

Informovaný souhlas jako vyjádření autonomie vůle nebo reflexe paternalistického vztahu?

Autor: JUDr. Adam Doležal, LL.M.

Pracoviště: Kabinet zdravotnického práva a bioetiky, Ústav státu a práva AV ČR, v.v.i.

Abstract

The starting point of this article is exploration of current ethical principles in the area of health services, upon which the conception of informed consent is based, especially the conception of autonomy of human will, as well as asking a question, whether these origins are morally relevant, or not. This reflection is not supposed to bring a definite answer to the asked questions, however it ought to make relative the current exclusive focus on a standard principle of respect to autonomy (especially as codified by legal normative systems, not only in the Czech legislation, but also in international documents). As to a certain extent the understating of informed consent as an act of a free being on the basis of comprehensive and neutral information given by an unbiased, objective person - physician, remains a pure and simple unfulfilled ideal and in its nature becomes a modern myth.

Therefore, once more we face the question whether the principle of autonomy of will understood from the natural law perspective is adequate and the only correct solution, if it gets in conflict with the utilitarian principle of utility, and whether the paternalistic approach, as introduced in past centuries, did not reflect more the every day reality and moreover, if it was not more justifiable.

This essay attempts to outline also other possible alternative points of view and analyze standing of a patient and a physician, as well as their mutual status. Specifically, it concentrates on a key analysis of the patient's body in its binary role of both subject and object, the one who perceives and is perceived. It also considers the fact that a patient finds himself/herself in an extreme and to a certain extent existential situation, in which the possibilities of his/her Self as a subject are limited by an external fact - illness and pain, while it is the pain, which is understood as a sum of entirely isolated emotional experiences, which cannot be passed to another person, therefore cannot be intersubjective. Man is always alone in pain.

From this point of view, a patient always comes to a physician as a party, who is in an inferior position and seeks help, deliverance from their suffering. Therefore, it is of course easier to be manipulated, subjected and grasped by the will of another. Therefore, a physician must make sure that such a situation does not occur and that he does not only explore a patient, i.e. make him/her a pure and simple object of exploration, but also effectively reflects the patient's subjective Self.

It is an undeniable, empirically provable fact, that medicine becomes more and more abstract science, when a patient and physician lose their intimate relationship between them. This is why the materializing and "objectivizing" of a patient in the postmodern era is a dangerously recurring phenomenon, which needs to be eliminated.

Based upon this, an author of this article subsequently considers informed consent to be more like than an expression of freedom and autonomy of will, which can be purely illusory, a post-modernist ritual of mutuality, recognition of individuality of the patient's existence and his/her being as a subject and not merely a non individualized matter.

Key words: informed consent, autonomy of will, paternalism

Úvod

Účelem tohoto článku má být zamyšlení nad smyslem informovaného souhlasu zejména v klinické medicíně¹ tentokrát z trochu jiného úhlu pohledu, nad jeho opodstatněním z hlediska celistvosti pacientovy existence. Vycházím sice ze stejné tradiční koncepce chápající lidské zdraví jako součást fyzické a psychické integrity jedince, tak jak je pojmána současnými moderními právními řády, nicméně v této stati se budu zabývat ospravedlněním institutu informovaného souhlasu zejména z pohledu uznání pacienta jako existujícího subjektu, míněno nikoliv pouze v právním, ale i ve filosofickém smyslu tohoto slova. Potud je klíčová pro nazírání na informovaný souhlas lidská existence v etické dimenzi, nikoliv pouze jeho právním řádem uznaná a nahlížená subjektivní práva.

Podle tradičních koncepcí informovaný souhlas vychází ze tří základních morálních principů: „*tři morální principy jsou relevantní k předmětu našeho zkoumání, a proto musí být krátce analyzovány: respekt k autonomii vůle, dobročinnost (beneficencia) a spravedlnost. Tyto všeobecné principy poskytují základy pro specifická pravidla a požadavky, které nalezneme v profesních kodexech medicínské etiky i v kodexech upravující medicínský výzkum.*“² Princip autonomie vůle vychází z tradice západní civilizace, která lidskou svobodu a svobodu rozhodování staví na primární místo v axiologické pyramidální struktuře.

Právě v popření autonomie subjektu a jeho vůle ve smyslu jeho jedinečnosti je tradičně spatřován zásadní problém, ke kterému může při poskytování zdravotních služeb bez předchozího informovaného souhlasu dojít. „*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. Neznám vás dobře a odmítám vaše úsilí proniknout do mého těla, do mé duševní rovnováhy a do mého soukromí, když jsem nemocen. Chci s vámi spolupracovat, ale jen do té míry, pokud mohu já a mně podobní pacienti očekávat z vašeho počínání opravdu prospěch.*“³

Důležitá je ich-forma, ve které je celá konstrukce základních práv pacienta vedena. Na scéně se objevuje onen existencionální vztah Já a Druhý, který má svůj základní význam pro oblast zdravotnické etiky a vztahu pacient lékař⁴. Nicméně druhý na scéně zatím vystupuje pouze v rovině neidentifikovatelného třetího, v rovině On. Tradičně se tak vymezuje vztah pacienta vůči ostatním, ve které odmítá své postavení jako objektu, které mu je často moderní medicínou přiřazováno.⁵

¹ K otázce informovaného souhlasu ve výzkumu se podrobněji budu zabývat v článku, který navazuje na otázku položenou Johnem Harrisem v článku „Scientific research is a moral duty“ (Harris, J., 2005)

² Faden R.R., & Beauchamp T.L. 1986, s. 5

³ Těšíňová J., Žďárek R., Polícar R. 2011, s. 6

⁴ Lékař zde chápáno v širším kontextu jako jakýkoliv zdravotnický pracovník či ošetřující osoba.

