V PRÁVNÍ PRAXI

S ohledem na shora uvedená teoretická východiska při posuzování kompetence osoby je velmi inspirativní přístup k posuzování kompetence osob pro udělení informovaného souhlasu vytvořený anglickým právem. Tento přístup vychází z tzv. kombinovaného přístupu ke zkoumání způsobilosti člověka právně jednat:

„Anglické právo přijalo kombinaci statusového přístupu a funkcionálního přístupu při zkoumání právní způsobilosti (capacity) jednajícího; u všech zletilých se předpokládá, že jsou způsobilí, a u všech dětí mladších šestnácti let se předpokládá, že způsobilost postrádají. Ačkoliv tyto právní domněnky jsou založeny na statusovém přístupu, jsou pouhým výchozím předpokladem, který může být pozměněn na základě prokázání aktuální způsobilosti zkoumané osoby.“⁴⁶

⁴¹ Drane například podle toho rozebírá tři stupně kompetence podle míry rizik. Používá proto termín „sliding scale concept“. Srovnej DRANE, James F. Competency to give an informed consent: A model for making clinical assessments. *JAMA*. 1984, vol. 252, no. 5, s. 925-927, podrobněji jej rozebírá v pozdějším článku z roku 1985: DRANE, James F. The Many Faces of Competency. *The Hastings Center Report*. 1985, Vol. 15, No. 2, s. 17-21.

⁴² Nepřímo tuto teorii podporuje např. BEAUCHAMP, Tom L. – FADEN, Ruth R. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press, c1986, xv, 392 s. ISBN 01-950-3686-7, s. 289.

⁴³ „Pokud má autonomie mít nějaký význam, pak musí být dovoleno pacientovi nesouhlasit, i kdyby jeho nesouhlas byl spojen s rizikem možné smrti.“ ETH, Spencer. Competency and Consent to Treatment. *JAMA*. 1985, vol. 253, no. 6, s. 779.

⁴⁴ WHITE, Becky Cox. *Competence to consent*. Washington, D.C.: Georgetown University Press, c1994. ISBN 978-087-8405-596, s. 113

⁴⁵ Srovnej kupř. § 95 ObčZ: „Nezletilý, který není plně svéprávný, může v obvyklých záležitostech udělit souhlas k zákroku na svém těle také sám, je-li to přiměřené rozumové a volní vyspělosti nezletilých jeho věku a jedná-li se o zákrok nezanechávající trvalé nebo závažné následky.“

⁴⁶ JACKSON, Emily. *Medical law: text, cases, and materials*. Fourth edition. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press, 2016. ISBN 978-0-19-874350-7, s. 242.

Výsledek tohoto přístupu se odrazil zejména v právním předpisu *Mental Capacity Act* z roku 2005⁴⁷, který upravuje předpoklady a podmínky pro stanovení kompetence (*mental capacity*)⁴⁸ osoby. Ten již ve svém prvním článku stanoví následující základní principy, které jsou vodítkem pro posuzování kompetence člověka:

„(1) Pro účely tohoto zákona jsou aplikovány následující principy.

(2) Předpokládá se, že osoba má způsobilost (kapacitu), dokud se neprokáže, že tuto způsobilost postrádá.

(3) S osobou nebude jednáno jako s osobou nezpůsobilou činit vlastní rozhodnutí, dokud nebyly učiněny veškeré pomocné kroky a ty se ukázaly jako neúspěšné.

(4) S osobou nebude jednáno jako s osobou nezpůsobilou činit vlastní rozhodnutí pouze z toho důvodu, že činí nemoudrá rozhodnutí.

(5) Jednání, nebo rozhodnutí, činěná za osobu, u níž je shledána nezpůsobilost, musí být činěna v souladu s nejlepšími zájmy osoby.

(6) Před tím, než je vykonáno jednání nebo učiněno rozhodnutí, je třeba zvážit účel, pro nějž je potřebné, nemůže být docílen jinými prostředky, které by méně zasahovaly do práv a svobod osoby.“⁴⁹

Z hlediska posuzování kompetence pro udělení informovaného souhlasu je tedy podstatná presumpce způsobilosti u osob starších 16 let. Pokud mají zdravotničtí pracovníci pochybnosti o kompetenci určité osoby, musí prokázat, že je tato osoby nekompetentní. Test kompetence je pak zaměřen na individuální rozhodování v konkrétní situaci ke konkrétnímu zdravotnímu výkonu, tj. na rozhodnutí, které má osoba činit – tj. není zaměřeno na všechna rozhodnutí, ke všem rozhodnutím o svém zdravotním stavu. Projevuje se zde tedy jemně modifikovaná specifická teorie kompetence, nikoliv teorie obecné kompetence. Podobně i v americkém prostředí je předpokládáno, že dospělá

⁴⁷ Podrobněji k tomuto zákonu viz JACKSON, Emily. *Medical law: text, cases, and materials*. Fourth edition. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press, 2016. ISBN 978-0-19-874350-7, s. 241 a násl.