⁵ „*Postindustriální společnost sebou přináší depersonalizaci léčebné péče. Specializace je jedním ze symptomů tohoto procesu. Léčebná péče je stále víc a více koncentrována na nemoc, nikoli na celého člověka. Pro lékaře často bývá pacient „případem“, nikoli strádajícím člověkem.*“ (Ondok, J.P. 2005, s. 45)

Odmítnutí sebe jako pouhopouhého předmětu a obrazu, prostředku ve světě a naopak výkřik nemocného člověka směřující k uznání relevance svého bytí, respekt k jeho existenci jsou potom východiskem a klíčovým stavebním prvkem moderní zdravotnické vědy pro konstrukci informovaného souhlasu.

Lékař nemá vnímat pouze vnější odraz pacientovy nemoci,⁶ ale má respektovat pacienta jako osobu. Proto má respektovat pacientovy požadavky, které tento pacient před léčebným úkonem vyslovil – tj. respektovat základní požadavek spočívající v principu autonomie lidské vůle.

Ovšem, kde se zde tento princip bere? Je princip autonomie vůle skutečně tím dominujícím principem, který se v praxi projevuje při poskytování informovaného souhlasu? A má se toto právo na svobodné rozhodování uplatnit v lékařské praxi vždy?⁷ Ospravedlňuje tolikrát omílané a znovukonstatované „přirozené“ právo na svobodné lidské rozhodování v dostatečné míře ukotvení informovaného souhlasu jako institutu v právním řádě? Nebo by v jisté míře byl princip paternalistický, při kterém lékař jako odborník rozhoduje o vyšší míře štěstí pacienta s ohledem na jeho utilitaristické blaho legitimnější?⁸ Neupřednostňuje se tím v právním řádě princip lidské svobody

⁶ „Předmětem jeho léčebné péče by neměla být jen nemoc, ale celý nemocný člověk. Lékař mnohdy je nakloněn spatřovat v pacientovi jen zajímavý případ nemoci, který je výzvou jeho lékařským vědomostem, a nevidí v něm trpícího člověka, který od něho očekává pomoc. Lidský účastný přístup lékaře vzbuzuje důvěru pacienta, která může napomáhat účinnosti léčení. Pacient tedy není „objektem“ lékařovy péče, ale jeho „subjektem.“ (Ondok, J.P. 2005 s. 50)

⁷ V tomto článku se nechci pouštět do tolikrát omílané debaty o legalizaci eutanazie a otázkách DNR, ačkoliv i ty (a především ty do sporu o vhodnosti autonomní vůle člověka rozhodovat o svém životě a zdraví jistě patří. Zajímavá z úhlu pohledu informovanosti a neinformovanosti pacienta může být také současný rozpor etické a právní dimenze v oblasti úplného informování o zdravotním stavu pacienta. Např. Ondok v souladu s některými zahraničními doktrínami tvrdí, že „U těžce nebo nevléčitelně nemocných, resp. u pacientů ohrožených blízkou smrtí, se někdy mluví o „selektivní otevřenosti“, která znamená, že rozhodnutí, zda má lékař pacienta plně informovat o jeho stavu, nebo zda má některé stránky tohoto stavu zamlčet, závisí na jeho úsudku o tom, do jaké míry je pacient schopen takové sdělení přijmout, aniž by byla narušena jeho spolupráce při léčení, nebo aby v takovém případě nepodlehli naprosté rezignaci a odmítání další lékařské péče. Podobné rozhodnutí je však často velmi obtížné a vyžaduje lékařovu zkušenost a moudrost.“ (Ondok 2005, s. 51.) Nicméně toto etické hledisko je v ostrém rozporu s právním řádem, zejména s čl. 5 Úmluvy o lidských právech („Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích“) v kombinaci s ustanovením § 23 zákona č. 20/1966 Sb.

⁸ Haškovcová klade otázku vztahu lékaře a pacienta a oprávněnosti pacientovy svobodné volby následujícím způsobem: „Rovněž občan moderní doby se nachází v ambivalentní situaci: je svobodným člověkem, který převzal plnou odpovědnost za svůj život, a tedy i za své jednotlivé rozhodnutí. Ví, že by měl pečovat o své zdraví a spolupracovat s lékařem v době své nemoci. V roli pacienta poznává, jak je nesnadné jednoznačně se rozhodnout v otázkách týkajících se např. souhlasu s návrhem určitého diagnostického vyšetření nebo léčby. Zcela logicky mu tane na mysli onen idylický obraz paternalistického vztahu, kde autorství rozhodovacího procesu patřilo výhradně lékaři. Proč tedy obě strany nemohou nadále pěstovat výhradně paternalistický vztah?“ (Haškovcová, H. 2002, s. 63)

před principem lidského užitku, tak jak jej primárně definoval anglický filosof konce 18. století Jeremy Bentham⁹? A pokud ano, je to tak správně?

V úvodu jsem položil řadu otázek, které považuji za kruciólní pro etickou dimenzi informovaného souhlasu. Již na začátek upozorňuji, že je v rámci tohoto článku budu rozebírat pouze z jedné, úzce vyhraněné dimenze nazírání. Filosofie je slovy Karla Jasperse bytím na cestě, její otázky jsou často podstatnější než její odpovědi. Potud považuji tuto práci spíše jako pokus o položení určitého spektra otázek, které se v literatuře informovaného souhlasu neobjevují tak často.

Dále musím upozornit čtenáře na to, že zde uvedená analýza do určité míry neaspíruje na chápání se jako vědecké práce. Je spíše výzvou, která má být doplněna. Domnívám se totiž, že odpovědi na kladené otázky často určuje úhel pohledu, ze kterého se je člověk snaží zodpovědět. Nutno tedy na úvod podotknout, že jsem si podobné otázky kladl při osobních zkušenostech, které jsem získal jako pacient ve zdravotnických zařízeních. Potud bude rovina odpovědí položena spíše nazírána z hlediska pacienta (nicméně s přihlédnutím ke konzultacím s lékaři) a ze subjektivního prožitku.