⁴⁸ Kompetence (*mental capacity*) je v tomto zákonu nastavena jako odlišný institut od svéprávnosti (*legal capacity*). Srovnej LAING, Judith M. – MCHALE, Jean V. – KENNEDY, Ian - GRUBB, Andrew, eds. *Principles of medical law*. 4th edition. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press, 2017. ISBN 978-0-19-873251-8, s. 452.

⁴⁹ „(1) *The following principles apply for the purposes of this Act.*

(2) *A person must be assumed to have capacity unless it is established that he lacks capacity.*

(3) *A person is not to be treated as unable to make a decision unless all practicable steps to help him to do so have been taken without success.*

(4) *A person is not to be treated as unable to make a decision merely because he makes an unwise decision.*

(5) *An act done, or decision made, under this Act for or on behalf of a person who lacks capacity must be done, or made, in his best interests.*

(6) *Before the act is done, or the decision is made, regard must be had to whether the purpose for which it is needed can be as effectively achieved in a way that is less restrictive of the person's rights and freedom of action.“*

osoba je kompetentní, pokud se neprokáže opak. Kompetence se ovšem poměřuje vzhledem ke konkrétnímu jednání, tj. individuálnímu projevu informovaného souhlasu.⁵⁰

Obdobně nový občanský zákoník (č. 89/2012 Sb.) pod vlivem mezinárodních právních předpisů⁵¹ opustil koncepci úplného zbavení svéprávnosti. Osoba již nemůže být zcela nesvéprávná, může být pouze omezena ve svéprávnosti. Ukazuje se tu trend, který se zdaleka neprojevuje jen v našich zemích⁵², kdy se pozitivní právo snaží reagovat na etické teorie, a spíše než s obecnou kompetencí pracovat s kompetencí specifickou. Tato proměna je však v právní praxi spíše pozvolná a dosud není plně akceptována. Soudy se tak často, když omezují svéprávnost, neubrání jistým generalizacím – například omezení svéprávnosti k rozhodování o veškeré zdravotní péči. Takové rozhodnutí je ovšem ve světle shora uvedených teorií příliš obecné, neboť k některým jednáním má osoba stále rozhodovací schopnosti a zajisté by v mnoha případech dostačovalo úzeji vyspecifikované omezení, jak to ostatně ObčZ předpokládá⁵³. Obdobně u osob nuceně hospitalizovaných se často předpokládá, že nejsou schopny udělit souhlas s jednotlivými výkony zdravotní péče a jejich souhlas proto není vůbec vyžadován.

ZÁVĚR

Problematika posuzování kompetence osoby je v současném medicínsko-právním a bioetickém diskurzu velmi důležitým tématem. Jeho důležitost stoupá s tím, že respekt k rozhodnutí kompetentní osoby je projevem respektu k autonomii člověka tak, jak je zdůrazňován etickými teoriemi a řadou mezinárodních právních dokumentů. Kompetence je také jedním z klíčových elementů pro platnost informovaného souhlasu – jediné kompetentní osoba může řádně projevit svou autonomní vůli. I proto se objevila řada teorií, jak nejlépe kompetenci měřit, protože čistě intuitivní přístup se jeví jako neadekvátní a neobjektivní. Tyto teorie byly však doposud neúspěšné a neexistuje žádný univerzálně uznávaný empirický test kompetence.

Dále je důležité zdůraznit, že na základě apelů etických teorií dochází v řadě případů k modifikaci právního chápání konceptu kompetence – upřednostňován je koncept tzv. specifické kompetence před konceptem obecné kompetence, a to tradičně právě v oblasti kompetence k udělení informovaného souhlasu. Posun je však pouze pozvolný, a tak se můžeme v praxi často stále setkat s přístupy založenými spíše na konceptu obecné kompetence. V ČR je tato praxe vidět zejména v soudních rozhodnutích, která omezují svéprávnost pro veškerá právní jednání zahrnující rozhodování o medicínských výkonech. Pokud tomu tak je např. u osoby, která má schizofrenii, je právně i eticky

⁵⁰ Srovnej podrobněji President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical Research. *Making Health Care Decisions. A Report on the Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship*. Vol. 1, 1982, s. 56. Srovnej také rozhodnutí *Lotman v. Security Mutual Life Ins. Co*, 478 F 2 d 868 (3d cir. 1973).

⁵¹ Zejména je nutno zmínit Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením.

⁵² Lze jej vysledovat i v kontinentálních právních řádech i v anglo-amerických právních řádech. Srovnej DOLEŽAL, Tomáš. Způsobilost nezletilých udělit souhlas s poskytováním zdravotních služeb. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2018, vol. 8, no. 1, s. 48-61.

⁵³ Viz důvodová zpráva k § 55 až 63 OZ, kde se zdůrazňuje možnost omezit svéprávnost i jen v souvislosti s určitou záležitostí.

nepřijatelné, aby nemohla rozhodovat např. o péči o svůj chrup u stomatologa. Podobně se v bioetice stále více objevují koncepty tzv. stupňovité teorie kompetence oproti kompetenci hraniční. Tento přístup nalezneme nyní častěji i v právní sféře.⁵⁴

Na závěr je nutno zdůraznit, že je třeba vždy k posuzování kompetence přistupovat obezřetně a také s trpělivostí, neboť se jedná o problematiku velmi složitou⁵⁵ a s dalekosáhlými právními a etickými důsledky.

Tento článek byl vypracován s podporou GAČR v rámci grantového projektu 18-23804S.

⁵⁴ U nezletilých k tomu více např. DOLEŽAL, Tomáš. Způsobilost nezletilých udělit souhlas s poskytováním zdravotních služeb. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2018, vol. 8, no. 1, s. 48-61.

⁵⁵ To ilustruje i skutečnost, že ve Spojeném Království pro tuto oblast vypracoval stát více než třísetstránkový dokument (Mental Capacity Act 2005 – Code of Practice), který má napomoci, jak v těchto komplikovaných případech postupovat. Dostupný zde:

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/497253/Mental-capacity-act-code-of-practice.pdf. Citováno dne 29.9.2019.

REFERENČNÍ SEZNAM:

ABERNETHY, Virginia. Compassion, Control, and Decisions About Competency. *American Journal of Psychiatry*. 1984, vol. 141, no. 1, s. 53-58.

APPELBAUM Paul - ROTH Loren H. Clinical Issues in the Assessment of Competency. *American Journal of Psychiatry*. 1981, vol. 138, no. 11, s. 1462-1467.

BAUMGARTEN, Elias. The concept of 'competence' in medical ethics. *Journal of medical ethics*. 1980, vol. 6, no. 4, s. 180-184.

BEAUCHAMP, Tom L. – FADEN, Ruth R. *A history and theory of informed consent*. New York: Oxford University Press, c1986, xv, 392 s. ISBN 01-950-3686-7.

BEAUCHAMP, Tom L. – McCULLOUGH, Laurence B. *Medical ethics: the moral responsibilities of physicians*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, c1984, xvi, 172 p. ISBN 01-357-2652-2.

CULVER, Charles – GERT, Bernard. *Philosophy in Medicine*. New York: Oxford University Press, 1982.

DOLEŽAL, Tomáš. Způsobilost nezletilých udělit souhlas s poskytováním zdravotních služeb. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*. 2018, vol. 8, no. 1, s. 48-61.

DRANE, James F. Competency to give an informed consent: A model for making clinical assessments. *JAMA*. 1984, vol. 252, no. 5, s. 925-927.

DRANE, James F. The Many Faces of Competency. *The Hastings Center Report*. 1985, Vol. 15, No. 2, s. 17-21.

ETH, Spencer. Competency and Consent to Treatment. *JAMA*. 1985, vol. 253, no. 6, s. 778-779.

FERRARA, Alessandro. *Reflective authenticity: rethinking the project of modernity*. New York: Routledge, 1998. ISBN 04-151-3061-1.

JACKSON, Emily. *Medical law: text, cases, and materials*. Fourth edition. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press, 2016. ISBN 978-0-19-874350-7.

LAING, Judith M. – MCHALE, Jean V. – KENNEDY, Ian - GRUBB, Andrew, eds. *Principles of medical law*. 4th edition. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press, 2017. ISBN 978-0-19-873251-8.

LESSER, Harry, Consent, competency and ECT: a philosopher's comment. *Journal of medical ethics*. 1983, vol. 9, no. 1, s. 144-145.

LIDZ, Charles W., et al. Barriers to Informed Consent. *Annals of Internal Medicine*. 1983, vol. 99, no. 4, s. 539-543.

NAKONEČNÝ, Milan. *Lexikon psychologie*. Praha: Vodnář, 1995. ISBN 80-85255-74-X.

PRAŽÁK, Josef – NOVOTNÝ, František – SEDLÁČEK, Josef. *Latinsko-český slovník. A-K*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1955.

President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical Research. *Making Health Care Decisions. A Report on the Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Patient-Practitioner Relationship*. Vol. 1, 1982.

WEAR, Stephen. *Informed consent: patient autonomy and physician beneficence within clinical medicine*. Boston: Kluwer Academic Publishers, 1993. ISBN 07-923-2029-8

SHERLOCK, Richard, Competency to Consent to Medical Care: Toward a General View. *General Hospital Psychiatry*. 1984, vol. 6, is. 1, s. 71-76.

TAYLOR, P. J. Consent, competency and ECT: a psychiatrist's view, *Journal of medical ethics*. 1983, vol. 9, no. 1, s. 146-151.

WEINSTOCK, Robert - COPELAN, Russell – BAGHERI, Abbas. Competence to Give Informed Consent for Medical Procedures. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 1984, vol. 12, no. 2, s. 117-125.

WHITE, Becky Cox. *Competence to consent*. Washington, D.C.: Georgetown University Press, c1994. ISBN 978-087-8405-596.