Neboť při nazírání na informovaný souhlas nesmí být podle mého názoru přehlíženo hledisko vztahu subjekt – objekt v rámci nazírání pacienta či lékaře, existenciální dimenze lidské bolesti a utrpení, která se odráží ve vědomí Já pacienta a charakteru lidského těla v jeho rozštěpené roli vnímajícího a vnímaného.

Poškozené zdraví a bolest – mezní situace

Pokud chceme situaci předcházející informovanému souhlasu, resp. poskytování zdravotní péče, patřičně analyzovat, je potřeba ji posuzovat v její komplexnosti. Návštěva lékaře je ve větší či menší míře téměř vždy určitým razantním aktem, neboť je tradičně spjata s bolestí, či utrpením. Právě situace trpícího pacienta, ve které se může ocitnout každý člověk, je do jisté míry situací existenciální, tak jak je chápána například Karlem Jaspersem: „*Tyto základní situace našeho bytí nazývám mezní situace. Existují tedy situace, z nichž nemůžeme vystoupit, které nemůžeme změnit. Uvědomit si je vedle údivu a pochybnosti tak znamená dosáhnout hlubšího původu filosofie.*“¹⁰

Někteří autoři působící v oblasti bioetiky dokonce spatřují v nemoci a lidském utrpení princip, na základě něhož právě toto utrpení dává růst lidské bytosti; neboť skrze ni může člověk duchovně růst jak v soukromé, tak i společenském životě.¹¹ Lidské utrpení však staví i jinou, existenciální otázku, již definoval v literatuře nejpalčivěji Dostojevski, a která se vrací - proč musí člověk trpět? Tato otázka má však i svou biologickou dimenzi neboť, v některých okamžicích postrádá bolest svůj smysl jako

⁹ „*Příroda postavila lidstvo pod nadvládu dvou suverénních vládců, bolesti a požitku. Jen oni nám ukazují, co máme dělat a stejně tak určují, co budeme dělat. Jejich panování je na jedné straně podřízeno měřítko správnosti a nesprávnosti, na druhé pak sled příčiny a následku. Vládou nám ve všem, co děláme, ve všem, co říkáme, ve všem, co myslíme: každé úsilí, které podnikáme, abychom se zbavili naší podřízenosti vůči nim, slouží jen k jejímu projevu a potvrzení. Člověk se může slovně zříci jejich království, ale ve skutečnosti zůstane navždy jeho poddaným. Princip užitku tuto podřízenost uznává a staví ji jako předpoklad k takovému systému, jehož cílem je dosáhnout šťastného uspořádání pod vládou rozumu a práva.*“ (Bentham, J. 1863)

¹⁰ Jaspers, K. 1996, s. 16

¹¹ Ondok vyjmenovává např. křesťanské autory Ashleyho a O'Rourkeho, kteří tvrdí, že poslední pochopení smyslu utrpení patří k obsahu víry. (Ondok 2005, s. 72) O lidském utrpení a existenciálních situacích také Kierkegaard a jeho filosofické úvahy, viz blíže k tomu v poznámce č. 27.

preventivní opáření těla. „Proč tedy musí člověk tak strašně trpět, když bolest ztrácí v posledních okamžicích života svůj varovný charakter?“¹² Má skutečně utrpení svůj hlubší smysl a mění náš pohled na svět?

Netvrdím, že každý pacient, který navštíví zdravotnické zařízení, se stane náhle osvíceným filosofem, nicméně tvrdím, že bolest jako fenomén ovlivňuje zásadním způsobem naše vnímání. Vůle směřuje k tomu, aby bolest byla odstraněna, aby tento element byl zcela nebo zčásti oslaben. Při cítění bolesti si uvědomujeme vlastní smrtelnost, tento počitek u nás evokuje pocit pochopení omezenosti vlastního Já a jeho těla. Myšlenkové spektrum je zaměřeno na pouhopouhé odstranění bolesti, což je jeho hlavním cílem; a možnosti přenesení myšlenek do jiné sféry jsou omezené /při nižší míře bolesti/, ne-li nemožné /při některých anamnézách je zřejmě bolest všudypřítomná a neobalamutitelná/.

*„Jako syntetický celek je (nemoc) vně mého vědomí a jinde, avšak z druhé strany je ve vědomí, proniká jím všude, všemi tóny, které jsou mým vědomím.“*¹³

Bolest lze samozřejmě ve vědeckém spektru popsat z objektivního hlediska medicíny, na základě čistě fyzikálního uchopení světa jako fyzikálně chemický děj přenášený nervovými vlákny a zpracovaný centrálním nervovým systémem, nicméně toto pojetí je dle mého názoru redukcionistické a nedostačující, resp. nemůže být pojímáno jako hledisko jediné. Neboť objektivně můžeme tímto způsobem pochopit vztah postupu bolesti, ale nikdy tak nemůže být bolest zobecněna.

Jak poukazuje Donald Melzack v Záhadě bolesti, důležitým prvkem při vnímání bolesti jsou nejen fyziologické mechanismy, ale i jiné faktory, např. i faktory kulturní. *„Vnímání bolesti je u každého člověka jiné a jinak se také projevuje u různých kultur. Podněty vyvolávající nesnesitelnou bolest u jednoho člověka, mohou být snášeny druhou osobou bez mrknutí oka.“*¹⁴

Významně působí na postupující bolest i zaměření pozornosti pacienta, jeho úzkost, či autosugesce. Problematika bolesti je proto značně komplikovaná, a to i z toho důvodu, že *„patří bolest do kategorie složitých zkušeností a nelze ji zařadit mezi jednoduché vjemy, které kolísají pouze v rámci jednoho rozmětu – intenzity. Slovo „bolest“ je v té formulaci pouze jazykovým označením nekonečného množství různých druhů pocitů. Známe bolest opařené ruky, žaludečního vředu, vymknutého kotníku; jsou bolesti hlavy a bolesti zubů. Každá z nich je charakterizována jedinečnou kvalitou.“*¹⁵

Bolest je tedy obecný pojem užívaný pro souhrn individuálních pocitů, přičemž tyto pocity jsou vždy subjektivizovaný jev. Bolest jako taková je nepředatelná¹⁶. Potud leží nepřekonatelná hranice mezi

¹² Melzack, R. 1978, s. 166

¹³ Sartre, J.P. 2006, s. 399

¹⁴ Melzack, R. 1978, s. 15

¹⁵ Melzack, R. 1978, s. 31

¹⁶ Toto je ostatně i jedním ze základních bodů Prohlášení, které vydaly v roce 1995 The Australian and New Zealand College of Anaesthetists and Faculty of Pain Medicine and Joint Faculty of Intensive Care Medicine – jako jedno z práv se zde deklaruje právo na uznání bolesti - bolest je vlastní zkušenost pacienta a je různými pacienty prožívána různě.

vědomím Já a tím Druhým, neboť v bolesti je člověk vždy sám. I když naši bolest sdělujeme, leží mezi vypravěčem a naslouchajícím nepřekonatelná hranice nepoznaného. Neboť bolest je vždy v přítomnosti, tj. ani vlastní zkušenost s obdobnou bolestí na základě shodné anamnézy nemůže být dostatečným mostem k propojení vědomí. Řeč není dostatečným pojítkem, protože „*to, co myslíme, o čem mluvíme, je vždy něco jiného než my, je tím, na co jsme my, subjekt, zaměřeni jako na něco proti nám stojícího, jako na objekt.*“¹⁷

Lidské tělo – subjekto-objektivizovaný fakt

Tato bolest, jak již bylo výše nastíněno, je jednou z vlastností našeho těla, ale zároveň i našeho vědomí. Docházíme tak k otázce dualismu těla a duše, resp. k dualismu těla a vědomí. Tento psychofyzický dualismus není předmětem tohoto článku, nicméně přesah bolesti z těla do vědomí je podle mého názoru jedním z elementů, který by mohl pomoci tuto dualitu těla a vědomí propojit.

Člověk ve své totalitě je nakonec vždy jedno¹⁸, nicméně jeho lidské tělo má vždy dvojí roli, je v roli subjektu i objektu našich poznávacích schopností. V tomto smyslu je lidské tělo nejprve objektem, naší představou. Jak konstatuje Schopenhauer, nejprve „*považujeme vše jen za představu, za objekt pro subjekt; a jako na všechny ostatní reálné objekty pohlížíme i na vlastní tělo, od něhož u každého vychází nazírání světa, pouze ze stránky poznatelnosti. Podle toho je nám jen představou. Vědomí každého jednotlivce, které se vzpouzelo již prohlášení jiných objektů za pouhé představy, se však ještě více přičí, má-li být představou i vlastní tělo; a to proto, že každému je věc o sobě, pokud se jeví jako vlastní tělo, jeví bezprostředně, ...*“¹⁹

Tělo podle výše uvedeného je tedy bezprostředním objektem²⁰, nicméně není pouze tím. Lidské tělo je i vůlí, je i tím, co přesahuje svou objektivitu a vstupuje do subjektivního vědomí. Neboť již tím, že smysly zprostředkovávají vnímání, je úzká hranice mezi vnímáním a tělem překonávána. Původně je již na začátku považováno za to, co je známé, za to, co považují od narození za součást vlastní integrity, jako něco, co se posléze integruje v chápání „Já“. Tělo je neoddělitelná součást existence, není pouhým tělesem (již zmiňovaným bezprostředním objektem vnímání).

¹⁷ Jaspers, K. 1996, s. 23

¹⁸ Jak intuitivně poznáváme již od svého narození, ve skutečnosti neexistuje dvě oddělené dimenze lidského bytí, tělo a vnímání, ale pouze jedna osoba, existence ve své ipseitě, realizující se skrze možnost svého konání. Např. Friedrich Nietzsche tuto celou dualitu shrnuje a označuje jako tělo: „*Tělo jsem a tělo pranic více; a duše jest jen slovo pro cosi na mém těle. Tělo jest veliký rozum, mnohost s jediným smyslem, ... Říkáš „já“ a jsi hrd na toto slovo. Ale větší věci – ač tomu nevěříš – je tvé tělo a veliký jeho rozum: ten jest „já“ ve svých skutcích, ne ve svých slovech.*“ (Nietzsche, F. 1992, s. 27)

¹⁹ Schopenhauer, A. 1998, s. 32

²⁰ Lidské tělo jako objekt funguje jako možný předmět zkoumání, tj. jako těleso, které podléhá fyzikálním a chemickým zákonitostem. Schopenhauer mluví o senzibilitě živočišných těl, či vlastnosti jiných těles „*být bezprostředně objekty subjektů. Už sice pouhé změny, jichž doznávají smyslové orgány jim specificky přiměřeným působením vnějšku, pokud toto působení nevzbuzuje ani bolest, ani slast, tj. pokud nemá žádný přímý význam pro vůli, je třeba nazývat představami, neboť jsou vnímány a existují jen pro poznání. Pokud tedy pravím, že tělo je poznáváno bezprostředně, je bezprostředním objektem. Pojem objekt se tu však nesmí brát ve vlastním smyslu, neboť při tomto bezprostředním poznání těla, jež předchází činnost rozvažování a je pouhým smyslovým počítkem, není tu tělo vlastně jako objekt, nýbrž teprve tělesa, která na ně působí.*“ (Schopenhauer, A. 1998, s. 33)

„Tělo, ať je jeho funkce jakákoli, se hned na začátku jeví jako něco, co je známé. ... Kromě toho tělo, naše tělo, se vyznačuje tím zvláštním rysem, že je bytostně poznáváno druhým: znám tělo druhých lidí a to podstatně, co vím o svém těle, pochází z toho, jak ho vidí druzí. Povaha mého těla mě tedy odkazuje k existenci druhého...“²¹

Z hlediska jednotlivce jako subjektu vnímání je proto tělo zcela automaticky chápáno ve své dvouprvkovitosti, teprve racionální filosofická analýza ospravedlňuje ono subjekto-objektivizované dělení, které však v životě není reflektováno.

Tělo jako předmět při poskytování zdravotní péče

Ve zdravotní péči se nevyhneme této dvojjedinosti těla, jako uchopujícího a uchopovaného (tj. jako Já, které uchopuje a jako těla, které je uchopováno). Lékař vůči mému tělu totiž vystupuje jako ten Druhý, ten kdo nahlíží na tělo jako na objekt. Lékařský zákrok bezesporu vyžaduje, aby tělo pacienta²² bylo nahlíženo jako objekt, jako předmět, který může být zkoumán. Zkoumat je totiž možné pouze to, co nabývá předmětné podoby, ostatní je nesdělitelné a není možné jej tedy uchopit.²³

Z medicínského hlediska je toto zaměření na tělo jako objekt více než pochopitelné a ospravedlnitelné, jeví se jako nutné, pokud se má určitým tradičním objektivizovaným způsobem vyřešit zdravotní problém pacienta.

Do této míry je pochopitelné, že se vychází z analogie těl jako objektů a přihlíží se k individuálním podmínkám nemoci, v souvislosti s předchozí anamnézou pacienta, nicméně stále se zde pracuje s organismem jako s tělesem poznávaným, omezuje se subjektivita pacientovy existence (nikoliv individualita jeho těla).

V této situaci, při provádění je ovšem situace pacienta tragicky odosobněná, ztrácí se. *„Jakmile se objeví druhý, jsem nyní schopen posuzovat sebe sama jako předmět, protože jako předmět se jevím druhému.“²⁴* Postupuje-li lékař v provádění výkonu na mém těle jako předmětu, popírá mou existenci. Možnost mého samostatné bytí je zobjektivizovaná, lékař mne „materializuje“, zpředměťuje mne v pouhopouhou věc.²⁵

Jsem pouze něco percipované druhým, nemohu tedy existovat. Vezmeme-li v úvahu lidské chápání na základě analogie známého Sartrovského pojetí interakce pohledu, je v tomto smyslu lékař v postavení toho, kdo uchopuje naši existenci, naše tělo. Lékař, jako ten Druhý vystupuje vůči mně jako *„radikální negace mé zkušenosti, poněvadž je tím, pro něhož nejsem subjektem, ale objektem.“²⁶*

²¹ Sartre, J.P. (2006), s. 271

²² Tělo ve výše uvedeném smyslu je považováno za předmět zkoumání, tj. i ve smyslu zkoumání mechanismů vnímání (např. v oborech jako je neurologie, psychologie, psychiatrie)

²³ Jaspers, K. 1996, s. 26

²⁴ Sartre, J.P. (2006), s. 276

²⁵ Tato empiricko-materialistická tendence medicínského vědy vede nakonec k tomu, „že pojmáme lidi, včetně sebe sama, jako předměty, to znamená jako souhrn determinovaných reakcí, jež nic neodlišuje od souhrnu hodnot a jevů, které konstituují stůl nebo židli nebo kámen.“ (Sartre, J.P., 2004)

²⁶ Sartre, J.P. 2006, s. 283

Není možné se bránit, neboť pacient je v postavení toho, kdo přichází se poddat, nechat se uchopit. Lékař je pro něj často iracionální autoritou, které se podřizuje nikoliv pro jeho argumentaci, ale pro jeho postavení, tj. pro společensky uznávanou pozici, která může přinést oprostění od bolesti.²⁷

Pacient se nachází v pozici strachu²⁸, nejistoty a bolesti. Možnost bytí jeho Já je omezována vnějším útokem nemoci, spojené s bolestí a tak se nechává uchopit jinou existencí, které svěřuje své já. Oproti tomu je lékařovo postavení uchopující, v opakovaném úkonu někdy i rutinní, sice vedené s maximálně odbornou péčí, nicméně bytostně nezaujaté, shrnuto, lékař je v pozici, která je oddělená od bytostného chápání úzkosti Druhého Já, tj. pacientovy existence. Můžeme a dokonce předpokládáme lékařovu altruistickou zaujatost, nicméně, jak již bylo výše konstatováno, zážitek bolesti není intersubjektivní, a tedy zásadně zůstává nepřenositelným.²⁹

U lékařského zákroku přestává být lidská existence samostatná, je pouhou výslednicí zásahu druhého, přijímajícím pasivním rezistentem. Člověk se stává pouhou informací poskládanou z fenoménů, odosobněnou a sobě odcizenou existencí, která se jeví jako zranitelné tělo, jako prázdná skořápka. „*Jeho subjektivita je degradována a lze ji definovat jako „soubor objektivních kvalit“... Druhý jako předmět „má“ subjektivitu v tom smyslu, jako má tato prázdná krabice „vnitřek“.*“³⁰

Jak tedy překlenout tuto propast, propast, v níž se z mého Já stává Ono, v němž postrádám respekt jako své vlastní existence a stávám se pouhým součástí objektivního světa?

Východisko – informovaný souhlas

A právě zde spatřuji nejpodstatnější roli informovaného souhlasu. Informovaný souhlas má druhého uznat jako subjekt – „*Tento závazek charakterizuje právě druhého jako subjekt, protože je takový, jaký jsem já, je to jiné já. Tento zpředmětněný závazek se však degraduje, jakmile uchopím druhého jako předmět, ...*“³¹

²⁷ Pro člověka evropské civilizace by bylo jistě dosti nepředstavitelné podrobit se šamanům domorodých kmenů v Africe, přesto má právě toto postavení „člověka, jenž může pomoci“ i z hlediska autosugesce a placebo efektu významný vliv při změnách zdravotního stavu.

²⁸ Strach se zde jeví jako ohrožení možností svobodné existence ze strany nutnosti nemoci jako objektivního vnějšího faktu.

²⁹ K osamocení lidského já, čelícímu bolesti a utrpení, aniž by bylo možné toto utrpení jakkoliv předat racionální výpovědí se neustále vrací existencialistický filosof Søren Kierkegaard. Šestov k tomu uvádí „přesvědčení, že „všichni“ nikdy nebudou považovat jeho „utrpení“ za hodna sebemenší pozornosti, jej zbavuje možnosti podělit se s lidmi o své tajemství, což dovádí jeho muka do krajnosti a činí je nesnesitelnými.“ (Šestov, Lev Isaakovič Švarcman, Kierkegaard a existenciální filosofie, s. 42, nakladatelství OIKOYMENH, Praha 1997, vydání 1.) Kierkegaard v protikladu k filosofii spekulativní s modlou Sokrata staví biblický obraz Jóba, trpícího a v něm hledá filosofické východisko. Právě utrpení lidského života a s ním spojeného zoufalství je podle něj klíčovým východiskem k zkoumání lidské existence v absurdním světě. „Cesta zoufalství přivádí existenci do krize: buď/anebo. Buď já na věky ztratíme, anebo je vlastně teprve získáme.“ (Janke, W. 1994, s. 31)

³⁰ Sartre, J.P. 2006, s. 349

³¹ Sartre, J.P. 2006,, s. 352

Před vlastním zdravotním výkonem lékař provádí rituál, který ospravedlňuje dočasné transformování pacienta v jeho očích z postavení subjektu do objektivizovaného postavení.³²

Toto pojetí může být v etickém smyslu relevantnější než vyzdvihovaný princip autonomie vůle – jakkoliv je právě tento princip jedním ze zásadních principů, na kterých jsou postaveny demokratické právní řády a i řada etických teorií. Ale toto pojetí – pojetí informovaného souhlasu jako realizace autonomie vůle subjektu - vzbuzuje podle mého názoru víc otázek než odpovědí.

Odhlédnou-li od obecné problematiky lidské svobody a budu-li alespoň pro účel tohoto článku předpokládat lidské rozhodování jako fiktivně svobodné, nemusí se takto fiktivně uznaná vnitřní svoboda rozhodování nutně vztahovat i na pacientovu volbu postupu při poskytování zdravotní péče.

Nehledě také na to, že „*nemoc je mezní lidská situace a tzv. svobodná vůle může být překryta nepříznivým stavem nemoci*“,³³ je otázka, zda informace o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích je pacientovi podávána vždy v čisté formě.

Tato informace je totiž vždy podávána osobou, která již má vytvořený určitý názorový rámec na danou věc, a z tohoto hlediska její informace nemůže být čistým objektivním oznámením faktu, naopak je již prezentována jako předvybrané stanovisko. I kdyby se lékař snažil být jakkoliv objektivní, nikdy nevystoupí ze svého světa. Ač tedy normativní systémy /právní³⁴ i etický, vyjádřený stavovským kodexem³⁵/ vyžadují informování řádné, tj. o všech možnostech, a nezaujaté, takovéto poskytnutí informace není v reálném mimonormativním světě možné

Je nutné předpokládat, že lékař je téměř vždy v pozici, kdy chce své rozhodnutí o postupu léčby pacientovi vnutit, neboť je předpokládá jako správné. Na základě vlastní specializace, erudovanosti, se oproti pacientovi nachází v zvýhodněném postavení. Pacient – nevědomý a neznalý – tak stojí téměř bezbranný vůči diagnostikovi, který využívá své vědomosti jako zbraň. Svobodný souhlas není svobodný.

³² Není bez relevance, že jedním z klíčových mezníků z hlediska historického vývoje informovaného souhlasu je také experimentální vývoj medicíny, resp. zneužití medicíny při „vývoji vědy a výzkumu“ v Německu za druhé světové války (Norimberský kodex). „Moderní zaujetí informovaným souhlasem ve výzkumu razantně vzrostlo od události, která je až do dnešních dnů považována za nejvýznamnější historický předěl: a sice bezprecedentní krutost a obecné zneužití vědy, řízené prominentními, vzdělanými lékaři během nacistické éry v Německu. Toto extrémní zlo změnilo navždy nazírání na účast lidských bytostí na vědeckém výzkumu.“ (Faden, R.R. & , Beauchamp T.L. 1986, s. 153) Toto zneužití ovšem nebylo jediným zneužitím v dějinách vědy. Např. také výzkum v USA často nerespektoval práva člověka na jeho informovaný souhlas – jedná se o událost řízeného výzkumu syfilisu na 400 černoších bez jejich souhlasu a vědomí v 60. letech 20. století. V těchto výzkumech postrádal člověk svou vlastní hodnotu a byl pouhopouhým prostředkem, k jiným, v uvozovkách „vyšších“ cílů vědy.

³³ Haškovcová, H. 2002, s. 65

³⁴ Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech ve spojení se zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

³⁵ § 3 odst. 4 Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory Etický kodex České lékařské komory

Faden a Beauchamp ve své publikaci *Historie a teorie informovaného souhlasu* poukazují na tři úskalí informovaného souhlasu, z nichž, pokud alespoň jedna je naplněna, není možno mluvit o projevu autonomní vůle.

Prvním z nich je nátlak, který je charakterizován jako vědomá hrozba ze strany třetí osoby, která je uvěřitelná, a přesvědčivá, a která je dostatečně tvrdá, že jí zastrašovaná osoba nemůže úspěšně vzdorovat. „*Podstatou nátlaku je ovlivňování chování třetího pod hrozbou negativní sankce.*“³⁶ Podle mého názoru může být takovou hrozbou i vyslovení hypotézy ze strany lékaře, vyjádřená ve formě následující věty: „*Pokud nepodstoupíte operaci, tak budete mít v budoucím životě velké zdravotní obtíže a skončíte na vozíku.*“ Toto je podle mého dostatečným a vědomým psychickým nátlakem lékaře, ačkoliv je ten např. seznámen s tím, že v souvislosti s léčbou lege artis existují i jiné, méně radikální způsoby léčby. Jen málokdy takovému tlaku pacient odolá.

Pokud bychom takovéto jednání nezařadili pod negativní kolonku „nátlak“, pak by jistě spadala do druhého nebo třetího jednání, které neguje autonomii vůle při poskytování informovaného souhlasu.³⁷ Tou jsou manipulace a přesvědčování. Při přesvědčování lékař předloží pacientovy důvody, proč zvolit určitý druh léčby; jak správně poukazuje Beauchamp, může mít takovéto přesvědčování i povahu nonverbálního vyjádření /souhlasné vyjádření tváře při návrhu jedné alternativy a negativní zachmuření při odmítnutí druhé/. Pokud je lékař dostatečnou autoritou, bude takovéto non-verbalitě přikládat pacient značný význam.

Manipulací je pak manipulace s možností voleb (např. omezení alternativ jen na ty, které lékař považuje za prospěšné), manipulace s informacemi a v neposlední řadě i psychická manipulace. Jak vidno, je mezi výše uvedenými zneužívajícími prostředky křehká hranice, která není vždy zcela jednoznačná.

Ovšem ve všech uvedených je to lékař, kdo nabízí pacientovi alternativy léčby, on je pánem situace a omezuje možnosti, které jsou pacientovi objektivně dány.

Potud se koncepce poskytování zdravotní péče, tak jak je navržena v novém občanském zákoníku, tj. jako provádění úkonů na základě smluvního vztahu, do kterého vstupují dvě na sobě nezávislé, svobodné a autonomní vůle, jeví jako koncepce čistě utopistická a idealistická.³⁸

Pokud veškerý arzenál zbraní nebo alespoň jeho valná většina, která spočívá v uchopených znalostech a vědění, je v rukou lékaře, který s tímto zbrojním arzenálem může volně a dle libosti

³⁶ Faden, R.R. & , Beauchamp T.L. 1986,, s. 340

³⁷ Ostatně velké problémy přináší platnost informovaného souhlasu i v právní praxi – a to zejména s ohledem na to, zda byl právní úkon učiněn svobodně, bez nátlaku (ať již fyzického nebo psychického, tzv. bezprávnou výhrůžkou). Jakkoliv bude nátlak nutně z hlediska právního vnímat odlišně od etické dimenze tohoto slova, i zde bude linie mezi protiprávním a právním jednáním poměrně obtížně vymežitelná.

³⁸ Úpravu obsahuje ustanovení § 93 a násl. Navrhovaného občanského zákoníku. Obecné pravidlo v § 93 odst. 1 zní následovně: „*Mimo případ stanovený zákonem nesmí nikdo zasáhnout do integrity jiného člověka bez jeho souhlasu uděleného s vědomím o povaze zásahu a o jeho možných následcích. Souhlasí-li někdo, aby mu byla způsobena závažná újma, nepřihlíží se k tomu; to neplatí, je-li zásah podle všech okolností nutný v zájmu života nebo zdraví dotčeného.*“

nakládat, aniž by byl přistižen kontrolním zrakem³⁹, není pak ukotvení práva na informovaný souhlas pouhopouhá administrativní zátěž, která nejen že nic neřeší, ale naopak zdržuje lékaře od jeho vlastní činnosti spočívající v léčbě, tj. odstranění potíží pacienta?

Informovaný souhlas tak v konečném důsledku podle mého názoru není oním vyzdvihovaným překročením paternalistické koncepce v medicíně, tak jak to například uvádí důvodová zpráva v navrhovaném novém civilním kodexu⁴⁰, a nezakládá tak autonomii smluvní vůle v této oblasti (ostatně, i tak by byla tato svoboda pouhou fikcí a umělou právní konstrukcí)⁴¹, nicméně je důležitým naznačením ze strany druhého, že nejenže nevstupuje ze strany moci, ale že nás zároveň neuchopuje pouze jako objekt, leč na základě své empatické schopnosti se snaží pochytit subjektivitu naší bolesti a naznačit nejlepší postup, na kterém chce s námi spolupracovat.

Je to reflexe již známého, že „*Druhý je ten, kdo není mnou a jímž nejsem já.*“⁴², ale zároveň s tím i uznáním jeho individuality, neboť „*jedinec chce být naplněn jako individuum a chce být uznán za konkrétní bytí, a nechce být jen objektivním výkladem universální struktury.*“⁴³, tj. obecným případem na něhož je aplikována medicínská věda a její řešení.

Informovaný souhlas je tak v jistém, již výše naznačeném smyslu, postmoderním rituálem, rituálem, který navozuje sounáležitost pacienta a lékaře a více než v racionalistické koncepci tak utkvívá v empatii, v emociální rovině, tj. v rovině důvěry a víry.

Opět se tedy vracíme k mezníku vzájemné spjatosti lékaře a pacienta tak, jak byla nejprve charakterizována Hippokratem a následně v tzv. Paracelsově etickém modelu, jenž nastínil tendenci k paternalistickému vztahu pacienta a lékaře.

Z mého pohledu není informovaný souhlas ničím jiným, než potvrzením právě tohoto paternalistického důvěrného stavu, stvrzením přísahy o vzájemné důvěře, fikcí psycho-emocionálního pouta, které sice možná neexistuje, nicméně musí být alespoň fingováno proto, aby pacient získal důvěru k lékaři a v jeho postavě i k léčbě jako procesu znovuoobnovení vlastní svobody a možnosti jednání Já.

³⁹ Za krok správným směrem považuji ukotvení možnosti revize názoru u jiného lékaře, tak je to navrhováno v zákoně o zdravotních službách. Legislativa v tomto případě reflektuje na etickou dimenzi problematiky, tzv. otázku druhého názoru.

⁴⁰ „*Dosavadní pojetí právní úpravy vyvolává představu, že zařízení poskytující léčebnou péči má postavení mocenského orgánu, kterému je ošetřovaný podřízen. Takový pohled je však klamný a rezidua někdejšího vnímání daného vztahu nelze do budoucna uchovávat, mj. i se zřetelem k celkovým společenským proměnám v uplynulých letech. Návrhy nových zákonů o zdravotních službách, o specifických zdravotních službách a dalších přinášejí v tomto směru řadu významných změn, ponechávají však stranou smluvní základ právního poměru mezi dotčenými osobami; je proto třeba i v tomto směru postavit najisto, že i v těchto případech tento základ tvoří smlouva.*“ citováno z důvodové zprávy k návrhu občanského zákoníku.

⁴¹ „*Specifické pro fikcionální diskurz je ale to, že cíl (funkce, účel, ctnost) takového diskurzu je něco jiného než popisovat pravdu. Fikcionalista obecně vychází z názoru, že pravda nemusí být konečné kritérium hodnocení teorie. Nějaká teorie může být akceptovatelná jako dobrá, i když je nepravdivá.*“ (Sobek, T. 2010, s. 103)

⁴² Sartre, J.P. 2006, s. 285

⁴³ Sartre, J.P. 2006 s. 295

Aby však tuto hodnotu nabyl, nesmí se jednat pouze o formulářový a administrativní jev, jak tomu v současné době odosobněné medicíny bývá, ⁴⁴ ale o zaujatý přístup, spočívající v zosobnění a komunikaci s pacientem tak, jak je to často právní a jiné normativní předpisy vyžadují, jak se ovšem v praxi často neděje. Jenom takový informovaný souhlas může totiž plně vyjádřit respekt k subjektivitě druhého Já.

Referenční seznam:

⁴⁴ Jak upozorňuje Tomáš Doležal, „medicínská praxe tento institut vnímá jako pouze formální překážku při starostech o blaho pacienta a obchází jej prostřednictvím formulářových informovaných souhlasů“ (Doležal, T. 2011, s.)

- Bentham, J. (1843). *An Introduction to the Principles of Morals And Legislation*. In The Works of Jeremy Bentham. (Vol. 8.) Edinburgh 1843, Ed. Bowling, J., retriever from www.laits.utexas.edu/poltheory/bentham/index.html
- Doležal, T. (2011). Problematické aspekty vztahu lékaře a pacienta v moderní době. *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, Vol. 1, No.1, Retrieved from <http://www.ilaw.cas.cz/medlawjournal/index.php/medlawjournal/issue/current>
- Faden R.R., & Beauchamp T.L. (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. New York Oxford, Oxford University Press
- Harris, J. (2005). Scientific research is a moral duty. *J Med Ethics* 2005 31: 242-248, retrieved April 5, 2011, from jme.bmj.com.
- Haškovcová, H. (2002). *Lékařská etika (3., vyd.)*. Praha, Nakladatelství Galén.
- Janke, W. (1994). *Filosofie existence, (vyd. 1.)*. Praha, Mladá fronta
- Jaspers, K. (1996). *Úvod do filosofie (1.vyd.)*. Praha, nakl. OIKOYMENH.
- Melzack, R. (1978). *Záhada bolesti (1.vyd.)*. Praha, Avicenum, zdravotnické nakladatelství
- Nietzsche, F. (1992). *Tak pravil Zarathustra, (vyd.1)*. Olomouc, VOTOBIA.
- Ondok, J. P. (2005). *Bioetika, biotechnologie a biomedicína (1. Vyd.)*. Praha, Nakladatelství TRITON.
- Sartre, J.P. (2006). *Bytí a nicota: pokus o fenomenologickou ontologii (1.vyd.)*. Praha, nakl. OIKOYMENH
- Sartre, J. P. (2004). *Existencialismus je humanismus (vyd.1.)*. Praha, nakl. Vyšehrad.
- Schopenhauer, A. (1998). *Svět jako vůle a představa (svazek 1) (vyd.1)*. Pelhřimov, Nová tiskárna Pelhřimov, s.r.o.
- Sobek, T. (2010). *Nemorální právo, (vyd. 1.)*. Praha, Akademie věd ČR, Ústav státu a práva; Plzeň, Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk.
- Šestov, L. I. Š. (1997). *Kierkegaard a existenciální filosofie (vyd.1.)* Praha, nakladatelství OIKOYMENH.
- Těšínová, J., Ždárek R., Polícar R. (2011). *Medicínské právo (1. vyd.)*. Praha, Nakladatelství C.H.Beck.